

VOL VII

Ciências da Saúde:

Investigação e Prática



Dr. Guillermo Julián González-Pérez
Dra. María Guadalupe Vega-López
(organizadores)

 EDITORA
ARTEMIS
2026

VOL VII

Ciências da Saúde:

Investigação e Prática



Dr. Guillermo Julián González-Pérez
Dra. María Guadalupe Vega-López
(organizadores)



EDITORA
ARTEMIS

2026



O conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons Atribuição-Não-Comercial NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0). Direitos para esta edição cedidos à Editora Artemis pelos autores.

Permitido o download da obra e o compartilhamento, desde que sejam atribuídos créditos aos autores, e sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

A responsabilidade pelo conteúdo dos artigos e seus dados, em sua forma, correção e confiabilidade é exclusiva dos autores. A Editora Artemis, em seu compromisso de manter e aperfeiçoar a qualidade e confiabilidade dos trabalhos que publica, **conduz a avaliação cega pelos pares de todos manuscritos publicados, com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.**

Editora Chefe	Prof. ^a Dr. ^a Antonella Carvalho de Oliveira
Editora Executiva	M. ^a Viviane Carvalho Mocellin
Direção de Arte	M. ^a Bruna Bejarano
Diagramação	Elisangela Abreu
Organizadores	Prof. Dr. Guillermo Julián González-Pérez Prof. ^a Dr. ^a María Guadalupe Vega-López
Imagem da Capa	peopleimages12/123RF
Bibliotecário	Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

Conselho Editorial

Prof.^a Dr.^a Ada Esther Portero Ricol, Universidad Tecnológica de La Habana “José Antonio Echeverría”, Cuba
Prof. Dr. Adalberto de Paula Paranhos, Universidade Federal de Uberlândia, Brasil
Prof. Dr. Agustín Olmos Cruz, Universidad Autónoma del Estado de México, México
Prof.^a Dr.^a Alda Rocío Ortiz Muñiz, Universidad Autónoma Metropolitana, México
Prof.^a Dr.^a Amanda Ramalho de Freitas Brito, Universidade Federal da Paraíba, Brasil
Prof.^a Dr.^a Ana Clara Monteverde, Universidad de Buenos Aires, Argentina
Prof.^a Dr.^a Ana Júlia Viamonte, Instituto Superior de Engenharia do Porto (ISEP), Portugal
Prof. Dr. Ángel Mujica Sánchez, Universidad Nacional del Altiplano, Peru
Prof.^a Dr.^a Angela Ester Mallmann Centenaro, Universidade do Estado de Mato Grosso, Brasil
Prof.^a Dr.^a Begoña Blandón González, Universidad de Sevilla, Espanha
Prof.^a Dr.^a Carmen Pimentel, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Brasil
Prof.^a Dr.^a Catarina Castro, Universidade Nova de Lisboa, Portugal
Prof.^a Dr.^a Cirila Cervera Delgado, Universidad de Guanajuato, México
Prof.^a Dr.^a Cláudia Neves, Universidade Aberta de Portugal
Prof.^a Dr.^a Cláudia Padovesi Fonseca, Universidade de Brasília-DF, Brasil
Prof. Dr. Cleberton Correia Santos, Universidade Federal da Grande Dourados, Brasil
Dr. Cristo Ernesto Yáñez León – New Jersey Institute of Technology, Newark, NJ, Estados Unidos



Prof. Dr. David García-Martul, Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, Espanha

Prof.ª Dr.ª Deuzimar Costa Serra, Universidade Estadual do Maranhão, Brasil

Prof.ª Dr.ª Dina Maria Martins Ferreira, Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Prof.ª Dr.ª Edith Luévano-Hipólito, Universidad Autónoma de Nuevo León, México

Prof.ª Dr.ª Eduarda Maria Rocha Teles de Castro Coelho, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal

Prof. Dr. Eduardo Eugênio Spers, Universidade de São Paulo (USP), Brasil

Prof. Dr. Eloi Martins Senhoras, Universidade Federal de Roraima, Brasil

Prof.ª Dr.ª Elvira Laura Hernández Carballido, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México

Prof.ª Dr.ª Emilas Darlene Carmen Lebus, Universidad Nacional del Nordeste, Argentina

Prof.ª Dr.ª Erla Mariela Morales Morgado, Universidad de Salamanca, Espanha

Prof. Dr. Ernesto Cristina, Universidad de la República, Uruguay

Prof. Dr. Ernesto Ramírez-Briones, Universidad de Guadalajara, México

Prof. Dr. Fernando Hitt, Université du Québec à Montréal, Canadá

Prof. Dr. Gabriel Díaz Cobos, Universitat de Barcelona, Espanha

Prof.ª Dr.ª Gabriela Gonçalves, Instituto Superior de Engenharia do Porto (ISEP), Portugal

Prof.ª Dr.ª Galina Gumovskaya – Higher School of Economics, Moscow, Russia

Prof. Dr. Geoffroy Roger Pointer Malpass, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Brasil

Prof.ª Dr.ª Gladys Esther Leoz, Universidad Nacional de San Luis, Argentina

Prof.ª Dr.ª Glória Beatriz Álvarez, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Prof. Dr. Gonçalo Poeta Fernandes, Instituto Politécnico da Guarda, Portugal

Prof. Dr. Gustavo Adolfo Juarez, Universidad Nacional de Catamarca, Argentina

Prof. Dr. Guillermo Julián González-Pérez, Universidad de Guadalajara, México

Prof. Dr. Håkan Karlsson, University of Gothenburg, Suécia

Prof.ª Dr.ª Iara Lúcia Tescarollo Dias, Universidade São Francisco, Brasil

Prof.ª Dr.ª Isabel del Rosario Chiyon Carrasco, Universidad de Piura, Peru

Prof.ª Dr.ª Isabel Yohena, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Prof. Dr. Ivan Amaro, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil

Prof. Dr. Iván Ramon Sánchez Soto, Universidad del Bío-Bío, Chile

Prof.ª Dr.ª Ivânia Maria Carneiro Vieira, Universidade Federal do Amazonas, Brasil

Prof. Me. Javier Antonio Albornoz, University of Miami and Miami Dade College, Estados Unidos

Prof. Dr. Jesús Montero Martínez, Universidad de Castilla - La Mancha, Espanha

Prof. Dr. João Manuel Pereira Ramalho Serrano, Universidade de Évora, Portugal

Prof. Dr. Joaquim Júlio Almeida Júnior, UNIFIMES - Centro Universitário de Mineiros, Brasil

Prof. Dr. Jorge Ernesto Bartolucci, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Prof. Dr. José Cortez Godinez, Universidad Autónoma de Baja California, México

Prof. Dr. Juan Carlos Cancino Díaz, Instituto Politécnico Nacional, México

Prof. Dr. Juan Carlos Mosquera Feijoo, Universidad Politécnica de Madrid, Espanha

Prof. Dr. Juan Diego Parra Valencia, Instituto Tecnológico Metropolitano de Medellín, Colômbia

Prof. Dr. Juan Manuel Sánchez-Yáñez, Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, México

Prof. Dr. Juan Porras Pulido, Universidad Nacional Autónoma de México, México



Prof. Dr. Júlio César Ribeiro, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Brasil

Prof. Dr. Leiníg Antonio Perazolli, Universidade Estadual Paulista (UNESP), Brasil

Prof.^a Dr.^a Livia do Carmo, Universidade Federal de Goiás, Brasil

Prof.^a Dr.^a Luciane Spanhol Bordignon, Universidade de Passo Fundo, Brasil

Prof. Dr. Luis Fernando González Beltrán, Universidad Nacional Autónoma de México, México

Prof. Dr. Luis Vicente Amador Muñoz, Universidad Pablo de Olavide, Espanha

Prof.^a Dr.^a Macarena Esteban Ibáñez, Universidad Pablo de Olavide, Espanha

Prof. Dr. Manuel Ramiro Rodríguez, Universidad Santiago de Compostela, Espanha

Prof. Dr. Manuel Simões, Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto, Portugal

Prof.^a Dr.^a Márcia de Souza Luz Freitas, Universidade Federal de Itajubá, Brasil

Prof. Dr. Marcos Vinicius Meiado, Universidade Federal de Sergipe, Brasil

Prof.^a Dr.^a Mar Garrido Román, Universidad de Granada, Espanha

Prof.^a Dr.^a Margarida Márcia Fernandes Lima, Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil

Prof.^a Dr.^a María Alejandra Arecco, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Prof.^a Dr.^a Maria Aparecida José de Oliveira, Universidade Federal da Bahia, Brasil

Prof.^a Dr.^a Maria Carmen Pastor, Universitat Jaume I, Espanha

Prof.^a Dr.^a Maria da Luz Vale Dias – Universidade de Coimbra, Portugal

Prof.^a Dr.^a Maria do Céu Caetano, Universidade Nova de Lisboa, Portugal

Prof.^a Dr.^a Maria do Socorro Saraiva Pinheiro, Universidade Federal do Maranhão, Brasil

Prof.^a Dr.^a M^aGraça Pereira, Universidade do Minho, Portugal

Prof.^a Dr.^a Maria Gracinda Carvalho Teixeira, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Brasil

Prof.^a Dr.^a María Guadalupe Vega-López, Universidad de Guadalajara, México

Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Pato, Instituto Politécnico de Viseu, Portugal

Prof.^a Dr.^a Maritza González Moreno, Universidad Tecnológica de La Habana, Cuba

Prof.^a Dr.^a Mauriceia Silva de Paula Vieira, Universidade Federal de Lavras, Brasil

Prof. Dr. Melchor Gómez Pérez, Universidad del Pais Vasco, Espanha

Prof.^a Dr.^a Ninfa María Rosas-García, Centro de Biotecnología Genómica-Instituto Politécnico Nacional, México

Prof.^a Dr.^a Odara Horta Boscolo, Universidade Federal Fluminense, Brasil

Prof. Dr. Osbaldo Turpo-Gebera, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Peru

Prof.^a Dr.^a Patrícia Vasconcelos Almeida, Universidade Federal de Lavras, Brasil

Prof.^a Dr.^a Paula Arcoverde Cavalcanti, Universidade do Estado da Bahia, Brasil

Prof. Dr. Rodrigo Marques de Almeida Guerra, Universidade Federal do Pará, Brasil

Prof. Dr. Saulo Cerqueira de Aguiar Soares, Universidade Federal do Piauí, Brasil

Prof. Dr. Sergio Bitencourt Araújo Barros, Universidade Federal do Piauí, Brasil

Prof. Dr. Sérgio Luiz do Amaral Moretti, Universidade Federal de Uberlândia, Brasil

Prof.^a Dr.^a Silvia Inés del Valle Navarro, Universidad Nacional de Catamarca, Argentina

Prof.^a Dr.^a Solange Kazumi Sakata, Instituto de Pesquisas Energéticas e Nucleares (IPEN)- USP, Brasil

Prof.^a Dr.^a Stanislava Kashtanova, Saint Petersburg State University, Russia

Prof.^a Dr.^a Susana Álvarez Otero – Universidad de Oviedo, Espanha

Prof.^a Dr.^a Teresa Cardoso, Universidade Aberta de Portugal

Prof.^a Dr.^a Teresa Monteiro Seixas, Universidade do Porto, Portugal

Prof. Dr. Valter Machado da Fonseca, Universidade Federal de Viçosa, Brasil

Prof.^a Dr.^a Vanessa Bordin Viera, Universidade Federal de Campina Grande, Brasil

Prof.^a Dr.^a Vera Lúcia Vasilévski dos Santos Araújo, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Brasil

Prof. Dr. Wilson Noé Garcés Aguilar, Corporación Universitaria Autónoma del Cauca, Colômbia

Prof. Dr. Xosé Somoza Medina, Universidad de León, Espanha

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

C569 Ciências da Saúde [livro eletrônico] : Investigação e Prática
VII / Organizadores Guillermo Julián González-Pérez,
María Guadalupe Vega-López. – 1. ed. – Curitiba, PR:
Editora Artemis, 2026.
il. color.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Edição bilingue.

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-82858-31-4

DOI 10.37572/EdArt_300926314

1. Ciências da saúde. 2. Microbiologia. 3. Saúde pública. I.
González-Pérez, Guillermo Julián. II. Vega-López, María
Guadalupe.

CDD 610

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422



Editora Artemis

Curitiba-PR Brasil

www.editoraartemis.com.br

e-mail: publicar@editoraartemis.com.br

PRÓLOGO

Las ciencias de la salud constituyen un campo amplio y dinámico, en permanente transformación, en el que convergen la investigación clínica, la microbiología, la prevención, la gestión de los servicios, las prácticas profesionales y la reflexión crítica sobre la propia construcción del conocimiento en salud. Esta diversidad permite comprender los procesos de salud y enfermedad desde múltiples perspectivas y responder a problemas complejos que involucran tanto dimensiones biológicas como asistenciales, organizacionales, sociales e históricas.

El volumen ***Ciências da Saúde: Investigação e Prática VII*** reúne estudios de autores provenientes de diferentes países - Chile, Colombia, España, Estados Unidos, México, Panamá y Paraguay - que expresan precisamente esta pluralidad de enfoques. Los trabajos aquí presentados abarcan desde la resistencia antimicrobiana y el estudio de biofilms hasta casos clínicos de difícil diagnóstico, enfermedades respiratorias, fragilidad y riesgo social en adultos mayores, enfermería, bienestar laboral, seguridad del paciente e historia de la medicina.

La obra se organiza en tres ejes temáticos.

El primero, Clínica, Microbiología, Enfermedades y Condiciones de Salud, reúne investigaciones centradas en microorganismos de relevancia clínica, resistencia antimicrobiana, enfermedades respiratorias, desafíos diagnósticos y condiciones que inciden en la salud y vulnerabilidad de distintos grupos poblacionales. Los capítulos analizan la actividad antibiofilm frente a *Stenotrophomonas sepilia*, la resistencia de cepas bacterianas aisladas de ambientes nosocomiales, un posible caso de enfermedad de Creutzfeldt-Jakob con presentación atípica, factores asociados a la bronquitis infantil y la fragilidad y el riesgo social en adultos mayores de dos instituciones de atención. En conjunto, estos trabajos ponen de manifiesto la importancia de la vigilancia microbiológica, el diagnóstico diferencial, la evaluación clínica y el análisis integral de factores biológicos y sociales relacionados con la salud.

El segundo eje, Prácticas Profesionales, Gestión y Calidad en Salud, aborda la organización del trabajo sanitario y las condiciones necesarias para fortalecer la calidad de la atención y el bienestar de quienes integran los servicios y las instituciones. Los estudios analizan el desarrollo de la enfermería de práctica avanzada en el ámbito laboral, la relación entre prácticas organizacionales saludables, compromiso y bienestar laboral, así como el impacto de herramientas de gestión de la calidad sobre la seguridad del paciente. Estos trabajos muestran que la calidad en salud depende no

solo de procedimientos clínicos, sino también de competencias profesionales, liderazgo, organización institucional, prevención de riesgos y mejora continua.

El tercer eje, Historia, Epistemología e Interpretación de la Enfermedad, incorpora una dimensión reflexiva al volumen mediante el estudio de episodios históricos que continúan planteando interrogantes para la medicina contemporánea. A través del análisis de la coreomanía de Estrasburgo de 1518 y del denominado sudor inglés, los capítulos examinan los límites del diagnóstico retrospectivo, la relación entre enfermedad, cultura y contexto histórico, y las dificultades epistemológicas de atribuir causas precisas a fenómenos médicos del pasado cuando la evidencia disponible es incompleta.

La integración de estos tres ejes ofrece una visión amplia de la investigación y de la práctica en salud. La microbiología y la clínica dialogan con el estudio de condiciones sociales de salud, la gestión, la enfermería y la seguridad asistencial, mientras que la historia y la epistemología recuerdan que el conocimiento médico se construye a partir de evidencias, interpretaciones y contextos que también deben ser examinados críticamente.

Esperamos que este volumen contribuya a la difusión de investigaciones relevantes, al intercambio entre profesionales y académicos de diferentes latitudes y al fortalecimiento de prácticas orientadas a una atención en salud cada vez más segura, rigurosa y fundamentada.

Dr. Guillermo Julián González-Pérez

Dra. María Guadalupe Vega-López

SUMÁRIO

CLÍNICA, MICROBIOLOGÍA, ENFERMEDADES Y CONDICIONES DE SALUD

CAPÍTULO 1..... 1

ANTIBIOFILM ACTIVITY OF VG111 AGAINST *STENOTROPHOMONAS SEPILIA*: A NOVEL APPROACH TO BIOFILM ERADICATION

Surajit Chakraborty
Nishant Shekhar
Lipika Singhal
Prabhu P. Patil
Vikas Gautam

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3009263141

CAPÍTULO 2.....17

EVALUACIÓN DE LA RESISTENCIA DE CEPAS BACTERIANAS AISLADAS DE AMBIENTES NOSOCOMIALES DE LA REGIÓN DE AZUERO

Alexis De La Cruz

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3009263142

CAPÍTULO 3..... 29

POSIBLE CASO DE ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT-JAKOB CON PRESENTACIÓN ATÍPICA: LA DIFICULTAD EN EL DIAGNÓSTICO

Roberto Jesús Santos Martínez
Norarizbeth Lara Flores
Salustio Nájera Hernández
Julieta Martínez García

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3009263143

CAPÍTULO 4..... 38

FACTORES ASOCIADOS A LA BRONQUITIS EN NIÑOS DE LA UNIDAD DE SALUD FAMILIAR (USF) BARRIO FÁTIMA, PRESIDENTE FRANCO, 2021

Alicia Aguirre
Nancy Algarín
Celeste Martínez
Jazmín Vera
Margarita Ortigoza

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3009263144

CAPÍTULO 5..... 46

FRAGILIDAD Y RIESGO SOCIAL EN ANCIANOS DE DOS INSTITUCIONES DE ATENCIÓN

Claudia Marcela Cantú Sánchez

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3009263145

PRÁCTICAS PROFESIONALES, GESTIÓN Y CALIDAD EN SALUD

CAPÍTULO 6..... 54

LA FIGURA DE LA ENFERMERA DE PRÁCTICA AVANZADA EN ENFERMERÍA DEL TRABAJO

Maria del Carmen Corpas Betancor

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3009263146

CAPÍTULO 7..... 69

PRÁCTICAS ORGANIZACIONALES SALUDABLES Y SU RELACIÓN CON EL *ENGAGEMENT* Y EL BIENESTAR LABORAL EN FUNCIONARIOS UNIVERSITARIOS, 2022

Margarita Ortigoza Melgarejo

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3009263147

CAPÍTULO 8..... 80

EL IMPACTO DE LAS HERRAMIENTAS DE CALIDAD EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA Y SU PROYECCIÓN ACTUAL

Mayra Samara Ordoñez Díaz

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3009263148

HISTORIA, EPISTEMOLOGÍA E INTERPRETACIÓN DE LA ENFERMEDAD

CAPÍTULO 9..... 95

¿BAILAR HASTA MORIR? LA COREOMANÍA DE Estrasburgo de 1518 Y LOS LÍMITES DE LA EXPLICACIÓN HISTÓRICA

Humberto Álvarez Sepúlveda

 https://doi.org/10.37572/EdArt_3009263149

CAPÍTULO 10.....107

EL ENIGMA DEL SUDOR INGLÉS: LÍMITES DEL DIAGNÓSTICO RETROSPECTIVO

Humberto Álvarez Sepúlveda

 https://doi.org/10.37572/EdArt_30092631410

SOBRE OS ORGANIZADORES 119

ÍNDICE REMISSIVO 120

CAPÍTULO 9

¿BAILAR HASTA MORIR? LA COREOMANÍA DE ESTRASBURGO DE 1518 Y LOS LÍMITES DE LA EXPLICACIÓN HISTÓRICA

Data de submissão: 21/08/2026

Data de aceite: 10/09/2026

Humberto Álvarez Sepúlveda

Universidad Católica de la
Santísima Concepción
Concepción – Chile

<https://orcid.org/0000-0001-5729-3404>

RESUMEN: Este capítulo analiza críticamente la coreomanía de Estrasburgo de 1518 y las dificultades de explicar retrospectivamente uno de los episodios más desconcertantes de la historia europea de la enfermedad. El análisis se organiza en tres ejes: la reconstrucción del brote y las respuestas adoptadas por las autoridades; el contraste entre las principales hipótesis etiológicas, desde el ergotismo y los trastornos neurológicos hasta la enfermedad psicogénica colectiva; y la relación entre religión, miedo, adversidad social y expresión corporal. Metodológicamente, se sustenta en una revisión de alcance de literatura especializada, desarrollada desde un enfoque cualitativo-interpretativo y mediante un diseño narrativo de tópico. Se sostiene que ninguna explicación exclusivamente orgánica o psicológica permite comprender por sí sola el episodio, cuya interpretación exige integrar las condiciones sociales con los repertorios

culturales y religiosos de la época. En conclusión, la coreomanía de 1518 evidencia los límites del diagnóstico retrospectivo y la necesidad de comprender históricamente la relación entre enfermedad, cultura y sufrimiento colectivo.

PALABRAS CLAVE: coreomanía; Estrasburgo; historia de la medicina; enfermedad psicogénica; edad moderna.

DANCING TO DEATH? THE STRASBOURG DANCING PLAGUE OF 1518 AND THE LIMITS OF HISTORICAL EXPLANATION

ABSTRACT: This chapter critically analyzes the 1518 Strasbourg dancing mania and the challenges of retrospectively explaining one of the most baffling episodes in the history of disease in Europe. The analysis is structured around three axes: the reconstruction of the outbreak and the authorities' responses; a comparison of the main etiological hypotheses, ranging from ergotism and neurological disorders to mass psychogenic illness; and the interplay between religion, fear, social adversity, and bodily expression. Methodologically, the study relies on a scoping review of specialized literature, conducted using a qualitative-interpretative approach and a narrative-topical design. It argues that neither a purely organic nor a purely psychological explanation is sufficient to understand the episode; rather, interpreting it requires integrating social conditions with the cultural and religious

repertoires of the era. In conclusion, the 1518 dancing mania highlights the limitations of retrospective diagnosis and underscores the need for a historical understanding of the relationship between disease, culture, and collective suffering.

KEYWORDS: dancing mania; Strasbourg; history of medicine; psychogenic illness; early modern period.

1. INTRODUCCIÓN

En el verano de 1518, Estrasburgo, entonces ciudad libre del Sacro Imperio Romano Germánico, fue escenario de uno de los episodios más desconcertantes registrados en la historia europea de la enfermedad. Las fuentes disponibles (Midelfort, 1999; Waller, 2008) describen un brote de danza persistente y aparentemente involuntaria que se extendió progresivamente entre numerosos habitantes de la ciudad. La reconstrucción historiográfica más difundida sitúa su inicio a mediados de julio, cuando una mujer habitualmente identificada como Frau Troffea comenzó a bailar públicamente; poco después, otras personas habrían manifestado comportamientos semejantes (Waller, 2008). Algunos testimonios cronísticos posteriores elevaron el número de afectados hasta cerca de cuatrocientos, aunque tanto esta cifra como ciertos detalles de la narración deben manejarse con cautela debido al carácter fragmentario y desigual de la documentación conservada (Midelfort, 1999; Waller, 2008).

El acontecimiento, sin embargo, no carecía de precedentes. Brotes de danza compulsiva habían sido registrados desde finales de la Edad Media en territorios de Europa central, particularmente en la cuenca del Rin y áreas próximas (Backman, 1952; Midelfort, 1999; Waller, 2008). El episodio de Estrasburgo destacó por su magnitud y por la respuesta que generó entre las autoridades urbanas, convirtiéndose posteriormente en el caso paradigmático de aquello que sería denominado *dancing mania*, epidemia de danza o coreomanía. Su relevancia histórica no radica, por tanto, en constituir un fenómeno completamente aislado, sino en ofrecer un caso especialmente significativo para examinar cómo las sociedades premodernas comprendieron y afrontaron comportamientos corporales colectivos difíciles de explicar.

La extrañeza del acontecimiento ha favorecido interpretaciones muy diferentes. Desde el siglo XIX se han propuesto explicaciones toxicológicas, neurológicas y psicológicas, entre otras, sin que ninguna haya logrado demostrar de manera concluyente la etiología del episodio. Donaldson et al. (1997) advirtieron que las epidemias de danza difícilmente pueden reducirse a una causa única, mientras que Waller (2008; 2009) ha destacado la posible interacción entre respuestas psicogénicas, adversidad social y expectativas culturales. La controversia no consiste únicamente, por consiguiente, en determinar qué pudo ocurrir en

los cuerpos de los afectados, sino en explicar por qué el sufrimiento colectivo adquirió precisamente la forma de una danza aparentemente incontrolable.

Esta dificultad plantea un problema historiográfico más amplio. Diagnosticar retrospectivamente comportamientos ocurridos hace cinco siglos implica trabajar con fuentes fragmentarias, vocabularios médicos diferentes y categorías culturales que no coinciden con las actuales. Midelfort (1999) ha mostrado la necesidad de interpretar las experiencias de enfermedad y comportamiento anómalo del siglo XVI dentro de sus propios marcos culturales, mientras que Rohmann (2009) cuestiona la consideración de la coreomanía como un síndrome médico estable y transhistórico. A ello se añade que religión y medicina no constituían necesariamente ámbitos excluyentes: las respuestas al brote combinaron interpretaciones naturales con creencias y prácticas religiosas vinculadas con San Vito (Miller, 2017). El episodio exige, por ello, evitar tanto la aceptación literal de las explicaciones sobrenaturales de la época como la imposición retrospectiva de categorías diagnósticas contemporáneas.

En este contexto, el presente ensayo busca responder a la siguiente interrogante: ¿En qué medida la coreomanía de Estrasburgo de 1518 puede explicarse como una respuesta psicogénica colectiva vinculada con las condiciones sociales y religiosas de su tiempo, y cuáles son los límites de las interpretaciones médicas retrospectivas del episodio? Para abordar esta pregunta, la discusión se organiza en tres ejes complementarios. En primer lugar, se reconstruye críticamente el desarrollo de la epidemia y las respuestas adoptadas por las autoridades. En segundo término, se contrastan las principales explicaciones propuestas para determinar sus posibilidades y limitaciones. Finalmente, se examina la relación entre sufrimiento colectivo, creencias religiosas y expresión corporal, argumentando que la comprensión histórica del fenómeno exige integrar los cuerpos de los afectados con el universo cultural que otorgaba significado a sus movimientos.

2. METODOLOGÍA

El presente ensayo se sustenta en una revisión de alcance de literatura especializada, siguiendo los lineamientos generales planteados por Arksey y O'Malley (2005). Esta estrategia resulta adecuada para un problema caracterizado por la coexistencia de aproximaciones historiográficas, médicas, antropológicas y culturales. El propósito no consiste en efectuar un diagnóstico clínico retrospectivo ni en establecer definitivamente la etiología de la coreomanía de 1518, objetivo que excedería las posibilidades documentales disponibles, sino en identificar, contrastar y relacionar las principales interpretaciones desarrolladas sobre el acontecimiento.

La búsqueda bibliográfica consideró literatura académica localizada en Scopus, Web of Science, PubMed y JSTOR, complementada mediante consultas en Google Scholar y WorldCat para identificar monografías historiográficas y otros trabajos especializados pertinentes. Se privilegiaron artículos revisados por pares, libros académicos y estudios pertenecientes a los campos de la historia de la medicina, la historia cultural y los estudios sobre danza. Entre los trabajos centrales, se incluyeron las investigaciones de Backman (1952), Donaldson et al. (1997), Midelfort (1999), Waller (2008; 2009), Rohmann (2009, 2018) y Miller (2017). Estos estudios permiten observar además una evolución historiográfica significativa. Las explicaciones de la coreomanía han transitado desde reconstrucciones generales de las epidemias de danza hacia aproximaciones que enfatizan la historicidad de las categorías de enfermedad y la necesidad de contextualizar las experiencias corporales.

Los principales descriptores utilizados fueron *dancing plague*, *dancing mania*, *choreomania*, *Strasbourg 1518*, *St. Vitus dance*, *mass psychogenic illness*, *religion and disease*, *early modern medicine* y *history of madness*. Se privilegiaron trabajos que analizaran directamente Estrasburgo o que permitieran contextualizar las epidemias de danza desarrolladas en Europa central entre los siglos XIV y XVI. Se excluyeron como fundamento historiográfico los contenidos de divulgación sensacionalista que presentan el episodio como un misterio inexplicable o reproducen sin problematización afirmaciones controvertidas, como cifras exactas de víctimas mortales. Esta precaución resulta especialmente importante porque algunos elementos ampliamente difundidos sobre 1518 proceden de testimonios tardíos y no poseen el mismo grado de solidez documental.

La investigación adopta un enfoque cualitativo de carácter histórico-interpretativo y un diseño narrativo de tópico. El corpus bibliográfico se organizó en tres categorías analíticas. La primera, acontecimiento y respuesta institucional, permitió reconstruir el desarrollo del brote y las medidas implementadas por las autoridades. La segunda, etiología y diagnóstico retrospectivo, reunió las interpretaciones basadas en intoxicación, enfermedad neurológica, ergotismo y trastornos psicogénicos. La tercera, cultura, religión y sufrimiento colectivo, permitió analizar la importancia de las creencias compartidas y de las condiciones sociales en la forma específica adquirida por el fenómeno. Estas categorías fueron concebidas como dimensiones complementarias y no como explicaciones necesariamente excluyentes.

Finalmente, se adoptó como criterio interpretativo evitar dos reduccionismos. El primero consistiría en convertir la ausencia de una explicación definitiva en evidencia de que el fenómeno resulta inexplicable, sobrenatural o misterioso. El segundo supondría

aplicar retrospectivamente una categoría médica contemporánea como si esta resolviera automáticamente el acontecimiento. Entre ambos extremos, el análisis considera la coreomanía como una experiencia histórica en la cual procesos fisiológicos, psicológicos, sociales y culturales pudieron interactuar. La pregunta fundamental no es solamente qué enfermedad padecieron los bailarines, sino por qué centenares de personas pudieron comprender y experimentar su sufrimiento mediante una forma corporal reconocible dentro de su propio horizonte cultural.

3. UNA CIUDAD QUE NO PODÍA DEJAR DE BAILAR: EL BROTE Y LAS RESPUESTAS DE 1518

El episodio habría comenzado a mediados de julio de 1518, cuando una mujer empezó a bailar públicamente en Estrasburgo. Waller (2008) reconstruye el acontecimiento identificándola como Frau Troffea y señala que continuó moviéndose durante días, con breves interrupciones debidas al agotamiento. Al cabo de aproximadamente una semana, varias decenas de personas habrían manifestado comportamientos semejantes y, hacia finales del verano, algunos testimonios cronísticos elevaron el número de afectados hasta cerca de cuatrocientos (Waller, 2008). Si bien estas cifras deben considerarse con cautela debido al carácter desigual de la documentación, la existencia de una crisis colectiva resulta difícil de cuestionar. La documentación municipal y las crónicas examinadas por Midelfort (1999), Waller (2008) y Miller (2017) dan cuenta de consultas médicas y medidas adoptadas por las autoridades urbanas, lo que evidencia que el episodio fue percibido como suficientemente grave para justificar una intervención organizada.

La reacción inicial de las autoridades resulta particularmente reveladora. Los responsables de la ciudad consultaron a médicos, quienes interpretaron el problema en términos naturales relacionados con el funcionamiento corporal y, de acuerdo con la medicina humoral de la época, recomendaron inicialmente permitir que los afectados continuaran bailando. Se habilitaron espacios para la actividad y se recurrió a músicos y personas capaces de acompañar los movimientos. La lógica subyacente parece haber consistido en que los bailarines debían expulsar mediante el movimiento aquello que provocaba la alteración. La respuesta resulta extraña a la luz de categorías biomédicas actuales, pero era inteligible dentro de un universo médico en el cual el equilibrio de los humores desempeñaba una función explicativa fundamental (Miller, 2017).

El resultado, sin embargo, parece haber sido contrario al esperado. La creación de espacios de danza, la presencia de músicos y la visibilidad pública de los afectados pudieron contribuir a reforzar el comportamiento colectivo. Este aspecto constituye

uno de los argumentos utilizados por Waller (2008; 2009) para interpretar el episodio como una enfermedad psicogénica de masas: en un contexto de elevada susceptibilidad emocional y cultural, la institucionalización pública de la danza habría proporcionado un escenario para su propagación. No se trataría simplemente de una imitación voluntaria. Una respuesta psicogénica supone síntomas reales experimentados por quienes los padecen, aunque su producción no pueda explicarse mediante una lesión orgánica identificable. La diferencia es crucial: considerar psicogénico el episodio no equivale a afirmar que los participantes fingían.

Cuando la estrategia inicial fracasó, las autoridades modificaron radicalmente su intervención. La música y la danza fueron restringidas y los afectados comenzaron a ser enviados a espacios religiosos relacionados con San Vito. Miller (2017) destaca que algunos testimonios describen peregrinaciones y rituales destinados a obtener la curación, incluyendo objetos y prácticas consagradas. Este desplazamiento muestra que las fronteras entre medicina y religión eran considerablemente más permeables que en la actualidad. La misma autoridad urbana podía recurrir primero a una explicación médica y posteriormente aceptar prácticas religiosas sin percibir necesariamente una contradicción absoluta entre ambas. El acontecimiento constituye, en este sentido, una ventana privilegiada hacia la pluralidad de sistemas explicativos existentes a comienzos del siglo XVI.

Algunos testimonios cronísticos posteriores, recogidos por Waller (2008), afirman que algunos participantes murieron como consecuencia del agotamiento, aunque este aspecto requiere especial prudencia. La imagen de personas bailando literalmente hasta morir se convirtió en uno de los componentes más difundidos del relato moderno, pero la documentación contemporánea, incluidos los registros del Consejo de Estrasburgo examinados por la historiografía, no permite establecer con seguridad una cifra de fallecidos (Miller, 2017; Waller, 2008).

Waller (2008) concede importancia a testimonios cronísticos que mencionan consecuencias fatales, mientras que el análisis documental de Miller (2017), basado en escritos de observadores y registros municipales vinculados con el episodio, permite advertir las diferencias existentes entre las evidencias actuales y las reconstrucciones posteriores. Por consiguiente, resulta históricamente más riguroso afirmar que las fuentes describen una danza prolongada y físicamente extrema, potencialmente capaz de producir graves consecuencias, que repetir cifras precisas de muertos como hechos establecidos. Esta diferencia ejemplifica una cuestión central: la espectacularidad del episodio no debe reemplazar la crítica documental.

4. DEL CORNEZUELO DEL CENTENO A LA ENFERMEDAD PSICOGÉNICA: ¿QUÉ HIZO BAILAR A ESTRASBURGO?

Una de las explicaciones más conocidas atribuye la epidemia al ergotismo, intoxicación producida por el consumo de cereales contaminados por *Claviceps purpurea*, hongo capaz de generar graves alteraciones fisiológicas y neurológicas (Marillier y Godard, 2023). La hipótesis parece inicialmente atractiva porque el cornezuelo puede provocar convulsiones, alucinaciones y otros síntomas neurológicos, y porque las condiciones de humedad pueden favorecer su aparición en determinados cereales. Backman (1952) examinó la relación entre las epidemias de danza y el ergotismo dentro de su amplia reconstrucción histórica de las danzas religiosas y terapéuticas. Desde una lectura actual, la posibilidad de identificar un agente tóxico concreto ofrece además una explicación aparentemente sencilla para un acontecimiento extraordinario.

Sin embargo, la hipótesis presenta dificultades importantes. Los síntomas del ergotismo no corresponden de manera satisfactoria a secuencias prolongadas y coordinadas de danza colectiva. Además, las epidemias históricas de coreomanía presentan patrones geográficos y culturales que no coinciden necesariamente con la distribución de intoxicaciones por centeno. Donaldson et al. (1997) incluyeron el ergotismo entre las explicaciones propuestas históricamente, pero concluyeron que la etiología de la epidemia probablemente no puede reducirse a una sola causa. Waller (2008) rechaza también la explicación toxicológica como fundamento suficiente, entre otras razones porque un envenenamiento colectivo debería producir un conjunto más amplio de síntomas físicos y no explica adecuadamente por qué los afectados manifestaban precisamente movimientos interpretados como danza.

También se han propuesto retrospectivamente enfermedades neurológicas como epilepsia, encefalitis o diferentes trastornos del movimiento. Estas posibilidades recuerdan que las descripciones premodernas no permiten establecer diagnósticos con los mismos criterios disponibles para un paciente actual. El término “danza de San Vito”, por ejemplo, llegó posteriormente a relacionarse con cuadros de corea caracterizados por movimientos involuntarios, pero la semejanza terminológica no demuestra que los afectados de 1518 padecieran una única enfermedad neurológica reconocible. En este contexto, aparece uno de los peligros del diagnóstico retrospectivo: una descripción histórica puede parecer compatible con varias patologías contemporáneas sin proporcionar los datos clínicos necesarios para demostrar ninguna de ellas. Midelfort (1999) advierte, en esta línea, el riesgo de reducir las experiencias históricas de locura o comportamiento anómalo a categorías psiquiátricas modernas descontextualizadas.

La interpretación que ha recibido mayor atención reciente es la de una enfermedad psicogénica colectiva asociada con situaciones extremas de estrés. Waller (2008; 2009) relaciona el episodio con las difíciles condiciones experimentadas por la población de Estrasburgo y sus alrededores: malas cosechas, carestía, enfermedades y profundas ansiedades religiosas. Bajo estas condiciones, determinados individuos habrían podido desarrollar estados disociativos o alteraciones psicogénicas cuyos síntomas fueron modelados por expectativas culturales compartidas. La hipótesis permite explicar un aspecto que el ergotismo deja pendiente: por qué el comportamiento adquirió una forma cultural específica y por qué pudo extenderse mediante observación, temor y expectativa. Donaldson et al. (1997) habían llegado a una conclusión compatible al destacar la interacción entre adversidad social y predisposición cultural.

No obstante, incluso la explicación psicogénica debe formularse con prudencia. Etiquetar el episodio como “histeria colectiva” puede crear una falsa sensación de resolución, especialmente si el término se utiliza para sustituir una investigación histórica por una categoría genérica. Rohmann (2009; 2018) ha cuestionado precisamente la construcción de una *dancing mania* concebida como enfermedad idéntica a través de diferentes siglos. Para este autor, las formas de danza compulsiva estaban configuradas por sistemas semánticos religiosos y médicos históricamente variables. Por ello, la explicación más convincente no consiste simplemente en reemplazar “posesión de San Vito” por “trastorno psicogénico”, sino en preguntar cómo una situación de sufrimiento extremo podía expresarse corporalmente mediante patrones que los propios afectados y observadores reconocían. La etiología psicológica adquiere mayor capacidad explicativa cuando se integra en la historia cultural, en lugar de reemplazarla.

5. CUANDO EL CUERPO HABLA EL LENGUAJE DE SU ÉPOCA: RELIGIÓN, MIEDO Y SUFRIMIENTO COLECTIVO

Para comprender por qué el sufrimiento adoptó la forma de danza resulta indispensable abandonar momentáneamente las categorías biomédicas actuales y reconstruir el horizonte religioso de quienes vivieron el episodio. En la Europa del siglo XVI, el cuerpo podía ser entendido como escenario de fuerzas naturales, morales y sobrenaturales simultáneamente. Enfermedades, desgracias y comportamientos extraordinarios podían relacionarse con pecado, castigo divino, acción demoníaca o intervención de santos. Midelfort (1999) muestra que las interpretaciones religiosas de la locura coexistían con explicaciones médicas sin que los contemporáneos establecieran necesariamente las fronteras que caracterizan al pensamiento científico actual. El

comportamiento de los bailarines, por tanto, no apareció en un vacío semántico: existían repertorios culturales capaces de hacerlo inteligible.

San Vito desempeñaba un papel especialmente relevante dentro de este universo. Las tradiciones religiosas centroeuropeas asociaban determinados santos con enfermedades corporales específicas y con posibilidades de curación. Backman (1952) documentó extensamente las relaciones entre peregrinación, culto de santos, danza y prácticas terapéuticas populares. Rohmann (2009) profundiza esta interpretación al sostener que aquello que posteriormente fue denominado *dancing mania* se configuró históricamente mediante narrativas religiosas que vinculaban el movimiento corporal con espacios y fuerzas sagradas. Si una comunidad consideraba posible que la transgresión religiosa pudiera desencadenar una compulsión corporal, esa creencia no era un simple añadido intelectual posterior al síntoma: podía contribuir a determinar la manera en que el propio sufrimiento era experimentado.

Los antecedentes regionales reforzaban estas expectativas. El brote de 1518 no fue el primero registrado en la cuenca del Rin. Durante 1374 se documentó una extensa oleada de danzas compulsivas en ciudades de la región, y otros episodios menores mantuvieron vigente, dentro del repertorio cultural de la región, la imagen del bailarín incapaz de controlar su cuerpo (Backman, 1952; Waller, 2008). La memoria colectiva de estas experiencias pudo proporcionar un modelo reconocible cuando aparecieron los primeros casos en Estrasburgo. Desde esta perspectiva, la propagación no necesita explicarse como una decisión consciente de copiar a otros. Los seres humanos interpretan síntomas mediante repertorios culturalmente disponibles. Del mismo modo que determinadas formas contemporáneas de sufrimiento psicológico pueden adoptar expresiones asociadas con categorías médicas conocidas por una sociedad, los habitantes del siglo XVI podían experimentar su angustia dentro de códigos religiosos y corporales propios de su época.

Esta interpretación permite comprender mejor la importancia de las condiciones sociales. Waller (2008) reconstruye una población sometida a múltiples fuentes de ansiedad: inseguridad alimentaria, enfermedades, precariedad económica y temor religioso. Ninguna de estas circunstancias demuestra por sí sola la causa del brote. Hambre y enfermedad afectaron a innumerables comunidades europeas sin producir epidemias de danza. El argumento adquiere fuerza únicamente cuando las condiciones materiales se relacionan con un repertorio cultural predisponente. El estrés habría creado vulnerabilidad; las creencias habrían proporcionado significado; los primeros casos habrían ofrecido un modelo observable; y la respuesta institucional inicial habría

aumentado la visibilidad del comportamiento. La explicación deja entonces de buscar una causa única para reconstruir una convergencia históricamente específica de factores.

El caso permite, finalmente, observar una transformación intelectual característica de la temprana Edad Moderna. Miller (2017) muestra que las interpretaciones de 1518 se situaron entre explicaciones de castigo divino y nuevas tentativas de naturalizar la enfermedad. Paracelso, que reflexionó posteriormente sobre las formas de danza compulsiva, representa particularmente bien esta transición: sus interpretaciones combinaban categorías morales, fisiológicas y médicas que desde una perspectiva actual podrían parecer incompatibles. Rohmann (2018) identifica igualmente durante los siglos XV y XVI un proceso de medicalización y desacralización del concepto de danza patológica. Estrasburgo no constituye, por tanto, solamente un extraño episodio de comportamiento colectivo. Permite observar cómo una sociedad negociaba las fronteras entre pecado y enfermedad, voluntad e involuntariedad, cuerpo y espíritu, en un momento en que esas fronteras estaban siendo redefinidas.

6. CONCLUSIÓN

La coreomanía de Estrasburgo de 1518 continúa fascinando porque parece desafiar las categorías mediante las cuales el observador actual distingue entre enfermedad, conducta voluntaria, ritual y comportamiento colectivo. Las fuentes permiten establecer con razonable seguridad que se produjo un episodio de danza compulsiva que afectó a numerosas personas y generó una respuesta institucional significativa. Sin embargo, aspectos popularmente asociados al acontecimiento – como el número exacto de bailarines o la cantidad de muertos – poseen grados diferentes de certeza documental. Esta constatación obliga a separar cuidadosamente el núcleo histórico del episodio de las ampliaciones que adquirió durante sus cinco siglos de recepción.

Las explicaciones estrictamente orgánicas presentan dificultades considerables. El ergotismo ofrece un mecanismo tóxico capaz de provocar alteraciones neurológicas, pero no explica satisfactoriamente la forma específica, duración y propagación cultural de la danza. Las hipótesis neurológicas enfrentan un problema semejante y, sobre todo, la imposibilidad de realizar diagnósticos fiables a partir de descripciones producidas bajo categorías médicas radicalmente distintas. El caso demuestra así los límites de una historia retrospectiva de la medicina que pretenda convertir testimonios incompletos en expedientes clínicos contemporáneos.

La interpretación psicogénica propuesta especialmente por Waller resulta más consistente con varios rasgos del acontecimiento, pero solo cuando se evita utilizarla como

explicación autosuficiente. El estrés social, la enfermedad, la inseguridad alimentaria y la ansiedad pudieron favorecer una elevada vulnerabilidad psicológica; no obstante, estas circunstancias no explican por sí solas por qué el sufrimiento se manifestó mediante danza. La dimensión cultural resulta indispensable. Los habitantes de la región conocían tradiciones relacionadas con danzas compulsivas, castigos sobrenaturales y San Vito, de modo que existía un repertorio mediante el cual determinadas experiencias corporales podían adquirir significado y propagarse socialmente.

Desde esta perspectiva, la oposición entre enfermedad “real” y fenómeno “cultural” resulta engañosa. Una enfermedad psicogénica no implica simulación, del mismo modo que reconocer la influencia de las creencias religiosas no significa aceptar como explicación histórica una intervención sobrenatural. El cuerpo humano se encuentra siempre situado culturalmente. Las sociedades proporcionan lenguajes, imágenes y expectativas mediante los cuales las personas reconocen, interpretan y expresan el sufrimiento. Estrasburgo muestra de manera particularmente dramática que los síntomas poseen también una historia y que las fronteras entre cuerpo, mente y cultura no son tan rígidas como podría sugerir una explicación monocausal.

Por ello, la pregunta acerca de qué hizo bailar a Estrasburgo probablemente no admita una respuesta definitiva en términos de una única causa. El valor historiográfico del episodio reside precisamente en esa resistencia a la simplificación. Por tanto, más que un misterio que deba resolverse mediante una enfermedad desconocida o una explicación espectacular, la coreomanía de 1518 constituye un laboratorio histórico para estudiar cómo crisis materiales, expectativas religiosas, conocimientos médicos y comportamientos colectivos pueden interactuar. Comprender a quienes bailaron exige, en última instancia, un horizonte más complejo que diagnosticar sus cuerpos cinco siglos después, ya que obliga a reconstruir el mundo social y cultural dentro del cual esos cuerpos adquirieron significado.

REFERENCIAS

- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Backman, E. (1952). *Religious dances in the Christian church and in popular medicine*. Allen & Unwin.
- Donaldson, L., Cavanagh, J., & Rankin, J. (1997). The dancing plague: A public health conundrum. *Public Health*, 111(4), 201-204. <https://doi.org/10.1038/sj.ph.1900371>
- Marillier, M., & Godard, E. (2023). 1518 – Épidémie de danse mortelle à Strasbourg. *Toxicologie Analytique et Clinique*, 35(2S), S44. <https://doi.org/10.1016/j.toxac.2023.03.063>

Midelfort, H. (1999). *A history of madness in sixteenth-century Germany*. Stanford University Press.

Miller, L. (2017). Divine punishment or disease? Medieval and early modern approaches to the 1518 Strasbourg dancing plague. *Dance Research*, 35(2), 149-164. <https://doi.org/10.3366/drs.2017.0199>

Rohmann, G. (2009). The invention of dancing mania: Frankish Christianity, Platonic cosmology and bodily expressions in sacred space. *The Medieval History Journal*, 12(1), 13-45. <https://doi.org/10.1177/097194580901200102>

Rohmann, G. (2018). Tanz als Krankheit, Tanz als Therapie. Die Formierung eines religiös-medizinischen Konzepts (15. und 16. Jahrhundert). *Das Mittelalter*, 23(2), 281-307. <https://doi.org/10.1515/mial-2018-0016>

Waller, J. (2008). *A time to dance, a time to die: The extraordinary story of the dancing plague of 1518*. Icon Books.

Waller, J. (2009). A forgotten plague: Making sense of dancing mania. *The Lancet*, 373(9664), 624-625. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60386-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60386-X)

SOBRE OS ORGANIZADORES

Guillermo Julián González-Pérez

Sociólogo, Demógrafo y Doctor en Ciencias de la Salud. Orientación socio-médica. Profesor-Investigador Titular "C" y responsable del Cuerpo Académico Consolidado "Salud, Población y Desarrollo Humano" en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, México. Miembro desde 1993 del Sistema Nacional de Investigadores de México auspiciado por CONAHCYT (actualmente Nivel III) y miembro de la Academia Mexicana de Ciencias desde 2002. Ha publicado más de 100 artículos científicos en revistas indizadas del campo de las Ciencias Sociales aplicadas a la salud y la Salud Pública, diversos libros como autor, editor o coordinador y dirigido más de 50 tesis de posgrado.

María Guadalupe Vega-López

Licenciada en Trabajo Social; Maestra en Salud Pública; Maestra en Sociología y Doctora en Ciencias de la Salud, Orientación Socio-médica. Profesora-Investigadora Titular "C" y directora del Centro de Estudios en Salud, Población y Desarrollo Humano, en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, México. Miembro desde 1999 del Sistema Nacional de Investigadores de México (actualmente Nivel II); integrante del Cuerpo Académico Consolidado "Salud, Población y Desarrollo Humano". Ha publicado más de 60 artículos científicos en revistas indizadas del área de las Ciencias Sociales aplicadas a la salud y la Salud Pública, así como diversos libros como autora y coordinadora, de carácter internacional. Es revisora en varias revistas científicas de carácter internacional.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adulto mayor 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53
Antibióticos 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28

B

Bienestar laboral 69, 71, 72, 75, 76, 77, 78
Biofilm 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14
Bronquitis 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45

C

Calidad de la atención en salud 80
Cepas bacterianas 17, 19, 24, 25, 26
CJD esporádica 30
Coreomanía 95, 96, 97, 98, 99, 101, 104, 105

D

Demandas laborales 69, 71, 75, 77
Diabetic foot ulcers 2, 10
Diagnóstico retrospectivo 95, 98, 101, 107, 109, 110, 114, 115
DWI 30

E

Empoderamiento paciente 54
Encefalopatía priónica 30
Enfermería practica avanzada 54
Engagement 3, 69, 70, 71, 72, 75, 76, 77, 78, 90
Epidemias 96, 98, 101, 103, 107, 108, 109, 111, 112, 114, 116
Epidemiología clínica 38, 39, 40, 44
Estrasburgo 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105

F

Factores de riesgo 27, 39, 40, 45, 51
FLAIR 30, 32
Fragilidad 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 66

G

Gestão de la calidad 80, 81, 90, 93

H

Hantavirus 107, 108, 109, 110, 112, 113, 114, 117

Historia de la medicina 95, 98, 107, 110

L

Lean Healthcare 80, 81, 82, 84, 89, 90, 91, 94

Lean Six Sigma 80, 81, 82, 84, 85, 88, 90, 91, 92, 93, 94

Liderazgo 54, 57, 58, 59, 64, 80, 89

Liderazgo enfermero 54

M

Mejora continua 70, 80, 88

N

Niños 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45

Nosocomios 17, 19, 21, 22, 24, 26

P

Práticas organizacionais saudáveis 69, 71, 72, 73, 74, 76, 77, 78

Pressure ulcers 2, 10

R

Recursos 38, 54, 55, 63, 65, 67, 69, 71, 72, 74, 76, 77, 78, 82, 86, 88

Regulación profesional 54

Riesgo social 46, 47

Roles de enfermería 54

S

Seguridad del paciente 80, 81, 82, 83, 84, 86, 87, 88, 89, 90, 93

Stenotrophomonas 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 14, 15, 16

W

Wound infections 2

