

Proyecto Editorial de la Asociación de Historia de los Profesión Enfermera – ACHPE.

Web grupo de trabajo:

<http://www.revistaegle.com/index.php/eglerev/navigationMenu/view/pinicio>

E-mail: revegle@historiaenfermeriacanaria.org

Dirección Editorial: Calle San Martín, 62 (38001-S/C de Tenerife).

ÁREAS DE PUBLICACIÓN:

Historia de las Ciencias de la Salud.

EGLE. Revista de Historia de los Cuidadores Profesionales y de las Ciencias de la Salud.

AÑO VIII- Número 18. Segundo Semestre 2021.

Revista on-line:

<http://www.revistaegle.com/index.php/eglerev/navigationMenu/view/pinicio>

CORREO POSTAL: Calle San Martín, 61.
38001-Santa Cruz de Tenerife.

ISSN-e: 2386-9267

Edita: Asociación de Historia de los Profesión Enfermera, ACHPE.

Diseño y maquetación: Natalia Rodríguez Novo.

Fotografías e ilustraciones: Natalia Rodríguez Novo.

©los autores.

SUSCRIPCIONES:

Tarifas 2 números (1 año). España y Portugal: 12,02 euros.

Alumnos Enfermería: 7,21 euros.

Extranjero: 18,03 euros.

EGLE NO SE HACE RESPONSABLE DEL CONTENIDO DE LOS
ARTÍCULOS, LOS CUALES EXPRESAN OPINIONES Y
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DE LOS AUTORES.

CONSEJO DE REDACCIÓN.

DIRECTOR

Dr. Francisco-Javier Castro-Molina
*Escuela Univ. Enfermería N^a S^a de
Candelaria, Universidad de La Laguna (ULL)
Universidad Nacional Educación a Distancia
(UNED)*

REDACTOR JEFE

Dr. Jesús Manuel Quintero Febles
Universidad de La Laguna (ULL)

SECRETARIOS DE REDACCIÓN

Máster Natalia Rodríguez Novo
Universidad de La Laguna (ULL)

Dr. Juan José Suárez Sánchez
*Universidad de Las Palmas de Gran Canaria
(ULPGC)*

Dr. Francisco Glicerio Conde Mora
*Centro Universitario de Enfermería Salus
Infirmorum de Cádiz, Universidad de Cádiz
(UCA)*



COMITÉ EDITORIAL NACIONAL

Dra. Rosamaría Alberdi Castell. Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universitat de les Illes Balears. (Islas Baleares-España).

Dr. José Almenara Barrios. Catedrático de Escuela del Área de Medicina Preventiva y Salud Pública (Bioestadística y Metodología de la Investigación). Universidad de Cádiz (Cádiz-España).

D. Álvaro Causapie Castro. Historiador. Periodista (Madrid-España).

Dr. Carlos Javier Castro Brunetto. Historiador del Arte. Universidad de La Laguna. (Santa Cruz de Tenerife-Islas Canarias-España).

Dra. María Paz Castro González. Enfermera. Antropóloga. Universidad de León. (León-España).

Dra. Sara Darias Curvo. Enfermera. Antropóloga. Universidad de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

Dra. Ana María Díaz Pérez. Historiadora del Arte. Presidenta de la Tertulia Amigos del 25 de Julio. Académica correspondiente de las Reales Academias de Medicina de Tenerife (RAMED) y de la Canaria de Bellas Artes de San Miguel Arcángel (RACBA), (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

Dra. María Luz Fika Hernando. Licenciada en Ciencias Sociales y de la información. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (Lanzarote-España).

Dña. María Luz Fernández Fernández. Enfermera. Historiadora. Secretaria del Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la Enfermería (Universidad Complutense de Madrid). Departamento de Enfermería Universidad de Cantabria (Santander-España).

Dr. Ramón del Gallego Lastra. Presidente del Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la Enfermería. Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense (Madrid-España).

Dr. Alfonso Miguel García Hernández. Departamento de Enfermería. Universidad de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife-Islas Canarias-España).

Dr. Antonio María Claret García Martínez. Fundador y director del 'Proyecto Híades. Revista de Historia de Enfermería'. Departamento de Historia, Geografía y Antropología, Universidad de Huelva (Huelva-España).

Dr. Manuel Jesús García Martínez. Fundador y director del 'Proyecto Híades. Revista de Historia de Enfermería'. Departamento de Enfermería, Universidad de Sevilla (Sevilla-España).

Dr. Juan Manuel García-Cubillana de la Cruz. Coronel Médico. Pediatra. Académico de la Real de Medicina y Cirugía de Cádiz y de Santa Cruz de Tenerife, y de la Real de San Romualdo de San Fernando (Cádiz-España).

Dr. David Garriga Girtart. Enfermero (Bachelor of Science in Nursing European University). Psicólogo. Criminólogo. Máster Mundo Árabe e Islámico. Especialista Universitario en terrorismo Yihadista (Barcelona-España).

Dr. Jerónimo González Yanes. Enfermero. Abogado. Periodista e Historiador (Santa Cruz de Tenerife-Islas Canarias-España).

Dra. Juana María Hernández Conesa. Enfermera. Filósofa. Pedagoga. Historiadora. Investigadora Principal del Grupo de Investigación EO63-06 Educación, Historia y Ciencia en el Arte de la Sanación-EHYCARS. Medalla Florence Nightingale, 2009 (CICR, Suiza). Universidad de Murcia. (Murcia-España).

Dr. Justo Pedro Hernández Rodríguez. Médico. Académico correspondiente de la Real de Medicina de Santa Cruz de Tenerife. Presidente de la Sociedad Canaria de Historia de la Medicina. Universidad de La Laguna. (Santa Cruz de Tenerife-Islas Canarias-España).

Dra. Isabel L. Lepiani Díaz. Directora del C. U. E. Salus Infirmorum de Cádiz, Universidad de Cádiz (Cádiz-España).

Dr. Francisco Megias-Lizancos. Emérito del Departamento de Enfermería de la Universidad de Alcalá (Alcalá de Henares-España).

Dra. Teresa Miralles Sangro. Enfermera. Presidenta de la "Fundación María Teresa Miralles para el Estudio de la Evolución de los Cuidados y el Desarrollo de la Enfermería". Directora del "Museo de Historia de la Enfermería" (FMTMS - CODEM) de Madrid. Universidad de Alcalá (Madrid-España).

Dr. Rubén Mirón González. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Alcalá (Alcalá de Henares-España).

Dr. José Luis Molino Contreras. Enfermero de salud mental. Escuela Enfermería de Cartagena, Universidad de Murcia (Murcia-España).

Dra. Maribel Morente Parra. Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense (Madrid-España).

Dra. Mercedes Novo Muñoz. Enfermera. Antropóloga. Universidad de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife-Islas Canarias-España).

Dr. José Ángel Rodríguez Gómez. Enfermero. Profesor Titular. Universidad de La Laguna. Fisioterapeuta. Antropólogo. Departamento de Enfermería, Universidad de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife-Islas Canarias-España).

D. Antonio Miguel Rodríguez Hernández. Farmacéutico, Ayuntamiento de San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife-Islas Canarias-España).

Dr. Conrado Rodríguez-Maffiote Martín. Médico. Director del Instituto Canario de Bioantropología y Museo Arqueológico de Tenerife (OAMC-Cabildo de Tenerife). Co-Director de la Revista Canarias Arqueológica, Arqueología/Bioantropología (Santa Cruz de Tenerife-Islas Canarias-España).

D. Manuel Solórzano Sánchez. Enfermero (Hospital Universitario Donostia de San Sebastián. Osakidetza). Académico de la Academia de Ciencias de Enfermería de Bizkaia (San Sebastián-País Vasco-España)

Dr. Francisco Toledo Trujillo. Emérito del Departamento de Radiología de la Facultad de Medicina, Universidad de La Laguna. Académico Numerario de la Real de Medicina de Santa Cruz de Tenerife (Santa Cruz de Tenerife-Islas Canarias-España).

Dr. Manuel Toledo Trujillo. Cirujano. Académico Numerario de la Real Academia de Medicina de Santa Cruz de Tenerife. Emérito del Departamento de Cirugía-Facultad de Medicina, Universidad de La Laguna. (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

Dr. José Siles González. Enfermero. Historiador. Pedagogo. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante (Alicante-España).

Dr. Francisco Ventosa Esquinaldo. Enfermero. Centro de Enfermería de “San Juan de Dios”, Universidad de Sevilla (Sevilla-España).

COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL

Dra. Maria Angélica de Almeida Peres. Enfermeira. Pós-Doutorado em História da Enfermagem. Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Coordinadora do Museu da Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidad Federal de Rio de Janeiro (Río de Janeiro-Brasil)

Dra. Luciana Barizon Luchesi. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo (Ribeirão Preto, São Paulo-Brasil)

Dra. Tânia Cristina Franco Santos. Pós Doutorado em História da Enfermagem en Valladolid/Es. Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Universidad Federal de Rio de Janeiro (Río de Janeiro-Brasil).

Dra. Mercedes Neto. Universidad Federal del Estado de Río de Janeiro-UNIRIO, UNIRIO (Río de Janeiro-Brasil).

Dra. Fernanda Batista Oliveira Santos. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), subcoordinadora do Centro de Memória da Enfermagem da UFMG. Universidade Federal de Minas Gerais (Minas Gerais-Brasil).

Dr. Paulo Joaquim Pina Queirós. Escola Superior de Enfermagem, Universidad de Coimbra, Portugal. Sociedad Portuguesa de Historia de la Enfermería (Coimbra, Portugal).

Dra. Elisabete Pinheiro Alves Mendes Fonseca. Escuela de Enfermería de Coimbra (coordinadora). Investigadora de la Unidad de Investigación en Ciencias de la Salud: Enfermería

(UICISA: E) en el proyecto de estructuración Historia y Epistemología de la Salud y Enfermería y estudio asociado. HISAG-EP (Salud e Historia de Género-España / Portugal).

Dr. Fernando Porto. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Líder do Laboratório de História do Cuidado e Imagem em Enfermagem –LACUIDEN. Universidad de Río de Janeiro, UNIRIO (Río de Janeiro-Brasil).

Dr. Manuel Carlos Rodrigues Fernandes Chaves. Escuela de Enfermería de Coimbra. Investigador en la Unidad de Investigación en Ciencias de la Salud: Enfermería (UICISA: E), proyecto de estructuración Historia y Epistemología de Salud y Enfermería y estudio asociado HISAG-EP (Historia de Salud y Género-España / Portugal).

Dña. Ana Luisa Velandia-Mora. Enfermera. Coordinadora de la Red Iberoamericana de Historia de la Enfermería. Coordinadora de la Red Colombiana de Historia de la Enfermería (Bogotá, Colombia).



COLABORAN CON LA PUBLICACIÓN



INDEXACIONES



SUMARIO

EDITORIAL

HISTORIA DE LA SANIDAD DE LA ARMADA ESPAÑOLA

Juan Manuel García-Cubillana de la Cruz

HISTORIA

EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE AUTOLESIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD

María-Reyes López-Millán, Daniel Román-Sánchez

DESARROLLO DEL APEGO: UNA MIRADA RETROSPECTIVA

Roberto García Sánchez, Laura Romero de los Reyes

MISCELÁNEA

VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y UNA CESÁREA INHUMANA: INFORME DE EXPERIENCIA 

Gustavo Gonçalves dos Santos, Nahara Lucio de Almeida

SOBRE LA BIOÉTICA Y LA PANDEMIA DEL COVID 19

Jesús Manuel Quintero-Febles

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

EDITORIAL

HISTORIA DE LA SANIDAD DE LA ARMADA ESPAÑOLA

HISTORY OF HEALTH IN THE SPANISH NAVY

Juan Manuel García-Cubillana de la Cruz¹

¹ Doctor en Medicina y Cirugía. Coronel médico (R) del Cuerpo Militar de Sanidad. Académico de la Real de San Romualdo de Ciencias, Letras y Artes y correspondiente de la Real de Medicina y Cirugía de Cádiz y Canarias.

Correo electrónico: baupres@comcadiz.es

Recibido: 16/11/2021
Aceptado: 21/11/2021

Resumen

Se analiza la trayectoria de la sanidad naval militar española, desde la época romana, visigótica y musulmana, continuando con la Corona de Aragón, el Protomedicato de los Reyes Católicos y la enseñanza de las profesiones sanitarias durante el periodo de los Austrias. Se resalta el inicio de su reforma con la creación en 1728 del Cuerpo de Cirujanos de la Armada y el de practicantes en 1738, seguidos del periodo de esplendor que supuso la fundación del Real Colegio de Cirugía de Cádiz en 1748, y el desprestigio durante el reinado de Fernando VII que duró hasta la Revolución de 1868, en la que se dispuso la Libertad de Enseñanza con la creación de las escuelas libres de Medicina y Cirugía. El siglo XX se inicia con un periodo de reorganización y desarrollo del Cuerpo de Sanidad y de los hospitales navales, con la incorporación de nuevas especialidades,

seguido de un periodo de cambios y tragedias durante la Segunda República y la Guerra Civil, continuando con un renacimiento que finaliza en 1989 con la extinción del Cuerpo de Sanidad de la Armada y su integración en el Cuerpo Militar de Sanidad de la Defensa.

Palabras claves: Armada; sanidad; historia.

Abstract

It analyzes the trajectory of the Spanish military naval health, from the Roman, Visigothic and Muslim times, continuing with the Crown of Aragon, the Protomedicato of the Catholic Monarchs and the teaching of the health professions during the period of the Austrias. The beginning of its reform is highlighted with the creation in 1728 of the Corps of Surgeons of the Navy and that of practitioners in 1738, followed by the period of splendor that meant the foundation of the Royal College of Surgery of Cádiz in 1748, and the discredit during the reign of Fernando VII that lasted until the Revolution of 1868, in which the Freedom of Teaching was arranged with the creation of the free schools of Medicine and Surgery. The twentieth century begins with a period of reorganization and development of the Health Corps and naval hospitals, with the incorporation of new specialties, followed by a period of changes and tragedies during the Second Republic and the Civil War, continuing with a renaissance that ends in 1989 with the extinction of the Navy Health Corps and its integration into the Military Defense Health Corps.

Keywords: Navy; health; history.

ÉPOCAS ROMANA Y MUSULMANA.

Las especiales circunstancias de la vida a bordo y las trágicas circunstancias de los combates navales, hicieron imprescindible la presencia de sanitarios embarcados desde la antigüedad. Los griegos y romanos tenían buques con los nombres de *Therapia* y *Aescolapius* que probablemente ejercieron como barcos hospitales en los enfrentamientos marítimos, en los que embarcaban cirujanos que percibían una doble remuneración —por lo que se denominaban *duplicarii*—. La proporción estimada era de un cirujano por cada doscientos pacientes¹.

Los visigodos y otras tribus germánicas ignoraron o despreciaron lo aprendido de los romanos respecto al auxilio de los heridos en combate². Durante la dominación musulmana, fueron establecidos distintos hospitales entre los que se pueden mencionar el de Algeciras —edificado por los almohades a mediados del siglo XII, estando en funcionamiento hasta 1344— y el Maristán Real de Granada —construido por el sultán Muhamad V en el periodo nazarí entre 1365 y 1367—³.

SIGLOS XIII-XV

La medicina militar naval moderna coincidió con la expansión española hacia el Mediterráneo, lo cual obligó a planificar barcos —galeras—, hombres y medicinas para las singladuras. Pedro III en las *Ordenanzas* de 1267, precisaba que «los cirujanos son necesarios en tiempo de guerra y deben dormir en nuestras tiendas o donde Nos estemos. Deben ser entendidos y prácticos y deben embarcar con los instrumentos propios de su oficios y medicinas buenas y frescas». Arnaldo de Villanova (1235-1311) se encargó de diseñar la sanidad de la Armada con Jaime II —rey de Aragón, Valencia, Sicilia y conde de Barcelona—. Tras ello emigró a Montpellier, porque «las guerras no lo dejaban trabajar con reposo y era despreciado por los de armas», ciudad en la que alcanzó la gloria².

SIGLOS XVI-XVII

Las cátedras médicas comenzaron con Alfonso X el Sabio (1221-1284) en *El Fuero Real* y en *Las Partidas*. En la segunda mitad del siglo XIII, Alfonso II El Liberal o El Franco (1265-1291) en Aragón, y en el siglo XIV Juan I (1358-1390) en Castilla, establecieron los

exámenes para autorizar la profesión, encargándose el médico de cámara de Juan II de Castilla de redactar las ordenanzas que constituyeron la base del Protomedicato. La palabra médico surge a inicios del siglo XVI —anteriormente llamados físicos—. Los médicos que ejercieron en aquel tiempo en la Armada habían cursado estudios en algunas de las facultades de Medicina de la época: Valencia, Barcelona, Lérida, Huesca, Zaragoza, Salamanca, Valladolid, Alcalá, Sevilla, Granada, Santiago, etc. Cada universidad se regía por sus propios estatutos, pero unificaron los criterios para la admisión y expedición de títulos; título de *bachiller en artes* para poder matricularse y tras cuatro años de estudios acceder al de *bachiller en medicina*, debiendo ejercer dos años para obtener el grado de *licenciado* «en compañía de médicos aprobados» y «sin que puedan curar». Para la obtención del grado de *doctor* se requerían otros tres años de prácticas. Esta titulación académica no facultaba para el ejercicio profesional, al que solo podían acceder tras superar un examen ante el Tribunal del Protomedicato — instituido por los Reyes Católicos en 1477— encargado de corregir abusos asumiendo el control que hasta ese momento habían ejercido las cofradías gremiales⁴.

Por debajo de la consideración social de los médicos se encontraban los cirujanos, encargados de llevar a cabo aquellas prácticas que a los primeros les estaban vetadas. En algunas facultades era preceptivo, para obtener el título de médico realizar el juramento de no operar «cum ferro e ígneo». En el siglo XVI, se crean las cátedras de cirugía, en las que se formaron los *cirujanos latinos* —recibían las clases en latín—, a diferencia de los romancistas que carecían de formación universitaria. En 1594 se estableció la necesidad de cursar previamente tres años de bachillerato en artes y posteriormente tres años en las cátedras de cirugía y otros dos años de prácticas junto a cirujanos experimentados, a fin de obtener el título de cirujano y poder examinarse ante el Protomedicato. Ambrosio Paré, el cirujano más famoso del Renacimiento, no se había formado en ninguna universidad. Junto a Daza Chacón, revolucionó el tratamiento de las heridas por armas de fuego al cambiar el tradicional aceite de sauco hervido por yema de huevo, aceite de rosas y terebinto, iniciando la ligadura de los vasos sanguíneos y, por ende, la hemostasia⁴.

En el último escalón asistencial se situaban los barberos, que además del afeitado y corte de cabello, se dedicaban a sajar, efectuar flebotomías, colocar ventosas y sanguijuelas, y extraer piezas dentales. Mediante una *Pragmática* de los Reyes Católicos de 1500,

comenzaron a ser examinados por los barberos mayores. Otros oficios mal regulados fueron los sacadores de piedras, extirpadores de carnosidades uretrales, batidores de cataratas u oculistas, sacamuelas, parteras, algebristas (reducción de fracturas), etc. Los boticarios constituían un grupo independiente bajo las órdenes de los médicos. No poseían formación ni titulación universitaria. Eran expertos en remedios transmitidos de la cultura grecolatina con importantes aportaciones islámicas. Existía además la figura de *ayudante de cirujano*, contratados por estos para auxiliarles en las intervenciones quirúrgicas, con una consideración profesional inferior a la de los barberos⁴.

Tras la reforma protestante iniciada por Martín Lutero en 1517, Felipe II dispuso una pragmática en 1559, por la que prohibió a los estudiantes salir a las universidades de fuera del Reino e importar libros extranjeros, en un intento de «preservar la pureza de la fe». Felipe III permitió a los cirujanos presentarse ante el Tribunal del Protomedicato con sólo cinco años de prácticas, tres en hospitales y dos junto a un cirujano experimentado, sin tener el título de *bachiller en artes*, ni efectuar los estudios en la Universidad, requisitos antes indispensables para la obtención del título de *cirujano latino*. Todo ello condujo a un declive de las ciencias y, por ende, de la Medicina y la Cirugía. Proliferaron los *cirujanos romancistas* y la cirugía quedó reducida a un oficio puramente empírico, lejos de la ejercida en otros países como Francia o Inglaterra, donde existían escuelas con gran prestigio⁴.

Los hospitales embarcados durante el siglo XVI disponían de un elevado número de personas y recursos. Designados como Hospitales Reales del Ejército y Armada, estaban concebidos para ser desplegados en tierra en tiendas o edificios requisados. Eran transportados en buques denominados «ureas de hospital», que en sentido estricto eran barcos de transporte sanitario más que buques hospitales. En la Jornada contra Inglaterra de 1588, de las dos mil camas proyectadas por el marqués de Santa Cruz, se embarcaron unas quinientas, constituyendo la dotación sanitaria unas cien personas, entre protomédicos, cirujanos mayores, barberos, boticarios, etc.⁴.

El 24 de enero de 1633, Felipe IV promulgó *Las Reales Ordenanzas del Buen Gobierno de la Armada del Mar Océano* en la que dispuso que «en todas partes donde estuviere la dicha Armada y ejércitos, se forme un hospital en que se acuda a éste con el cuidado y puntualidad que conviene, el cual esté provisto de las camas, medicinas y regalos que

fueren necesarios y tengan su Administrador, médico, cirujano, enfermeros y la demás gente que necesitan semejantes hospitales, para que no haya alguna falta en la que tanto importa». Se fundaron hospitales, pero faltaban cirujanos bien formados³.

Los primeros hospitales de la Armada de los que se tiene constancia se construyeron en El Puerto de Santa María: Hospital de Mareantes de *Santi Spiritus* y San Telmo (1525), Hospital de Galeras de Santa Lucía (1587) y Hospital de San Juan de Letrán (1613), considerado éste como en el primer gran hospital de Marina de España. Durante la guerra con Francia, hay constancia de la instalación en Mahón de un hospital que viajaba con la escuadra, que al mando del duque de Ciudad Real, operaba en el Mediterráneo en 1642. Ante las dificultades de encontrar un personal capacitado para la atención de los nosocomios, en 1598 los Hermanos de la Orden de San Juan de Dios se encargaron del Hospital de Galeras de El Puerto de Santa María, pasando posteriormente al de Cartagena, donde se trasladaron las galeras tras la colmatación del río Guadalete. En 1668 se inició la construcción del Hospital Real de la Armada de Cádiz, institución en la que se inició la reforma de la Sanidad de la Armada⁵.

Además del Protomedicato —encargado de facultar el ejercicio profesional de los sanitarios—, otra institución, la Hermandad de San Cosme y San Damián establecida en Cádiz entre 1675 y 1734, en su ordenanza número XII de 1696 disponía «que los Cirujanos y Barberos de la Real Armada, escuadra y hospitales de ella no puedan ejercer su oficio en la ciudad sin presentar sus títulos en la Hermandad»⁶.

SIGLO XVIII

El cambio de dinastía de los Austrias, con la proclamación de primer Borbón Felipe V, y el nombramiento de José Patiño Rosales como ministro y primer intendente general de marina en 1717, trajeron como consecuencia importantes reformas en la Armada, entre la que se pueden destacar la creación de los arsenales, la compañía de caballeros guardiamarinas, los batallones de Infantería de Marina, el cuerpo del ministerio y más tarde, en 1725, los hospitales.

El progreso de la sanidad naval se inició a raíz del Real Decreto de 13 de septiembre de 1703, por el que se dispuso, entre otras cosas, que se excluyeran los llamados cirujanos barberos —únicos sanitarios existentes a bordo, totalmente desprestigiados—, y fuesen sustituidos por cirujanos bien formados y remunerados. Cinco años más tarde, se creó

el cargo de cirujano mayor de la Armada Real. Acompañando a la nueva dinastía borbónica llegaron a España prestigiosos facultativos, entre ellos el francés Jean Le Combe Pandrino (en español Juan Lacomba), a quien el intendente Patiño puso al frente del Hospital Real de la Armada de Cádiz en 1718 otorgándole el cargo de cirujano mayor. Lacomba construyó un anfiteatro anatómico para la enseñanza de los cirujanos y en 1728 atrajo a Pedro Virgili Bellver (1699-1776), antiguo babero cirujano que trabajaba como cirujano mayor en el hospital de Algeciras. Esta fecha es considerada como la de creación del Cuerpo de Cirujanos de la Armada, posterior Cuerpo de Sanidad de la Armada. Entre ambos y el marqués de la Ensenada elaboraron los estatutos del Real Colegio de Cirugía de Cádiz que inició su andadura en 1748, tras ser sancionados por Fernando VI. Diez años antes, en 1738, se había otorgado el «fuero de marina» a un reducido número de barberos-sangradores, siendo considerada esa fecha como la de creación del Cuerpo de Practicantes de la Armada⁷.

Estado, de los Maestros, dt. R^l. Colegio de Cirugía de Cádiz, Materias, y tiempo en de Orar, y Demas Exercicios, que Siguen, en los

Maestros	Materias
Cirujano Mayor D ⁿ Francisco Canibel	Heridas de Armas de fuego:
Ayud ^{te} 1 ^o y Secret ^o D ⁿ Francisco Villaverde	Las Operaciones de Cirugía
Ayud ^{te} 2 ^o D ⁿ Vicente Suber	tratado de Vendajes
Ayud ^{te} 3 ^o D ⁿ Miguel Ramonel	Enfermedades de Huesos, y Puntos
Ayud ^{te} 4 ^o D ⁿ Josef de Bejar	Pathologia, y therapeutica
Ayud ^{te} Honorario D ⁿ Agustin la Comba	La Anatomia Completa
D ⁿ Josef Seluarreza	La Chimica, y Arte de Recetar
Bibliotecario D ⁿ Bernardo Beau	La Physiologia, y Higiene
D ⁿ Domingo Castillejo	La Materia Médica, y Botanica
D ⁿ Juan de Nava. Interino	La Fisica Experimental

Nota Quando falta algun Maestro, tiene otro su Clase:

Figura 1. Asignaturas impartidas en el Real Colegio de Cirugía de Cádiz, con sus respectivos profesores, 30 julio 1777, siendo su director Manuel Oromí [España, Ministerio de Defensa, Archivo General de Marina «Don Álvaro de Bazán» (AGMAB), legajo 3073].

El Real Colegio de Cirugía de la Armada de Cádiz supuso un cambio en la concepción de la enseñanza de las ciencias médicas en Europa, al considerar que el cirujano naval debía conocer asignaturas de índole médico como «enfermedades de mujer, partos y niños» dado que a bordo fallecían más individuos por estos procesos que debido a heridas y traumatismos. Su singladura fue posible gracias a que en la capital gaditana no existía Universidad ni Protomedicato, instituciones extremadamente celosas de sus funciones, las enseñanzas médicas y quirúrgicas y la acreditación de los profesionales sanitarios. Además, la Armada gozaba con el beneplácito real.

Para una correcta enseñanza de la Cirugía, fue elegido el Hospital Real de Cádiz, ya que disponía de todos los requisitos necesarios, como se deduce del memorial que Pedro Virgili elevó al marqués de la Ensenada el 29 de mayo de 1748:

[...] se enseñe la Cirugía con el método que se requiere, deduciendo sus Doctrinas de los experimentos físicos, observaciones y experiencia práctica para lo cual siendo preciso haya un Hospital donde ocurran muchas enfermedades y que también se encuentre cirujano de grande conocimiento que pueda explicarlas a los Practicantes colegiales, haciéndolos trabajar en la Anatomía efectiva, y exponiendo todas las demás partes de la Cirugía.- Este Hospital no le hay más propio, cómodo ni conveniente que el Real de la Armada en Cádiz en el que cual concurren todos los enfermos de la Guarnición de la Plaza y sus inmediaciones, y los de la Armada, de modo que se cura y ven más enfermedades por lo regular en un mes, que en la mayor parte de los Hospitales de España en un año [...]»⁸.

Los colegiales —llamados practicantes de medicina—, inicialmente en número de sesenta, tenían un régimen de internado y gozaban de una retribución que, en 1750, era de treinta reales de vellón mensuales. Para su ingreso precisaban tener unos requisitos: «[...] limpieza de sangre, fe de bautismo (padres/abuelos), certificado de estudios de Filosofía (un año), saber leer, escribir y contar, buenas costumbres, aval económico (seis años) [...]». Tenían preferencia los meritorios de los hospitales de Marina de Cádiz, Ferrol y Cartagena. Existía un duro régimen disciplinario y los exámenes eran anuales. Desde 1729 el hospital contaba con un anfiteatro anatómico, que tenía una dotación de cuatro ayudantes de cirujano mayor y un demostrador anatómico. Disponía de una nutrida biblioteca que gozaba de una particular dispensa de la Inquisición, de unos laboratorios con instrumentos importados de Inglaterra por el sabio marino Jorge Juan y Santacilia y

de un espléndido jardín botánico. Desde muy pronto, los mejores alumnos fueron becados a las mejores universidades europeas: Leyden, Bolonia, Montpellier y París, donde estudiaban disciplinas específicas (botánica, materia médica, cirugía ocular, hernia y cálculos urinarios, enfermedades de las mujeres, partos y niños) y obtenían el grado de doctor.

En 1758 se facultó al colegio de Cádiz otorgar el grado de bachiller en Filosofía, requisito indispensable para poder optar al título de cirujano licenciado o latino, tras someterse al correspondiente examen ante el Tribunal del Protomedicato. Años más tarde se le autorizó a conceder el grado de bachiller en Artes. El modelo de la institución gaditana fue exportado a otras capitales españolas, fundándose nuevos Reales Colegios de Cirugía en Barcelona (1760) y Madrid (1780).

Un hecho trascendental tuvo lugar el 13 de noviembre de 1791, —bajo la dirección de los cirujanos mayores Francisco Canivell y Vicente Lubet— cuando se publicaron las nuevas Reales Ordenanzas del colegio. Por vez primera en Europa se unificaron los estudios de Medicina y Cirugía en los programas escolares de los alumnos, otorgándose el título de médico-cirujano. Esta extraordinaria innovación en los estudios sanitarios fue rápidamente copiada por la Universidad de Montpellier y exportada a otras instituciones europeas. El colegio de Cádiz quedó transformado en Real Colegio de Medicina y Cirugía. La oposición del Protomedicato fue tan virulenta que, en 1802, se volvieron a separar los estudios de ambas disciplinas que no volverían a reunirse hasta 1827.

La actividad científico-literaria de colegio fue muy importante. Se pueden destacar dos textos, *El Tratado de vendajes y apósitos*, escrito en 1763 por Francisco Canivell y Vila, —cirujano mayor de la Armada, catedrático y director de la institución en 1768—, y *El Nuevo método de operar en la hernia crural* de Antonio de Gimbernat, alumno del colegio de Cádiz y años más tarde cirujano de cámara y director del Real Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid, lugar donde tuvo lugar la publicación en 1793⁹.

Los médicos, cirujanos y sangradores de la Armada participaron en todas las contiendas y expediciones científicas a lo largo del siglo XVIII: sitios de Gibraltar (1727, 1781-1782), reconquista de Orán (1732), bloqueo de Melilla (1774), reconquista de Mallorca (1782), expediciones de Argel (1774-1775) y (1783-1784) y combates y guerras contra los

ingleses (1777-1797). De entre ellos se puede destacar al cirujano Francisco Canivell y Vila, máximo responsable de la sanidad de la escuadra que en 1783 bombardeó Argel⁴. De las expediciones científicas de la centuria es obligado resaltar la más relevante, la de Alejandro Malaspina (1789-1794) en la que participaron dos profesores del Real Colegio de Cirugía de Cádiz, Francisco Flores Moreno, jefe de sanidad a bordo de la corbeta *Descubierta*, y Pedro María González, segundo de sanidad a bordo de la corbeta *Atrevida*. A resultas de las observaciones obtenidas durante la singladura, este cirujano publicó en 1805 el *Tratado de las Enfermedades de la Gente de Mar en que se exponen sus causas y los medios para precaverlas*¹⁰.

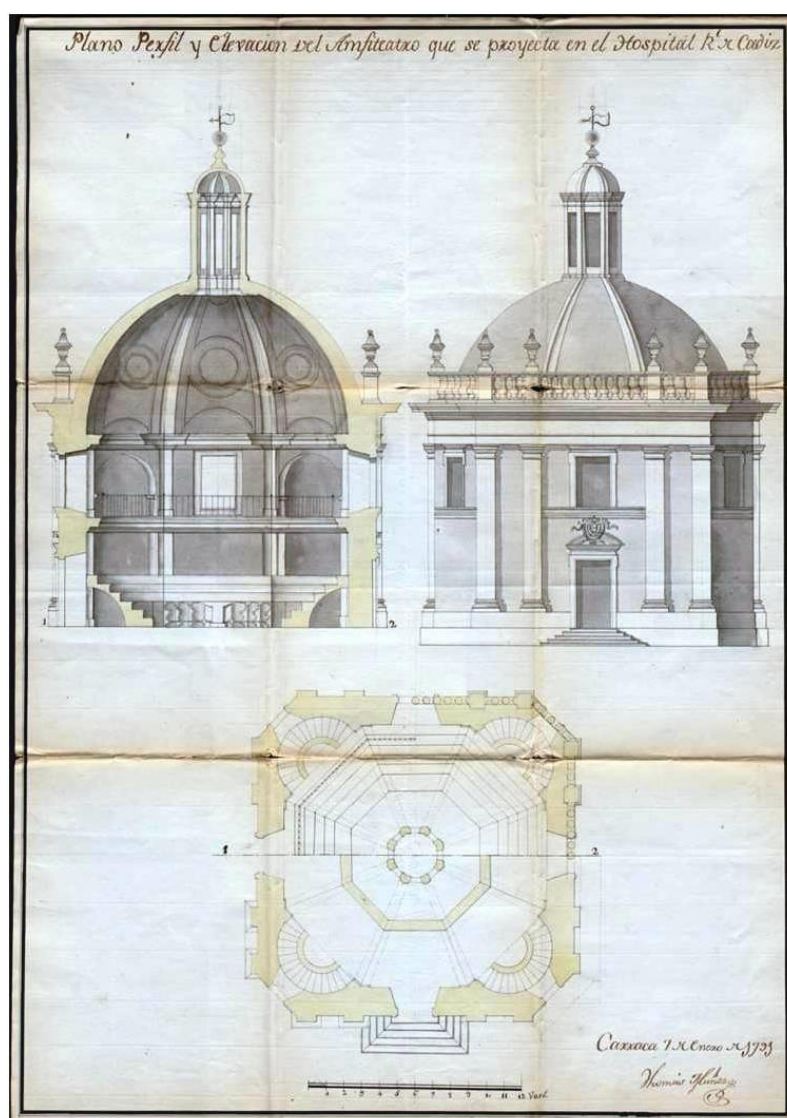


Figura 2. Plano, perfil y elevación del anfiteatro que se proyecta en el Hospital Real de Cádiz, 7 enero 1791 [España, Ministerio de Defensa, Archivo Museo Naval de Madrid, P_0002A_0027].

SIGLO XIX

En la Sanidad de la Armada, se podría considerar el periodo entre 1809 y 1833 como un periodo de catástrofe y decadencia, coincidiendo con el reinado de Fernando VII. Tras el combate naval de Trafalgar (1805) contra la flota inglesa—en la que intervinieron 39 cirujanos a bordo de 15 buques— y la Guerra de Independencia contra los franceses (1808-1814), la nación y la sanidad quedaron en un estado de penuria económica y fracasos legislativos. Los principios liberales de la Constitución de 1812 —entre los que se pueden destacar los artículos 131 y 321— fueron abolidos tras el regreso de Fernando VII. En 1814 se abordó un *Reglamento General de Sanidad* por la Junta Suprema de Sanidad¹¹.

Se puede decir que la vida del Real Colegio de Cirugía de la Armada de Cádiz quedó virtualmente acabada a partir de 1812, ya que posteriormente no hubo acontecimientos o actos que diesen fe de su existencia. A partir de 1815 no se volvieron a convocar plazas de alumnos. Las reformas de Castelló a nivel estatal (1827) dieron lugar al *Reglamento General de Enseñanza*, que estableció la unidad de la ciencia y de la profesión de un modo definitivo. Se unificaron los reglamentos de las universidades y de los reales colegios nacionales de medicina y cirugía. Una Real Orden de 3 de noviembre de 1834, estableció una completa separación e independencia entre el Colegio de Cádiz con sus catedráticos civiles —germen de la futura Facultad de Ciencias Médicas— y el Cuerpo de Médicos Cirujanos de la Real Armada —futuro Cuerpo de Sanidad de la Armada— que en 1836 se radicó en el Hospital de Marina de la Población Militar de San Carlos en San Fernando, anterior Real Isla de León¹⁰.

Los médicos y practicantes de la Armada intervinieron en todas las epidemias de fiebre amarilla, disentería y cólera, guerras carlistas, guerra de África, guerra del Pacífico, insurrecciones cantonales y emancipaciones coloniales, que tuvieron lugar en el convulso siglo XIX. A mediados de la centuria, la situación general de España con una Marina en ruinas y escasos buques influyó en el Cuerpo de Médicos Cirujanos. La huida de catedráticos a la Facultad de Ciencias Médicas de Cádiz provocó una caída de su prestigio científico y un problema de renovación de vacantes. Ante la situación de abandono e incertidumbre, muchos facultativos solicitaron la separación del servicio. Hasta el último tercio del siglo las hornadas se caracterizaron por su mediocridad, manteniéndose solo por las retribuciones. El proyecto para el régimen y gobierno del

Cuerpo de Médicos Cirujanos impulsado por Francisco Ameller en 1832 no tuvo efecto al instaurarse la regencia de Maria Cristina. En enero de 1836 se aprobó un nuevo reglamento que quedó en letargo durante la regencia de Baldomero Espartero. El 3 de noviembre de 1834, los antiguos barberos-sangradores de la Armada fueron sustituidos por practicantes¹².

El 3 de mayo de 1848, tras la aprobación de un nuevo reglamento, el Cuerpo de Médicos Cirujanos se denominó por primera vez Cuerpo de Sanidad de la Armada, disponiéndose una nueva plantilla orgánica en 1854. El número de peticiones de separaciones de la institución fue tan acusado que el 19 de mayo de 1856 se dictaminó que se incluyera en la hoja de servicios «por haber eludido sin justa causa el servicio al que se le había destinado». En 1862 se incentivó económicamente a los alumnos de Medicina que firmasen un compromiso de permanencia tras la finalización de sus estudios. El 16 de junio de 1863 se solicitó a las Cortes un proyecto de Ley que concediese a los médicos de la Armada los mismos privilegios que gozaban los del Ejército, en base a la Ley de marzo de 1860¹².

Este considerado periodo de desprestigio de la Sanidad de la Armada (1834-1868) finalizó tras la Revolución de 1868 y el inicio del Sexenio Democrático. El decreto de 25 de octubre del ministro de fomento Manuel Ruiz Zorrilla en el que se dispuso la Libertad de Enseñanza, con la creación de las escuelas libres de Medicina y Cirugía en aquellas capitales en las que no había o se habían suprimido las facultades, coincidió con un periodo de resurgimiento científico y colectivo en la institución naval, tras el acceso a la Jefatura del Cuerpo de Bartolomé Gómez de Bustamante. Tras la aprobación de nuevas plantillas y un nuevo reglamento, se ordenó taxativamente el ingreso por oposición, suprimiendo la dádiva generosa de un Estado que reclutaba un personal sin fijarse en su aptitud¹².

En el nuevo *Reglamento del Cuerpo de Sanidad de la Armada*, rubricado en julio de 1869 por el ministro de Marina, Juan Bautista Topete, y el presidente del Consejo de Ministros, Francisco Serrano, se impuso la norma de celebrar una reunión científica mensual en los tres apostaderos navales (Ferrol, Cartagena y San Fernando), al objeto de presentar casos prácticos de Medicina o Cirugía y debatir temas de higiene naval. El contenido de las mismas, recogido en una *memoria reglamentaria*, se elevaba al Almirantazgo del Ministerio de Marina sirviendo a posteriori para la evaluación de los ponentes. La

relación de las memorias se divulgaba en el *Boletín de Medicina Naval* —fundado por José Erostarbe y Buçet, director del hospital de San Carlos, y editado en San Fernando entre 1878 y 1898—, considerado el órgano de expresión y portavoz oficial del Cuerpo de Sanidad de la Armada. Las calificadas de interés, se publicaban íntegramente. A las reuniones debían asistir todos los jefes y oficiales médicos libres de servicio y estaban presididas por el inspector de sanidad, quien debía nombrar a los profesores por orden de antigüedad¹³.

Entre estas memorias, podrían destacarse por su importancia e innovación, en atención a los avances médicos de la segunda mitad de la centuria decimonónica a: *La anestesia* (Juan Jorge y de los Ríos, 1870), *Estudios sobre antisépticos* (Emilio Alonso, 1880), *La transfusión de sangre* (José María Robles y Villar, 1881) y *El empleo quirúrgico del cloroformo* (Ildefonso Sanz y Domenech, 1894)¹¹. Las nuevas plantillas emanadas del nuevo reglamento quedaron estructuradas en los empleos de inspector general, inspectores de departamento, subinspectores de primera, subinspectores de segunda, médicos mayores, primeros médicos y segundos médicos¹².

En cuanto a los practicantes, aún no estaban integrados en el Cuerpo de Sanidad de la Armada. Mediante la *Ley de Instrucción Pública* de 9 de septiembre de 1857 —conocida como Ley de Claudio Moyano— se suprimió la denominación de «cirujano menor o ministrante» y se sustituyó por la de «practicante», título expedido por las facultades de Medicina tras dos años de estudios y prácticas en hospitales, denominación vigente en la Armada desde el siglo anterior. En diciembre de 1878 se confeccionó un nuevo reglamento del Cuerpo de Practicantes de la Armada, bajo el mandato del primer inspector general Manuel Chesio y Añeses¹⁴.

Respecto a las boticas de los hospitales navales, a primeros del siglo XIX estaban dirigidas por los farmacéuticos mayores que pertenecían al colectivo militar de «inspectores de medicinas» y figuraban en el escalafón de la Armada. Su elección dependía de los criterios del protomédico y cirujano mayor. Los farmacéuticos mayores eran los encargados del control de los «asentistas»¹⁵. Estos eran los proveedores de fármacos y encargados de fijar el precio de las estancias, además de contratar, pagar y cesar a su antojo a médicos, boticarios civiles y capellanes. Su gestión mercantilista en beneficio propio primaba en detrimento de la calidad de sus servicios. Hasta finales de 1891 no se establecieron las bases para la unificación de los servicios farmacéuticos de la Armada y

del Ejército. El 26 de julio de 1895 se constituyó el Cuerpo de Farmacéuticos de la Armada como una sección auxiliar del Cuerpo de Sanidad¹⁶.

En las postrimerías del siglo, se sucedieron las pérdidas de Filipinas, Cuba y Puerto Rico tras combates con la potente flota estadounidense. Los médicos y practicantes de la Armada ejercieron su labor asistiendo a los heridos en las lúgubres «enfermerías de combate», unos minúsculos habitáculos en penumbra situados en las cercanías de la quilla de los buques, sin ventilación y con un difícilísimo acceso. El descenso de las bajas se realizaba mediante un aparejo a través de una escotilla reducida y la subida por una escala vertical, lo que demoraba enormemente su asistencia. Durante las singladuras, los médicos y practicantes adiestraron a la dotación en las curas de socorro, fundamentalmente curas oclusivas de urgencia, e idearon artilugios que sirviesen de compresores hemostáticos¹³.

SIGLO XX

Tras las pérdidas de las colonias de ultramar en 1898, la Armada se encontraba al borde de su desaparición. Su resurgimiento se inició con el «Plan de Escuadra» del ministro de Marina José Ferrándiz (1908), continuado por el vicealmirante Augusto Miranda (1915), lo que permitió la construcción de nuevas unidades que participaron en las campañas de Marruecos, en las que médicos y practicantes asistieron a los heridos. Los hospitales departamentales iniciaron una modernización incorporando servicios —gabinetes de radiología, radiografía y electroterapia, y de bacteriología, micrografía y análisis clínicos— y nuevas especialidades médicas, ya innovadas en la sanidad civil¹⁷.

Los practicantes seguían sin estar integrados en el Cuerpo de Sanidad de la Armada. En 1915 se modificaron los empleos de su escala, quedando establecidos en practicante mayor —asimilado a alférez de fragata—, primer practicante, segundo practicante y aspirante. En 1918 se aprobó el *Reglamento para el gobierno y régimen de las secciones de contramaestres, condestables y practicantes* en el que se establecía la división del Cuerpo de Practicantes en tres secciones: Ferrol, Cartagena y Cádiz¹⁴.

En marzo de 1922 cambiaron las denominaciones de los empleos del Cuerpo de Sanidad, agregándose «de la Armada», quedando estructurada la institución en dos secciones: Medicina y Farmacia. A partir de esa fecha los farmacéuticos se equipararon con los médicos y dejaron de ser una sección auxiliar¹⁶.

Un año después de la instauración de la Dictadura de Primo de Rivera (septiembre de 1923) se aprobó un nuevo reglamento orgánico del Ministerio de Marina por el que se amortizaban plazas en la plantilla del Cuerpo de Sanidad y se dispuso una nueva distribución de las clínicas de los hospitales navales: medicina general (clínica primera), cirugía general (clínica segunda), sifilografía, dermatosis y reclusos (clínica tercera) y observación y comprobación de presuntos inútiles (clínica cuarta). En 1926, tras la finalización de las campañas en Marruecos, hubo una reestructuración y transformación en todos los cuerpos, que causaron un gran malestar que fue instrumentado políticamente y se extendió a los cuerpos subalternos, a los que en principio no concernían las reformas, convirtiéndose en el peligroso germen del que, pocos años después, surgirían los graves problemas que afectaron a toda la corporación⁴.

En marzo de 1929 se continuó con la reducción de la plantilla y se retornó a la antigua denominación de los empleos, obligando a los primeros médicos a cubrir el servicio de guardia de los hospitales, anteriormente a cargo de los segundos médicos. Tras la dimisión de Primo de Rivera (28 enero 1930), su sucesor Dámaso Berenguer revocó las reformas introducidas por su predecesor dando lugar a reestructuración de las plantillas en todos los cuerpos. En 1931 se reglamentó que se ostentase en el uniforme la «Cruz de Malta sobre fondo carmesí», como distintivo en cualquiera de las escalas y empleos del Cuerpo de Sanidad de la Armada¹⁶.

La proclamación de la Segunda República el 14 de abril de 1931 y el decreto del ministro de la Guerra, Manuel Azaña, del 25 del mismo mes, condicionó que muchos jefes, oficiales y asimilados solicitasen el paso a la situación de retirado, quedando amortizadas todas las vacantes. El 24 de julio siguiente se publicaron nuevas plantillas en todos los cuerpos de la Armada. Los cuerpos subalternos pasaron a denominarse cuerpos auxiliares. El antiguo Cuerpo de Practicantes se convirtió en el «Cuerpo Auxiliar de Sanidad» con los empleos de jefe, oficial primero, oficial segundo, oficial tercero, auxiliar primero y auxiliar segundo⁴.

Las reformas introducidas en el Cuerpo de Sanidad afectaron a otros aspectos como la uniformidad, la denominación de los empleos, la redefinición de los objetivos y las funciones de la corporación. La sección de Farmacia fue declarada a extinguir. En los hospitales navales las clínicas quedaron reducidas a cuatro: medicina, cirugía, dermatovenereología y oftalmo-otorrinolaringología. Se contemplaba la existencia de un

gabinete de bacteriología y análisis, otro de fisioterapia y electro-radiología y un tercero de odontología. La clínica de observación y comprobación de presuntos inútiles fue sustituida por el Tribunal de Reconocimientos.

En 1933 se volvieron a modificar las plantillas y al siguiente año se aprobó una *Cartilla de uniformidad del Cuerpo de Sanidad de la Armada*. Se establecieron nuevas especialidades: fisiología; cirugía general; reeducación de inválidos y ortopedia; bacteriología, análisis químico, histológico, anatomopatológico y epidemiología; electro-radiología y fisioterapia; dermato-venereología; odontología y prótesis; oftalmo-otorrinolaringología; higiene naval: psiquiatría y neurología¹⁸.

La Guerra Civil (1936-1939) originó la ruptura del Estado en dos zonas geográficas enfrentadas en las que se vieron obligadas a convivir personas de ideologías muy diversas. En muchos casos los sentimientos de estos individuos estaban más próximos a los de otro bando, aunque debían ocultarlo en un desesperado intento de salvar su vida, lo que no siempre consiguieron. Las tres principales bases navales (Ferrol, Cartagena y Cádiz) tuvieron un diferente destino y ello condicionó que cada miembro del Cuerpo de Sanidad de la Armada quedase adscrito a uno y otro bando contendiente.

Muchos miembros del Cuerpo de Sanidad fueron ejecutados o fallecieron en ambos bandos. Una vez finalizada la guerra, algunos médicos y practicantes optaron por entrar en un proceso de selección restringido para cubrir las vacantes. Otros causaron baja tras sentencias firmes de consejos de guerra. A otros se les abrió un expediente de depuración y otros eligieron el exilio. En total está documentada la expulsión de al menos treinta jefes y oficiales, entre los que se encontraban los exiliados voluntariamente⁴.

Meses después de finalizada la contienda (mayo de 1940) se produjo una reorganización de los cuerpos de especialistas en la Marina de Guerra. Se modificaron la marinería y el cuerpo subalterno, que se denominó a partir de entonces Cuerpo de Suboficiales de la Armada. Dentro de los «marineros especialistas» se instauró la especialidad sanitaria, los llamados «sanitarios», quienes tras una rigurosa selección podían optar al ingreso en la especialidad sanitaria del Cuerpo de Suboficiales. Una vez creada en mayo de 1959 la Escala Auxiliar de los Servicios de Sanidad, la escala de los sanitarios fue declarada a extinguir. Sus integrantes tuvieron dos opciones, continuar en su escalafón pudiendo

alcanzar el empleo de mayor, o integrarse en la recién aparecida escala auxiliar, tras la obtención del título de bachiller elemental y cursar los estudios de Enfermería.

A partir de 1966 las oposiciones se nutrieron de ayudantes técnicos sanitarios (ATS) con titulación civil —la denominación de ATS había sustituido a la de practicante en 1955—. En julio de 1973 la escala auxiliar fue suprimida y en su lugar se creó la Escala Especial del Cuerpo de Sanidad de la Armada, siendo sus empleos: teniente, capitán y comandante⁴.

Las escalas de complemento de los cuerpos patentados, entre ellos el de sanidad, y de los suboficiales de la Armada se crearon en 1942, nutriéndose de alumnos de escuelas y facultades. Un año más tarde se reorganizó el servicio de odontología de los hospitales navales. Ante la eclosión de la tuberculosis¹⁹, debido entre otras cosas a la situación de penuria y hambruna de la postguerra, en 1947 se implantaron en los nosocomios dispensarios específicos y se dispuso la fotoseriación —estudio radiológico— a todo el personal de nuevo ingreso. El año anterior se había inaugurado en la sierra de Guadarrama (Madrid) el Sanatorio de Marina de los Molinos, centro modélico inicialmente destinado a la formación en tisiología y al tratamiento antituberculoso del personal de la Armada. Más tarde se amplió al conjunto de enfermedades del tórax¹⁸.

Tras la fijación en 1947 de unas nuevas plantillas del Cuerpo de Sanidad de la Armada, en noviembre de 1952 se produjo una reorganización de las especialidades médicas, vigentes desde 1934, quedando establecidas en las siguientes: medicina interna y cardiología; tisiología; cirugía general y traumatología; bacteriología, análisis clínicos y anatomopatológicos; electro-radiología y fisioterapia; urología y dermatología; oftalmología; otorrinolaringología; estomatología y prótesis, y anestesiología. En 1956, el servicio de transfusión sanguínea —incluido en el «gabinete de análisis clínicos y desinfección»— fue transferido a la clínica de anestesia.

El año 1963 fue clave en la reforma sanitaria en la Armada. En febrero se modificaron algunas especialidades. Se separó la traumatología y ortopedia de la cirugía general; la tisiología se transformó en pulmón y corazón; se crearon pediatría, tocoginecología, medicina naval, cirugía plástica y reparadora, cirugía cardiovascular, cirugía torácica y neurocirugía. En mayo se reorganizaron las clínicas y policlínicas de los hospitales quedando establecidas en: medicina interna (clínica y policlínica), pulmón y corazón, neuropsiquiatría, cirugía general, traumatología y ortopedia, urología, oftalmología,

otorrinolaringología, tocoginecología, dermatovenereología, estomatología, electroradiología, análisis clínico, anestesia y pediatría. En junio, el cargo de jefe de sanidad del departamento se escindió del de director del hospital en aras de potenciar la medicina preventiva de las unidades¹⁸.

En mayo de 1969 cambiaron de denominación las siguientes especialidades: pulmón y corazón por «aparato circulatorio y respiratorio»; anestesiología por «anestesiología y reanimación»; pediatría por «puericultura y pediatría»; traumatología y ortopedia por «traumatología y rehabilitación»; cirugía plástica y reparadora por «cirugía plástica y recuperativa»; tocoginecología por «obstetricia y ginecología»; electroradiología por «radiología con electrología y aplicaciones de isótopos radioactivos»; análisis clínicos y anatomopatológicos por «análisis clínicos y anatomía patológica»; medicina naval por «medicina e higiene naval». Además, se crearon: dietética y alimentación, medicina deportiva, hematología y hemoterapia, y medicina subacuática.

En diciembre de 1976 se escindieron de las especialidades matrices las siguientes: aparato circulatorio, aparato respiratorio, neurología, psiquiatría, medicina preventiva y análisis clínicos, anatomía patológica, rehabilitación, radioelectrología y medicina nuclear. Se crearon: aparato digestivo, nefrología, endocrinología y nutrición, cirugía maxilofacial, oncología y medicina aeroespacial. Se volvió a las anteriores denominaciones de «traumatología y ortopedia» y «cirugía plástica y reparadora». La medicina subacuática incluyó a la medicina e higiene naval. En noviembre de 1977 se crearon: cuidados intensivos y unidades coronarias, hemodinámica y angiografía, reumatología y alergia-reumatología. En julio de 1980, la especialidad de cuidados intensivos y unidades coronarias cambió su denominación a «medicina intensiva», y la inmunología se separó de alergia¹⁸.

Es importante reseñar que fue en la Armada donde tuvo lugar el inicio de la Medicina Subacuática en España. En 1940, de una manera provisional, médicos de la Armada — Anselmo Torres Pinto, José Touriño Martínez, Luis Suárez Altamirano y Emilio Burges Marco— prepararon una cámara hiperbárica. El motivo fue el tratamiento de los escasos accidentes que sufrieron los buzos que recuperaron 107 buques (146.000 toneladas) hundidos durante la Guerra Civil. La Comisión para el Salvamento de Buques se había creado con anterioridad en 1937. El desarrollo de la especialidad en nuestra nación está ligado a la figura de Antonio de Lara Muñoz-Delgado, médico de la Armada que, tras una

formación en Estados Unidos en 1965, se hizo cargo de la Unidad de Investigación Subacuática (UIS) del Centro de Buceo de la Armada (CBA) en la Algameca (Cartagena). Es preciso resaltar los encomiables estudios de narcosis nitrogenada que la UIS desarrolló en 1974, tras una serie de inmersiones de saturación a 15, 20 y 25 metros de profundidad en la que permanecieron cuatro hombres durante periodos de tres, cinco y diez días^{4,20}.

La idea de concebir una medicina específicamente naval se fue sustituyendo por una medicina con una mayor dedicación asistencial, para la que se especializaron la mayoría de los integrantes del Cuerpo de Sanidad en los mejores hospitales nacionales y extranjeros. Ello motivó un paulatino alejamiento de las unidades a flote, con una drástica reducción de los periodos de embarque y un mayor periodo de especialización médica que capacitase a los facultativos a sus nuevas funciones asistenciales hospitalarias. Los médicos de la Armada, en gran medida para incrementar su escala de estimación social imperante en la época, derivaron sus cometidos hacia «objetivos civiles», auspiciados por la consideración de «médico de familia» que le atribuían los restantes miembros de la corporación castrense⁴.

De esta guisa el desarrollo de la sanidad hospitalaria no fue acompañado de un avance similar en la sanidad embarcada. El plan de modernización de la Flota, tras los acuerdos suscritos por los Estados Unidos de América, supuso una profunda renovación de los buques que llegaron con sus modernas enfermerías equipadas con abundante material y publicaciones sanitarias navales. No se supo aprovechar adecuadamente ni el material ni la doctrina, aunque fue en Infantería de Marina donde se realizaron mayores esfuerzos para disponer de una estructura de apoyo sanitario apropiada a sus necesidades^{4,21}.

En 1981 se elaboró el *Proyecto de un Manual de la Fuerza Anfibia Operativa*²² y en 1989, bajo la tutela de la Dirección de Sanidad de la Armada, el *Manual de Logística Sanitaria*²³, punto de referencia obligado para la sanidad embarcada. Algunos miembros de la Sanidad de la Armada participaron en los últimos enfrentamientos coloniales —Aaiún (1957-1958)— y en las misiones de ayuda prestadas en las inundaciones de Valencia (1957), terremoto de Agadir (1960) y Guinea Ecuatorial (1979)⁴.

En 1972, el antiguo Hospital de la Población Militar de San Carlos en San Fernando (Cádiz) fue designado como sede del estudio del anteproyecto de reestructuración del

Cuerpo de Sanidad y de la reforma y construcción de nuevos hospitales. La Policlínica Naval de Nuestra Señora del Carmen (Madrid) y los nuevos nosocomios de San Carlos, Cartagena y Ferrol se inauguraron en los años 1967, 1981, 1984 y 1990 respectivamente⁴.



Figura 3. Hospital de Marina de Ferrol (1990) [Internet].

La sanidad de la Armada tardó en experimentar la reforma sanitaria iniciada en la Seguridad Social en la década de los sesenta. En los comienzos de la transición democrática (1977-1982) persistían en España 29 hospitales militares y 29 clínicas concertadas con un total de 14.000 camas. La creación de Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) en 1975, forzó el inicio de racionalización de la red sanitaria militar. En la década de los ochenta, la sobredimensionada red asistencial se redujo a diez hospitales del Ejército de Tierra, cuatro de la Armada y uno del Ejército del Aire, además de tres centros médicos y cuatro policlínicas. La capacidad disminuyó a 4.500 camas, un 32 por ciento de las existentes en 1982²⁴.

EXTINCIÓN DEL CUERPO DE SANIDAD DE LA ARMADA E INTEGRACIÓN EN EL CUERPO MILITAR DE SANIDAD DE LA DEFENSA

La Ley 17/1989 de 19 de julio, reguladora del Régimen del Personal Militar Profesional de las Fuerzas Armadas, significó un punto final en la trayectoria del Cuerpo de Sanidad de la Armada. Por el artículo 13, se creó, dentro de los denominados Cuerpos Comunes, el Cuerpo Militar de Sanidad en el que se integraron los distintos cuerpos y escalas de sanidad de los tres ejércitos. Se establecieron dos escalas: una superior de oficiales en la que se integraron los médicos, farmacéuticos y veterinarios; y una segunda de oficiales en la que lo hicieron los enfermeros. Su aplicación el 1 de enero de 1990 modificó el devenir profesional del personal implicado, con la generación de inciertas expectativas⁴.

EPÍLOGO

A finales de la década de los ochenta, médicos y más tarde enfermeros de la Armada se enrolaron en lejanas expediciones a la Antártida. El espíritu de estos viajes remedó el de las grandes empresas científico-militares de los siglos XV al XVIII en las que España intentó vincular el conocimiento científico al descubrimiento de un nuevo territorio, al considerar que la ampliación del saber consolidaría la posesión física y política del mismo. En estas expediciones, los médicos y enfermeros participaron en estudios biomédicos —metabolismo mineral, función tiroidea, hipotermia— que expusieron, a su regreso, en tesis doctorales de diferentes universidades españolas. Vueltas al mundo en el buque escuela *Juan Sebastián de Elcano* o navegaciones antárticas en el buque oceanográfico *Las Palmas* y más tarde en el *Hespérides*, curtieron nuevamente a los sanitarios. Sus vicisitudes sirvieron para homenajear a sus predecesores en el Cuerpo de Sanidad de la Armada a lo largo de los 261 años de historia en común²⁵.

El 1 de octubre de 2014, tuvo lugar la transferencia del Hospital General Básico de la Defensa San Carlos —anterior Hospital de Marina de San Carlos— al Servicio Andaluz de Salud. Con anterioridad se había producido la transferencia del Hospital de Ferrol al Servicio Gallego de Salud (2007) y el cierre definitivo del de Cartagena (2012). La desafectación militar del último hospital de Marina de España venía tomada desde décadas atrás. Aquellos que trabajamos muchos años en sus instalaciones, hubiéramos deseado un escenario final distinto, un hospital mixto compartido en el que se continuara prestando asistencia a militares y civiles, además de proseguir con la función

pericial y de formación continuada de los miembros del Cuerpo Militar de Sanidad, una fórmula ensayada con éxito en alguna otra comunidad autónoma²⁶.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Madrid, V. El servicio de Farmacia en hospitales militares españoles. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Farmacia, 1995. Tesis doctoral.
2. Campos Diez, M.S. Sanidad Militar en la Edad Moderna. En: Congreso. De las Navas de Tolosa a la Constitución de Cádiz: el ejército y la guerra en la construcción del estado. L. Martínez Peñas y M. Fernández Rodríguez, coord. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos. Asociación Veritas de Estudios sobre la Historia, Derecho e Instituciones. Instituto del Historia sobre la Intolerancia, 2012, p. 227-228.
3. Velázquez Núñez, José Miguel. La Sanidad Militar en San Fernando (Cádiz) durante los siglos XIX-XX. Un análisis diacrónico de su auge y decadencia. Cádiz: Universidad de Cádiz, 2017. Tesis doctoral. Dirección: Conde Mora, Francisco Glicerio; García-Cubillana de la Cruz, Juan Manuel.
4. Gracias Rivas, Manuel. La Sanidad Naval Española. Historia y Evolución. Madrid: Empresa Nacional Bazán de Construcciones Navales Militares S.A., 1995.
5. Clavijo y Clavijo, Salvador. La trayectoria hospitalaria de la Armada Española. Madrid: Editorial Naval, 1944.
6. Orozco Acuaviva, Antonio. Ordenanzas de los cirujanos y maestros sangradores de la Hermandad de San Cosme y San Damián de Cádiz, de 1701. Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz 1981; XVII (1): 139-152.
7. Martín Carranza, Benito. La Sanidad de nuestra Marina de Guerra desde los tiempos más remotos hasta fines del siglo XVIII. Don Juan Lacomba, Don Pedro Virgili y el Departamento Marítimo de Cádiz. Medicina e Historia 1970; LXX.
8. Ferrer y Fernández de la Riva, Diego. Historia del Real Colegio de Cirugía de Cádiz. Excmo. Colegio Oficial de Médicos de Cádiz. Barcelona: Tipografía Emporium, S.A., 1961.
9. Bartolomé y Cela, Enrique. La obra docente de los cirujanos de la Real Armada en el siglo XVIII. Revista General de Marina 1990; 218: 791-805.

10. García-Cubillana de la Cruz, Juan Manuel. El antiguo Hospital de San Carlos (1809-1981) y la ciudad de San Fernando. Jerez de la Frontera: Publicaciones del Sur, 2007.
11. Redondo, Francisco Javier; Pozuelo, Ángel. La Ciencia Médica en la Armada Española del siglo XIX. Análisis de las memorias clínicas que cambiaron el rumbo de la cirugía: anestesia, antisepsia y transfusión. Madrid: Grupo Aula Médica S.L. 2010.
12. Clavijo y Clavijo, Salvador. Historia del Cuerpo de Sanidad de la Armada. San Fernando: Tipografía de Fernando Espín Peña, 1925.
13. García-Cubillana de la Cruz, Juan Manuel. El doctor Alejandro Lallemand Lemos (1857-1903), arquetipo de médico de la Armada de finales del siglo XIX. Revista General de Marina 2008; 255: 9-11.
14. García Piñero, Salvador. Historia de la Enfermería en la Armada. Primer centenario de la fundación del Colegio Oficial de Practicantes de la provincia de Cádiz. Excelentísima Diputación de Cádiz, 2000.
15. Galán Ahumada, Domingo. La farmacia y la botánica en el Hospital Real de Marina de Cádiz. Madrid: Editorial Naval, 1988.
16. Martínez Cerro, Manuel. El Servicio Farmacéutico de la Armada. Su vinculación histórica y aportación a la vida hospitalaria (1814-1936). Madrid: Editorial Naval, 1990.
17. Ruiz Perales, Francisco; García Piñero, Salvador. El gabinete de radiografía del hospital de Marina de San Carlos. Revista de Sanidad Militar 1975; 37 (10): 23-26.
18. Martínez Cerro, Manuel. La Sanidad Naval en el siglo XX. Evolución cronológica de las Normas Legislativas y perfil biográfico de los médicos de la Armada. Madrid: Editmex, 1996.
19. Clavijo y Clavijo, Salvador. Tuberculosis en la Marina de Guerra. Nuevas orientaciones y reformas. Madrid: Imprenta del Ministerio de Marina, 1914.
20. Salas Pardo, Emilio; García-Cubillana de la Cruz, Juan Manuel; Samalea Pérez, Fernando. Manual de Medicina Subacuática e Hiperbárica. Laboratorio Salvat. San Fernando: Imprenta La Isla, 2007.

21. García Cubillana, Juan. La logística sanitaria de una formación anfibia. Problemas logísticos en el desembarco y en la cabeza de playa. Armada Española. Infantería de Marina, 1964.
22. Álvarez de Furundarena, Ricardo; Del Castillo Gámez, Jose Antonio; García-Cubillana de la Cruz, Juan Manuel; Delgado Gutiérrez, José Alfonso. Armada Española. Flota. Mando Anfibio, 1981.
23. Vives Soto, Manuel. Manual de Logística Sanitaria. Armada Española. Madrid, 1989.
24. Delgado Gutiérrez, Jose Alfonso. Estudio preliminar de los planes directores para la futura Red Hospitalaria de Defensa. Madrid: Ministerio de Defensa, 2001.
25. García-Cubillana de la Cruz, Juan Manuel. El Cuerpo de Sanidad de la Armada (1728-1989). Sanidad Militar 2009; 65 (3): 188-203.
26. García-Cubillana de la Cruz, Juan Manuel. Réquiem por el último Hospital de Marina de España. Revista General de Marina 2015; 268: 623-626.

HISTORIA

EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE AUTOLESIÓN EN CIENCIAS DE LA SALUD

EVOLUTION OF THE CONCEPT OF SELF-HAMMER IN HEALTH SCIENCES

María-Reyes López-Millán¹, Daniel Román-Sánchez²

¹ Graduada en Enfermería y Máster en Investigación Enfermera y Práctica Profesional Avanzada

² Diplomado en Enfermería, enfermero especialista en Salud Mental. Profesor del CUE Salus Infirmorum de Cádiz, adscrito a la Universidad de Cádiz

Correo electrónico: reyes.lopez@uca.es

Recibido: 15/03/2021
Aceptado: 11/07/2021

Resumen

El concepto de autolesión ha pasado por diferentes etapas a lo largo de la historia siendo en el siglo XX cuando aparecen los primeros casos documentados donde la figura de la mujer con histeria tiene en papel predominante en los comportamientos autolesivos. El debate sobre si el concepto de autolesión es una entidad por si misma o necesita de otras enfermedades y trastornos para darle existir a plagado los artículos científicos del siglo XX y parte del XXI. A pesar de ello, las autolesiones son observadas y tratadas desde

todas las corrientes y profesiones relacionadas con las ciencias de la salud que, se han preocupado de intentar conceptualizarla en mayor o menor medida. Actualmente, es necesario seguir estudiando el concepto y unificar criterios en toda el área sanitaria.

Palabras Clave: Autolesión, automutilación, enfermería, psiquiatría

Abstract

The concept of self-harm has gone through different stages throughout history, being in the twentieth century when the first documented cases appear where the figure of the woman with hysteria has a predominant role in self-injurious behaviors. The debate on whether the concept of self-injury is an entity by itself or needs other diseases and disorders to give it existence plagued the scientific articles of the 20th century and part of the 21st. Despite this, self-harm is observed and treated from all the currents and professions related to the health sciences that have tried to conceptualize it to a greater or lesser extent. Currently, it is necessary to continue studying the concept and unify criteria throughout the health area.

Keywords: Self-harm, self-mutilation, nursing, psychiatry

INTRODUCCIÓN

Cada vez es más habitual observar en la cultura popular a individuos que, sin motivo aparente, se realizan cortes en las manos o muñecas, se agreden a ellos mismos o realizan actividades que acaban dañando su físico. La televisión, las redes sociales y la globalización han permitido a muchas personas conocer la realización de estas prácticas y, a menudo, hacer uso de ellas en su vida cotidiana para afrontar los problemas de la esfera personal que, según el propio individuo, no sabe o no puede solucionar de otra manera.

Las autolesiones han sido siempre un tema de debate que se ha visto abordado desde campos tan dispares como la medicina con una interpretación biológica de la cuestión, la psicología y su vertiente eminentemente psíquica, la antropología y su interpretación como una conducta propia del ser humano y, la criminología que se refiere a las autolesiones como un rasgo a tener en cuenta en ciertas conductas delictivas. Sin embargo, el campo donde más estudios se han realizado es aquel donde la psiquiatría ejerce principalmente de disciplina¹.

Es habitual que, en lo cotidiano, se relacione las autolesiones con personas emocionalmente inestables, que padecen un trastorno mental o simplemente con una personalidad impulsiva que a veces desemboca en ataques de ira. Sin embargo, el concepto mismo de autolesión ha ido cambiando a lo largo de los años, originando un debate sobre la importancia de proporcionarle una entidad propia en ciencias de la salud o ser un mero síntoma más de algo aún más grande.

CONCEPTUALIZACIÓN

Numerosos trastornos mentales, tienen entre los factores que lo conforman comportamientos autolesivos, dirigidos a infringir dolor en la propia persona por sí misma. A estos comportamientos autolesivos también se les puede llamar automutilación².

Según el autor Nock³ la automutilación se define como la “destrucción directa y deliberada del tejido corporal en ausencia de ideación suicida” por lo que son opuestos al impulso innato de supervivencia que tienen tanto el ser humano como los animales, ya que se produce un daño tisular. Sin embargo, no existen deseos de morir cuando se

ejerce. Este hecho se puede observar en personas que padecen un trastorno mental como los trastornos de la ansiedad o del estado del ánimo⁴ y en diversos trastornos de la personalidad⁵. Además de esto, la autolesión también está asociada con trastornos de la conducta alimentaria y abusos de sustancias⁴. Asimismo, la automutilación es un comportamiento que llega a ser adictivo ya que se asocia a un aumento de dopamina en sangre, que proporciona una sensación de satisfacción semejante a las que proporcionan los trastornos por el uso de sustancias. Esto último favorece la repetición de dicha conducta⁶.

Cabe destacar que este comportamiento puede darse tanto en adolescentes como en adultos⁴, siendo las adolescentes de sexo femenino las que comienzan de manera más temprana con este tipo de conductas. Sin embargo, esta desigualdad va desapareciendo con el tiempo hasta conseguir que el número de conductas autolesivas se igualen en ambos sexos⁷.

DESDE LA ANTIGÜEDAD A 1979

Se han descrito casos de autolesiones desde la antigüedad. Podemos mencionar que en el Nuevo Testamento se hace referencia a la curación del endemoniado de Gerasa, que “Día y noche vagaba entre los sepulcros y por la montaña, dando alaridos e hiriéndose con piedras” (San Marcos, 5: 5). Este pasaje nos informa que el concepto de autolesión podía estar asociado con la culpa de un individuo.

Posteriormente, en el siglo IV después de Cristo, algunos monjes se retiraban durante meses al desierto para probar así su resistencia a las tentaciones terrenales y mortificar sus carnes. Además, en la religión musulmana se lleva celebrando durante siglos la fiesta de Ashura donde los musulmanes debido a la muerte del imán Hussein, descendiente de Mahoma, salen a la calle para realizar conductas de autolesiones públicas⁸.

A finales del siglo XIX se atribuían las autolesiones a un comportamiento propio de mujeres que la mayoría de las veces eran diagnosticadas de histeria y usaban sus agujas de coser para pincharse e incluso enhebrarlas a través de su piel⁹.

En 1896, el médico Gould y su compañero Pyle escribieron un libro titulado *Anomalies and Curiosities of Medicine* (Anomalías y curiosidades de la medicina) donde referenciaron el caso de una mujer de 30 años de la ciudad de Nueva York que se cortaba en la muñeca y en la mano en el año 1876. El motivo de las autolesiones estaba

propiciado por las autoridades sanitarias no darle acceso a una medicación conocida con el nombre de opio. Esta mujer volvió a reincidir en estas conductas y citamos en palabras de los autores que "se practicó de nuevo cortes en los brazos, bajo los codos, separando limpiamente la piel y la fascia y haciendo que los músculos se dispararan en todas direcciones"⁹.

Más adelante, Emerson en 1913, hacía referencia a los primeros casos clínicos documentados que narraban competiciones entre pacientes de entornos psiquiátricos por ver quién era capaz de realizarse más cortes corporales¹⁰. Este hecho fomentaba la creencia que las autolesiones eran practicadas por personas con trastorno mental. Solo un año después de las declaraciones anteriores, en "*The Case Of Miss A*" (El caso de Miss A), un estudio basado en la corriente psicoanalítica y escrito en 1914, Emerson, describe como una paciente de 23 años de edad indica a los médicos que se había cortado "veintiocho o treinta veces". El autor realiza un análisis de la psicobiografía de la paciente en la que abundan los traumas relacionados con agresiones sexuales a mano de sus familiares, en su caso, tíos y primos. Finalmente, tras el abandono de uno de sus pretendientes al descubrir que no era virgen debido a los abusos sexuales que había sufrido y que han sido mencionados anteriormente la paciente se grabaría una "W" en su pierna¹⁰.

Debido a que Emerson pertenecía la corriente psicoanalítica de Freud, dedujo que los motivos para la autolesión estaban relacionados por un lado como medio de masturbación simbólica, y por otro como una forma de escapar de su angustia mental. Este relato no hace observar que, hasta la fecha, la mayoría de los casos hallados se seguían relacionando con mujeres que padecían histeria.

A pesar de los precedentes que se han relatado, el interés clínico sobre las conductas autolesivas afloró con más fuerza a principios del siglo XX, concretamente en la década de los 30 cuando en 1938, Karl Menninger, psicoanalista, intento realizar por primera vez una descripción fehaciente de este comportamiento en su libro "El hombre contra sí mismo" utilizando para ello el nuevo término denominado "automutilación" y, que él decía que era propia de las personas que tenían una forma de actuar autodestructiva. Un hito importante en este nuevo concepto postulado por Menninger era el uso que se le daba a esta conducta, según el psicoanalista, como una estrategia para liberar la ansiedad de los sujetos y así estabilizar sus emociones¹¹. Para Menninger (1934) existían

seis tipos de automutilación que clasificó según su naturaleza en las de tipo neurótico como las excoriaciones en la piel, las de tipo religioso como las autoflagelaciones, las relacionadas con los ritos para pasar a la adultez como la extirpación del himen, las de tipo psicóticas como la extirpación de algún órgano, las relacionadas con enfermedades de tipo orgánico como las propias de las personas con autismo y las relacionadas con el entorno cultural¹². A pesar del esfuerzo por tratar la automutilación como una entidad propia, Menninger la acabó relacionando con la conducta suicida. Esto llevó a que las autolesiones se entendieran como intentos de suicidio por parte de los individuos que la ejercían. En contraposición, algunos autores señalaron que quien manifestaba este tipo de comportamientos autolesivos no tenían intención de suicidarse, simplemente aliviar su estrés o como medio para conseguir un fin determinado sin llevar a la muerte. La popularidad de las autolesiones llegó a tal punto que Graff y Mallin en 1967 decían que era un problema psiquiátrico principal puesto que “han llegado a ser los nuevos pacientes crónicos en hospitales mentales, sustituyendo a los esquizofrénicos”¹³.

No obstante, el debate sobre si la autolesión era una entidad propia separada del suicidio o no, ocupó varias décadas hasta que, en 1970, se iniciaron investigaciones de médicos londinenses relacionados con la psiquiatría sobre las conductas de autolesión para intentar defender que estos comportamientos tuvieran una entidad independiente, sin necesitar de otra patología para aparecer. Para ello se tomó como factores de importancia el riesgo para la vida que tenían estas conductas, aunque aparecieran de forma aislada y la capacidad que tenían para alterar a una persona de manera psicológica¹⁴.

DESDE 1980 A 2013

Al inicio de la década de los 80, Pattison y Kahan proponen el concepto de “*síndrome de autolesión deliberada*”, que se caracteriza por la incapacidad de impedir el impulso autolesivo, la presencia de un estado negativo previo, y un estado positivo de alivio posterior. Esta propuesta cuenta con la importancia de separarla de otros trastornos mentales, después de la amplia lucha y debates al respecto¹⁵. Pattison y Kahan trataron de incluir en el “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*” (DSM-III) el “*síndrome de autolesiones deliberadas*”, dentro de la categoría de los trastornos del control de los impulsos sin ningún resultado⁷. Algunos años más tarde, en 1993, los

autores Favazza y Rosenthal también abogaron por la inclusión del “*síndrome de autolesión repetitiva*” en el DSM-III sumando a la anterior definición la preocupación por el daño físico, tampoco tuvieron éxito¹⁶.

Fue en 1994, con la publicación del DSM-IV cuando se mencionó por primera vez en este manual la autolesión, no como entidad propia, pero si como criterio básico para tener un Trastorno Límite de la Personalidad¹⁷. La importancia de este hecho viene dada por la inclusión del comportamiento autolesivo en el manual, aunque fuera de forma menor. En el año 2005, Muehlenkamp volvió a poner de manifiesto la ausencia de motivos para el suicidio que tenían las personas que intentaban autolesionarse, además, señaló la naturaleza repetitiva de este comportamiento¹⁸.

Posteriormente en 2009, Shaffer y Jacobson continuaron exponiendo razones suficientes para la clasificación independiente de la autolesión, incluyendo que la conducta se asociaba con un deterioro funcional y clínico de la persona, y que no debía entenderse como sintomatología del trastorno límite de la personalidad¹⁹.

Por último, en 2013, y debido a la universalidad y gravedad del comportamiento, así como al aumento de su prevalencia, la autolesión se propuso para su inclusión en el DSM-V donde se pasó a llamar “*autolesión no suicida*”, dándole el peso de una entidad independiente, separada del suicidio a la que le hace falta aún estudio. Esta separación haría que algunos pacientes no tuviesen un tratamiento tan restrictivo, se conseguiría evitar la visión de las autolesiones como propias de los trastornos límite de la personalidad, y se mejoraría la comunicación interprofesional, facilitando tratamientos específicos para las autolesiones no suicidas y para la futura investigación en esta área²⁰.

DIAGNÓSTICO ENFERMERO NANDA-I DE LAS AUTOLESIONES

En el contexto de la enfermería y en los cuidados que las enfermeras pueden ejercer en los pacientes, observamos que las autolesiones o los llamados comportamientos autolesivos son denominados automutilación²¹. Las enfermeras usan su propio lenguaje estandarizado, y para ello, cuentan con sus propios diagnósticos para poder contextualizar las respuestas humanas que surgen de los pacientes y forman los llamados patrones. Estos patrones de respuestas humanas se pueden encontrar en cualquier persona que necesite un cuidado personalizado. Para ello, la enfermería a

través de la investigación científica ha creado diagnósticos enfermeros como “*deterioro de la ambulación*” o “*descuido personal*” entre otros. Centrándonos en el problema de las autolesiones la NANDA estableció en el año 2000 como aprobado el diagnóstico de “*automutilación*” con código 00151²¹. Este diagnóstico estaba directamente relacionado con las conductas violentas de aquel que lo padecía y se podía encontrar ubicado dentro de las áreas de seguridad y protección del paciente. En la taxonomía NANDA-I y sus diversos manuales a lo largo de los años, se definía la automutilación como “la conducta deliberadamente autolesiva que causa un daño tisular con la intención de provocar una lesión no letal que alivie la tensión”²². Esta definición no se ha ido visto actualizada ni modificada a lo largo de los años, llegando hasta la actual edición de la NANDA 2021-2023²¹ inalterable. Sin embargo, y a pesar de las evidencias de su existencia la NANDA-I no cuenta con las suficientes evidencias científicas para apoyar que la enfermería pueda clasificar el concepto de “automutilación” como un diagnóstico al que se le pueda proporcionar los cuidados pertinentes²¹. Esto sigue siendo un problema en la actualidad ya que este diagnóstico será eliminado por falta de estudios que evidencien que las autolesiones o automutilaciones son un patrón de respuesta humana, es por ello que el debate que comenzó en el siglo XX sobre si las autolesiones son una entidad por si mismas continua en la actualidad.

CONCLUSIONES

Las autolesiones siguen aumentando su prevalencia en el contexto actual, pero hasta que no llegemos a establecer un concepto claro y unificado de las mismas, la diversidad de formas de entenderlas y de realizar sus tratamientos y cuidados dentro del área de las ciencias de la salud no podrán potenciarse para lograr una solución a este tipo de conductas.

BIBLIOGRAFÍA

1. García Prado, G. y Boira Sarto, S. (2018). Comportamientos de autolesión en jóvenes con medida de internamiento en medio cerrado. *Escritos de Psicología*. 2018; 11: 92-100.
2. Bravo Rueda, T.P. A primera vista: automutilación y su relación con la percepción de otros para buscar ayuda psicológica en adolescentes y adultos jóvenes en

- ecuador [Trabajo para obtención título psicología]. Universidad San Francisco de Quito; 2019.
3. Nock, M.K. Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*. 2010; 6: 339-363.
 4. Dhingra, K. y Ali, P. Non-suicidal self-injury: clinical presentation, assessment and management. *Nurs Stand*. 2016; 31 (5): 42-49.
 5. Selby, E.A., Bender, T.W., Gordon, K.H., Nock, M.K., Joiner, T.E.Jr. Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder: a preliminary study. *Personal Disord*. 2012; 3(2): 167-75.
 6. Worley, J. Self-Injury as an Addictive Disorder. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2020; 58(6): 13-16.
 7. Grandclerc, S., De Labrouhe, D., Spodenkiewicz, M., Lachal, J., Moro, M.R. Relations between Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior in Adolescence: A Systematic Review. *PLoS One*. 2016; 11(4): e0153760.
 8. Casadó, L. Cuando de la herida emana lo que de la boca es Silenciado: símbolos y significados de las Prácticas autolesivas entre los jóvenes. *Antropología de la medicina, metodologías e interdisciplinariedad: de las teorías a las prácticas académicas y profesionales*. 2008; 2: 51-61.
 9. Gould, G. M., Pyle, W. L. *Anomalies and Curiosities of Medicine*. Blacksleet River; 1896.
 10. Emerson, L.E. The case of Miss A: A preliminary report of a psychoanalysis study and treatment of a case of self-mutilation. *Psychoanalytic Review*. 1914; 1: 41–54.
 11. Menninger, K. A. *Man against himself*. Michigan: Harcourt Brace; 1938.
 12. _Menninger, K. A. A Psychoanalytic Study of the Significance of Self-Mutilations. *Psychoanalytic Quarterly*. 1935; 4 (3): 408–466.
 13. Klonsky, E.D. y Muehlenkamp, J. J. Self-injury: a research review for the practitioner. *J Clin Psychol*. 2007;63(11): 1045-56
 14. Conterio, K., Lader, W., Bloom, J. K. *Bodily Harm: The Breakthrough Healing Program for Self-Injuries*. Hyperion Books; 1999.
 15. Pattison, E. M y Kahan, J. The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry*. 1983; 140(7): 867-72.

16. Favazza, A. y Rosenthal R. Diagnostic issues in self-mutilation. *Hosp Community Psychiatry* 1993; 44(2): 134-40.
17. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4a. ed) Washington, DC EE. UU. 1994.
18. Muehlenkamp, J.J., Claes, L., Smits, D., Peat, C.M., Vandereycken, W. Non-suicidal self-injury in eating disordered patients: A test of a conceptual model. *Psychiatry Research*. 2011; 188(1): 102–8.
19. Cipriano, A., Cella, S., Cotrufo, P. Nonsuicidal Self-injury: A Systematic Review. *Front Psychol*. 2017; 8: 1946.
20. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing; 2013.
21. T. Heather Herdman & NANDA International & Shigemi Kamitsuru. *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2021-2023, 12ª Edición*. Elsevier; 2021.
22. Nanda Internacional. *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2012*. Elsevier; 2009.

DESARROLLO DEL APEGO: UNA MIRADA RETROSPECTIVA

DEVELOPMENT OF ATTACHMENT: A RETROSPECTIVE LOOK

Roberto García Sánchez¹, Laura Romero de los Reyes²

¹Doctor por la Universidad de La Laguna. Psicólogo. Miembro de la Sociedad Canaria de la Historia de la Medicina.

²Psicóloga.

Correo electrónico: extrgarcias@ull.edu.es

Recibido: 30/11/2020

Aceptado: 25/04/2021

Resumen

El apego infantil es un proceso fundamental durante la infancia. En su desarrollo participan numerosas variables, como la susceptibilidad genética, el temperamento, la familia o la educación, entre otros, siendo la familia el principal factor que influye en su desarrollo. El tipo de apego que el niño establezca con su cuidador principal será un punto principal en el futuro desarrollo de las relaciones emocionales futuras. Este aspecto, además, está íntimamente relacionado con otros constructos psicológicos, como la autoestima o la seguridad, y se verán altamente influenciados por el tipo de apego que el niño establezca. El apego tiene su relevancia en las conductas futuras del niño cuando sea adulto, encontrándose relaciones significativas en la bibliografía entre el tipo de apego del niño y las relaciones interpersonales futuras. Este trabajo tiene como objetivo el aunar toda la información y modelos teóricos del apego y profundizar en las variables que influyen en su desarrollo.

Palabras clave: apego, infancia, evaluación, estilos de apego

Abstract

Child attachment is a fundamental process during childhood. Numerous variables participate in its development, such as genetic susceptibility, temperament, family or education, among others, with the family being the main factor influencing its development. The type of attachment that the child establishes with her main caregiver will be a main point in the future development of future emotional relationships. This aspect is also closely related to other psychological constructs, such as self-esteem or security, and will be highly influenced by the type of attachment that the child establishes. Attachment has its relevance in the future behaviors of the child as an adult, finding significant relationships in the literature between the child's type of attachment and future interpersonal relationships. This work aims to bring together all the information and theoretical models of attachment and delve into the variables that influence its development.

Keywords: attachment, childhood, evaluation, attachment styles

INTRODUCCIÓN

El método de evaluación psicológica significa el uso de técnicas que permiten el diagnóstico desde diferentes métodos. En la actualidad, las pruebas que se utilizan para la medición y la evaluación se dividen en dos puntos de vista principales, con diferentes visiones: pruebas de proyección y pruebas psicológicas, cada prueba se apoya en diferentes marcos teóricos que tratan de explicar las causas y métodos de los fenómenos psicológicos. Este tipo de pruebas se utilizan para construir procedimientos de intervención e interpretación de los resultados obtenidos, evitando errores de evaluación y prediciendo completamente los eventos psicológicos. Sin embargo, dado que la evaluación psicológica no se basa en ideas directas, sino en supuestos obtenidos de la información, el desempeño y el comportamiento del evaluador, existen algunas limitaciones en este tipo de métricas¹.

La evaluación infantil es una rama de la psicología y su desarrollo se debe a las necesidades de identificar, describir y explicar el comportamiento o los factores psicológicos de los niños. De acuerdo con la conducta a medir, el propósito de la evaluación y su relevancia para los cambios y evolución de los menores, el fenómeno psicológico de este grupo de personas se evalúa mediante técnicas proyectivas o test psicológicos².

En consecuencia, la evaluación del niño se determina como método de referencia para el uso de la tecnología. En este proceso, la evaluación del niño puede contextualizarse y ejemplificarse de acuerdo con la situación específica con el fin de utilizar adecuadamente las pruebas de proyección y/o pruebas psicológicas para aportar evidencia, por lo tanto, los factores y los objetivos de la evaluación se utilizan correctamente. Con base en estas consideraciones, en este tema se estudiará la definición de evaluación psicológica y la diferencia entre los dos métodos propuestos desde la evaluación infantil, con el fin de determinar y comprobar el método más representativo utilizado en la evaluación psicológica y la razonabilidad de la evaluación. Por tanto, se pueden vincular y asociar dos modelos.

En la práctica de los psicólogos, los métodos de evaluación y diagnóstico se han utilizado como guías efectivas para la toma de decisiones y la predicción del desempeño futuro (ya sea de carácter individual o grupal), porque a partir de los resultados se pueden

proponer estrategias de intervención adecuadas y una evaluación continua, de manera que todo se potencia y se mejora el fenómeno psicológico de la indagación.

Diferentes autores afirmaron que la importancia de la evaluación psicológica no es reproducir la realidad, sino describir la realidad para explicar y analizar diversas situaciones o hechos psicológicos. Los resultados permiten realizar análisis tras conocer el resultado de las pruebas. Por tanto, es cierto que la evaluación permite la conceptualización de eventos mentales para realizar predicciones, y las predicciones pueden ayudar a describir eventos mentales al obtener características o componentes que permitan procesarlos^{1,3}.

Según esto, la evaluación psicológica no solo busca plantear hipótesis sobre el sufrimiento o los fenómenos psicológicos y verificarlos mediante procedimientos, sino que también busca determinar el punto de partida de la toma de decisiones, realizar investigaciones y esclarecer la situación para organizarse e implementar la intervención. En este punto, cabe señalar que el fenómeno psicológico se define como un sistema operativo complejo, el cual se compone de múltiples funciones, en las cuales la tecnología de evaluación puede distinguir e identificar sus componentes además de describirlo, como manera de lograr la estructura del cuerpo humano. El conocimiento concreto para ser evaluado en el presente permite asegurar su investigación y posible control⁴.

De acuerdo con este orden de pensamiento, se pueden utilizar diferentes técnicas de evaluación para obtener y recolectar información de métodos interdisciplinarios sin desconocer la personalidad o particularidad del fenómeno, y se puede entender a partir de los elementos constitutivos (ya sea en contexto o situación).

La importancia establecida en el método de evaluación interdisciplinar está relacionada con el objetivo central de este tema. Al definir la evaluación psicológica como la construcción de un sistema de conocimiento, es posible inferir el uso de diferentes tecnologías o el uso de múltiples métodos al evaluar diversas características de los eventos psicológicos, sin tener que desconocer que cada fenómeno es único y que cada fenómeno es diferente y requiere una técnica. Se miden o evalúan cosas diferentes según el propósito de la medición y el marco de referencia del instrumento que se utiliza. Con base en esto, es seguro que la evaluación se puede complementar utilizando los hallazgos de cada método de evaluación, para que las personas tengan una mejor

comprensión del fenómeno en estudio⁵. Por tanto, el objetivo es determinar qué motivó el uso de una prueba u otra, y si es posible vincular las dos recomendaciones.

Para lograr este objetivo, primero debemos desarrollar un enfoque conceptual en torno a la evaluación del niño, y luego explorar en general los aspectos más relevantes de las técnicas de proyección y psicométricas, mostrar las diferencias y las principales relaciones entre las dos y finalmente exponer estos métodos. La aplicación de las habilidades para evaluar a los niños permite tener una comprensión general de la relación entre los dos.

Debido a los requisitos de este ámbito para los problemas de comportamiento de los niños y la necesidad de interpretación y descripción de las características comunes o patrones de desempeño de éstos, los niños necesitan ser correctamente evaluados⁶.

En el siglo XVIII, los niños eran considerados adultos en miniatura, por lo que el método de evaluación se ajustaba a los mismos principios de evaluación y desarrollo de los adultos. Sólo a partir de la década de 1970 la gente lo consideró como un tema cambiante, diferente al de los adultos y con unos propios principios de desarrollo². Sin embargo, a pesar de los avances logrados en la valoración de los niños, su práctica aún se centra en la clasificación y el diagnóstico más que en la planificación, verificando los resultados o la mejora clínica de los diferentes tratamientos.

Estas deficiencias llevaron a la emergencia del modelo biopsicosocial, que apareció fuera del modelo anterior, con el propósito de vincular los aspectos biológicos y psicológicos de las estructuras internas y personales que constituyen el objeto con los medios de desarrollo⁷. Los hechos han demostrado que este modelo es un tiempo y un espacio relevante en el que se pueden encontrar los bebés, es decir, el entorno que establecen, comprende y manejan en función de su percepción y la carga biológica que constituye el bebé. De acuerdo con esto, las características biológicas, psicológicas y sociales no son independientes entre sí, sino relacionadas entre sí, el cambio de un componente afectará al otro, provocando un determinado comportamiento o fenómeno psicológico o un desequilibrio del bienestar personal.

La importancia de este modelo se centra en sus componentes interactivos, donde el comportamiento y/o estado se basan en variables internas que se ven afectadas por el contexto y las variables situacionales en las que se encuentran los menores. En la actualidad, diversos modelos explicativos y de evaluación infantil están considerando la

premisa del modelo biopsicosocial, porque la mayoría de los factores ambientales, estructurales y del sistema nervioso son considerados al estudiar un determinado fenómeno psicológico.

Entre estos paradigmas, algunos modelos evalúan la función de la estructura mental (es decir, métodos dinámicos), y otros se enfocan en rasgos o atributos (modelo de rasgos), comportamiento humano y procesamiento de información (comportamiento siguiendo el modelo cognitivo). Por tanto, al realizar la evaluación psicológica, los diferentes métodos se basan en diferentes variables, marcos teóricos y supuestos (en función de sus objetos de investigación y direcciones conceptuales), dividiendo así las técnicas de evaluación en dos grandes categorías. El contenido de las técnicas proyectivas y los test psicológicos se presenta en los siguientes puntos.

HISTORIA DEL CONCEPTO DE APEGO

El concepto de apego ha estado presente de manera informal durante cientos de años. Ya a finales del siglo XIX, los psicólogos y psiquiatras sugirieron la existencia de teorías sobre la naturaleza de las relaciones tempranas.⁸

La teoría de Freud atribuye los intentos del bebé de acercarse a una persona conocida, a la motivación aprendida a través de la alimentación y la satisfacción de sus necesidades fisiológicas.⁸ En la década de 1930, Ian Suttie sugirió que la necesidad de afecto del niño era una necesidad primaria, y no basada en el hambre o de otras satisfacciones físicas.⁸ William Blatz, psicólogo y profesor de la canadiense Mary Ainsworth, propone que la necesidad de seguridad era parte del carácter normal, así como otra usando una base segura.⁸ Más adelante, a partir de la década de 1940, los estudiosos se centraron en la ansiedad mostrada por bebés y los niños regazos amenazados por la separación de un cuidador familiar.⁸

Cuando John Bowlby decidió desarrollar su teoría del apego, existía la teoría de la «dependencia», la cual proponía que los bebés eran dependientes de cuidadores adultos, pero superaban la dependencia durante la primera infancia, el comportamiento de apego en niños mayores sería, por lo tanto, visto de manera regresiva. Bowlby desarrolló la teoría del apego a raíz de su insatisfacción con las existentes teorías sobre las primeras relaciones.⁹ Bowlby escribió una monografía para la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1951, *Cuidado Maternal y Salud Mental*,

donde presentó la hipótesis de que «el recién nacido y el niño deben experimentar una relación continua, íntima y cálida, con su madre en el que ambos puedan encontrar tanto satisfacción como placer», cuya falta puede acarrear consecuencias significativas e irreversibles para la salud mental. En la época, había datos empíricos y limitados y ninguna teoría completa para explicar esta conclusión.¹⁷

Posteriormente a la publicación de *Cuidado materno y salud mental*, Bowlby formuló la idea innovadora de que los mecanismos subyacentes a la relación emocional entre un recién nacido con sus cuidadores es el resultado de la presión evolutiva.¹⁰ Comenzó a diseñar una teoría de motivación y control del comportamiento edificada bajo la luz de la ciencia en lugar de bajo el modelo de la energía psíquica de Freud.¹⁰ Bowlby argumentó que, con la teoría del apego, había terminado con la «falta de datos y la falta de una teoría para vincular la causa y el efecto»" de *Cuidado materno y salud mental*.¹⁷ El origen formal de la teoría se inicia en 1958 con dos publicaciones de Bowlby y de Harry Harlow.²⁷ La teoría del apego se presentó finalmente en 1969 en *Apego*, el primer volumen de la trilogía *Apego y pérdida*, publicándose el segundo y tercer volumen en 1972 y 1980 respectivamente.^{25,26,27}

En 1969, Gerwitz afirmó que tanto la madre y el niño podrían proveerse mutuamente a través de refuerzos positivos gracias a la atención mutua.¹¹ La teoría del aprendizaje vio que en el apego que los comportamientos como el llanto como una actividad aleatoria y sin significado hasta ser consolidado por la reacción de un cuidador. Ainsworth en Baltimore, apoyó la posición de los teóricos conductistas del apego.⁸

Con el progreso de la formulación de la teoría del apego, hubo críticas al apoyo empírico de la teoría. Se propusieron posibles explicaciones alternativas para los resultados de la investigación empírica.⁸ En 1984, Skuse firmó sus críticas sobre el trabajo de Anna Freud con niños de Theresientstadt, que al parecer se desarrollaron relativamente normal, a pesar de grave privación en sus primeros años. Llegó a la conclusión de que había un excelente pronóstico para los niños que habían sufrido, a menos que había factores de riesgo biológicos o genéticos.¹²

En la década de 1970, Daniel Stern realizó una investigación sobre el concepto de sintonía entre los recién nacidos y cuidadores muy jóvenes, usando microanálisis de pruebas de vídeo. Esta investigación contribuyó significativamente a la comprensión de

la complejidad de las interacciones entre el recién nacido-cuidador como una parte integral del desarrollo social y emocional de un bebé.⁸

En esta década existían problemas de visualización de la vinculación como un rasgo en vez de como un tipo de comportamiento con funciones y resultados organizados, lo que llevó a algunos autores a la conclusión de que los comportamientos de apego eran mejor entendidos en términos de sus funciones en la vida del niño.¹²

Desde finales de 1980, ha habido un acercamiento entre la teoría del apego y el psicoanálisis, basada en un campo común, elaborado por investigadores y teóricos del apego, y un cambio en lo que los psicoanalistas consideran central para el psicoanálisis. Los modelos de la relación entre objetos que la necesidad autónoma por una relación ha convertido dominantes están vinculados a un reconocimiento cada vez mayor dentro del psicoanálisis de la importancia del desarrollo infantil en el contexto de las relaciones y representaciones internalizadas.¹³

Uno de los objetivos de la investigación ha sido la dificultad de los niños cuya historia de apego fuese pobre, incluyendo aquellos con una vasta experiencia de cuidado no parental. La preocupación por los efectos del cuidado infantil durante la llamada «guerra de las guarderías» de finales del siglo XX, durante la cual algunos autores subrayaron los efectos perniciosos de las guarderías.¹⁴ Como resultado de esta controversia, la formación de profesionales de cuidado de niños ha procedido a resaltar las cuestiones de vínculo afectivo, incluyendo la necesidad de construir una relación por la designación de un niño a un cuidador específico. Aunque solo las organizaciones de cuidados infantiles de alto estándar son capaces proporcionar esto, hasta 2014, los recién nacidos reciben atención en esas condiciones propicias para el apego más que en el pasado.¹⁵

EL APEGO INFANTIL: DESARROLLO VITAL EN LA INFANCIA

En el proceso de construcción de la personalidad, están involucradas muchas variables de investigación en su profundidad, como susceptibilidad genética, temperamento, familia, educación, proceso de socialización, medio ambiente, acontecimientos de la vida, etc. Todos son entidades importantes, pero existe una entidad que conviene destacar junto con la susceptibilidad genética.

Son las primeras relaciones que se establecen con el cuidador principal (madre, padre u otros). Al nacer, nadie puede regular sus emociones^{16,17,18}, la relación más temprana que

establece y permite aprender a regular el sistema emocional es la conexión o apego emocional con los cuidadores más cercanos, quienes serán los encargados de responder a las señales o reacciones emocionales¹⁹. Esto dependerá de la cercanía y seguridad del comportamiento de apego y, por supuesto, de la disponibilidad de cuidadores primarios^{20,21}. Estos lazos emocionales que se establecen y continúan existiendo a lo largo del tiempo hacen que el individuo perciba los sentimientos iniciales positivos (seguridad, emoción, confianza) y sentimientos negativos (inseguridad, abandono, miedo).

Para Lafuente²², la relación emocional entre padres e hijos es la base de una sensación de seguridad o inseguridad, y es responsable de relaciones de buena y mala calidad, respectivamente. Por tanto, la respuesta de miedo provocada por la inaccesibilidad de la madre es una respuesta adaptativa básica, que se ha convertido en un elemento clave que contribuye a la supervivencia de la especie en el proceso evolutivo²³.

En cuanto a la conexión o apego emocional y su posterior relevancia, Musitu y Cava²⁴ señalaron que dos aspectos del entorno familiar se relacionan sistemáticamente con la autoestima de los niños. Una es la importancia de apegarse al cuidador principal y la otra es el estilo educativo de los padres. La teoría del apego propuesta por John Bowlby^{25,26,27} refleja la necesidad universal de que los humanos formen vínculos emocionales estrechos y el núcleo de esta teoría es la necesidad mutua de relaciones tempranas. Para Hofer²⁸, esto ya es un requisito previo normal y puede haber aparecido en todos los mamíferos, incluidos los humanos.

El primero en desarrollar una teoría de apego a partir de los conceptos que aportara la psicología del desarrollo, con el objeto de describir y explicar por qué los niños se convierten en personas emocionalmente apegadas a sus primeros cuidadores, así como los efectos emocionales que resultan de la separación, fue John Bowlby, quien mezcló conceptos de la ética, el psicoanálisis y la teoría general de sistemas^{19,29,30} para explicar el vínculo emocional entre hijo y madre³¹.

El modelo propuesto por Bowlby se basa en la existencia de cuatro sistemas de conducta interrelacionados: el sistema de conducta de apego, el sistema exploratorio, el sistema de miedo a los extraños y el sistema de subordinación^{29,30}. Bowlby³² define la conducta de apego como cualquier forma de conducta que hace que una persona alcance o mantenga una relación cercana con otra persona distinguida y preferida. Siempre que

el objeto de apego permanezca accesible y receptivo, esta conducta puede incluir inspecciones visuales o auditivas de su ubicación e intercambios ocasionales de saludos. Sin embargo, en algunos casos, el apego a la figura de referencia, así como la tendencia a llorar o llorar, a menudo se manifiestan como el acto de solicitar cuidados.

VARIABLES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DEL APEGO

La necesidad del cuidado surge en ausencia de un cuidador y la existencia de éste, hace que esta necesidad desaparezca. Bowlby propuso en 1973 que el propósito del sistema de apego es mantener a los cuidadores accesibles y receptivos, y usa el término "disponibilidad" para referirse al sistema. Posteriormente, Bowlby²⁵ planteó la idea de que, a través de una serie de procesos cognitivos, la experiencia con el cuidador produce un modelo representativo. Craik³³ hizo mención de esta serie de mecanismos cognitivos y los denominó modelos funcionales internos.

De la misma manera, entendemos que el sistema de apego puede brindar seguridad a los niños para lograr sus objetivos. Por tanto, desde esta perspectiva, la respuesta sensible del cuidador es ya el primer organizador psicológico, involucrando dos operaciones: obtener el estado mental del niño y atribuirlo a ese estado mental³⁰. Para que los cuidadores puedan hacer esto, deben tener una buena función refleja^{18,34}, pero es imposible lograr este tipo de función mental a partir de la investigación neurológica puramente determinista³⁵.

Con base en lo anterior, la plasticidad cerebral juega un papel muy importante y es necesario un amplio campo de visión. Inicialmente, la neurobiología dio lugar a una posición denominada fatalismo neuronal³⁵. Este fatalismo incluye la visión del cerebro como una entidad relativamente estática, que está determinada por la interacción de la pre-programación genética y las experiencias de la primera infancia³⁵. Desde este punto de vista, sería imposible entender, por ejemplo, cualquier forma de psicoterapia, independientemente de su orientación teórica, pues se basan en el concepto de que el ser humano puede cambiar los aspectos elementales de las funciones mentales, ya sean cognitivas, emocionales, conductuales o relacionales^{16,30,36}.

Los estudios sobre plasticidad cerebral^{35,36} muestran que, en los primeros años, debido a su tamaño, el cerebro sufre un proceso de desarrollo único. Este proceso es muy sensible a las condiciones ambientales, especialmente para aquellos entornos que

dependen de la conexión entre el niño y la persona apegada¹⁶. La evidencia de la investigación sobre el impacto de las relaciones de apego en el desarrollo psicológico muestra consistentemente que, por ejemplo, el estrés y el trauma pueden afectar el desarrollo óptimo, y el apego seguro promueve este desarrollo³⁷. Como comenta Botella¹⁶, la naturaleza innata de buscar protección interna frente a peligros o amenazas está siempre regulada por los modelos internos de funcionamiento.

Bowlby²³ mencionó el mecanismo subyacente de la relación causal entre el tipo de apego de los niños y el subsecuente apego emocional, es decir, el modelo representativo. Estas son las representaciones mentales producidas a través de la interacción con los padres o cuidadores principales en la primera infancia, incluida la información sobre uno mismo, el apego al cuerpo y la relación entre los dos. En otras palabras, ideas sobre quién y cómo se ve su objeto de apego y qué puede obtener de él. Una vez que el niño internaliza el modelo representativo de la relación de apego con ellos, estos mismos modelos servirán de guía para establecer otras relaciones importantes en sus vidas²³.

A partir de este modelo representativo, los niños y los futuros adolescentes se enfrentarán al resto de relaciones interpersonales que han establecido y constituyen buenos predictores de conductas y habilidades futuras²². Según las primeras respuestas importantes de los cuidadores a sus necesidades de apego, el modelo de representación interna formado en el niño constituirá un sistema que éste podrá utilizar para modelar el comportamiento de sí mismo y de los demás³⁰. Según la investigación de Botella¹⁶, dado su origen evolutivo antes del lenguaje y la madurez de las estructuras neuronales necesarias para la memoria explícita, dichos modelos se codifican como memoria implícita.

Con todo, se puede decir que las principales funciones del apego son:

- a) Mantener la cercanía.
- b) Explorar la base segura del mundo.
- c) Buscar un refugio cómodo y seguro frente al peligro o amenaza.

En cuanto a los modelos representativos, Cook³⁹ señaló que no son tan internos como se afirmaba. El autor insiste en que la teoría del apego es una teoría sobre cómo la comunicación interpersonal afecta el desarrollo social y cognitivo. Desde una perspectiva más holística, la comprensión del papel fundamental de la experiencia de la

relación de apego en el desarrollo de la plasticidad cerebral da una idea de la relación entre el apego del niño, el apego del adulto, la psicología evolutiva, la neurociencia, la psicopatología y las teorías sistémicas de la familia, para una posible integración^{16,29,30}.

LA FAMILIA Y EL DESARROLLO DEL APEGO

Ainsworth encontró obvias diferencias individuales en el comportamiento de los niños. Estas diferencias le permiten describir tres patrones de comportamiento que representan diferentes estilos de apego establecidos: apego seguro, apego inseguro-avoidante y apego inseguro-ambivalente.

En el apego seguro cuando se reúna con un cuidador, habrá una sensación de separación y ansiedad tranquilizadora en el caso de un vínculo firme. Se interpreta como un modelo funcional interno, que se caracteriza por la confianza en los cuidadores cuya presencia los hace sentir cómodamente¹⁹. Las personas con un estilo de apego seguro pueden utilizar a sus cuidadores como base para la seguridad cuando se encuentran en peligro, pues saben que los cuidadores estarán disponibles en todo momento y serán sensibles y receptivos a sus necesidades. En muestras no clínicas, el 55% -65% de los niños observaron estilos de apego seguros^{6,16}. Oliva et al.²⁹ citó cifras del 65% al 70% de los niños observados en diferentes encuestas realizadas en Estados Unidos. Para Aizpuru³¹ un patrón óptimo de apego se debe a la sensibilidad materna, la percepción adecuada, interpretación correcta y una respuesta contingente y apropiada a las señales del niño que fortalecen interacciones sincrónicas. Las características del cuidado materno en este caso son de disponibilidad, receptividad, calidez y conexión¹⁶.

En el apego de evitación inseguro, esta observación se interpreta como que el niño no tiene confianza en la disponibilidad de la madre o el cuidador principal, tiene poca ansiedad durante la separación y claramente no está interesado en el reencuentro posterior con la madre o el cuidador. Aunque la madre busca el contacto, rechazan este método^{19,29}. En situaciones extrañas, los niños con estilos de apego avoidante no lloran cuando están separados de sus madres, pero hay evidencia de que su sistema nervioso tiene cambios significativos en la aceleración de la frecuencia cardíaca y otros cambios¹⁶. Debido a su comportamiento independiente en una situación extraña y su depresión hacia su madre, podría interpretarse como un comportamiento saludable, sin embargo, Ainsworth consideró que se trataba de niños con dificultades emocionales. Su

separación es similar a la que muestran los niños que han experimentado una separación dolorosa²⁹. En muestras no clínicas, entre el 20% y el 30% de los niños manifestaron estilos de apego de evitación inseguros^{6,16,29}. En este caso, el cuidado materno se caracteriza por el rechazo, la rigidez, la hostilidad y la aversión al contacto¹⁶. Con respecto al comportamiento materno, Aizpuru³¹ dice que las madres de niños con actitudes de evitación inseguras pueden ser sobreestimuladas e intrusivas.

En el apego inseguro y ambivalente, el niño muestra ansiedad por separación, pero no está garantizado al reunirse con la madre o el cuidador, según los observadores, el niño intenta expandir la influencia para asegurar la atención¹⁹. Estos niños están tan absortos en la ausencia de su madre que apenas han explorado la situación de los extraños. Sus respuestas emocionales incluyen estimulación, resistencia al contacto, estiramiento y mantenimiento de la conducta de contacto²⁹. En este apego, parece que la madre o el cuidador está disponible física y emocionalmente sólo en determinadas situaciones, lo que hace que el individuo sea más propenso a la ansiedad por separación y al miedo a explorar el mundo. Para Mikulincer⁴⁰, el fuerte deseo de intimidad es obvio, pero al mismo tiempo, la inseguridad hacia los demás también es obvia. Entre los niños de una muestra no clínica, este tipo de apego representa del 5% al 15%^{6,8}. Oliva et al.²⁹, en un estudio realizado en Estados Unidos, arrojó una cifra del 10%, sin embargo, también señaló que se encontró un porcentaje mayor en estudios realizados en Israel y Japón. En este caso, el cuidado materno se caracteriza por la insensibilidad, la invasividad y la inconsistencia¹⁶. Podría decirse que la característica que mejor define a estas madres es que no siempre están disponibles. Sin embargo, algunos estudios^{41,42} han encontrado que, en algunos casos, estas madres son muy receptivas y sensibles, lo que indica que pueden interactuar activamente con sus hijos cuando están emocionalmente estables. Asimismo, Oliva et al.²⁹ enfatizó la actitud de intervención de la madre en la conducta exploratoria de los niños, al mismo tiempo que, en algunos casos, la capacidad de respuesta y sensibilidad de la madre puede incrementar la dependencia ésta y la falta de autonomía del niño, lo cual puede explicar la conducta del niño sobre el comportamiento contradictorio de la madre. Cassidy y Berlin⁴³ creen que estos comportamientos son una estrategia, no necesariamente consciente, para incrementar la dependencia del niño, asegurar la intimidad y utilizarlo como objeto de apego.

Según el modelo de Bowlby-Ainsworth, el determinante más directo es el que afecta a la calidad de la relación padre-hijo y el más importante es el temperamento del bebé y la sensibilidad de la madre. Por otro lado, diferentes estudios sobre el temperamento infantil no consideran éste como un determinante poderoso de la seguridad del apego^{19,44}. Vaughn y Bost⁴⁴ resumieron este tema afirmando que la seguridad afecta al temperamento, al comprender la personalidad y/o explicar las características del comportamiento interpersonal. Se ha determinado que el comportamiento de apego alcanza un pico entre los nueve meses y los tres años.

En este punto, Griffin y Bartholomew⁴⁵ agregaron que el tipo de apego se desarrolla muy temprano y es probable que se mantenga durante toda la vida. Esto también se puede definir como un período crítico, porque la mayoría de los defectos de apego que afectan la conducta infantil posterior se concentran en estos años^{6,46,25}. El apego generalmente ocurre con la madre, pero puede estar relacionado con cualquier persona que desempeñe el papel de madre, ya sea hombre o mujer. Si bien existen ciertas unidades estándar, el cuidado materno obviamente contribuye a la seguridad del apego, especialmente a la sensibilidad materna y tolerancia a la ansiedad^{19,6,47} aunque para esto no existe una base empírica sólida por Fonagy¹⁹.

La familia es el primer referente social, por lo que su papel es crucial a la hora de configurar planes para regular la futura interacción del niño con el entorno^{24,48}. La importancia de las tareas evolutivas en cada etapa comienza desde los primeros meses y está relacionada con el establecimiento de buenos lazos emocionales y ajustes biológicos con los padres: interacción madre-padre, establecer buenas relaciones de apego, explorar, experimentar y dominar el mundo de los objetos⁴⁸.

Para Winnicott⁴⁶, el desarrollo emocional en el primer año sienta las bases para la salud mental humana. Las buenas relaciones familiares pueden asegurar una adecuada adaptación social, por eso es necesario comprender estas relaciones, incluida la pareja, la relación entre padres e hijos y la relación entre los hijos de cada uno en caso de convivir dos parejas con hijos de anteriores relaciones⁴⁹. La familia se considera un organismo en el que cada elemento tiene una función o papel que tiene consecuencias en el entorno general^{30,6,50}, la cual ha sido especialmente estudiada desde la teoría sistémica.

Minuchin⁵⁰ defiende que no se pueden entender los problemas de un sujeto si no se atiende al conjunto total de la dinámica familiar. Sobre la importancia de la familia, Aizpuru³¹ menciona que el apego a la madre o cuidador principal es sólo uno, el primero de tres apegos verdaderos que ocurren en la vida. El segundo sería en la adolescencia tardía, en la búsqueda del segundo objeto, la pareja, y el tercero sería hacia el futuro hijo o hijos.

INFLUENCIAS DEL APEGO EN LAS RELACIONES SOCIALES Y LA CONDUCTA GENERAL

Bajo este entendimiento, la función del apego consiste en asegurar la supervivencia temprana¹⁶, como se ha mencionado antes. Las diferentes intensidades de la respuesta emocional al aprendizaje y la interpretación placentera o desagradable del inductor ocurre durante el período de apego y a través de la persona de referencia^{6,22}. Por lo tanto, se convierte en un modelo mental interno que combina creencias sobre uno mismo, los demás y todo el mundo social con juicios que influyen en la formación y mantenimiento de relaciones íntimas a lo largo de la vida de un individuo⁵¹.

Estilos de apego y procesos cognitivos

Tanto Bowlby²³ como Ainsworth⁵² señalaron que los vínculos de apego que se establecen con los padres durante la infancia son importantes para establecer relaciones emocionales en el futuro. Según esta literatura, Botella¹⁶, Oliva et al.²⁹, Del Barrio⁶, Trianes⁴⁸, Winicott⁴⁶ y Griffin y Bartholomew⁴⁵ insisten en que los niños que han establecido una relación de apego segura con los padres que sean amables con los otros y sensibles a sus propias necesidades, podrán establecer relaciones cercanas y cordiales con sus compañeros. Este enfoque fenomenológico considera los esquemas emocionales consistentes con el mismo modelo cognitivo como factor básico. Por tanto, se entiende que la planificación mental configura la estructura psicológica de las experiencias y los fenómenos emocionales, lo que genera diferentes respuestas emocionales para cada persona¹⁶.

Por ejemplo, para Greenberg y Safran⁵³ es la conciencia actual o la falta de conciencia de las personas y el significado de su estructura y experiencia la que determina la mayoría de sus comportamientos desadaptativos y disfuncionales. Es por ello que la psicopatología se relaciona con la incapacidad de las personas para integrar, aceptar y

procesar sus emociones y necesidades principales durante todo el proceso de desarrollo⁵⁴. Las frustraciones repetidas, como los estilos de apego inseguro, eventualmente forman una representación de la estructura central del yo. Esta suposición asume una visión específica del mundo, por lo tanto, esto puede incluir opiniones y creencias negativas sobre el mundo y sobre uno mismo^{55,37,56}.

Varios estudios han examinado la hipótesis de que las personas con distintos estilos de apego difieren en la forma de buscar y procesar información. Ésta se basa en la propia hipótesis de Bowlby, que cree que el modelo de apego afectará la codificación y organización de la información sobre eventos emocionales, personajes vinculados y el yo⁴⁰. De la influencia de los estilos de apego en el desarrollo cognitivo, la relación afectiva produce en el niño los siguientes efectos: obtienen mejor desarrollo intelectual; manifiestan superioridad en algunos aspectos del lenguaje, tienen más habilidad para el juego simbólico; su funcionamiento metacognitivo es más adelantado; muestran adelanto en el concepto de permanencia de los objetos y personas; son más precoces en el conocimiento de sí mismos y de los demás; son más flexibles, abiertos, positivos y realistas en el procesamiento de la información; poseen mayor inteligencia social; revelan cierta superioridad en la conducta exploratoria; presentan mayor interés y destreza lectoras; en la etapa adulta es mejor su rendimiento laboral; exhiben cualidades personales favorables al desarrollo cognitivo.

En cuanto a los determinantes del estilo de apego y del proceso cognitivo, Del Barrio⁶ se basó en Lafuente²² para enfatizar que las mejores condiciones para que los padres desarrollen buenas conductas de apego son: sensibilidad, capacidad para aceptar niños, capacidad de estimulación, anticipación, capacidad de equilibrar el control y la autonomía del niño, así como el apoyo intelectual y emocional al realizar las tareas. Con base en lo anterior, podemos decir que el estilo de apego es relativamente estable, según Bowlby, la continuidad del estilo de apego se debe a la persistencia del modelo mental del yo y otros elementos de la personalidad.

Estos modelos logran mantenerse relativamente estables porque se desarrollan y funcionan en un entorno familiar relativamente estable^{57,24,49}. Sin embargo, los patrones de apego no son estáticos, pueden cambiar, dependiendo de los cambios provocados por eventos de la vida que buscan cambiar el comportamiento de cualquier individuo perteneciente a una relación de apego⁵⁸. Las relaciones con personajes apegados

pueden construir modelos del mundo y de ellos mismos basados en el desarrollo cognitivo y emocional, lo que les permite actuar, comprender la realidad, predecir el futuro y establecer metas⁵⁹.

Si se parte de la premisa de que los modelos de la realidad son la estructura cognitiva que constituye el modelo de representación del mundo, debemos darnos cuenta de que también son la única forma que tiene un individuo de establecer una relación con él⁶⁰. Las personas con un estilo de apego seguro buscarán activamente información, permanecerán abiertas a la información y tendrán una estructura cognitiva flexible, porque su nivel de ansiedad es pequeño, por lo que pueden absorber nueva información porque pueden reestructurar sus esquemas^{16,29}. Esta capacidad les permite adaptarse a los cambios en el entorno, establecer metas realistas y evitar creencias irracionales. Las personas con estilos de apego evitativo rechazarán la información que pueda causar confusión, por lo que sus planes tienden a ser cerrados y tienen una estructura cognitiva rígida. Las personas ansiosas también muestran este comportamiento, pero a diferencia de las personas evitativas, quieren obtener nueva información, pero el intenso conflicto entre ellas hace que se alejen de dicha información⁴⁰.

Apego temprano y relaciones interpersonales futuras.

Slade⁶¹ cree que el apego seguro en la infancia es un predictor de una buena interacción entre la imagen de los niños y sus padres a corto plazo. Grossman et al.⁶² no llegaron a un consenso de la misma manera porque no encontraron una correlación significativa entre el apego seguro en la niñez y las relaciones seis años después.

Como se mencionó anteriormente, las formas de apego se desarrollan muy temprano y es probable que se mantengan a lo largo de la vida⁴⁵, formando así un modelo interno que integra creencias sobre uno mismo y los demás, y una serie de juicios que afectarán a la formación y mantenimiento de la dinámica de relación a lo largo de la vida de la persona⁵⁹. Sin embargo, ante hechos de la vida y entornos estresantes⁵⁸, o ante entornos familiares, pueden experimentar cambios que les harán adaptarse a una buena infancia o convertirse en una pubertad problemática⁶³. Por tanto, determinadas características en la dinámica de relación que las personas establecen están íntimamente relacionadas con su estilo de apego personal. La estabilidad del estilo de

apego a lo largo de su ciclo de vida se ha explicado como producto de la persistencia del modelo interno¹⁶.

Estos modelos internos guían nuestros procesos cognitivos y emocionales de las siguientes maneras: la atención selectiva, la generación de sesgos en la codificación y recuperación de la memoria y el impacto en el proceso de atribución de significado.

Slade⁶⁵ enfatizó la relación que se establece entre una madre autónoma (segura) y su hijo. Esta relación es más coherente y trae más alegría y disfrute en la relación. Fonagy¹⁹ cree que la capacidad de los padres para tomar una actitud deliberada hacia los niños, es decir, considerar a los niños en términos de pensamientos, sentimientos y deseos, es la clave para la propagación del apego y explica las observaciones clásicas sobre su influencia y la emoción⁶⁴.

Botella¹⁶ agregó que el proceso emocional que ocurre en el apego involucra el mecanismo de evaluación primario, es decir, la conexión directa entre el sistema de significado y la respuesta emocional, y el mecanismo secundario mediado por lo cognitivo. En cuanto a la posibilidad de cambiar los estilos de apego, esto parece requerir combinar nuevas experiencias de relación y nuevas formas de interpretarlas⁵⁸. De esta manera, quienes tienen un estilo de apego seguro tienden a desarrollar sus propios modelos de pensamiento para hacerlos amigables, afables y capaces, mientras que los modelos de pensamiento de los demás se vuelven confiables y amables^{30,23}. Les es relativamente fácil acercarse a los demás y no tienen que preocuparse por ser abandonados o porque otros sean muy cercanos emocionalmente.

Las personas con estilos de apego ansiosos tienden a desarrollarse como modelos inseguros⁴⁰, mientras que parecen ser poco confiables y difíciles de comprometer con los demás⁶⁵.

Finalmente, aquellos con un estilo de evitación del apego desarrollan sus propios esquemas en modelos sospechosos y retraídos, mientras que otros exhiben modelos que no son confiables o están demasiado ansiosos por comprometerse, lo que los hace incapaces de confiar en los demás⁶⁶. Existe evidencia de que los adultos con diferentes tipos de apego tienen diferencias en ciertas características de personalidad y estas características se mantienen a lo largo de la vida⁵¹.

Buchheim, Brisch y Kächele⁶⁷ argumentan que los problemas de apego generalmente se transmiten de generación en generación a menos que alguien rompa el eslabón. Por

ejemplo, es posible que un padre con un estilo de apego inseguro no pueda establecer una relación de apego fuerte con su hijo y, por lo tanto, no pueda brindar el cuidado necesario para el desarrollo emocional de su hijo, lo que a su vez afectará su dificultad para interactuar con los demás. Según estudios previos^{68,69}, se puede considerar la existencia de transmisión intergeneracional. De manera similar, Gloger-Tippelt⁷⁰ observó que los padres con expresiones seguras y autónomas de apego psicológico suelen tener hijos con un estilo de apego seguro, mientras que los padres con expresiones de apego inseguras tienen estilos de apego evitativo o apego ansioso-ambivalente.

Bowlby insiste en el argumento de que el vínculo de apego entre madre e hijo debería tener un impacto en la relación futura, la comprensión de uno mismo y el desarrollo de una posible psicopatología.

Apego y variables de personalidad

La calidad del apego madre-hijo dependerá de la contribución de cada participante a la relación y de la influencia directa de cada participante entre sí^{16,23}. En este sentido, existen muchos estudios que vinculan los estilos de apego a variables como la experiencia personal y la constitución genética⁷¹, la calidad de la atención, la capacidad para aceptar el llanto, la alimentación, el acceso psicológico, la cooperación y aceptación materna⁴².

Al mismo tiempo, se han realizado investigaciones para tratar de comparar la calidad de la relación entre el niño y cada padre, y llama la atención el hecho de que es posible que un niño desarrolle un estilo de apego seguro con los padres e inseguro con otros⁷², lo que puede significar que los rasgos de personalidad (como el temperamento) no permiten clasificar a los niños según patrones de apego seguros o inseguros, aunque la mayoría de estudios han prestado más atención al temperamento de los niños para predecir estilos de apego^{73,74,75}.

Bowlby afirmó que el estilo de apego refleja la interacción entre la personalidad del niño, la familia y el entorno más amplio, por lo que no es sorprendente que las variables del cuidador y el temperamento del niño tengan una influencia común. En cuanto a la calidad del apego, un estudio realizado entre niños españoles mostró que la calidad del apego está más relacionada con el temperamento del niño que con la personalidad de

la madre⁷³. Diferentes investigadores han intentado demostrar que los diferentes estilos de apego están relacionados con las condiciones personales.

Así, Shaven, Belsky y Brennan⁷⁶ examinaron las relaciones entre estilos de apego y cinco grandes factores de la personalidad, encontrando que los individuos seguros eran menos neuróticos, más extrovertidos y más conformes que los individuos inseguros, que eran más ansiosos y esquivos. Asimismo, Lafuente²² confirmó su hipótesis y reconoció que los adultos con un estilo de apego seguro tienen mayor autoestima, actividades sociales más activas y menos soledad que las personas con apego inseguro.

Bartholomew y Horowitz⁷⁷ estudiaron la relación entre los antecedentes familiares adultos y las variables de personalidad. Este estudio se basa en las categorías de apego que describen y se aplica a jóvenes y adultos. Se encuentra que, en general, las personas con un estilo de apego seguro tienen evaluaciones más altas de su familia de origen y clima familiar actual, personalidades más positivas, interacciones sociales más amistosas, mayor dominio, autoestima y empatía. Los inseguros se sienten más atemorizados y preocupados⁵¹.

En otros estudios se ha demostrado que las personas que tienen apegos seguros tienen una mejor visión de sí mismas, una mejor estructura del yo, más positivas y se vuelven más fuertes ante la adversidad; al contrario de lo que les sucede a las personas con apego inseguro que han experimentado algún tipo de adversidad, estas personas sienten inseguridad⁷⁸. Es obvio a partir de estas referencias que ciertos rasgos de personalidad y estilos de apego puedan permanecer estables de por vida⁷⁹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández-Ballesteros R. Evaluación psicológica: conceptos, métodos, y estudio de casos. Madrid: Pirámide; 2004.
2. Moreno A. Instrumentos De Evaluación Clínica En Niños Y Adolescentes. Revista Psiquiá-trica y Psicológica de Niños y Adolescentes. 2001; 2(1):23-40.
3. Solovieva Y, Rojas L, García E. Efectos socioculturales sobre el desarrollo psicológico y neuropsicológico en niños preescolares. México: Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología; 2006.
4. García A. Nuevas aportaciones al psicodiagnóstico clínico. Buenos Aires. Editorial Nueva Edición; 1993.

5. Cabrales J. Marcos Teóricos En Psicología. Universidad Autónoma España de Durango; 2009.
6. Del Barrio V. Problemas específicos de la Evaluación Infantil. Clínica y Salud. 2009; 20(3):225-236.
7. Vives M. Psicodiagnóstico Clínico Infantil. Barcelona. Universidad de Barcelona; 2008.
8. Karen R. *Becoming Attached: First Relationships and How They Shape Our Capacity to Love*. Nueva York. Oxford University Press; 1998.
9. Prior V, Glaser D. *Understanding Attachment and Attachment Disorders: Theory, Evidence and Practice*. Londres y Filadelfia. Jessica Kingsley Publishers; 2006.
10. Cassidy J. The Nature of a Child's Ties. Nueva York. Editorial Handbook of Attachment; 1999.
11. Gewirtz N. Potency of a social reinforcer as a function of satiation and recovery. *Developmental Psychology*. 1969; 1:2-13.
12. Skuse D. Extreme deprivation in early childhood II. Theoretical issues and a comparative review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1984; 25 (4):543-72.
13. Fonagy P, Gergely G, Target M. *Psychoanalytic Constructs and Attachment Theory and Research*. 2004. Nueva York y London. Guilford Press.
14. Belsky J, Rovine M J. Nonmaternal care in the first year of life and the security of infant-parent attachment. *Child Development*. 1988; 59 (1): 157-67.
15. Rutter M. Nature, nurture, and development: From evangelism through science toward policy and practice. *Child Development*. 2002; 73 (1): 1-21.
16. Botella L. Reconstrucción relacional y narrativa en psicoterapia: bases neurobiológicas. *Monografías de Psiquiatría*. 2005; 3:28-34.
17. Schore A. Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*. 2001; 22(1-2):7-66.
18. Fonagy P. Transgenerational consistencies of attachment: A new theory. Paper to the Developmental and Psychoanalytic Discussion Group. American Psychoanalytic Association. 1999; 6(3):548-569.
19. Fonagy P. *Teorías del apego y psicoanálisis*. Barcelona: Espaxs; 2004.

20. Hervás N. El sistema de Apego en la Generación de los Padres y Terapia Familiar. Sistémica. 2000; 8:89-99.
21. Main M. Introduction to the special section on attachment and psychopathology: 2. Overview of the field of attachment. J. Consult. Clin. Psychol. 1996; 64(2):237-243.
22. Lafuente M.J. Patrones de apego, pautas de interacción familiar y funcionamiento cognitivo (de la década de los 70 a la de los 80). Revista de Psicología General y Aplicada. 2000; 53:165-190.
23. Bowlby J. El vínculo afectivo. Reimpresión. Buenos Aires: Paidós; 1990.
24. Musitu G, Cava MJ. La familia y la educación. Barcelona: Octaedro; 2001.
25. Bowlby J. Attachment and loss, vol, III, Loss, sadness and depression. London: Hogarth Press; 1980.
26. Bowlby J. Attachment and loss, vol, II, Separation. Londres: Hogarth Press; 1973.
27. Bowlby J. Attachment and loss, vol, I, Attachment. Londres: Hogarth Press; 1969.
28. Hofer MA. Hidden regulators in attachment, separation, and loss. The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations. Monographs of the Society for Research in Child Development. 1994; 59(2):192-207.
29. Oliva A, Parra A, Sánchez I. Relaciones con padres e iguales como predictoras del ajuste emocional y conductual durante la adolescencia. Apuntes de Psicología. 2002; 20(2): 225-241.
30. Girón S, Rodríguez R, Sánchez D. Trastornos de comportamiento en los adolescentes. Observaciones desde una perspectiva sistémica-relacional. Revista Psiquis. 2003; 1(24): 5-14.
31. Aizpuru A. La teoría del apego y su relación con el niño maltratado. Psicología Iberoamericana. 1994; 2(1):37-44
32. Bowlby J. La pérdida afectiva. Barcelona. Piados; 1992.
33. Craik K. The Nature of Explanation. Cambridge: Cambridge University Press; 1943.
34. Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, Target M, Gerber A. The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1996; 64: 22-31.
35. WYLIE MS, SIMON R. (8 de julio de 2004). Descubrimientos de la caja negra: cómo puede la revolución de las neurociencias cambiar tu práctica. *Psicoterapia Networker*.

36. COZOLINO LJ. La neurociencia de la psicoterapia. Nueva York: WW Norton & Company; 2002.
37. Beck AT, Rush J, Shaw B, Emery G. Teoría cognitiva de la depresión. Ed. Desclée de Brower; 1983.
38. SCHORE AN. Los efectos del trauma relacional temprano en el desarrollo del cerebro derecho afectan la regulación y salud mental infantil. *Revista de salud mental infantil*. 2001; 22: 201-269
39. Cook WL. Understanding attachment security in family contexts. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2000; 78: 285-294.
40. Mikulincer M. Adult attachment style and individual differences in functional versus dysfunctional experiences of anger. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1998; 74: 513-524.
41. Stevenson-Hinde J, Shouldice A. Interacciones maternas y autoinformes relacionados con las clasificaciones de apego a los 4,5 años. *Child Development*. 1995; 3(66): 583–596.
42. Isabella RA. Origins of attachment: maternal interactive behavior across the first year. *Child Development*. 1993; 64:605-621.
43. Cassidy J, Berlin LJ. The insecure/ambivalent pattern of attachment: Theory and research. *Child Development*. 1994; 65:971-981.
44. Vaughn BE, Bost KK. Attachment and temperament: redundant, independent, or interacting influences on interpersonal adaptation and personality development? York: Guilford Press; 1999.
45. Griffin DW, Bartholomew K. Modelos del yo y del otro: dimensiones fundamentales que subyacen a las medidas del apego adulto. *Revista de personalidad y psicología social*. 1994; 67 (3): 430–445.
46. Winnicott D. La familia y el desarrollo del individuo. Argentina: Lumen-Home; 1995.
47. Belsky J. International and contextual determinants of attachment security. New York: Guilford; 1999.
48. Trianes M. Estrés en la infancia: prevención y tratamiento. Madrid: Nancea; 2002.
49. Mikulincer M, Florian V. The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. *Motivación y Emoción*. 1998; 24(3): 149-174.

50. Minuchin S. Familias y Terapia Familiar. Barcelona: Gedisa; 1986.
51. Bourbeau L, Dile M, Elnick A, Labouvie-Vief G. Adult attachment styles: Their relation with family context and personality. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1998; (74)6: 1656-1669.
52. Ainsworth, MS. Apegos más allá de la infancia. *Psicólogo estadounidense*. 1989; 44 (4):709–716.
53. Greenberg LS, Safran JD. Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change. New York: Guilford Press; 1987.
54. Botella L. Emociones y construcción del significado: Implicaciones terapéuticas de la concepción constructivista de los procesos emocionales. *Revista de psicoterapia*. 1994; 4(16): 39-55.
55. Rodríguez-Testal JF, Carrasco MA, Del Barrio V, Catalán MC. Errores cognitivos en jóvenes y su relación con la sintomatología depresiva. *Anuario de Psicología*. 2002; 33(3): 443-452.
56. Kelly GA. Teoría de la personalidad. New York: Troquel; 1963.
57. Stein H, Koontz AD, Fonagy P, Allen JG, Fultz J, Brethour JR, Allen D, Evans RB. Adult attachment: What are the underlying dimensions? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2002; 75:77-91.
58. Moreno C, Del Barrio V, Mestre V. Acontecimientos vitales y depresión en adolescentes. *IberPsicología*. 1996; 1: 1-10.
59. Bradley JM, Cafferty TP. Apego entre los adultos mayores: temas actuales y direcciones para futuras investigaciones. *Apego y desarrollo humano*. 2001; 3(2):200–221.
60. Guidano VF. El sí-mismo en proceso: Hacia una terapia cognitiva posracionalista. *Katharsis*. 1994; 12: 37-58.
61. Slade A. Attachment theory and research: Implications for the theory and practice of individual psychotherapy with adults. *Investigación en psicoterapia psicodinámica*. 1999; 401-416.
62. Grossmann K, Grossmann KE, Fremmer-Bombik E, Kindler H, Scheuerer-Englisch H, Zimmermann P. The uniqueness of the child-father attachment relationship: Fathers' sensitive and challenging play as a pivotal variable in a 16-year longitudinal study. *Social Development*. 2002; 11: 307-331.

63. Lewis M, Feiring C, Rosenthal S. Apego a lo largo del tiempo. *Desarrollo infantil*. 2003; (71)3: 707-720.
64. Fonagy P, Steele H, Steele M. Maternal Representations of Attachment during Pregnancy Predict the Organization of Infant-Mother Attachment at One Year of Age. *Child Development*. 1991; 62(5): 891-905.
65. Feeney B, Kirkpatrick L. (1996). Effects of adult attachment and presence of romantic partners on physiological responses to stress. *Journal of personality and social psychology*. 1996; 70(2): 255-270.
66. Simpson JA, Rholes SW, Phillips D. Conflict in close relationships: An attachment perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1996; 71: 899-914.
67. Buchheim A, Brisch K, Kächele H. Introduction to attachment theory and its significance for psychotherapy. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*. 1998; 48: 128-138.
68. Benoit D, Parker KCH. Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development*. 1994; 65: 1444-1456.
69. Hetherington E, Ross D. *Child Psychology: A Contemporary Viewpoint* Ed. McGraw Hill Higher Education; 1993.
70. Gloger-Tippelt G. Transmisión de la vinculación en madres y sus hijos en la edad preescolar. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*. 1999; 48(2): 113 – 28.
71. Weaver A, De Waal FBM. Un índice de la calidad de la relación basado en la teoría del apego. *Revista de psicología comparada*. 2002; 116(1), 93-106.
72. FOX N, KIMMERLY NL, SCHAFFER WD. Attachment to mother /attachment to father: a metaanalysis. *Child Development*. 1991; 62: 210-225.
73. Martínez-Fuentes MT, Brito de la Nuez A, Pérez-López J. Temperamento del niño y personalidad de la madre como antecedentes de la seguridad del apego. *Anuario de Psicología*. 2000; 31(1): 25-42.
74. Mangelsdorf SC, Frosch CA. Advances in Child. Development and Behavior. 1999; 27: 181-220.
75. Calkins SD, Fox NA. The relations among infant temperament, security of attachment, and behavioral inhibition at twenty-four months. *Child Development*. 1992; 63: 1456- 1472.

76. Shaver PR, Belsky J, Brennan KA. La entrevista de apego de adultos y los autoinformes del apego romántico: asociaciones entre dominios y métodos. *Relaciones personales*. 2000; 7(1): 25–43.
77. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991; 61: 226-244.
78. Mikulincer M. Attachment style and the mental representation of the self. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1995; 69: 1203-1215
79. Valdés N. Consideraciones acerca de los estilos de apego y su repercusión en la práctica clínica. *Revista Terapia Psicológica*. 2002; 20: 139-149.

MISCELÁNEA

VIOLENCIA OBSTÉTRICA Y UNA CESÁREA INHUMANA: INFORME DE EXPERIENCIA

OBSTETRICAL NURSES, OBSTETRICIANS AND MIDWIVES IN THE FIELD OF OBSTETRICS TODAY

Gustavo Gonçalves dos Santos¹, Nahara Lucio de Almeida²

¹Enfermero y Profesor. Profesor de Enfermería del Centro Universitario de las Facultades Metropolitanas Unidas - FMU. Estudiante de Maestría por el Programa de Postgrado en Salud Colectiva en la Facultad de Medicina de Botucatu de la Universidad Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho" FMB-UNESP. CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1588401268427224>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1615-7646>

² Estudiante MedEnsina. Facultad de Medicina de la Universidad de São Paulo - FMUSP. São Paulo - SP, Brasil. Correo electrónico: nahara.nicollas@gmail.com. CV Lattes: <http://lattes.cnpq.br/2386432826644365>

Correo electrónico: gustavo.goncalves-santos@unesp.br

Recibido: 07/02/2019

Aceptado: 16/10/2020

Resumen

Objetivo: Describir la experiencia en relación con la violencia obstétrica y las cesáreas inhumanas. Método: Este es un estudio de tipo experimental de la violencia obstétrica en el proceso del parto y el nacimiento en una sala de maternidad pública ubicada en la capital de São Paulo, SP - Brasil. Descripción de la experiencia: El proceso

de nacimiento, que fue visto como un evento natural, fisiológico y totalmente femenino, comenzó a ser visto como un evento médico, masculino, medicalizante y hospitalocéntrico. Conclusión: Necesario para la reconstrucción de la atención obstétrica para romper la asistencia tecnocrática y empezar a adoptar buenas prácticas basadas en pruebas consolidadas.

Palabras-clave: Enfermería Obstétrica, Experiencia paterna, Nacimiento y parto, Violencia obstétrica.

Abstract

Objective: To describe the experience regarding obstetric violence and inhuman caesarean section. Method: This is an experience report study, referring to the experience of obstetric violence in the process of childbirth and birth in a public maternity hospital, located in capital of São Paulo, SP - Brazil. Description of experience: The birth process, which was seen as a natural, physiological and all-female event, began to be viewed as a medical, male, medicalizing, and hospital-centered event. Conclusion: Necessary to the reconstruction of Obstetric care to break technocratic assistance and adopt the best practices based on consolidated evidence.

Keywords: Obstetric Nursing, Paternal experience, Childbirth and birth, Obstetric Violence.

El modelo de atención sanitaria en obstetricia se considera fragmentado, curativo y hospitalocéntrico. En este escenario, la obstetricia y el modelo tecnocrático de atención al parto y al nacimiento se legitiman con gran facilidad, haciendo que el proceso de parto y nacimiento se separe de la vida familiar y comunitaria y se convierta en un asunto médico, patológico y hospitalario ¹.

A partir de un evento fisiológico natural, familiar y comunitario, el proceso de nacimiento y parto se transformó, con la inserción de la figura médica el embarazo comenzó a ser visto como una patología. En este modelo de salud obstétrica del Brasil se observa el uso de prácticas que la Organización Mundial de la Salud considera perjudiciales y que no cuentan con pruebas científicas consolidadas para su uso, como el uso rutinario de catéteres venosos periféricos, la posición de litotomía, el uso rutinario de oxitocina sin indicación, la realización de amniotomía, la maniobra de Kristeller y el alarmante número de episiotomías ¹.

Considerando que las buenas prácticas de obstetricia basadas en pruebas científicas no están aún descritas en la literatura, se entienden como la adopción de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, la aplicación y el uso de pruebas científicas y la eliminación de intervenciones innecesarias ¹.

En México, el contexto mundial es de lucha para mejorar y adaptar la atención del parto. Un estudio internacional indica que la lucha por modificar la atención del parto se debe a problemas entre los profesionales de la medicina que no practican la humanización durante este proceso. En este contexto, la Organización Mundial de la Salud hace hincapié en las recomendaciones, documentos, manuales y directrices que se han venido estimulando desde 1985 para estimular el protagonismo de la mujer en el proceso del parto y el nacimiento ^{1,2}.

Según el Departamento de Tecnología de la Información del Sistema Único de Salud, en 2015 alrededor del 98,8% de los nacimientos en los hospitales, entre 2007 y 2014 se produjo un aumento del 46% al 54% de los partos por cesárea. Los datos publicados por el Ministerio de Salud en 2015 muestran que la alarmante tasa de cesáreas alcanza el 56% en la población general, y estas cifras varían entre la atención en los sistemas de salud públicos y privados ³.

El escenario es extremadamente alarmante si se tienen en cuenta las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, según las cuales la tasa de cesáreas debe variar entre el 10 y el 25%. Esta recomendación está respaldada por estudios y pruebas de que las tasas superiores al 15% no representan una reducción de la mortalidad materna y neonatal, ni resultados significativos y positivos para la salud de la madre y el niño.³

El creciente y alarmante número de cesáreas en el Brasil indica la relevancia de la discusión sobre este tema, especialmente cuando este procedimiento se realiza innecesariamente y sin indicación. Sin la indicación correcta, una cesárea puede aumentar el riesgo de complicaciones maternas y fetales³.

Además, el contexto en la esfera de la obstetricia se caracteriza por las altas tasas de intervenciones innecesarias empleadas en la atención del parto y el proceso de nacimiento. Este hecho es extremadamente evidente y claro cuando se presentan los resultados de la investigación de Born in Brazil. Este estudio, realizado en un hospital nacional, compuesto por puerperales y recién nacidos de diferentes regiones del Brasil, revela que de 23.940 mujeres, el 57% fueron clasificadas como de riesgo habitual, es decir, sin indicaciones de salud y factores de riesgo que indiquen el uso de procedimientos innecesarios y cesáreas. Entre las mujeres que participaron en el estudio, el 45,5% se sometió a una cesárea, el 54,5% tuvo un parto vaginal, pero sólo el 5,6% tuvo un parto vaginal sin ninguna intervención en el proceso de parto y nacimiento^{1,3}.

Según la encuesta Born in Brazil, en relación con las intervenciones realizadas en el proceso de parto y nacimiento, más del 70% de las mujeres obtuvieron la punción venosa, el 40% recibió oxitocina y se realizó una amniotomía para acelerar el parto. Y en relación con las intervenciones realizadas durante el proceso de parto, la posición más utilizada es la litotomía y alrededor del 40% de los partos se realizan mediante la maniobra de Kristeller, con el 56% ocurriendo durante la episiotomía. Estas intervenciones acompañadas de cifras se consideran excesivas y no están respaldadas por pruebas científicas consolidadas^{1,3}.

Estamos sumergidos en un contexto de desigualdades, en el que las situaciones de violencia obstétrica se naturalizan y se hacen imposibles por los autores y la sociedad. La violencia obstétrica es la apropiación del cuerpo de la mujer cuando se encuentra en un proceso reproductivo, por parte de un profesional de la salud, que presta asistencia

de carácter inhumano, con el uso excesivo e indiscriminado de intervenciones y la medicalización del proceso natural y fisiológico, lo que implica en la pérdida del protagonismo femenino y la capacidad de decisión libre sobre su cuerpo y su sexualidad, provocando resultados negativos que implican en la tríada madre-bebé-familia⁴.

En este escenario, el objetivo de este estudio es describir la experiencia relativa al proceso de parto y nacimiento, la violencia obstétrica y las cesáreas inhumanas en una maternidad pública de la capital de São Paulo. El principal objetivo es sensibilizar a los lectores sobre este tema.

MÉTODO

Se trata de un estudio narrativo, descriptivo y experimental de una cesárea sin indicación con asistencia inhumana en el proceso de parto y nacimiento en una maternidad pública situada en la capital de São Paulo, SP - Brasil.

Estudio teórico y reflexivo, respaldado por la literatura y la percepción del autor, que busca discutir y llenar vacíos sobre la violencia obstétrica, teniendo como perspectiva la influencia del modelo tecnocrático y las prácticas obstétricas utilizadas de manera perjudicial. El ensayo teórico se basa en una exposición lógica, reflexiva y argumentativa, con capacidad de interpretación y juicio personal sobre la violencia obstétrica.

El informe de la experiencia supone la redacción, descripción y reflexión sobre una experiencia relacionada con los temas centrales de un evento, indicando lo que representó para los sujetos involucrados.

RELATO DE EXPERIÊNCIA

Un análisis longitudinal transversal muestra que la mayoría de las mujeres que viven en la región meridional del Brasil no tienen acceso a buenas prácticas obstétricas basadas en pruebas científicas en el proceso de parto y alumbramiento. También señala que la presencia del compañero es más frecuente sólo en el parto. Además, en el campo de la obstetricia siguen existiendo altas tasas de enema, tricotomía, amniotomía, oxitocina, restricción de agua, maniobra de Kristeller y episiotomía¹.

La gran mayoría de las mujeres no tienen acceso a métodos no farmacológicos para el alivio del dolor y el contacto piel a piel con el recién nacido poco después del nacimiento¹.

El hecho de que el acompañante no permanezca en la sala de partos o en el quirófano se debe a la restricción resultante de los profesionales que no consideran el proceso del parto y el nacimiento como un acontecimiento familiar, sino como un acto médico y hospitalario. Los estudios nacionales internacionales indican que la tricotomía y el enema se realizan en casi la mitad de las mujeres, práctica que se considera perjudicial e ineficaz y que debería desalentarse y eliminarse del campo de la obstetricia, ya que no presenta un efecto beneficioso y significativo¹.

La maniobra de Kristeller se utiliza ampliamente, a pesar de la falta de pruebas científicas suficientes para apoyar su recomendación, además de proporcionar mayores molestias a la madre, la maniobra tiene efectos perjudiciales para el útero, el perineo y el bebé¹.

Se ha realizado una infusión rutinaria de oxitocina y una amniotomía para evitar un parto prolongado, en la que la mitad de las mujeres reciben por lo menos una de las dos intervenciones, aunque no hay suficientes pruebas científicas que justifiquen estas prácticas cuando no están indicadas. Además de los riesgos asociados con el uso liberal durante el parto, la infusión intravenosa también limita la libertad de movimiento de la mujer y puede prolongar la duración del parto. En relación con la amniotomía temprana, los estudios llegan a la conclusión de que este procedimiento no debe recomendarse de forma rutinaria, sino que debe ser una decisión que se discuta con las mujeres y sus familiares antes de realizarlo¹.

La alta prevalencia de la episiotomía en América Latina es también un dato importante, que se encuentra en estudios nacionales e internacionales. Lo ideal sería que la tasa de episiotomía no superara el 10%, recomendación formulada por la Organización Mundial de la Salud. Varios países han tratado de aplicar una política restrictiva de la realización de la episiotomía; por ejemplo, en los Estados Unidos el porcentaje ha disminuido considerablemente del 17% al 11%. Sin embargo, todavía persisten altas tasas de alarmas, por ejemplo, en España la tasa fue del 33% en 2011 y en Inglaterra la tasa fue del 25%.¹ Estas conclusiones están directamente relacionadas con la asistencia prestada en las instituciones de atención de la salud^{1,2}.

El proceso de parto y alumbramiento era un acontecimiento que se producía entre las mujeres y se llevaba a cabo en los hogares familiares y con el acompañamiento de parteras y parientes. Después de este período, el proceso de cambio comienza a través

de los intentos de controlar el evento fisiológico por parte de la Obstetricia, que deja de ser una esfera femenina y pasa a ser entendida como una práctica médica. El proceso de nacimiento, que se consideraba un acontecimiento natural, fisiológico y totalmente femenino, comenzó a verse como un acontecimiento médico, masculino, medicalizante y hospitalocéntrico, incluyendo la noción de riesgo y patología como regla, y ya no como excepción. En este modelo predominante, la mujer deja de ser la protagonista, y le corresponde al equipo llevar a cabo el proceso de nacimiento³.

A fin de aumentar la calidad de la atención, se ha medicalizado el parto, utilizando procedimientos considerados inapropiados e innecesarios, que a menudo pueden poner en peligro la salud materna y neonatal, sin una evaluación adecuada de su seguridad y sin basarse en pruebas científicas consolidadas^{1,3}.

Las prácticas obstétricas intervencionistas han causado insatisfacción entre las mujeres, que se ve relegada a ser un complemento en los procesos de parto y alumbramiento. El parto ha pasado a formar parte del modelo centralizado de atención médica y excluye a otros profesionales de la salud, como las enfermeras y los obstetras obstétricos, que por su formación están calificados para atender y asistir a un parto normal³.

La realidad de la atención obstétrica brasileña se caracteriza por intervenciones quirúrgicas abusivas, a menudo humillantes, con falta de información a las mujeres e incluso la negación del derecho del acompañante en todo este proceso, lo que se considera una falta de respeto a los derechos reproductivos y sexuales de la mujer, además de ser considerado una violación de los derechos humanos³.

El movimiento de Humanización del Parto ha incorporado prácticas basadas en la evidencia que apuntan a un fortalecimiento crítico en relación con el modelo tradicional de atención. Además de rescatar el proceso de parto y nacimiento como un evento fisiológico natural, el movimiento de Humanización del Parto busca empoderar a la mujer recuperando sus poderes femeninos y el conocimiento de que han sido eliminados. Estos conocimientos y poderes se basan en la condición fisiológica de las mujeres^{1,3}.

Además de las demás intervenciones y prácticas consideradas innecesarias, muchas mujeres informan de experiencias de partos dolorosos, con ofensas, humillaciones y la expresión de prejuicios con respecto a la salud y la sexualidad de las mujeres³.

Según la Organización Mundial de la Salud, la violencia es la imposición de un grado significativo de dolor y sufrimiento evitable. En este sentido, hay que destacar la violencia obstétrica como un tipo específico de violencia contra la mujer. Alrededor del 12,7% de las mujeres calculan sus quejas a través del tratamiento y la atención irrespetuosa que recibieron en el hospital. La violencia obstétrica se considera la violación de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer en el proceso de parto y nacimiento, incluida la pérdida de su protagonismo, autonomía y libre decisión sobre su cuerpo. En este sentido, significa la apropiación extrema de los procesos sexuales y reproductivos de la mujer por parte de los profesionales de la salud, mediante la atención mecanizada, técnica, impersonal y masiva del proceso de parto y nacimiento³. En los servicios de salud, los usuarios y los profesionales no asocian los malos tratos en la atención del parto como formas de violencia. Además, factores como la diferencia racial, los ingresos y la educación influyen en la percepción que tienen los usuarios de la atención del parto. En algunos servicios públicos del Brasil, donde se atiende a mujeres con baja escolaridad y bajos ingresos, se considera que no tienen capacidad para decidir sobre su cuerpo^{1,3}.

En el actual modelo de atención al parto en el Brasil, el desempeño de los profesionales de la salud no se basa en pruebas y está vinculado a la ignorancia y la creencia de los profesionales vale más que la producción científica actual en el área de la obstetricia. Además, sigue existiendo el temor y la dificultad de tratar con miembros del propio equipo de salud que tienen divergencias en relación con una perspectiva alternativa al modelo centrado en la figura médica^{1,3,4}.

La planificación de la cesárea es un modelo conveniente para los profesionales que cambian la imprevisibilidad del parto normal por la programación de las cirugías. En este sentido, el uso excesivo de las cesáreas en los últimos tres decenios se ha asociado a los siguientes factores: mayor pago de honorarios profesionales por la cesárea, ahorro de tiempo y ligadura de trompas clandestina en el parto^{1,3}.

Las ideas preconcebidas sobre el parto normal suelen estar asociadas a la idea de un evento inseguro, que debe llevarse a cabo en un entorno hospitalario y con personal médico, ya que indica un riesgo de muerte, condicionando a la mujer a la idea de que el parto está vinculado al dolor^{3,4}.

El parto se caracteriza por muchos cambios significativos y no es raro que se vea como un momento de inseguridad, un momento sobre el que no se tiene control. La imposición de rutinas hospitalarias como la tricotomía, la privación de la marcha, el uso de la oxitocina, entre otras, que impiden la comodidad, restan autonomía a la mujer y perjudican el proceso fisiológico del parto^{3,4}.

La atención del parto y el alumbramiento ha expuesto a las mujeres a situaciones de vulnerabilidad. Prácticas nocivas, no basadas en pruebas científicas. Partes de los profesionales de la salud no pueden reconocer que realizan violencia obstétrica en sus actos y comportamientos, dicen que proporcionan asistencia basada en las rutinas del hospital^{3,4}.

La literatura ha demostrado que varias situaciones comenzaron a ocurrir con las mujeres en el momento del proceso de parto y alumbramiento, las mismas que muchas veces no tienen atención a sus necesidades, siendo tratadas con actos que afectan la integridad mental y moral, entonces caracterizadas como violencia obstétrica^{5,6}.

Las intervenciones prácticas sin evidencia científica consolidada y las altas tasas de cesáreas forman parte de la agrupación de violencia obstétrica que se define como una apropiación del cuerpo de la mujer en los procesos reproductivos en los que los profesionales de la salud invaden la autonomía íntima de la mujer durante todo este proceso, a través de una asistencia y tratamiento deshumanizado, que provoca la pérdida de autonomía, protagoniza el amor y la capacidad de decisión sobre el propio cuerpo y la sexualidad, provocando un desenlace totalmente negativo en la calidad de vida de la mujer y en el trinomio madre-bebé-familia^{5,6}.

Con el tiempo, las mujeres han perdido el control sobre el significado y la importancia real del nacimiento y el proceso de parto y sobre sus cuerpos, dejando los efectos naturales y fisiológicos en la responsabilidad de los profesionales de la salud centrados en la figura médica, que ahora poseen el poder sobre el nacimiento y el parto, descuidando la información, las prácticas, los sentimientos, las percepciones y los derechos de la mujer en todo este proceso, lo que ha dado lugar a la violencia obstétrica^{5,6}.

Las intervenciones prácticas con las mujeres en el proceso de parto y nacimiento han sido recurrentes en la atención del parto prevista para las mujeres en relación con cuestiones sociales, de género, de raza, de clase y de instituciones. La violencia, por lo

tanto, se caracteriza por la extrema apropiación de los cuerpos de las mujeres por parte de los profesionales de la salud^{5,6}.

Además, lo que las investigaciones han demostrado es que en el momento del proceso de parto y alumbramiento las mujeres a menudo desconocen sus derechos y cuando los conocen, tienen dificultades para que se les garanticen durante todo este proceso. Esto todavía deja a las mujeres aún más vulnerables a las intervenciones profesionales que traen pérdidas en el proceso de la llegada de su hijo⁵.

La trivialización de todas las formas de violencia que experimenta la mujer durante el proceso del parto y el nacimiento la convierte en rehén del temor a morir o perder a su hijo, por lo que siempre se la coacciona y permanece en silencio, para luego someterse a prácticas, intervenciones y cesáreas sin indicación alguna⁵.

La investigación ha encontrado que la realidad de la vida cotidiana aún no se ha encontrado con los profesionales de la salud que exigen a las mujeres en conducta pasiva en la citación de todas las intervenciones que se realizan con ellas a lo largo de este proceso. Pronto las prácticas de violencia obstétrica no se identifican, y cuando se identifican, las mujeres se ocultan y guardan silencio ante la violencia que han sufrido, ya sea por vergüenza o por la amenaza que sufren de los propios profesionales de la salud⁵.

Todavía es extremadamente difícil para las mujeres percibir la violencia obstétrica en los hospitales. La dificultad viene dada por los comportamientos y prácticas comunes en el proceso de parto y nacimiento, entendidos entonces como rutinarios y comunes, después de todo, al mismo tiempo que se produce la violencia las mujeres están experimentando emociones notables que formarán parte de sus vidas para siempre⁵.

Las mujeres que se someten a cesáreas sin indicación son maltratadas, sufriendo falta de respeto y abuso en el momento del parto y el nacimiento. Además de calificarlo como un acto violento contra las mujeres, se señala nuevamente que es la violación de los derechos humanos y reproductivo⁵. Algunas de las formas de violencia obstétrica parecen ser evidentes, como las agresiones verbales y los procedimientos rutinarios innecesarios^{5,6}.

El nacimiento de un niño es sin duda uno de los principales acontecimientos en la vida de una mujer, este viento hará de ella una verdadera madre, por lo tanto, el momento

extremadamente importante y fascinante y requiere un análisis para la comprensión de los profesionales que trabajan en el campo de la práctica de la Obstetricia⁷.

Aunque el parto es una rutina en los hospitales y las salas de maternidad, cada mujer debe recibir una atención diferenciada, porque la visión de lo que es el parto y la forma en que se experimenta es única, se debe proporcionar atención y comodidad con el objetivo de que cada mujer sea completa y única⁷.

Debido a la complejidad y particularidad de cada mujer, de cada situación, la forma en que se ofrezca la asistencia y las prácticas implicará directamente en la satisfacción de quienes la reciban. Por lo tanto, es sumamente importante consolidar que los puntos fundamentales en la asistencia al proceso de parto y alumbramiento son los cuidados y la acogida que se deben ofrecer a la mujer en el proceso de parto y que no están ligados a las rutinas o instalaciones físicas de las instituciones, sino en el desempeño profesional y también en el protagonismo de la mujer que se relaciona con el profesional durante todo este proceso⁷.

A lo largo de la historia se pueden suavizar algunos aspectos relacionados con la mujer, como, por ejemplo, los aspectos relacionados con las mujeres en proceso de transformación, como su posición social, la maternidad, la fecundidad o las cuestiones directamente relacionadas con la asistencia que recibieron durante el proceso del parto y el nacimiento, considerando entonces el parto como un acontecimiento natural y fisiológico, en el que la mujer debe ser la protagonista principal⁸.

Como se ha mencionado, el parto deja entonces de ser una experiencia social y comunitaria y se convierte en una experiencia privada en la que es necesario realizar intervenciones médicas y quirúrgicas, en un entorno hostil, totalmente institucionalizado y medicalizante⁸.

Con el desarrollo de la industrialización y el avance de las tecnologías, las técnicas en la atención del parto y el alumbramiento comenzaron a ser consideradas como un objetivo de los intervencionistas de carácter innecesario, ya que no cuentan con pruebas científicas consolidadas en el campo de la Obstetricia^{7,8}.

A favor de la transfiguración del modelo de salud obstétrica brasileño, la Organización Mundial de la Salud propone cambios en el estándar de atención del proceso de parto y nacimiento, con el propósito de evitar prácticas e intervenciones desfavorables para la salud del paciente y del recién nacido, sugiriendo así cambios en los procedimientos que

se consideran excesivamente intervencionistas en todas las fases del parto. La situación es que implica potência alisar as ações humanizadoras, a qual consiste em respeitar a fisiologia do processo do parto e do nascimento, considerando os aspectos sociais, culturais, emocionais, espirituais das mulheres⁸.

La satisfacción de la mujer con el parto y el proceso de nacimiento está vinculada a varios factores, uno de los cuales está relacionado con la cultura, las expectativas, el conocimiento previo de este proceso y, especialmente, la atención y el cuidado que le ofrecerán los profesionales al solicitar el parto⁹

El proceso de parto y nacimiento son momentos en los que las enfermeras o los obstetras obstétricos pueden realizar una acción determinante extremadamente diferencial, la atención que prestan estos profesionales consiste en la capacidad de comunicación y apoyo que favorecerá la interacción efectiva entre el parturiente, los familiares y los profesionales. A través de una comunicación efectiva de carácter terapéutico será posible generar autoestima, comodidad, confianza, seguridad y satisfacción a lo largo del proceso de nacimiento y parto⁹.

En la práctica de la atención de las enfermeras o los obstetras obstétricos se destaca el apoyo continuo que se ofrecerá a la mujer durante el parto y el nacimiento, que tiene un papel sumamente importante en la atención humanizada, de modo que la mujer tuvo una experiencia positiva de este momento⁹.

Se cree que la práctica de una atención humanizada no sólo necesita de habilidades técnicas respaldadas por la evidencia científica, la acción de estos profesionales va mucho más allá, es necesario a la comprensión de que hay una atención calificada y que es posible suceder respetando y considerando los aspectos de todas las mujeres que están involucradas en este proceso, estos aspectos son: físico, social, cultural, económico, espiritual, emocional y varios otros^{7,8,9}.

Reconoce que los avances tecnológicos han contribuido en gran medida a reducir la mortalidad materna y no la Navidad, pero la asistencia se ha mecanizado y deshumanizado, generando nacimientos manipulados y desinformados^{10,11}.

CONCLUSIÓN

Es necesario avanzar en el campo de la Obstetricia, para que supere el modelo tecnocrático, intervencionista, institucionalizado, centrado en la mujer como máquina y

pase a un modelo humanizado, considerando el parto como un hecho natural, respetando los aspectos fisiológicos, psicológicos, socioeconómicos y culturales de la madre y sus familiares.

BIBLIOGRAFÍA

1. Monguilhott JJC, Brüggemann OM, Freitas. PF, d'Orsi E. Nascer no Brasil: a presença do acompanhante favorece a aplicação das boas práticas na atenção ao parto na região Sul. *Rev Saude Publica.* 2018; 52:1. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052006258>
2. Pozzio MR. Ginecologia e obstetrícia no México: entre "parto humanizado" e violência obstétrica. *Rev. Estud. Fem* [online]. 2016. Vol.24, n.1, pp. 101-117. ISSN 0104-026X. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1805-9584-2016v24n1p101>
3. Zanardo, G. L. P., Calderón, M., Nadal, A. H. R., & Habigzang, L. F. Violência obstétrica no Brasil: uma revisão narrativa. *Psicol. Soc.* [online]. 2017, vol.29, e155043. Epub July 10, 2017. ISSN 0102-7182. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2017v29i155043>
4. Barbosa IC et al. Violência obstétrica: revisão integrativa de pesquisas qualitativas. *Av Enferm.* 2017;35(2):190-207. DOI: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v35n2.59637>
5. Estumano VKC, Melo LGS, Rodrigues PB, Coelho ACR. Violência obstétrica no Brasil: casos cada vez mais frequentes. São Paulo: *Revista Recien.* 2017; 7(19):83-91. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2017.7.19.83-91>
6. Nery VP, Lucena GP. Principais tipos de violências obstétricas sofridas pelas parturientes. São Paulo: *Revista Recien.* 2019; 9(27):89-98. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2019.9.27.89-98>
7. Oliveira ASS, Rodrigues DP, Guedes MVC, Felipe GF. Percepção de mulheres sobre a vivência do trabalho de parto e parto. *Rev. Rene*, vol. 11, Número Especial, 2010. p. 32-41. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027973004>
8. Almeida RP, Miyazaki CMA, Cordeiro SN. PERCEPÇÃO DAS MULHERES SOBRE ASSISTÊNCIA E VIVÊNCIA DO PARTO. *Actas do 12º Congresso Nacional de*

Psicologia da Saúde Organizado por Isabel Leal, Sofia von Humboldt, Catarina Ramos, Alexandra Ferreira Valente, & José Luís Pais Ribeiro 25, 26 e 27 Janeiro de 2018, Lisboa: ISPA – Instituto Universitário. Disponível em: http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/6244/1/12CongNacSaude_713.pdf

9. Lopes CV et al. EXPERIÊNCIAS VIVENCIADAS PELA MULHER NO MOMENTO DO PARTO E NASCIMENTO DE SEU FILHO. *Cogitare Enfermagem*, [S.l.], v.14, n.3, set. 2009. ISSN 2176-9133. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v14i3.16178>
10. Costa NS, Bracarense CF, Duarte JMG, Paula MSR, Simões ALA. Expectativas, percepções e opiniões de mulheres sobre o atendimento durante o parto. *REME – Rev Min Enferm.* 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20180058>
11. Reis CC et al. PERCEPÇÃO DAS MULHERES SOBRE A EXPERIÊNCIA DO PRIMEIRO PARTO: IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM. *Cienc. enferm.* [online]. 2017, vol.23, n.2, pp.45-56. ISSN 0717-9553. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532017000200045>

SOBRE LA BIOÉTICA Y LA PANDEMIA DEL COVID 19

BIOETHICS AND THE COVID 19 PANDEMIC

Jesús Manuel Quintero-Febles¹

¹Universidad de La Laguna. Redactor jefe de la Revista EGLE. Máster Bioética y Bioderecho.

Correo electrónico: jquinter@ull.edu.es

Recibido: 07/12/2021

Aceptado: 16/12/2021

Resumen

La pandemia de COVID ha supuesto una revolución en muchos aspectos sociales, económicos y sanitarios. Como consecuencia de la emergencia sanitaria las administraciones públicas y los gobiernos se han visto obligados a tomar decisiones apresuradas para evitar el mayor número posible de muertes. Ante una situación de desbordamiento de los sistemas sanitarios se ha tenido que priorizar recursos, con dramáticas consecuencias en algunos casos. Es precisamente en estos momentos de crisis humanitaria cuando la bioética se hace más imprescindible que nunca, so pena de caer en el utilitarismo extremo. Desde la adjudicación de respiradores, hasta la vacunación obligatoria, el presente trabajo supone una reflexión bioética de las medidas que se han tomado y que se continúan tomando en la actualidad.

Palabras clave: Bioética, pandemia COVID 19.

Abstract

The COVID pandemic has been a revolution in many social, economic and health aspects. As a result of the health emergency, public administrations and governments have been forced to take hasty decisions in order to prevent as many deaths as possible. Faced with a situation in which health systems are overwhelmed, resources have had to be prioritised, with dramatic consequences in some cases. It is precisely at this time of humanitarian crisis that bioethics becomes more essential than ever, on pain of falling into extreme utilitarianism. From the provision of respirators to compulsory vaccination, this paper is a bioethical reflection on the measures that have been taken and continue to be taken today.

Keywords: Bioethics, COVID 19 pandemic.

Que la pandemia de COVID 19 ha agitado y hecho tambalearse los cimientos del mundo que conocemos no es ningún secreto. Inicialmente fueron las consecuencias sanitarias las que preocuparon a todo el mundo ante los efectos de un virus relativamente nuevo y desconocido para la mayor parte de la comunidad no científica. Se estaba produciendo un incremento de los niveles de mortalidad por enfermedades infecciosas que no se había visto en los tiempos modernos, desde la epidemia de gripe de 1918, la erróneamente conocida como “gripe española” o la menos conocida epidemia de “gripe asiática” de 1957 (1). Las consecuencias económicas derivadas de las medidas impuestas no se hicieron esperar, las estamos sufriendo, y sin duda seguiremos haciéndolo por un largo periodo. Menos previsible y más difíciles de entender han sido las consecuencias sociales y políticas, la sociedad se ha polarizado entre los defensores y los detractores de las limitaciones de la movilidad, la imposición de la vacunación, y en general, de todas las medidas tomadas.



Imagen 1: Policías preparados para actuar en medio de la pandemia de 1918 en EEUU.

Sin embargo, no es el objetivo del autor hacer una revisión de los aspectos sociales, económicos, políticos o sanitarios de la pandemia, no es un tema que domine y seguramente otros lo harán con mejor desempeño. La pandemia del COVID ha supuesto

también una revolución en lo referente a la bioética, se han puesto de actualidad una serie de cuestiones que, si bien no son del todo nuevas, sí que eran desconocidas mayormente. Aspectos tales como, la adecuación de los cuidados, la justicia en la distribución de los recursos, el conflicto entre el principio de autonomía y el interés del bien común, han pasado de ser estudiados por los bioeticistas a ser motivo de tertulia y debate en todo tipo de foros. Por lo anterior expuesto, nos interesa presentar una breve reflexión sobre el conflicto de valores que ha surgido entre la asistencia clínica y la salud pública en la pandemia de COVID 19.

Cualquier neófito de la bioética conoce el modelo más conocido para enfrentarse a cualquier deliberación o conflicto bioético, que no es otro que el de los principios bioéticos propuestos por Beauchamp y Childress, el principio de no maleficencia, el principio de justicia, el principio de autonomía y el principio de beneficencia (2). El principio de no maleficencia hace referencia a la obligación de no infringir daño intencionadamente. Heredado del *“primun non nocere”* hipocrático, lo primero no hacer daño. Hace referencia al deber que las actuaciones que se realicen no pueden causar daño. También implica hacer lo indicado para evitar el daño, en aquellas circunstancias en que no podemos hacer el bien, nuestra obligación mínima es no hacer mal. Justicia es el principio de ser equitativo o justo, o sea, igualdad de trato entre los iguales y trato diferenciado entre los desiguales, de acuerdo con la necesidad de cada uno. En el principio de justicia se vela por el uso racional de los recursos, que son limitados, y deben ser distribuidos de acuerdo con la necesidad individual, no discriminando, segregando o marginando. Este valor implica de forma especial a los gestores, que se ven por él obligados a procurar la igualdad de oportunidades ante los recursos sanitarios. El principio de beneficencia nos obliga a hacer el bien a quien nos lo pide, y también al que lo precisa, aunque no pueda pedirlo. Si la no maleficencia implicaba la acción negativa de no hacer daño, el principio de beneficencia implica la obligación de buscar el bien de la persona. Obrar solo en beneficio del paciente, pero respetando el criterio de bien del beneficiario. El principio de autonomía reconoce el derecho de cada uno a participar activamente en la toma de decisiones sobre su vida y su tratamiento. Nadie puede ser obligado a realizar determinado tratamiento, aunque eso sea lo que le conviene según el criterio del médico. Este principio choca frecuentemente con el de beneficencia, cuando el criterio de bien o lo deseado no coincide entre el profesional y la persona. La

concepción antigua de la medicina implicaba buscar el bien de la persona sin tener en cuenta lo que opinara el individuo, lo que se denomina paternalismo. Hoy en día, el desarrollo de la autonomía otorga al individuo la autoridad final para decidir sobre sí mismo.

En su concepción inicial(2), los principios fueron diseñados sin un orden jerárquico entre ellos, para ser considerados todos por igual. En la realidad, los conflictos entre los principios implican que no siempre vamos a tener una solución clara, la mayoría de las veces vamos a tener que considerar que es lo que debe prevalecer. En ese sentido, resulta de gran utilidad establecer una jerarquización de los principios(3,4). Así, hablamos de una ética de mínimos con los principios de no-maleficencia y de justicia, que tienen carácter público, es decir, se refieren a nuestra relación con el exterior. Afectan a los derechos fundamentales de otras personas, por lo tanto, deben prevalecer. En un segundo nivel están los principios de beneficencia y autonomía, considerados una ética de máximos. Estos principios pertenecen al ámbito privado de cada persona, a su propia idea de vida, cada persona es libre de gestionarlos como quiera.

Esta jerarquización de los principios la estamos viendo aplicar en el momento actual, cuando se han impuesto medidas obligatorias que afectan a la libertad de las personas en aras de un bien mayor. Se han restringido la libertad de movimientos, se ha impuesto el uso de mascarillas y se están instaurando medidas controvertidas para condicionar que las personas se vacunen. No hay duda de que la aplicación de estas medidas supone una vulneración al principio de autonomía. Hemos visto como justificar la imposición de la vacunación u otras medidas por el bien del individuo supondría caer en el paternalismo. Pero aquí entran en consideración otros valores, como es la mayor posibilidad de contagiar a otras personas que serían perjudicadas y la mayor probabilidad de enfermar gravemente gastando costosos y limitados recursos sanitarios. Por lo tanto, los principios de no maleficencia y de justicia justificarían las medidas que fuerzan a la vacunación, frente al principio de autonomía que defendería el derecho de cada persona a vacunarse o no. Hemos visto que, ante el conflicto, los principios de mínimos, no maleficencia y justicia, deben prevalecer sobre los de autonomía y beneficencia, por lo que desde el punto de vista de la ética de los principios se podrían justificar estas medidas. Evidentemente, la bioética no es tan simple, ni

debemos aplicar la dictadura de los principios sin tener en cuenta las circunstancias. Aquí es donde entra en liza la casuística, otra de las corrientes bioeticistas aplicadas hoy en día(5). ¿Hasta qué punto la vacunación afecta a las posibilidades de infectar otras personas? ¿Son realmente efectivas todas las medidas que se están tomando? ¿Hasta que punto las medidas que se están tomando tienen como objetivo la protección de la salud y no están motivadas por decisiones políticas electoralistas? ¿Es ético exagerar las recomendaciones para estimular un miedo que estimule su cumplimiento? Todas estas cuestiones son de difícil respuesta, y planteárselas en ningún caso supone un posicionamiento por una u otra alternativa, sino de la necesidad de deliberación bioética.

Otro de los puntos que es motivo de reflexión bioética es la consideración de las personas que han decidido libremente no vacunarse. Algunos sistemas sanitarios han establecido que las personas que han decidido libremente no vacunarse deben costearse sus gastos en caso de enfermar de COVID (6). Puede resultar tentadora la idea de plantear esa decisión en España, nuestro sistema sanitario ha estado al borde del colapso, y en aplicación del principio de justicia, se podría entender que las personas que han decidido libremente asumir ese riesgo, en contra de toda la evidencia científica, deben asumir sus propios costes sanitarios. Se puede argumentar en contra o a favor de esta posibilidad, podemos decir que otras personas que consumen libremente alcohol, tabaco y otras drogas son tratadas por el sistema sanitario público, a pesar de su evidente responsabilidad en su enfermedad adictiva y complicaciones asociadas. Pero estas personas son consideradas enfermas, incapaces de controlar y evitar su adicción, el adicto es un enfermo y por lo tanto se le trata. Por otro lado, las personas que practican actividades deportivas de riesgo, en caso de sufrir un accidente realizándolas se ven obligadas a asumir los costes de su atención, generalmente mediante un seguro privado o federativo. En este caso son consideradas personas plenamente competentes, que de forma libre deciden asumir un riesgo para su salud, y por lo tanto, deben hacerse responsables de sus costes sanitarios. ¿Debemos considerar a las personas no vacunadas enfermas, como los adictos a sustancias? ¿o debemos considerarlos personas que asumen libremente un riesgo como los deportistas de riesgo? Según sea la respuesta, deberían asumir o no los costes sanitarios en caso de enfermar de COVID. Aun así, la respuesta no es tan simple, ya que la vacunación no garantiza en su totalidad

el no enfermar gravemente, aunque si disminuye el riesgo. Realmente sabemos que una medida de esta magnitud sería muy difícil de implementar en nuestro país por las consecuencias sociales, políticas y jurídicas que tendría. Una vez más, se pone de manifiesto lo difícil que es separar la salud de las personas de las consecuencias sociales y los intereses políticos.



Imagen 2. Una adulta mayor recibiendo una vacuna contra la COVID-19 en diciembre de 2020.

El foco más mediático y que mayor dedicación ha tenido en los medios ha sido el centrado en la aplicación de las medidas preventivas y en la vacunación colectiva. No obstante, seguramente el mayor desafío para los sanitarios implicados en la asistencia directa ha sido el tener que priorizar los cuidados. El verse obligado a priorizar unos cuidados sobre unos determinados pacientes, excluyendo a otros, no es una novedad en la práctica clínica. Este tipo de prácticas son frecuentes en situaciones de catástrofes o en trasplantes de órganos por citar algunos ejemplos. El principio de justicia y la equidad obliga a los profesionales sanitarios el tener que decidir que actuaciones y a que personas realiza, para poder garantizar el mayor beneficio al mayor número de pacientes. Durante la pandemia hemos visto como las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se han visto desbordadas, con muchos pacientes candidatos por cama disponible.

Los criterios para asignar estas camas deben ser lo más objetivos posibles, determinando que pacientes tienen un pronóstico más favorable, mayores probabilidades de supervivencia y beneficios derivados del tratamiento. Inevitablemente entre esos criterios debe tenerse en cuenta la edad, que siempre condicionara la evolución de la persona ante cualquier enfermedad y las posibilidades de supervivencia. El problema surge cuando únicamente se tiene en cuenta la edad para tomar decisiones, excluyendo a unos individuos de determinados cuidados por ser de avanzada edad. En ese caso, estaríamos dando a unas vidas más valor que a otras, aspecto que supone el quebrantamiento de los más elementales principios de la bioética, medicina y de la humanidad.

No solo en la práctica clínica se han introducido nuevos desafíos para la bioética, también nos encontramos con situaciones novedosas en la investigación científica. Durante emergencias de salud pública como la del COVID 19 es comprensible que los gobiernos, farmacéuticas e investigadores quieran encontrar tratamientos efectivos lo antes posible. Pero la obligada premura ha condicionado que se hayan suscitado dudas sobre si se han aplicado los adecuados estándares éticos antes de comenzar a realizar la experimentación con seres humanos. Estas dudas han sido además caldo de cultivo de movimientos negacionistas y antivacunas, sirviendo de base argumentativa para sus teorías. ¿Y que podemos decir de los llamados certificados de inmunidad? Aunque más bien deberíamos considerarlos “pasaportes de inmunidad”. Una especie de salvoconductos que otorgan a los que lo poseen la capacidad de viajar y usar determinados servicios públicos, denegándose los a los que no lo tienen. No obstante, las licencias de inmunidad no deben compararse con respecto a la normalidad. Más bien, deben evaluarse con las alternativas de imponer restricciones estrictas de salud pública durante muchos meses o permitir actividades que puedan propagar la infección, lo que exacerba las desigualdades. Este punto de vista justificaría la ética de las licencias de inmunidad(7).

Indudablemente los desafíos que han llegado con la pandemia son innumerables, los dilemas éticos se han multiplicado y las decisiones que se están tomando son de una trascendencia vital, con elevado coste de vidas humanas. En estos momentos de crisis humana y social, la bioética se ha hecho más importante que nunca, debemos analizar las decisiones que se están tomando sin caer en el tópico de que todo se justifica por la

gravedad de la situación. El momento actual, pasará a la historia como la primera pandemia del mundo moderno, la primera en la que se contaba con modernos métodos de análisis y la posibilidad de articular respuestas globales. No hay duda de que en años venideros se examinarán con lupa todas las decisiones tomadas, y se tendrán en cuenta los aciertos y los errores cometidos. Debemos asegurarnos de que la historia nos juzgará con benevolencia, habiendo tomado las decisiones razonables y prudentes que, con los medios disponibles, se justificaban desde un punto de vista científico, ético y legal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Quintero-Febles JM. Pandemia Covid 19 ¿Una historia que se repite? Revista EGLE. 2020; 7 (15):131-8.
2. Beauchamp TI, Childress JI. Principles of Biomedical Ethics. Oxford University Press, New York: 1979.
3. Feito Grande L. Fundamentos de Bioética, de Diego Gracia. Bioètica debat Trib abierta del Inst Borja Bioètica. 2011;17(64):8-11.
4. Gracia D. Fundamentos de Bioética. Madrid: Eudema; 1989. 2ª ed. Madrid: Triacastela; 2007.
5. Jonsen A, Toulmin S. The abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning. University of California Press, California, 1988.
6. Ritchie H, Lockwood P. Singapur cobrará las facturas médicas a los pacientes de covid-19 «no vacunados por decisión propia» [Internet] Cable News Network; 2021 [acceso noviembre 2021]. Disponible en: <https://cnnespanol.cnn.com/2021/11/09/singapur-covid-no>.
7. Persad G, Emanuel EJ. The Ethics of COVID-19 Immunity-Based Licenses (“Immunity Passports”). JAMA. 2020;323(22):2241–2242. doi:10.1001/jama.2020.8102.

ILUSTRACIONES

Imagen 1: Policías preparados para actuar en medio de la pandemia de 1918 en EEUU. Fuente: Colaboradores de Wikipedia. Pandemia de gripe de 1918 [en línea]. Wikipedia,

La enciclopedia libre, 2022 [fecha de consulta: 30 de noviembre del 2021]. Disponible en

[https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Pandemia de gripe de 1918&oldid=141306782](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Pandemia_de_gripe_de_1918&oldid=141306782)

Imagen 2: Una adulta mayor recibiendo una vacuna contra la COVID-19 en diciembre de 2020. Fuente: Colaboradores de Wikipedia. Vacuna contra la COVID-19 [en línea].

Wikipedia, La enciclopedia libre, 2022 [fecha de consulta: 30 noviembre del 2021].

Disponible en [https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Vacuna contra la COVID-19&oldid=141310853](https://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Vacuna_contra_la_COVID-19&oldid=141310853)

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES.

Aunque sujeta a variaciones, en aras de su filosofía contextualizadora, la revista constará de secciones tales como:

- EDITORIAL. Estará destinado a artículo doctrinal o de opinión, en los que se abordarán cuestiones de marcado interés, por ser relevantes o polémicas en el momento en se realiza la publicación periódica.
- SAPIENZA VIVA. Esta herramienta está destinada a difundir y dar a conocer las trayectorias de aquellas personas relevantes por su ejercicio profesional dentro de las disciplinas de las Ciencias de la Salud.
- HISTORIA. Destinada a la publicación de anales o crónicas, tanto originales como posibles revisiones relacionadas con disciplinas propias de las Ciencias de la Salud.
- TEORÍA Y MÉTODOS PROFESIONALES. Apartado dedicado a la publicación de originales y/o revisiones que contribuyan al desarrollo tanto teórico como filosófico de las Ciencias de la Salud, así como a sus métodos y aplicaciones prácticas.
- MISCELÁNEA. Sección encarga de la divulgación de actividades, noticias, agenda, entre otros, así como de la revisión de novedades editoriales.
- CARTAS AL DIRECTOR. Serán aceptados en esta sección todas aquellas discusiones de trabajos publicados con anterioridad en EGLE, la aportación de observaciones sobre las líneas editoriales de la revista, así como experiencias de extensión breve en su texto.

PAUTAS PARA LA PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS.

- Estructura del manuscrito: En la primera página estará destinada al título del artículo en minúscula en tres idiomas en este orden: español, inglés y portugués. Seguidamente el nombre de los autores, un máximo de seis (6), también en minúscula. En primer lugar, las iniciales en mayúsculas separadas por un punto y seguido por los apellidos en minúsculas, por ejemplo: M^a. R. Pérez Pérez. Mediante un asterisco (superíndice) escribir su rango académico más elevado o profesional y la dirección de contacto del primer autor junto con su correo electrónico y teléfono. La segunda página estará destinada al resumen del trabajo que tendrá un máximo de 200 palabras, igualmente en los tres idiomas ut supra. En la parte inferior se incorporarán un máximo de cinco palabras que los autores consideren claves con respecto al tema abordado en el artículo. El dossier se verá concluido con el contenido del artículo, con un número máximo de veinte páginas, en las que no se incluirán notas al pie de página. La

última página estará dedicada a la bibliografía.

Con respecto a esta última, se presentarán según el orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa. En el artículo constará siempre la numeración de la cita en número volado, exponencial o entre paréntesis, vaya o no acompañada del nombre de los autores; cuando se mencionen éstos en el texto, si se trata de un trabajo realizado por dos, se mencionarán ambos, y si se trata de varios se citará el primero seguido de la expresión et al. En el caso de que el trabajo esté orientado hacia las Humanidades, se utilizará el sistema de nombre y año, atendiendo a las recomendaciones establecidas por el Sistema Vancouver o APA. En caso de abreviar los nombres de las revistas se hará utilizando el estilo usado en Index de Enfermería, Index Medicus o en la web CiberIndex. Debe tener presente lo que se reseña a continuación:

- Material gráfico, fotográfico e ilustraciones: deberán ser remitidas, junto con el artículo que se pretende publicar, indicando su número de orden y título a pie de página claramente.
- La fente tipográfica a emplear será Times New Roman, tamaño letra 12, a doble espacio.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DEL ARTÍCULO.

EGLE es una publicación periódica da la posibilidad de incorpora a su texto artículos en español, inglés y portugués. Una vez recibidos, pasan por un proceso de selección que consiste en una primera revisión realizada por el Consejo editorial que examina y comprueba que existe el cumplimiento de los requisitos establecidos por la revista, ut supra. En caso de no ceñirse a ellos, será notificado al autor o a los autores, para acometer los cambios precisos que se le indicarán.

Posteriormente, tras una clasificación temática, el artículo es remitido a dos especialistas para su evaluación, desconociendo éstos en todo momento la autoría del documento enviado. Una vez establecidos los conceptos de los pares académicos, el Consejo editorial unifica las recomendaciones que se le harán llegar al autor/autores que puede ser en tres modalidades: de aceptación de los ajustes, de aceptación definitiva o de rechazo, situación esta última que deberá hacerse llegar vía correo electrónico o postal.

Si desde el Consejo Editorial se decidiera rechazar el artículo, se remitirá el informe de los evaluadores junto con la decisión razonada adoptada por el órgano rector editorial. Cuando el manuscrito sea considerado para incluir en la publicación de la revista, esta situación será notificada a los autores, disponiendo éstos de un máximo de 2 semanas para comunicar a la secretaria de redacción

su decisión en la modificación de este y en el plazo máximo de dos meses se comprometerán a entregar la versión revisada.

EGLE se reserva el derecho de realizar revisiones de estilo que faciliten la claridad y la comprensión del texto aportado que se pretende publicar. Los criterios en los que se fundamenta el Consejo Editorial son los siguientes: la originalidad y actualidad del tema abordado; la calidad y validez de los conocimientos aportados; la presentación, organización y desarrollo del texto; la inclusión en los manuscritos enviados de, al menos, una cita de artículos publicados en *EGLE. Revista de historia de los cuidadores profesionales y de la salud*.

