BIOARQUEOLOGÍA DEL CUIDADO

ÍNDICE DEL CUIDADO *(INDEX OF CARE)*

Aplicación en línea de acceso abierto

Lorna Tilley y Tony Cameron, Australia

INTRODUCCIÓN

La investigación en la BIOARQUEOLOGÍA DEL CUIDADO identifica y analiza evidencias de discapacidad y cuidados relacionados con la salud en el pasado, y es multidisciplinar, contextualizada y basada en casos de estudio. A partir de los indicadores físicos de los restos humanos que sugieren un periodo de supervivencia con patologías graves y/o limitantes funcionalmente, esta metodología recorre cuatro etapas secuenciales de análisis que van desde la descripción, pasando por la inferencia, hasta la interpretación:

Etapa 1 - recopila información sobre el sujeto, su patología y sus modos de vida.

Etapa 2 - evalúa el impacto de la discapacidad y establece si es probable que requiera cuidados.

Etapa 3 - obtiene un «Modelo del Cuidado» que probablemente se prestaría.

Etapa 4 - explora las implicaciones más amplias de estos cuidados para el grupo y para los agentes y las identidades individuales.

En cualquier cultura, la decisión de prestar cuidados, la decisión de aceptarlos y la forma que adoptan estos cuidados pueden proporcionar una ventana a conocer los valores, creencias, conocimientos, habilidades, y la organización social y económica de todos los implicados (ya sea directa o indirectamente). La bioarqueología del cuidado examina aspectos de las vidas y de los modos de vida de los que cuidaron y de los que fueron cuidados, que de otro modo podrían permanecer invisibles[1].

El Índice del Cuidado (*Index of Care*) es un instrumento en línea para ayudar a los investigadores a reflexionar a través de la bioarqueología del cuidado[2]. Proporciona herramientas para tener en cuenta las variables biológicas y arqueológicas relevantes, articular conceptos clave como «discapacidad», «cuidados» y «agentes», facilitar la ordenación y el análisis de las evidencias, y ayudar a conseguir rigor y transparencia en todo el proceso de investigación. Podemos pensar que sabemos lo que constituía una discapacidad* que requería cuidados en el pasado, pero es fácil subestimar la capacidad de una persona para hacer frente a los efectos de la enfermedad. Cuando es relevante, el Índice sugiere la máxima prudencia en la evaluación e interpretación.

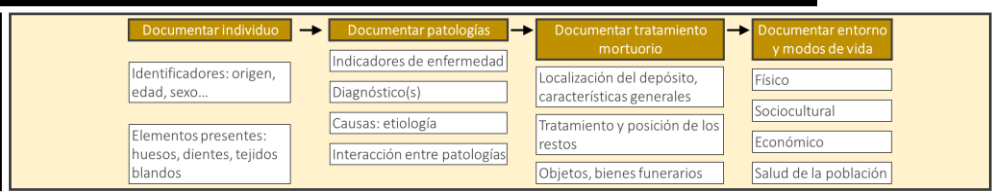
El Índice contiene cuatro **pasos** que corresponden a las etapas de la bioarqueología del cuidado, y proporcionan la explicación al material que abarcan. El Índice no es prescriptivo: la mayoría de sus componentes son abiertos, la mayor parte de la información que se busca es cualitativa, la mayoría de sus datos entrantes tienen formato de texto, y se fomenta la reflexión. Publicado en 2014, el Índice ya se ha empleado en muchos estudios de bioarqueología del cuidado[3].

* La «discapacidad» es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación, cuyo significado viene dado por el contexto específico en el que se produce (Organización Mundial de la Salud, 2011)

LOS CUATRO PASOS DEL ÍNDICE DEL CUIDADO

Paso 1. Descripción, diagnóstico y documentación

Reúne toda la información individual y arqueológica (modos de vida) disponible y relevante para el sujeto, proporcionando la **base** contextual para todo el análisis y la interpretación de los pasos 2 a 4.



Paso 2. Evaluación de discapacidades y necesidad de cuidado

Consta de tres partes:

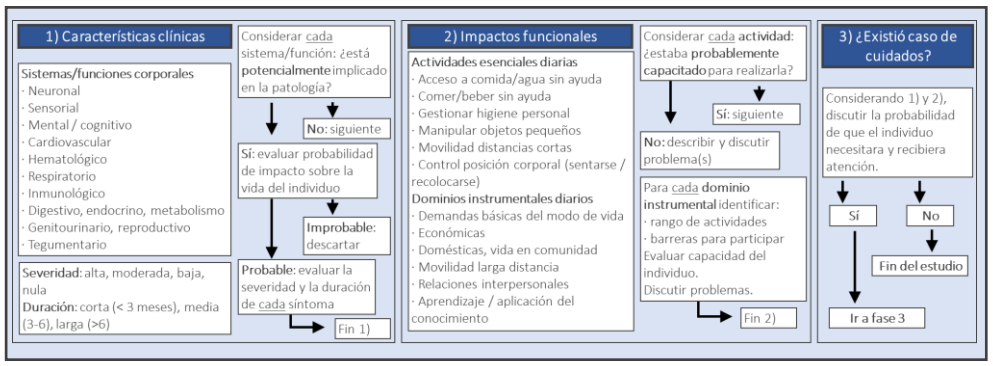
(I) Considerar las características **clínicas** probables de la patología del sujeto.

(II) Basándose en (I) y dentro de los parámetros contextuales de los modos de vida [Paso 1], identificar impactos **funcionales** probables en términos de:

(a) actividades esenciales de la vida diaria y/o

(b) actividades instrumentales de la vida diaria

(III) Preguntarse, basándose en (I) y (II), si es probable que se necesitaran y se recibieran cuidados. En caso negativo, el estudio termina.



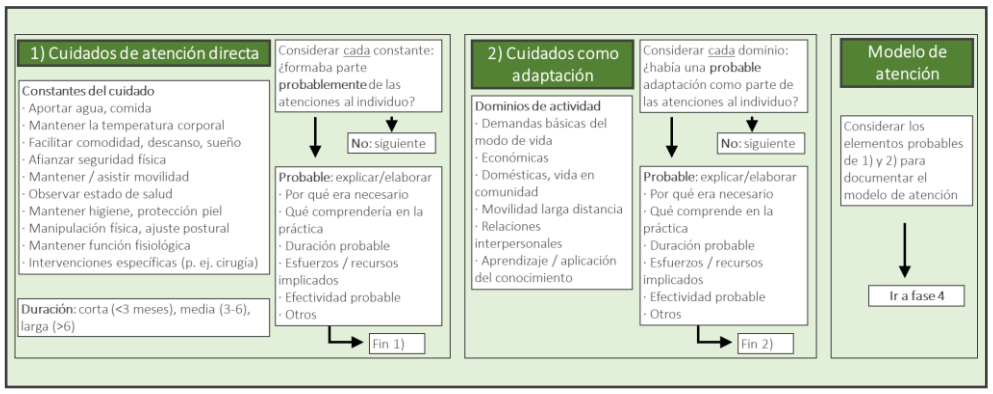
Paso 3. Construir un modelo de atención

Produce un modelo del cuidado probable en respuesta a los impactos clínicos y funcionales [Paso 2], dentro de las limitaciones de los modos de vida [Paso 1].

El modelo abarca, p.ej., los elementos básicos de los cuidados*, la duración de los cuidados, las habilidades y los recursos necesarios y disponibles, y los costes (esfuerzos).

La prestación del cuidado se conceptualiza a lo largo de un continuo entre la **atención directa** y la **acomodación del grupo** (ajustes para lograr la inclusión del sujeto).

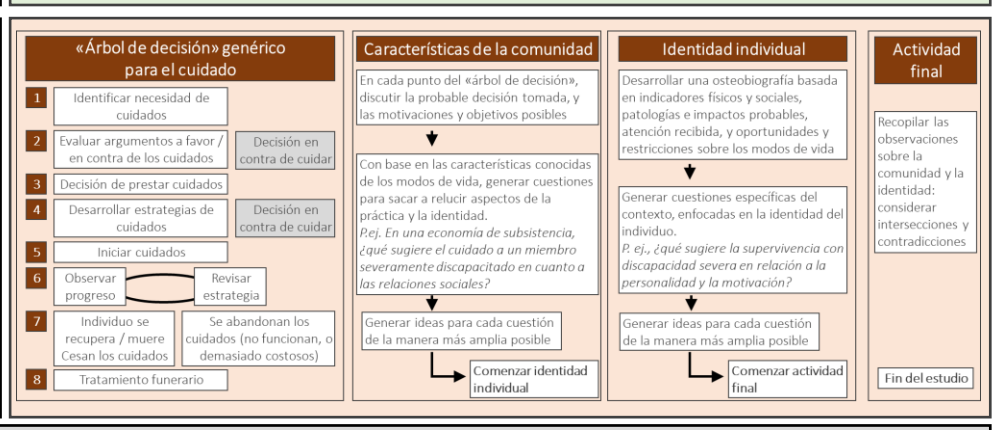
* El detalle fino es inaccesible, pero asumir una fisiología humana «constante» permite suponer ciertas «constantes de cuidado» en respuesta a determinados síntomas de la enfermedad.



Paso 4. Interpretación de implicaciones de los cuidados

Detalla las implicaciones del cuidado prestado [Paso 3] para comprender datos sobre las relaciones sociales de la comunidad, las prácticas y organización, y la identidad del sujeto. Dar y recibir cuidado siempre implica una elección, y lo mismo reflejan los agentes.

El Índice propone una vía genérica de decisión hacia el cuidado, planteando a los usuarios que especulen sobre lo que subyace en las elecciones que se toman en cada punto y lo que sugieren sobre el grupo. Luego, utiliza la osteobiografía del sujeto para estudiar lo que la experiencia de la discapacidad y el cuidado sugieren sobre el sujeto como persona.



CIERRE

El Índice del Cuidado **no** contiene una fórmula para analizar la discapacidad y el cuidado, y **no** pretende generar «respuestas». Al igual que cada experiencia individual de la enfermedad es única, también lo es cada caso de estudio de su cuidado. Si hay respuestas disponibles, depende del investigador encontrarlas. El Índice es un instrumento que ayuda en este proceso. No hay restricciones a su aplicación: los investigadores pueden optar por emplear solo algunos pasos o herramientas, o pueden simplemente utilizar las herramientas como recordatorio de cuestiones a tener en cuenta. El Índice del Cuidado pretende ser flexible para satisfacer las necesidades de los usuarios, y para ser empleado sólo en la extensión en que los usuarios se sientan cómodos con el contenido y la dirección.

EJEMPLO 1:Man Bac Burial 9 [8]

DESCRIPCIÓN

~4000 BP, masculino, ~20-25 años, N. Vietnam, ~75% completo. Fusión C1-T3, atrofia ósea extrema, fusión articulación sacroilíaca, sin evidencia de trauma o infección.

Patología: tetraplejia (adquirida ~12-14 años, complicación congénita, síndrome de Klippel Feil).

Mortuorio: enterramiento, flexión N-S (estándar supino E-O), dos vasijas.

Modos de vida: sedentario, grupo pequeño, cazador-recolector (pesca), ambiente estuarino.

EVALUACIÓN NECESIDAD DE CUIDADO

Clínico: Cierto- parálisis cuerpo superior parcial e inferior total, tortícolis, osteoporosis. Muy probable- Sistema inmune deprimido, disfunciones cardiovasculares, gastrointestinales y respiratorias, fallo renal, úlceras. Probable- dolor, depresión.

Funcional: inmovilidad, incapacidad en todas las actividades esenciales diarias y todas las actividades instrumentales diarias que demandan esfuerzo físico. Vivió ~10 años con tetraplejia.

¿Necesitó cuidado? SÍ.

MODELO DEL CUIDADO

Atención directa: todas las «constantes de cuidado» - atenciones continuas e intensivas, incluyendo el control regular del estado de salud, higiene (eliminación de residuos, baño, protección de tegumento), alimentación (¿dieta especial?), mantenimiento de hidratación y regulación de la temperatura, masajes y colocación (para estimular funciones orgánicas y evitar úlceras).

Acomodación del grupo: probable esfuerzo para su inclusión en actividad social (requisito psicológico importante).

INTERPRETACIÓN

Comunidad: la supervivencia a largo plazo y la ausencia de infección/fractura reflejan cuidado cualificado y esforzado; cooperación comunitaria y flexibilidad en la gestión del coste de los cuidados y la organización de los mismos; filosofía no fatalista: cura imposible pero se le dan cuidados (lo que sugiere que se valora a todos los miembros del grupo); entierro especial: ¿inclusión, pero también se reconoce/respeta la diferencia?

Individuo: fuerte voluntad de vivir, adaptable, socialmente comprometido, fuerte autoestima.

EJEMPLO 2: Romito 2 [9]

DESCRIPCIÓN

~11,500 BP, masculino, 17-20 años, ~110 cm, Calabria, Italia. ~75% completo, desproporción de extremidades, anomalías en brazos, muñecas, manos, pies, cráneo.

Patología: forma muy rara de enanismo (displasia acromesomélica).

Mortuorio: enterramiento doble con mujer 25-30 años (brazos de él sobre ella). Supino N-S, dos cuernos de uro (*Bos primigenius*).

Modos de vida: grupo pequeño, cazadores-recolectores, carne abundante en dieta, movilidad, terreno montañoso, estrés nutricional frecuente.

EVALUACIÓN NECESIDAD DE CUIDADO

Clínico: Cierto- enanismo, extensión limitada de brazos (130°), limitación de pronación y supinación de brazos, deformidad de manos y pies.

Muy probable- retraso del desarrollo en infancia, movilidad y resistencia pobre, reducida capacidad de agarre y manipulación.

Probable: dolor neuropático, complicaciones cardiovasculares, respiratorias y endocrinas.

Funcional: independiente en todas las actividades esenciales, pero restricciones en las instrumentales. Incapaz de participar en actividades económicas primarias (caza) ni trabajo del hueso, piedra, madera. Problemas para moverse por terrenos difíciles.

¿Necesitó cuidado? SÍ.

* En este estudio, el contexto es particularmente importante ppara evaluar el cuidado.

MODELO DEL CUIDADO

Atención directa: probablemente no necesaria.

Acomodación del grupo: extensión de la crianza en la infancia inicial para compensar los retrasos en el desarrollo. Luego, aceptación y ajuste a las diferencias funcionales físicas del individuo, revisando las expectativas ordinarias para un miembro masculino del grupo. Las evidencias de dieta y características del enterramiento indican plena inclusión social: ¿posible adopción de estrategias alternativas para la participación del individuo (p. ej., buscar plantas o leña)?

INTERPRETACIÓN

Comunidad: en un grupo pequeño con economía de subsistencia, mantener a un individuo incapaz de contribuir por igual sugiere fuerte cohesión interna, y capacidad y disposición para gestionar asignación de tareas y recursos escasos. Es improbable que el enanismo se conociera anteriormente, así que la aceptación de la diferencia sugiere flexibilidad social y cognitiva (todos los miembros del grupo son parte de un todo indivisible, y las diferencias individuales son secundarias).

Individuo: constantes retos físicos en duros modos de vida sugieren resiliencia.

REFERENCIAS

1. Tilley, L. 2015a Theory and Practice in the Bioarchaeology of Care. New York: Springer.
2. Tilley, L. and Cameron, T. 2014 Introducing the Index of Care. International Journal of Paleopathology 6:5-9.
3. For example, see chapters in Tilley, L. and Schrenck, A.A., Eds. 2017 New Developments in the Bioarchaeology of Care. New York: Springer; Boutin, A.T., 2016 Exploring the social construction of disability: An application of the bioarchaeology of personhood model to a pathological skeleton from ancient Bahrain. International Journal of Paleopathology, 12:17-28; Dongoske, K.E. et al. 2015 Bioarchaeology of Care: A Hohokam Example. kiva, 80(3-4):304-323; Vlok, M., et al. 2017 A new application of the bioarchaeology of care approach: a case study from the Metal Period, the Philippines. International Journal of Osteoarchaeology, 27:662-671.
4. Adapted from World Health Organization 2003 International Classification of Functioning, Disability and Health). Geneva: World Health Organization.
5. Adapted from Katz, S. et al. 1970 Progress in development of the index of ADL. The Gerontologist 10:20-30.
6. Adapted from Australian Department of Veterans' Affairs 1998 Guide to the Assessment of Rates of Veterans' Pensions. Canberra: Commonwealth of Australia.
7. Adapted from Henderson, V. 1966 The Nature of Nursing. New York: Macmillan.
8. Tilley, L. and Oxenham, M.F. 2011 Survival against the odds: modeling the social implications of care provision to a seriously disabled individual. International Journal of Paleopathology 1:35-42.
9. Tilley, L. 2015b Accommodating difference in the prehistoric past: Revisiting the case of Romito 2 from a bioarchaeology of care perspective. International Journal of Paleopathology 8:64-74.

AUTORES

Lorna Tilley lorna.tilley@alumni.anu.edu.au

Tony Cameron (desarrollador) tony@bnrempire.com

Roberto Sáez (versión en español) roberto.saez@outlook.com

Index of Care site http://www.indexofcare.org/