

Artículo de Reflexión/Ensayo

# Discurso y micropoder en la intervención con personas mayores con delirium hospitalizadas: reflexión en torno a las narrativas ausentes

*Discurso e micropoder na intervenção com idosos hospitalizados com delirio: reflexão sobre narrativas ausentes*

*Discourse and micropower in the intervention with hospitalized elderly people with delirium: reflection on absent narratives*

Evelyn Alvarez<sup>a,b</sup> , Pamela Gutierrez<sup>b</sup> 

<sup>a</sup>Centro de Estudios en Neurociencia Humana y Neuropsicología, Facultad de Psicología, Universidad Diego Portales, Santiago, Chile.

<sup>b</sup>Departamento de Terapia Ocupacional y Ciencia de la Ocupación, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Cómo citar: Alvarez, E., & Gutierrez, P. (2022). Discurso y micropoder en la intervención con personas mayores con delirium hospitalizadas: reflexión en torno a las narrativas ausentes. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 30, e3137. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoARF240431373>

## Resumen

Este ensayo analiza ¿cómo son las interacciones entre las personas mayores (PM) hospitalizadas con delirium y el personal de salud? Para reflexionar en la construcción de estas interacciones, nos basamos en el filósofo Michel Foucault, en su presentación y libro del “Orden del Discurso”, donde consideramos como las relaciones sociales de micropoder pueden presentarse en diversos contextos, dialogando la interacción descrita desde las estrategias y tácticas de exclusión del discurso. Enfocamos sobre i) la razón y la locura, al identificar en las PM hospitalizadas con delirium, una narrativa desde el trastorno neurocognitivo, presentando una experiencia de aislamiento y por otro lado ii) el personal de salud, que se basa en determinar lo verdadero de lo falso, utilizando su conocimientos y tácticas desde el proceso de diagnóstico e intervención, el cual no logra recoger las experiencias de las PM con delirium. Por último, proponemos desde el realismo agencial una nueva construcción del fenómeno, que integre el conocimiento del personal de salud y la experiencia de las PM con delirium.

**Palabras-clave:** Personas Mayores, Personal de Salud, Hospitalización, Biopoder, Relaciones Interpersonales, Exclusión del Discurso, Realismo Agencial.

Recibido Ago. 20, 2021; 1ª Revisión Nov. 21, 2021; Aceptado Ene. 24, 2022.

Este es un artículo publicado en acceso abierto (*Open Access*) bajo la licencia *Creative Commons Attribution*, que permite su uso, distribución y reproducción en cualquier medio, sin restricciones siempre que el trabajo original sea debidamente citado.



### **Resumo**

Este ensaio analisa as interações entre idosos hospitalizados com delirium e a equipe de saúde. Para refletir sobre a construção dessas interações, baseamo-nos no filósofo Michel Foucault, em sua apresentação e livro “Ordem do Discurso”, em que considera como as relações sociais de micropoder podem ser apresentadas em diversos contextos, dialogando sobre a interação descrita a partir das estratégias e táticas de exclusão de discurso. Enfocamos principalmente i) razão e loucura, identificada em idosos hospitalizados com delirium, que podem ter uma narrativa oriunda do distúrbio neurocognitivo, apresentando uma experiência de isolamento; por outro lado ii) a equipe de saúde baseia-se em determinar o que é verdadeiro e o que é falso, valendo-se de seus saberes e táticas do processo de diagnóstico e intervenção, que não consegue captar as experiências de idosos com delirium. Por fim, propomos uma nova construção do fenômeno a partir do realismo da agência que integra o saber da equipe de saúde e a vivência do idoso com delirium.

**Palavras-chave:** Idosos, Pessoal de Saúde, Hospitalização, Biopoder, Relações Interpessoais, Exclusão Discursiva, Realismo de Agência.

### **Abstract**

In this essay, we analyze the interactions between elderly people (EP) hospitalized with delirium and the health team. To reflect on the construction of these interactions we rely on the philosopher Michel Foucault, in his presentation and book “Order of Discourse”, where we consider how micro-power social relations can be presented in various contexts, landing the interaction described from the strategies and discourse exclusion tactics. It is emphasized mainly i) reason and insanity, identified in EP hospitalized with delirium, which may have a narrative from the neurocognitive disorder, presenting an experience of isolation; on the other hand ii) the health team is based on determining what is true from what is false, using its knowledge and tactics from the process of diagnosis and intervention, which cannot collect the experiences of EP with delirium. Finally, we propose a new construction of the phenomenon from agency realism that integrates the knowledge of the health team and the experience of the EP with delirium.

**Keywords:** Elderly People, Health Personnel, Hospitalization, Biopolitics, Interpersonal Relations, Discourse Exclusion, Agency Realism.

## **Introducción**

Las personas mayores (PM) tienen mayor riesgo de pérdida de salud debido a la presentación de enfermedades, múltiples patologías asociadas, polifarmacia y posibilidad de presentar alteraciones funcionales, esto las hace más susceptibles a tener hospitalizaciones, donde se ha descrito que cerca del 40% de hospitalizados son mayores de 65 años (Mattinson, 2019). Desde este contexto, revisaremos la experiencia hospitalaria de las PM que presentan delirium y la interacción con el personal de salud. Para entender el problema de este ensayo presentaremos los distintos actores de esta relación.

- i) En primer lugar, las PM hospitalizadas que permanecen en distintas unidades quirúrgicas y médicas de los centros de baja, media y alta complejidad, pueden presentar una complicación hospitalaria neurocognitiva aguda y fluctuante, conocida como delirium (entendidas en adelante como *PM hospitalizadas con delirium*). Dicho cuadro, genera impactos importantes: como aumento de los días de hospitalización, deterioro cognitivo, disminución de la funcionalidad e independencia, estrés postraumático, mayor riesgo de mortalidad (Oh et al., 2017);
- ii) En segundo lugar, el *personal de salud*, compuesto por médicos, enfermeras, técnicas paramédicas, kinesiólogas, fonoaudiólogas, terapeutas ocupacionales, psicólogas, nutricionistas, químicas farmacéuticas, quienes deben entregar el cuidado y atención necesarias para la recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, debiendo colaborar también en actividades de fomento y protección de la salud (González Wiedmaier et al., 2019).

En este ensayo, analizaremos los aspectos de interacción de las relaciones de poder que se establecen entre PM hospitalizadas con delirium y el personal de salud, considerando esta relación desde la perspectiva de Foucault; la cual manifiesta el poder como, “[...] *una vasta tecnología que atraviesa al conjunto de relaciones sociales; una maquinaria que produce efectos de dominación a partir de un cierto tipo peculiar de estrategias y tácticas específicas*” (Foucault, 1980, p. 144), desde este texto recogeremos dos conceptos a) **las relaciones sociales**, en el sentido cotidiano y contacto directo entre los sujetos que mantienen vínculos o interacciones, el cual es reproducido de manera atomizada materializando micropoderes, y b) las **estrategias y tácticas específicas**. Considerando el discurso como eje común en ambos elementos.

Esto nos lleva a preguntarnos en este ensayo: ¿Cómo se observan las interacciones cotidianas de micropoder entre el personal de salud y las PM hospitalizadas con delirium? y ¿Cómo pueden transformarse estas interacciones?

## Fundamentación Epistemológica/Marco Teórico

La perspectiva epistemológica a la que vinculamos ésta reflexión busca situar la intervención en salud de PM con delirium en una perspectiva crítica y de transformación. Adscribiendo a la visión feminista propuesta desde Barad, que entrelaza la ontología, metodología, epistemológica, ética y política, como parte del fenómeno a estudiar y no por encima del fenómeno (Barad, 2007).

Para eso se analizarán aspectos de la definición de sujetos/poder, sus interacciones semióticas/materiales (discursivas y no discursivas), cómo generan sus saberes e implicancias éticas y políticas de esta intervención. Para guiar este análisis, exploraremos una redefinición de las relaciones, con el fin de generar dispositivos de intervención pertinentes y respetuosos a las necesidades de las PM con delirium en el ámbito hospitalario.

Desde esta perspectiva, vamos a recorrer el dispositivo de intervención comprendiendo como señala Foucault, que el poder está presente en distintos espacios y niveles de nuestra sociedad, lo que quiere decir que está presente, de forma consciente o inconsciente en las relaciones sociales (Fair, 2010), donde se manifiestan relaciones inherentes de poder y dominación de unos agentes sobre otros, movilizándose micropoderes en las relaciones cotidianas atravesados por el discurso, la corporalidad,

nuestras normas y valores (Guillen, 2004). Es así como, los micropoderes pueden ejercerse en lugares como hospitales, escuelas, cárceles, expresándose en las relaciones profesional-paciente, docente-estudiante, entre otras.

De esta forma, analizaremos los aspectos de la interacción de discursos generados por las PM con delirium y como éstos son escuchados por el personal de salud, considerando las estrategias y tácticas de despliegue de este micropoder, donde “[...] *la producción del discurso está a la vez controlada, seleccionada y redistribuida por cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar sus poderes*” (Foucault, 1973, p. 14) generando procedimiento de exclusión. Para esto utilizaremos dos conceptos de exclusión del discurso, en primer lugar el **análisis entre la razón y la locura**, donde el discurso de la locura pierde validez en distintos niveles de la cotidianidad, sociales, políticos y jurídicos, y sus palabras “[...] *nunca son recogidas o escuchadas*” (Foucault, 1973, p. 16), esta perspectiva desarrolla la idea de separación entre los sujetos. Y en segundo lugar, forma de exclusión que corresponde a **determinar lo verdadero de lo falso**, la cual ha tenido una evolución desde la construcción religiosa a la actualidad en la búsqueda y voluntad del saber desde las ciencias. El cual se ha ido construyendo a través de la estructuración de

[...] objetos observables, medibles, clasificables; una voluntad de saber que imponía al sujeto conocedor una cierta posición, una cierta forma de mirar y una cierta función.... que prescribía el nivel técnico del que los conocimientos deberían investirse para ser verificables y útiles (Foucault, 1973, p. 21).

Este último sistema de exclusión se implementa en diversos espacios institucionales, a través de prácticas cotidianas como: la forma de organización, aprendizaje, construcción de libros, entre otras. Así, el discurso desde la perspectiva de la verdad es generado por autores/as, científicos/as y profesionales, la cual tiene una veracidad, por sólo presentarse desde esa posición.

Desde la perspectiva de la praxis, Foucault muestra otro contexto de generación de poder, relacionado con las **“Disciplinas”**, donde expresa con claridad la organización de ellas, en las que se “[...] *define por un ámbito de objetos, un conjunto de métodos, un corpus de proposiciones consideradas verdaderas, un juego de reglas y definiciones, de técnicas y de instrumentos*” (Foucault, 1973, p. 33). Las disciplinas para su construcción requieren la elaboración de nuevos enunciados y proposiciones, las que deben tener un carácter coherente y sistemático a la disciplina que pertenece, con ciertas condiciones teóricas y prácticas, organizando sus límites, expulsando de ellos las proposiciones falsas o no atingentes, siendo **“La disciplina un principio de control de la producción del discurso”** (Foucault, 1973, p. 38).

Entonces, la pregunta que se genera es: ¿cómo la disciplina genera la asimetría en el discurso? Lo que se logra explicar a través de las reglas, la generación de conceptos lejanos para los y las sujetos/as que no integran esa disciplina, por medio de un lenguaje inaccesible e inteligibles, y que se caracteriza porque el régimen de producción de verdad se constituye a través de una red de dispositivos y aparatos que producen y regulan tanto costumbres como hábitos y prácticas sociales. De esta forma, la sociedad disciplinaria busca la mantención de reglas, procedimientos y mecanismos de inclusión y de exclusión (Giraldo Díaz, 2006).

Esta relación requiere de un proceso de transformación, donde revisaremos la propuesta de la física feminista Karen Barad, quien manifiesta la importancia de la construcción del fenómeno entre las díadas (sujeto-objeto, médico-paciente),

entendiendo al fenómeno como una **realidad performativa**, es decir, constituida por un conjunto de agentes que interactúan entre sí, -la **intra-acción**, manifestando la relevancia de la relación entre los distintos actores y actrices, ya que no son separables, ni independientes, si no parte del mismo fenómeno.

## **Desarrollo**

Como mencionamos previamente nuestros agentes de la relación de micropoder que describiremos son las PM hospitalizadas con delirium y el personal de salud.

Para contextualizar, primero revisaremos los aspectos de las PM y sus condiciones, destacando a nivel sanitario su mayor riesgo de pérdida de salud, haciéndolas más susceptibles a tener hospitalizaciones, donde se ha descrito que cerca del 40% de hospitalizados son mayores de 65 años (Mattinson, 2019).

De esta forma, nos centraremos en que las hospitalizaciones pueden generar diversas complicaciones, siendo el delirium una de ellas, el cual es definido como: un trastorno neuropsiquiátrico causado por una manifestación de disfunción cerebral aguda, que provoca alteración aguda de la cognición, la atención y la orientación, acompañada de alteraciones en la percepción, del discurso, la emoción, la memoria y la actividad psicomotora (Ospina et al., 2018). Esta complicación, varía según la unidad médica donde se encuentren, en las PM se ha descrito una prevalencia cercana al 31% en las unidades de urgencia, un 70% en las unidades quirúrgicas asociado en la complejidad de la cirugía, y hasta un 80% en las Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (Pandharipande et al., 2017). Dentro de este proceso, se debe mencionar la relación de los factores de riesgo para desencadenar delirium, donde se han identificado los i) factores predisponentes, donde destacan ser mayor de 65 años, presentar síndromes geriátricos (como demencia, depresión, riesgo de caídas, malnutrición, polifarmacia, lesiones por presión, deterioro sensorial) y estados pre mórbidos como inactividad, pobre estado funcional, aislamiento social, fragilidad. A su vez, los ii) factores precipitantes, donde se consideran las patologías agudas, destacando las de origen inflamatorio, y las condiciones ambientales: como estar en una UCI, privación del sueño, uso de restricción de movimiento, contención física y reducción de señales sensoriales (Inouye et al., 2014).

A su vez, durante una hospitalización, las PM experimentan falta de familiaridad con el entorno, debido a las rotaciones diarias del personal que realiza sus procedimientos clínicos, lo que genera la sensación de siempre estar conociendo a alguien nuevo. A nivel físico y corporal, muchas veces las personas están sujetas a equipamientos físicos necesarios para el monitoreo fisiológico, entrega de fármacos, y si el/la paciente presentan cambios de conciencia y agitación se implementarán medidas preventivas de contención y restricción física (Christus, 2017), impidiendo realizar cualquier actividad de forma autónoma. Este contexto puede ser desconocido e inentendible para la PM, lo que contribuyen a la presentación de delirium, donde se han descrito por parte de las PM sentimientos de fragilidad y pérdida autonomía durante la hospitalización (Belluck, 2020).

También, las PM hospitalizadas con delirium, presentan alteraciones de la percepción y del discurso, muchas veces con ideas de daño, perjuicio, angustiosas, incómodas, y en ocasiones terroríficas, con alucinaciones o ideas perseverantes, ideas persecutorias (Belluck, 2020), en ocasiones dirigidas hacia los integrantes del personal de salud. En este contexto, una limitación relevante que sufren las PM con delirium es

la capacidad de comunicarse y de darse a entender, ya que por un lado sus relatos no son legibles y entendibles para el resto (Darbyshire et al., 2016), y por otro, el personal de salud notifica estos relatos como síntomas, utilizándolos desde un punto de vista técnico, para la determinación del diagnóstico y tratamiento, por lo tanto, no existe una escucha de la vivencia que está experimentando la PM con delirium, sino más bien, estos relatos son clasificados, como una categoría de medida de salud (con delirium o sin delirium), quedando estas narrativas situadas por debajo del umbral del conocimiento científico, por lo que el personal de salud diagnóstica “la forma”, alejándose del contenido, conformándose así, la dinámica de micropoder (Ávila, 2006). En la que estas narrativas son interpretadas con estigma, por parte del personal de salud hacia las PM, relacionado con el principio de exclusión (razón/locura), expresándose así una separación (Foucault, 2005), entre el personal y el PM hospitalizada con delirium, como se ha señalado anteriormente, en la fundamentación teórica.

Vinculado a esto y debido al alto desarrollo tecnológico de las últimas décadas, se espera que los equipos de salud apliquen técnicas que logren la recuperación o control de enfermedades, aumentado significativamente hacia sus habilidades tecno-científico. Sin embargo, estos avances han puesto énfasis en la tecnologización de los procesos, buscando mayor eficiencia en la exploración de diagnósticos y resultados efectivos. Esta dinámica ha generado un alejamiento y ruptura en la interacción narrativa entre los pacientes y el personal de salud (Azeredo & Schraiber, 2016). Por lo tanto, éstos avances han llevado a que los profesionales de la salud desarrollen un discurso especializado, que es aprendido por años y que le permiten lograr un posicionamiento entre sus pares. Así mismo, el uso de este discurso puede ser de difícil comprensión para los pacientes, siendo un afásico de su experiencia hospitalaria, (la afasia es entendida como alteración del lenguaje que puede afectar la comprensión de este).

En este contexto de intervención, a continuación, discutiremos cómo se organiza el proceso de evaluación e intervenciones del delirium, y entenderemos como el personal de salud recoge las experiencias de las PM. La detección de delirium se puede realizar con la implementación de evaluaciones, la cual puede ser aplicada por personal entrenado, la que recoge aspectos descritos en el Manual Diagnóstico DSM-IV, que son a) Cambio agudo y de curso fluctuante de conciencia; b) Inatención; c) Pensamiento desorganizado; d) Nivel alterado de conciencia (American Psychiatric Association, 2013). Al revisar las pautas de delirium (Network for Investigation of Delirium: Unifying Scientists, 2018) su foco principal es la detección de la presencia o no de determinadas conductas, esto sigue la coherencia de cómo se han definido las evaluaciones neuropsicológicas que buscan identificar y caracterizar los efectos cognitivos/conductuales de las patologías cerebrales, relacionando datos con rendimientos esperados (Baum et al., 2017).

En relación con las evaluaciones cognitivas, es importante mencionar que existe una forma estandarizada de preguntas del profesional y de respuestas esperadas por parte del paciente, lo que permite categorizar los diagnósticos e intervenciones, reflejando en este instrumento un aspecto de la disciplina y del control. De hecho, la implementación de estos procesos son necesarios en el trabajo cotidiano, y al mismo tiempo van conformando el discurso biomédico del personal de salud, el cual es definido como “[...] *un ámbito de objetos, un conjunto de métodos, un corpus de proposiciones consideradas verdaderas, un juego de reglas y definiciones, de técnicas y de instrumentos...*” (Foucault,

2005, p. 33). Así, para integrar una disciplina los y las profesionales de salud conforman un lenguaje propio, que permite: clasificar, diagnosticar, tratar, establecer expectativas de recuperación, a su vez, este discurso permite lograr un posicionamiento y jerarquía dentro de la misma comunidad hospitalaria.

Así, los y las integrantes del personal de salud no realizan ajustes o personalizaciones de las evaluaciones e intervenciones, sino más bien implementan procesos homogéneos en las PM con delirium. Y al momento de recopilar información, sólo se recoge lo estipulado por la disciplina, sin lograr un diálogo que permita conocer acerca de la historia de vida, intereses, funcionalidad y roles previos, expectativas o temores de la hospitalización, es decir, las narrativas del paciente, al no ser consideradas, puede generar distancia en la relación. Esto podría ser interpretado debido a que las disciplinas se organizan “[...] *en el interior de sus límites, cada disciplina reconoce proposiciones verdaderas y falsas; pero empuja hacia el otro lado de sus márgenes toda la teratología del saber*” (Foucault, 1973, p. 33).

Otro aspecto relevante, que ocurre entre el personal de salud y las PM hospitalizadas con delirium, son las intervenciones no farmacológicas las cuales pueden disminuir la incidencia del delirium. Estas intervenciones son variadas y se refieren como un paquete de acciones (Tobar & Alvarez, 2020), asociadas directamente en la relación e interacción del personal de salud con las PM, donde se plantean estrategias que el personal debería facilitar de la siguiente manera: i) crear un ambiente personalizado y familiarizado para cada paciente; ii) evitar uso de contención y restricción física; iii) facilitar la comunicación y reorientación, que corresponde a que el personal de salud se presente durante las intervenciones, explique los procedimientos que se van a realizar, escuche las necesidades de los pacientes, etc. iv) permitir visitas familiares extendidas; v) facilitar la movilización temprana, evitando el inmovilismo; vi) uso de lentes, audífonos y placas dentales (Oh et al., 2017). Si analizamos estas acciones, se relacionan con que el personal debe iniciar un contacto más directo e incluir a la PM; esto lo vemos en actos como: saludar, explicar los procedimientos, responder las dudas, conocer parte de su historia para personalizar su habitación; además de otras acciones que se relacionan con la posibilidad de que la PM puedan tomar contacto con el contexto y el entorno; ejercer su autonomía. Lamentablemente la evidencia muestra, que la implementación de estas medidas, son escasamente implementada en los hospitales (Godfrey et al., 2019).

## **Discusión**

En el siguiente ensayo, reflexionamos acerca de las interacciones cotidianas de PM con delirium y el personal de salud, y cómo a pesar de los avances tecnológicos y el desarrollo ético que explicita los derechos de los pacientes (Moral & Montero, 2017), aún pueden replicarse relaciones de poder en desmedro de la salud de las PM. De esta forma, describimos la diada atomizada de micropoder a nivel hospitalario, en la que el personal de salud logra el dominio y poder del discurso, a través de una construcción disciplinar basada en los avances científicos-tecnológicos. Así, dicho discurso es construido dentro de un sistema educativo estructurado replicando la “[...] *forma política de mantener o de modificar la adecuación de los discursos, con los saberes y los poderes que implican*” (Foucault, 2005, p. 45). De esta forma, se organizan cada una de las: evaluaciones, diagnósticos y procedimientos a implementar por parte del personal de salud, con funciones claramente definidas, contribuyendo y materializando sus

protocolos en los ámbitos de saber (donde la “verdad” está ligada al poder), a través de la norma, el orden y la jerarquización (Osorio, 1984). Esta perspectiva puede llevar a un espejismo de lo que el personal de salud espera de sus pacientes, reflejando a través de la información clínica, la sintomatología y las técnicas, una imagen con una alta estigmatización de las PM con delirium, lo que impide el acercamiento material y discursivo de ambos actores.

Desde este posicionamiento, el poder alcanza los cuerpos, insertándose en los gestos, actitudes, discursos y vida cotidiana (Sossa Rojas, 2011). Desde ésta perspectiva surge la obligación de preguntarse: **¿Cómo podemos transformar esta relación?** donde el discurso de la disciplina plantea sus límites, pero también se permea de la materialidad discursiva y corporal de las PM, para que el conocimiento sea tangible, situado y dúctil a cada relación interpersonal.

Es así proponemos como salida, la construcción de un fenómeno transformador que cuestione las relaciones dicotómicas, adscribiendo al concepto de “fenómenos” entendido como la construcción de intra-acciones de los objetos y los agentes de observación (Plauborg, 2018), plasmado en los intercambios iterativos materiales-discursivos de los actores (Tobias-Renstrøm & Kjøppe, 2020). Y dentro de la construcción del fenómeno radica la *“intra-acción”* “[...] *entre el sujeto-objeto, problematizando las separaciones naturales... Los límites no son nuestros enemigos; son necesarios para hacer significados*” (Barad, 1996, p. 187).

La relación entre objetos y agentes de observación se plantea como no separables, ni independientes, sino que formamos parte de la misma naturaleza que queremos entender (Bohr, 1987). En el caso de la relación de PM con delirium y el personal de salud, estos últimos, son quienes tiene el conocimiento necesario para comprender la materialidad del delirium, desde el punto fisiológico, confiriéndole límites claros desde el punto de vista clínico. Pero también, requiere de transformaciones en la interacción con las PM con delirium que les permita permearse de la historicidad, la experiencia narrativa y corporal de las PM, facilitando la intra-acción. Esto va a demandar modificaciones al interior y al exterior del personal de salud relevando el valor ético y humanizado de cada PM, como sujeto/a con una historia, roles, necesidades (Fisher, 2013) y temores actuales. Donde su nombre, su narración, espacialidad y corporalidad cobran tal trascendencia, que merece ser escuchada, respetada y percibida.

A su vez, las PM ampliarán sus límites, donde sus vivencias cobrarán sentido, siendo una experiencia que podrá ser compartida, reconociendo al personal de salud, como un interlocutor que entrega una guía y confianza durante la hospitalización, lo que les transfiere a las PM autonomía en el contexto hospitalario.

Otro aspecto transformador que reconoce el realismo agencial, es la identificación del contexto, donde las variables a-contextuales darán resultados inadecuados, siendo necesario cambiar los “[...] *conocimientos que rechazan teorías maestras trascendentales, universales y unificadoras a favor de entendimientos encarnados y contextuales*” (Barad, 1996, p. 187), de forma de entender una realidad performativa, en la que el “[...] *conocimiento objetivo es un conocimiento situado*” (Barad, 1996, p. 180). Así, las personas, somos parte del espacio mundo-cuerpo en su estructuración dinámica.

Desde esta mirada, la contextualización y personalización del fenómeno tiene relevancia en la intra-acción, por lo tanto: el conocimiento, las evaluaciones, las intervenciones cobran vida y son materializados en cada PM, por ejemplo: el saludo tiene nombre *“Buenos días,*

*Don Manuel*”, o las intervenciones cognitivas de la Sra. Cristina profesora jubilada será distinta a la del Sr. Cristóbal jardinero activo. Entonces el conocimiento y disciplina del personal de salud construido por años, con la intra-acción del contexto histórico y situacional de las PM cobrará materialidad y consistencia, transformando el conocimiento. De esta forma las PM se verán llamadas a conocer y relacionarse con el contexto situacional, en que el personal de salud facilitará la exploración y el vínculo, cambiando su estigma de rol pasivo de la PM, por un rol dinámico, permeable y transformador.

En esta perspectiva, el realismo agencial nos plantea una realidad performativa que considera a los y las sujetos/as como seres materiales, donde las prácticas discursivas son parte de la materialidad y (re)configuran el mundo a través de la determinación de límites, propiedades y significados (Tobias-Renstrøm & K ppe, 2020). Así, la intra-acción es una necesidad y responsabilidad  tica con la naturaleza intra-activa de la realidad que todos y todas compartimos, que nos hace y hacemos constantemente (Tobias-Renstrøm & K ppe, 2020). Como dice Barad (2012, p. 215):

En un sentido importante, en un sentido impresionantemente íntimo, tocar, sentir, es lo que la materia hace, o más bien, lo que es la materia: la materia son condensaciones de capacidad de respuesta: cada uno de “nosotros” se constituye como responsable del otro, como ser en contacto con el otro.

De esta forma la relación con el otro, en la intra-acción cobra un valor ético, donde el contacto situado con el otro y el fenómeno emanado de este vínculo debe romper con la visión de la PM como un objeto que requiere sólo de la medición y registro fisiológico para los logros de metas clínicas y sanitarias. Sin embargo, nos surgen preguntas acerca de  si el personal de salud lograr  construir nuevas relaciones que permitan la validación de los discursos y materialidades de las PM, en su contexto disciplinar y ante las demandas de la atención?, o  caso las PM, podrán ocupar un rol activo en las relaciones con el personal de salud, dada su historicidad y experiencia de asistencialismo? o  c mo transformamos los procesos formativos del personal de salud, de forma que integren los procesos históricos y relacionales de las PM?. Ya que, aspectos que denotan la humanización de la atención pueden ser pasados por alto, en la atención de PM con delirium hospitalizadas.

A su vez, consideramos valioso desarrollar investigación, que generen evidencia científica, acerca de modelos de atención que reconozcan el valor de la intra-acción, por sobre la intervención puramente disciplinar.

## **Conclusiones**

Las interacciones cotidianas entre el personal de salud y las PM hospitalizadas con delirium expresan relaciones de micropoder, donde se observan las dinámicas de exclusión del discurso de la razón/locura y un posicionamiento del personal de salud desde la perspectiva de la verdad lograda por la construcción del conocimiento teórico-científico disciplinar, las cuales son implementadas en estrategias del diagnóstico y manejo no farmacológico del delirium. Desde ahí surge la necesidad de transformación, donde el realismo agencial nos entrega luces de cómo construir una relación que requiere del contacto con el otro/a, para construir en torno a las narrativas un fenómeno

integrado, contextualizado y dinámico que respete la valía del conocimiento situado, como un saber objetivo.

## Agradecimientos

Se agradece la profesora Monica Peña por incentivar la reflexión y análisis.

## Referencias

- American Psychiatric Association – APA. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Virginia: APA.
- Azeredo, Y. N., & Schraiber, L. B. (2016). El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea. *Salud Colectiva*, 12(1), 9-21.
- Barad, K. (1996). Meeting the Universe Halfway: realism and social constructivism without contradiction. In L. H. Nelson & J. Nelson (Eds.), *Feminism, science, and the philosophy of science* (pp. 161-194). Netherlands: Springer.
- Barad, K. (2007). *Meeting the universe halfway*. Durham: Duke University Press.
- Barad, K. (2012). On touching: the inhuman that therefore I am. *Differences: A Journal of Feminist Cultural Studies*, 23(3), 206-223.
- Baum, C. M., Wolf, T. J., Wong, A. W. K., Chen, C. H., Walker, K., Young, A. C., Carlozzi, N. E., Tulskey, D. S., Heaton, R. K., & Heinemann, A. W. (2017). Validation and clinical utility of the executive function performance test in persons with traumatic brain injury. *Neuropsychological Rehabilitation*, 27(5), 603-617.
- Belluck, P. (2020). “They want to kill me”: many Covid patients have terrifying delirium. *The New York Times*. Recuperado el 20 de agosto de 2021, de <https://www.nytimes.com/2020/06/28/health/coronavirus-delirium-hallucinations.html>
- Bohr, N. (1987). *The philosophical writings of Niels Bohr*. Saugatuck: Ox Bow Press.
- Christus, U. C. (2017). *Algoritmo manejo de delirium paciente adulto*. Recuperado el 20 de agosto de 2021, de <https://medicina.uc.cl/wp-content/uploads/2018/06/ALGORITMO-DELIRIUM-julio-2017.pdf>
- Darbyshire, J. L., Greig, P. R., Vollam, S., Young, J. D., & Hinton, L. (2016). “I can remember sort of vivid people...but to me they were plasticine.” Delusions on the intensive care unit: what do patients think is going on? *PLoS One*, 11(4), 1-17.
- Fair, H. (2010). Una aproximación al pensamiento político de Michel Foucault. *Revista Polis México*, 6(1), 13-42.
- Fisher, A. G. (2013). Occupation-centred, occupation-based, occupation-focused: same, same or different? *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(3), 162-173.
- Foucault, M. (1973). *El orden del discurso*. Buenos Aires: Fabula Tusquets Editores.
- Foucault, M. (1980). *Microfísica del poder*. Madrid: Editorial La Piqueta.
- Foucault, M. (2005) *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Giraldo Díaz, R. (2006). Poder y resistencia en michel foucault. *Tabula Rasa*, 4, 103-122.
- Godfrey, M., Green, J., Smith, J., Cheater, F., Inouye, S. K., Hurst, K., & Young, J. (2019). Process of implementing and delivering the Prevention of Delirium system of care: a mixed method preliminary study. *BMC Geriatrics*, 20(1), 1-15.
- González Wiedmaier, C., Laborde, C. C., & Willemsen, I. M. (2019). *Serie de salud poblacional: estructura y funcionamiento del sistema de salud chileno*. Santiago: Universidad del Desarrollo.
- Guillen, N. P. (2004). Relaciones de poder: leyendo a foucault desde la perspectiva de género. *Revista de Ciencias Sociales*, 106(4), 123-141.

- Inouye, S. K., Westendorp, R. G. J., & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *Lancet*, 383(9920), 911-922.
- Mattinson, M. (2019). Hospital management of older adults. *UpToDate*. Recuperado el 20 de agosto de 2021, de <https://www.uptodate.com/contents/hospital-management-of-older-adults>
- Moral, R. R., & Montero, S. A. (2017). La interfaz comunicación clínica-ética clínica: implicaciones para la educación médica. *Educación Médica*, 18(2), 125-135.
- Network for Investigation of Delirium: Unifying Scientists – NIDUS. (2018). *Delirium measurement info cards*. Recuperado el 20 de agosto de 2021, de <https://deliriumnetwork.org/measurement/delirium-info-cards/>
- Oh, E. S., Fong, T. G., Hsieh, T. T., & Inouye, S. K. (2017). Delirium in older persons: advances in diagnosis and treatment. *Journal of the American Medical Association*, 318(12), 1161-1174.
- Osorio, C. R. (1984). M. Foucault: el discurso del poder y el poder del discurso. *Universitas Philosophica*, 2(3), 45-56.
- Ospina, J. P., King, I. V. F., Madva, E., & Celano, C. M. (2018). Epidemiology, mechanisms, diagnosis, and treatment of delirium: a narrative review. *Clinical Medicine. Therapeutics*, 1(1), 1-6.
- Pandharipande, P. P., Ely, E. W., Arora, R. C., Balas, M. C., Boustani, M. A., La Calle, G. H., Cunningham, C., Devlin, J. W., Elefante, J., Han, J. H., MacLulich, A. M., Maldonado, J. R., Morandi, A., Needham, D. M., Page, V. J., Rose, L., Salluh, J. I. F., Sharshar, T., Shehabi, Y., Skrobik, Y., Slooter, A. J. C., & Smith, H. A. B. (2017). The intensive care delirium research agenda: a multinational, interprofessional perspective. *Intensive Care Medicine*, 43(9), 1329-1339.
- Plauborg, H. (2018). Towards an agential realist concept of learning. *Subjectivity*, 11, 322-338.
- Sossa Rojas, A. (2011). Análisis desde Michel Foucault referentes al cuerpo, la belleza física y el consumo. *Polis*, 28, 1-19.
- Tobar, E., & Alvarez, E. (2020). Delirium en el adulto mayor hospitalizado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(1), 28-35.
- Tobias-Renström, S., & Koppé, S. (2020). Karen Barad, psychology, and subject models: why we need to take experience seriously. *Theory & Psychology*, 30(5), 638-656.

### Contribución de los Autores

Evelyn Alvarez: Concepción del texto, organización de las fuentes, redacción del texto, revisión. Pamela Gutierrez: Organización de las fuentes, redacción del texto, revisión, edición. Todos los autores aprueban la versión final del texto.

### Fuente de Financiamiento

Programa de internacionalización del Magíster en Ocupación y Terapia Ocupacional, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

### Autor para la correspondencia

Evelyn Alvarez  
e-mail: [evelyn.alvarez\\_e@mail.udp.cl](mailto:evelyn.alvarez_e@mail.udp.cl)

### Editor de sección

Profa. Dra. Daniela Testa