

CULTURA DE LOS CUIDADOS

2º Cuatrimestre 2015 • Año XIX - N.º 42

SUMARIO

EDITORIAL

- The Stars are Aligned: Nurses Must Exercise Their Voice

FENOMENOLOGÍA

- Donde habita el olvido no hay rosas rojas
- Un día en la unidad de hospitalización de psiquiatría
- Insuficiencia renal crónica: cuando se pierde la autonomía
- Análisis del concepto de Autotrascendencia. Importancia en el cuidado de enfermería al adulto mayor
- Experiencia de tres religiosas enfermeras en formación: un cuidado más allá del cuerpo

HISTORIA

- Cambios producidos en el trabajo institucional del cuidado masculino y femenino en tres hospitales del Antiguo Régimen Castellano al tránsito a la Contemporaneidad
- El informe de Pedro Vararez sobre el oficio de comadre y la réplica de Francisco Antonio Díez de Cabrera

ANTROPOLOGÍA

- Vulnerabilidad física entre idosos: diferencias por sexo
- Estudio de la utilización de los distintos servicios hospitalarios de pacientes nacidos en el extranjero en el Hospital General Universitario de Alicante HGUA (1 de enero de 2011-30 de junio 2014)
- La enfermera transcultural y el desarrollo de la competencia cultural

TEORÍA Y MÉTODO

- Perfil de individuos con secuela de accidente vascular encefálico
- Atuação da equipe de enfermagem no atendimento à parada cardiorrespiratória cerebral
- Estratégias de educação em saúde para idosos: experiências e desafios
- Análise do conceito de risco ao câncer de mama em mulheres com HIV/Aids: aspectos metodológicos e aplicabilidade adaptada, segundo Walker e Avant
- Pasado, presente y futuro de los diagnósticos de enfermería

MISCELÁNEA

- El año en que Marjory Gordon y las Bostonianas desembarcaron en Alicante. In Memoriam
- Biblioteca comentada



ASOCIACIÓN NACIONAL DE HISTORIA
Y ANTROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS



CONSEJO DE ENFERMERÍA DE LA
COMUNIDAD VALENCIANA

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

CONSEJO EDITORIAL

DIRECCIÓN/ EDITOR

José Siles González

COMITÉ EDITORIAL

Luis Cibanal Juan - Carmen Solano Ruiz

CONSEJO DE REDACCIÓN

COORDINADORA

Ana Lucia Noreña Peña

MIEMBROS CONSEJO REDACCIÓN

Miguel Ángel Fernández Molina

Eva M^a Gabaldón Bravo

Elena FerrerHernández

Flores Vizcaya Moreno

José Ramón Martínez Riera

M^a Mercedes Rizo Baeza

Mercedes Nuñez del Castillo

Miguel Castells Molina

Rosa Pérez-Cañaveras

Manuel Lillo Crespo

Isabel Casabona Martínez

Departamento de Enfermería.

Universidad de Alicante

COORDINADOR INFORMÁTICO Y PÁGINA WEB

Pablo Díez Espinosa

DIRECCIÓN FINANCIERA

Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana

- Francisco Mulet Falcó. Enfermero. Tesorero del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).

- Belén Paya Pérez. Enfermera, Presidenta del Colegio Oficial de Enfermería de Alicante.

- Juan José Tirado Dauder. Enfermero. Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Valencia.

- Francisco J. Pareja Lloréns. Enfermero. Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Castellón.

COMITÉ CIENTÍFICO O ASESOR

Manuel Amezcua Martínez

Presidente de la Fundación Index. Profesor asociado Universidad de Granada (España).

Carmen Chamizo Vega

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

César Hueso Montoro

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

Manuel García Martínez

Enfermero y licenciado en Antropología social y cultural. Doctor por la Universidad de Sevilla. Profesor asociado Universidad de Sevilla (España).

Guillermo Silva Magaña

Doctor por Universidad de Alicante. Profesor titular. (Universidad de Colima, Méjico.

Carlos Lousada Lopes Subtil

Profesor titular Escola/Faculdade: Escola Superior de Enfermagem. Viana do Castelo (Portugal)

Antonio C. García Martínez

Licenciado en Historia. Doctor en Historia Profesor Titular Universidad de Huelva (España)

María Elisa Moreno-Fergusson

Profesora Asociada de la Facultad de Enfermería y Rehabilitación de la Universidad de La Sabana, Colombia. Editora de la revista Aquichan.

Esperanza de la Peña Tejero

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

Cecilio Eserverri Cháverri

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

Francisca Hernández Martín

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

Francisco Herrera Rodríguez

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

Amparo Nogales Espert

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

Natividad Sánchez González

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

Francisco Ventosa Esquinaldo

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

Marilyn Douglas

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

Fernando Porto

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

Beatriz Morrone

Profesora Titular de la Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional de Mar del Plata. Investigadora Categorizada II. Integrante del Banco Nacional de Evaluadores para Proyectos de Investigación del Ministerio de Cultura y Educación (Argentina).

Ximena Isla Lund

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

Raquel Spector

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

Rick Zoucha

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

Taka Oguiso

Enfermera y licenciada en derecho. Doctora Universidad de São Paulo. Profesora Titular Emérita. Universidad de São Paulo (Brasil)

Genival Fernandes de Freitas

Enfermero y licenciado en Derecho. Doctor por la Universidad de São Paulo. Profesor Titular. Universidad de São Paulo (Brasil)

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

INDIZADA E INSCRITA EN:

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

- CAPES/QUAL. Base de datos de revistas del Ministerio de Educación de Brasil.

- LATINDEX. Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.

- "Scientific Commons" Details at a Glance: Publications: 31,839,799 - Repositories: 1,157

- BDIE, ENFISPO, EBSCO, PUBLISHING, CUIDATGE, CUIDEN CINHAL y hemerotecas digitales como: Cantárida y RUA (repositorio Institucional Universidad de Alicante: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/831>)

"Inscrita y miembro del en Servicio CrossRef (DOI prefix is: 10.7184")

Coordinadora RUA. Ana L. Noreña

SUSCRIPCIONES:

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) C/. Xàbia, 4 - 3^a Pta. 10 - 46010 Valencia Tarifas 3 números (1 año). España y Portugal: 12,02 euros

Alumnos Enfermería: 7,21 euros

Extranjero: 18,03 euros

CORRESPONDENCIA:

Carmen Solano Ruiz. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante. Campus de Sant Vicente del Raspeig

Ap 99. E-03080 Alacant - Alicante

Revista «on line»:

<http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/831>

ISSN:1138-1728-Dep.Legal: A-1309-1997

Título clave: Cultura de los Cuidados

Título abreviado: Cul. Cuid.

Tirada/ Producción: 3.000 ejemplares

IMPRESIÓN Y ACABADO:

Edita: Consejo de Enfermería Comunidad Valenciana (CECOVA)

Diseño editorial, maquetación e impresión:

AROA Diseño y Comunicación. Alicante (España)

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

SUMARIO

NORMAS DE PUBLICACIÓN	4
Criterios de evaluación y selección de artículos.....	7
EDITORIAL	
The Stars are Aligned: Nurses Must Exercise Their Voice.....	9
<i>AFAP I. MELEIS</i>	
FENOMENOLOGÍA	
Donde habita el olvido no hay rosas rojas.....	12
<i>FRANCISCO HERRERA-RODRÍGUEZ</i>	
Un día en la unidad de hospitalización de psiquiatría.....	15
<i>ANTONIO RAFAEL MORENO POYATO. MARÍA PILAR MONTESÓ CURTO. RAQUEL SUÁREZ PÉREZ</i>	
Insuficiencia renal crónica: cuando se pierde la autonomía.....	22
<i>RAQUEL ALBA MARTÍN</i>	
Análisis del concepto de Autotranscendencia. Importancia en el cuidado de enfermería al adulto mayor.....	26
<i>RAÚL FERNANDO GUERRERO CASTAÑEDA. M^o. GUADALUPE OJEDA VARGAS</i>	
Experiencia de tres religiosas enfermeras en formación: un cuidado más allá del cuerpo.....	38
<i>PALOMA VICTORIA SANZ SANZ. JUAN LAPLANA MARTÍN, PATRICIA VEGA LÓPEZ. CARMEN. DORADO REGUERO. CLARA ARALUCE COURBALLEÉ. ISABEL COBIÁN SÁNCHEZ</i>	
HISTORIA	
Cambios producidos en el trabajo institucional del cuidado masculino y femenino en tres hospitales del Antiguo Régimen Castellano al tránsito a la Contemporaneidad.....	47
<i>PAULA ERMILA RIVASPLATA VARILLAS</i>	
El informe de Pedro Varaz sobre el oficio de comadre y la réplica de Francisco Antonio Díez de Cabrera.....	80
<i>RAFAELA GONZÁLEZ CASTRILLO. RICARDO GONZÁLEZ CASTRILLO</i>	
ANTROPOLOGÍA	
Vulnerabilidade física entre idosos: diferencias por sexo.....	90
<i>KEYLLA TALITHA FERNANDES BARBOSA. MARIA DAS GRAÇAS MELO FERNANDES. FABLANA MARIA RODRIGUES LOPES DE OLIVEIRA. ANNA BEATRIZ CAMPOS BRASILEIRO TIBÚRCIO. ALANY BEZERRA ROCHA ALVES. CARLOS EDUARDO BARBOSA RAMOS</i>	
Estudio de la utilización de los distintos servicios hospitalarios de pacientes nacidos en el extranjero en el Hospital General Universitario de Alicante HGUA (1 de enero de 2011-30 de junio 2014).....	101
<i>ROSA MARIA. ALBERT SANCHIS. MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ MOLINA</i>	
La enfermera transcultural y el desarrollo de la competencia cultural.....	128
<i>ELIZABETH CASTRILLÓN CHAMADOIRA</i>	
TEORÍA Y MÉTODO	
Perfil de individuos com sequela de acidente vascular encefálico.....	137
<i>TATIANA FERREIRA DA COSTA. KATIA NÉYLA DE FREITAS MACÊDO COSTA. KAISY PEREIRA MARTINS. MARIA DAS GRAÇAS MELO FERNANDES. THAYRIS MARIANO GOMES. MILENA MELO GALDINO</i>	
Atuação da equipe de enfermagem no atendimento à parada cardiorrespiratória cerebral.....	147
<i>KARINELLE PEREIRA COSTA. FABIANE ROCHA BOTARELLI. ANA PAULA NUNES DE LIMA FERNANDES. DIANA PAULA DE SOUZA REGO PINTO CARVALHO. JÉSSICA NAIARA DE MEDEIROS ARAÚJO. ALLYNE FORTES VITOR</i>	
Estratégias de educação em saúde para idosos: experiências e desafios.....	154
<i>RODRIGO EURIPEDES DA SILVEIRA. FRANCIELLE TONIOLO NICODEMOS FURTADO DE MENDONÇA. ALVARO DA SILVA SANTOS. ELVIRA MARIA VENTURA FILIPE</i>	
Análise do conceito de risco ao câncer de mama em mulheres com HIV/Aids: aspectos metodológicos e aplicabilidade adaptada, segundo Walker e Avant.....	164
<i>CARLA DANIELE MOTA RÊGO VIANA. FRANCISCO RAFAEL DE ARAÚJO RODRIGUES. GRACE ANNE ANDRADE CUNHA. MARIA LÚCIA DUARTE PEREIRA</i>	
Pasado, presente y futuro de los diagnósticos de enfermería.....	172
<i>MARJORY GORDON</i>	
MISCELÁNEA	
El año en que Marjory Gordon y las Bostonianas desembarcaron en Alicante. In Memoriam.....	179
BIBLIOTECA COMENTADA.....	181

ESTRUCTURA DE LA REVISTA Y NORMAS DE PUBLICACIÓN

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

- Editorial.
- Fenomenología: sección destinada a la publicación de originales y/o revisiones sobre fenomenología clínica. Asimismo tendrán cabida en este apartado las experiencias clínicas de los profesionales sea cual sea la forma de expresión: narrativa, ensayo, poética o plástica. Por último, también serán susceptibles de publicación los originales que, a juicio del comité de redacción, contribuyan al desarrollo humanístico de la enfermería (en cualquiera de sus vertientes).
- Historia: destinada a la publicación de originales y/o revisiones de historia de enfermería.
- Antropología: sección reservada para la inclusión de originales y/o revisiones de trabajos antropológicos en materia de cuidados enfermeros.
- Teoría y métodos enfermeros: apartado dedicado a la publicación de originales y/o revisiones que contribuyan tanto al desarrollo teórico-filosófico de la enfermería como a sus métodos y aplicaciones prácticas.
- Miscelánea: Sección dedicada a la divulgación de actividades, noticias, agenda etc, revisión de novedades editoriales.
- Cartas al Director

PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS

- Estructura del manuscrito: En la primera página figurará el título del artículo en minúscula en tres idiomas en este orden: español, inglés y portugués, seguido del nombre de los autores (no más de 6), en minúscula. En primer lugar las iniciales en mayúsculas separadas por un punto y seguido por los apellidos en minúsculas por ejemplo: M^a.C. Solano Ruiz. Mediante un asterisco (superíndice) escribir su rango académico más elevado o profesional y la dirección de contacto del primer autor junto con su correo electrónico y teléfono. En la segunda

página: resumen del trabajo no superior a 200 palabras (en inglés, portugués y español. Se incluirán, además de cuatro a cinco palabras clave en los tres idiomas. Las siguientes páginas incluirán el contenido del artículo evitando poner subíndices y notas al pie de página, con una extensión no superior a los 17 folios; la última página estará dedicada a la bibliografía.

- El sistema de citas adoptado en la revista está de acuerdo a la normativa Harvard-APA: en el texto sólo aparecerá el apellido en minúsculas y la fecha del autor entre paréntesis, ej: (López,1998). La bibliografía consultada al final del artículo no llevará numeración y quedará ordenada alfabéticamente por el apellido del autor ej:

Sánchez, J. (1997) Historia de la revista panacea. Paidós, Barcelona (Libro)

Sánchez, J. (1997) Historia de la revista panacea. Enfermería Científica 8 22-27 (Artículo revista)

Sánchez, J. (1997) Historia de la revista panacea. En: Cibanal, L.. ed. Las revistas españolas de enfermería ,Síntesis, Madrid: 88-102 (Capítulo de Libro).

Para citar documentos/ artículos “on line”:

Pagani, R.. (2002) Informe técnico. El crédito europeo y el sistema educativo español. 425 Available http://www.eees.ua.es/http://aneca.es/modal_eval/docs/doc_download/426_27th_July_2008.

- Las ilustraciones, gráficas y fotografías se enviarán en otro archivo, indicando su número de orden y título a pie de página o en su reverso en el caso de las fotografías. Las gráficas, preferentemente, deberán presentarse en blanco y negro.
- Presentación: letra Times New Roman, tamaño letra 12, a doble espacio.
- Los autores deberán realizar el” check list” disponible en este enlace, previo a la remisión del artículo.

STRUCTURE OF JOURNAL AND NORMS OF PUBLICATION

Although subject to variations in the interest of contextualizing the journal philosophy, will include sections such as:

- Editorial.
- Phenomenology section devoted to the publication of original and / or reviews of clinical phenomenology. They will also take place in this section, the clinical experience of professionals in whatever form of expression, narrative, essay, poetry or art. Finally, also be eligible for the original publication, in the opinion of the editorial board, contribute to the development of humanistic nursing (in any of its aspects).
- History: intended for publication of original and / or revisions of nursing history.
- Anthropology: section reserved for the inclusion of original and / or revisions of anthropological work on nursing care.
- Theory and methods nurses: section dedicated to the publication of original and / or reviews that contribute to both theoretical and philosophical development of nursing as their methods and practical applications.
- Other: Section dedicated to the dissemination activities, news, calendar etc., reviews, new books.
- Letters to the Editor

PRESENTATION OF WORK

- Structure of the manuscript: On the first page will contain the article title in lowercase in three languages in this order: Spanish, English and Portuguese, followed by the name of the authors (no more than 6), in lowercase. First initial capital letters separated by a period followed by the surnames in lowercase eg: M^a.C. Solano Ruiz. By an asterisk (superscript) write their highest academic level or professional contact and address of the first author with his email and phone. On the second page: abstract of the work not exceeding 200 words (in English, Portuguese and Spanish. shall include in addition to four to five keywords in

these languages. The following pages include the contents of the article to avoid subscripts and footnotes footer, with an extension not exceeding 17 pages, the last page is devoted to the literature.

- The citation system is adopted in the journal according to the Harvard law-APA: the text will only appear in lower case the name of the author and the date in brackets, eg (Lopez, 1998). The bibliography at the end of the article will be numbered and arranged alphabetically by author's surname eg

Sanchez, J. (1997) History of the Journal panacea. Polity Press, Barcelona (Book)

Sanchez, J. (1997) History of the Journal panacea. Nursing Science 8 22-27 (Journal Article)

Sanchez, J. (1997) History of the Journal panacea. In: Cibanal, L. ed. The Spanish journals nursing, Synthesis, Madrid. 88-102 (Chapter in Book).

To cite documents / articles "on line":

Pagani, R.. (2002) Technical Report. The European credit and the Spanish educational system. Available http://www.eees.ua.es/http://aneca.es/modal_eval/docs/doc_425. downloaded 42627th July 2008.

- The illustrations, charts and pictures will be sent to another file, indicating your order number and title in footer or the reverse in the case of the photographs. Graphs, preferably, should be submitted in black and white.
- Presentation: Times New Roman, size letra 12, double-spaced.
- The authors should make the "check list" available here, prior to the submission of the article.

ESTRUTURA DA REVISTA E NORMAS DE PUBLICAÇÃO

Embora sujeita a variações no interesse de contextualizar a sua filosofia, a revista vai incluir recursos como:

- Editorial.
- A secção dedicada à Fenomenologia da publicação do original e / ou opiniões da fenomenologia clínica. Eles também serão realizados nesta secção, a experiênciaclinica dos profissionais, independentemente da forma de expressão, a narrativa, o ensaio de poesia, ou de plástico. Finalmente, também será elegível para a publicação original, na opinião do conselho editorial, contribuir para o desenvolvimento da enfermagem humanística (em todos os seus aspectos).
- História: destinadas a publicação do original e / ou revisões de história da enfermagem.
- Antropologia: seção reservada para a inclusão de original e / ou revisões de trabalho antropológico sobre cuidados de enfermagem.
- enfermeiras Teoria e métodos: seção dedicada à publicação de opiniões originais e / ou que contribuam para o desenvolvimento teórico e filosófico da enfermagem como os seus métodos e aplicações práticas.
- Outros: Seção dedicada a actividades de divulgação, notícias, calendário etc, resenhas de livros novos.
- Cartas ao editor

DE APRESENTAÇÃO DE TRABALHO

- Estrutura do manuscrito: Na primeira página vai conter o título do artigo em letras minúsculas em três idiomas, nesta ordem: Espanhol, Inglês e Português, seguido do nome dos autores (não mais que 6), em letras minúsculas. Primeira letra inicial maiúscula, separados por um ponto seguido pelo sobrenome em minúsculas, por exemplo: M^a C. Solano Ruiz. Por um asterisco (sobrescrito) escrever seu mais alto grau académico ou contato profissional e endereço do primeiro autor com o seu e-mail e telefone. Na segunda página:.. Resumo do trabalho não superior a 200 palavras (em Inglês,

Português e Espanhol, para além de quatro a cinco palavras-chave em todas as três línguas. As páginas seguintes incluem o conteúdo do artigo para evitar subscritos e notas rodapé, com uma área não superior a 17 páginas, a última página é dedicada à literatura.

- O sistema de nomeação é adotado na revista de acordo com a Harvard-lei APA: o texto não aparece apenas em letras minúsculas o nome do autor ea data entre parênteses, por exemplo (Lopez, 1998). A bibliografia no final do artigo serão numerados e dispostos em ordem alfabética pelo sobrenome do autor, por exemplo

Sanchez, J. (1997) História da panacéia Journal. Polity Press, Barcelona (Book)

Sanchez, J. (1997) História da panacéia Journal. Enfermagem da Ciência 8 22-27 (Journal Article)

Sanchez, J. (1997) História da panacéia Journal. In: Cibanal, L. ed. Os espanhóis periódicos de enfermagem Síntese, Madrid. 88-102 (Capítulo de Livro).

Para citar documentos / artigos “on line”:

Pagani, R.. (2002) Relatório Técnico. O crédito Europeu e do sistema educativo espanhol. Disponível http://www.eees.ua.es/http://aneca.es/modal_eval/docs/doc_425.baixado_426_27_de_julho_de_2008.

- As ilustrações, gráficos e fotografias serão enviadas para um outro arquivo, indicando o seu número de ordem e título em rodapé ou o inverso no caso das fotografias. Gráficos, de preferência, devem ser apresentadas em preto e branco.
- Apresentação: Times New Roman, tamanho letra 12, com espaçamento duplo.
- Os autores devem fazer o “check list”, disponível aqui, antes da apresentação do artigo.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

La revista Cultura de los Cuidados publica artículos en español, portugués e inglés. La recepción de los mismos pasa por un proceso de selección en una primera revisión por el Consejo editorial verificando el cumplimiento de los requisitos propios de la revista, descritos en las indicaciones a los autores, en caso de no cumplir estas condiciones se le notifica al autor o autores para que realicen los cambios oportunos.

Posteriormente tras la clasificación temática y preservación del anonimato del manuscrito los documentos son enviados a dos especialistas de reconocido prestigio en el área de conocimiento, para que procedan a su evaluación. Una vez recibidos los conceptos de los pares académicos se toma una decisión conjunta con el Consejo Editorial que puede ser de aceptación con ajustes, de aceptación definitiva o de rechazo comunicándolo al autor o autores a través de correo electrónico o postal.

En caso de que la decisión del Consejo Editorial sea la de rechazo se remitirá el informe de los evaluadores junto con la decisión adoptada por el Consejo Editorial que fundamenta esta decisión.

Los manuscritos que sean considerados para publicación previa modificación, se notificarán con una propuesta concreta de modificación o con el informe de los evaluadores. Los autores dispondrán de un máximo de 2 semanas para comunicar a la secretaria de redacción su decisión en la modificación del mismo y en el plazo máximo de dos meses se comprometerán a entregar la versión revisada.

La revista se reserva el derecho de realizar revisiones de estilo que faciliten la claridad y la comprensión del texto.

Los factores donde se fundamenta la decisión sobre la aceptación o rechazo de los trabajos por parte de la redacción de la revista son los siguientes:

- La originalidad, novedad y actualidad del tema.
- Relevancia y aplicabilidad de los resultados.
- Calidad metodológica. Fiabilidad y validez
- Presentación, buena redacción, organización y coherencia lógica del texto.
- La inclusión en los manuscritos enviados de, al menos, una cita de artículos publicados en Cultura de los Cuidados.

EVALUATION CRITERIA AND SELECTION OF ARTICLES

“Cultura de los Cuidados” (The Culture of Care) Journal publishes articles in Spanish, Portuguese and English. Admission will be subject to a selection process in a first review by the Editorial Board to verify compliance with the requirements of the Journal, as stated in the instructions for authors. In the case these conditions are not met, the author or authors will be notified in order to make the necessary changes.

After accomplishment of topic classification and preservation of the anonymity of the paper, documents are submitted to two specialists of recognized prestige in the corresponding area of knowledge for evaluation. Once peer academic report is produced, decision is reached together with the Editorial Board to either accept with adjustments, final acceptance or rejection that will be notified to the author or authors by email or post.

Should the decision of the Editorial Board be to reject, the evaluators’ report will be sent together with the decision of the Editorial Board that substantiates this decision.

Manuscripts to be considered for publication after amendment shall be notified with a specific proposal for amendment or with the evaluators’ report. Authors will have a maximum of 2 weeks to inform the Assistant Managing Editor of their decision of amendment and the deadline for submitting the revised version is two months maximum.

The Journal reserves the right to make revisions in style to facilitate clarity and understanding of the text.

The factors which ground the decision on acceptance or rejection of papers by the Journal Editor are:

- Originality, novelty and contemporary issues.
- Relevance and applicability of the results
- Methodological quality, reliability and validity
- Presentation, good writing, organization and logical consistency of the text.
- The inclusion in manuscripts submitted to at least one citation of articles published in Culture Care.

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO E SELEÇÃO DE ARTIGOS

A Revista Cultura de los Cuidados publica artigos em Espanhol, Português e Inglês. O recebimento dos mesmos está sujeito a processo de seleção, em primeira revisão, pelo Conselho Editorial, no qual verifica-se o cumprimento dos requisitos próprios da Revista, descritos nas indicações aos autores. Em caso de cumprimento dessas condições, será notificado o autor ou autores para que realizem as mudanças oportunas.

Em seguida, depois da classificação temática e preservação do anonimato do manuscrito, os documentos serão enviados a dois especialistas de reconhecido prestígio na área de conhecimento, para que procedam à avaliação. Uma vez recebidos os conceitos dos dois pares acadêmicos, toma-se decisão conjunta com o Conselho Editorial, que pode ser de aceitação com ajustes, de aceitação definitiva ou de recusa, comunicando-se a decisão ao autor ou autores, por meio de correio eletrônico ou postal.

Se a decisão do Conselho Editorial for de recusa do artigo, será informado ao autor ou autores acerca dessa decisão adotada pelo referido Conselho, apresentando-se os fundamentos que a justificam.

Os manuscritos que forem aprovados para publicação, porém com prévia modificação, far-se-á notificação ao autor ou autores com uma proposta concreta de modificação e com informe dos avaliadores. Os autores disporão de no máximo 2 semanas para se comunicarem com a Secretaria de redação acerca da modificação proposta e no prazo máximo de dois meses se comprometerão a devolver a versão corrigida, caso tenham concordado com as correções.

A Revista reserva para si o direito de realizar revisões de estilo que facilitem a clareza e compreensão do texto.

Os fatores que fundamentam a decisão sobre a aceitação ou recusa dos trabalhos, por parte da redação da Revista são os seguintes:

- A originalidade, novidade e atualidade do tema;
- Relevância e aplicabilidade dos resultados;

- Qualidade metodológica, confiança e validade;
- Apresentação, boa redação, organização e coerência lógica do texto.
- A inclusão em manuscritos submetidos a pelo menos uma citação de artigos publicados nos Cuidados de Cultura.

Editorial

The Stars are Aligned: Nurses Must Exercise Their Voice

As estrelas estão alinhadas: As enfermeiras devem exercer a sua voz

Las Estrellas están alineadas: Las Enfermeras deben ejercer su Voz

Afaf I. Meleis

PhD, DrPS(hon), FAAN. Professor of Nursing and Sociology. University of Pennsylvania School of Nursing. Doctora Honoris Causa por la Universidad de Alicante (España).

Cómo citar esta editorial en edición digital: Meleis, A.I. (2015). The Stars are Aligned: Nurses Must Exercise Their Voice. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 19, 42.

Disponibile en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.01>

Correspondencia: Room 418 Fagin Hall. 418 Curie Blvd. Philadelphia, Pennsylvania 19104-4217

UNITED STATES

Correo electrónico: email: meleis@nursing.upenn.edu.

Editorial recibida por gentileza de la autora.



ABSTRACT

The author develops in this editorial a claiming discourse whose purpose is to draw attention to the nurses to make their voices heard at a particularly propitious time for it (the stars are aligned). Afaf Meleis describes the current situation as the ideal for the nursing profession, finally, exercise your voice and contribute to optimizer health care through greater presence of nursing in all areas related to health. Demographic, educational, social and health changes, increasingly require the presence of nurses to optimize the quality of care, especially self-care.

Keywords: Nurses, self-care, nurse voice, presence of nurses in health systems.

RESUMO

O autor desenvolve neste editorial discurso um vingativo cujo objetivo é chamar a atenção para os enfermeiros para fazer suas vozes ouvidas em um momento particularmente propício para isso (as estrelas estão alinhadas). Afaf Meleis descreve a situação atual como o ideal para a profissão de enfermagem, finalmente, exercer a sua voz e contribuir para o otimizador de cuidados de saúde através de uma maior presença de enfermagem em todas as áreas relacionadas com a saúde. ,, Mudanças sociais e demográficas de educação em saúde, cada vez mais exigem a presença de enfermeiros para otimizar a qualidade dos cuidados, especialmente auto-cuidado.

Palavras-chave: Enfermeiros, auto-cuidado, enfermeira de voz, presença de enfermeiros nos sistemas de saúde.

RESUMEN

La autora desarrolla en esta editorial un discurso reivindicativo cuyo propósito es llamar la atención a los profesionales de enfermería para que hagan oír sus voces en un momento espe-

cialmente propicio para ello (las estrellas están alineadas). Afaf Meleis describe la situación actual como la idónea para que el colectivo enfermero, por fin, ejercite su voz y contribuya a optimizar los cuidados de salud mediante una mayor presencia de la enfermería en todos los ámbitos relacionados con la salud. Los cambios demográficos, educativos, sociales y de salud, requieren cada vez más la presencia de las enfermeras para optimizar la calidad de los cuidados, especialmente de los autocuidados.

Palabras clave: Enfermeras, autocuidados, voz enfermera, presencia de enfermeras en sistemas de salud.

This is the best time for nurses to make an impact on health care policies that would empower us, and that could result in providing equitable, quality care. This is the best time for nurses to have a strong, meaningful voice in developing and in supporting policies that increase patient and family access to quality health care by promoting self-care, preventing diseases and championing wellbeing. Why do I think it is the best time? Here are some reasons.

Nursing education has come of age, joining other well-established disciplines that are offered in distinguished universities around the world. While there are some countries still lagging in offering nursing education at the university level, many countries have acknowledged the need for nurses to be well educated along side other health professionals. Providing nurses with university education prepares them to have an equal voice in a team of providers. Higher levels of nursing education also allow them the privilege of educational mobility that is based on knowledge. Educational mobility promotes career mobility and opportunities for leadership. Leadership po-

sitions enhance opportunities for nurses to affect health care policies which in turn could improve health care delivery, particularly for vulnerable and marginalized populations, a group that nurses have always cared for and about. Better education empowers nurses.

Scholarship in nursing is reflected in the development of research centers and research programs, the results of which have influenced countless policies. Examples include researching symptom management that resulted in modifying strategies for pain management; more effective nurse staffing patterns that resulted in reducing hospital morbidity and mortality and providing transitional care in hospitals and in nursing homes which resulted in better outcomes and less hospitalization; allowing family members to be present in emergency and in intensive care departments to support and advocate for patients; allowing the use of animals to promote healing in their owners; and regulating sedatives in children with acute care issues and supporting more appropriate levels of treatments. These are but a few examples of how nursing scholarship helps transform health care policies.

It is also the perfect time for nurses to make an impact because of major recommendations that resulted from national and international reports related to nursing and quality care. The fact that some countries saw to it to appoint task forces to study the nursing situation and to make recommendations for changes in nursing scope of practice, education and care reflect the acknowledgement of the value of nursing in national health care system priorities. Examples are the Future of Nursing Report for reform in U.S. nursing¹ and The Lancet Commission appointed in the United Kingdom to study nursing situations and to propose recommendations to improve nursing care and celebrate

higher education.² All the recommendations suggest better education for nurses and more support for scope of practice that is more congruent with nurses' abilities and capabilities.

Another indication that the stars are aligned is reflected in the recommendations advocated by the global Lancet Report, "Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world."³ This futuristic report was based on the study of existing educational models in nursing, medicine and in public health programs which were deemed to need updating and to make education more responsive to global health needs. The recommendations call for providing interprofessional education based on a framework of equity and justice, one that respects global advances in knowledge, local health priorities and uses innovative structures utilizing more futuristic teaching and learning modalities. The report recommends that educational models must benefit from more advanced technology and new models of communication, as well as making education more dynamic and flexible. Implementing these recommendations requires collaboration between ministries of health and education, private and public sectors, as well as requiring collaborative, innovative funding sources. Nurses who base their education models on health and wellness, on individualized care, on community based partnerships and on interdisciplinary roles, can co-lead in implementing these recommendations.

The nature of demographic changes and

health issues also places nurses in the forefront. Global migration and immigration patterns and the increase in aging populations have pointed to lifestyle changes that require self care and community based care. In many countries nurses have already been the home care nurses and the visiting nurses in communities. Nurses are already primed experts when it comes to many of the skills they have acquired as caregivers for lifestyle changes. They have created and implemented many innovative practice models for promotion of health and wellbeing which can be used by other health care team members. Nurses can lead the way, as they already have the experience in implementing, testing and evaluating these models of care. They have been proactive in representing the perceptions and the capabilities of populations' self-care abilities; hence they can influence the rest of health care teams.

University level education, research findings that translate to best evidence based practices, national and international credible reports that value nursing contributions and the many global policy recommendations for effective utilization of nursing capacities, as well as the many demographic and health care changes that require nursing expertise, all put nurses in the best possible positions to co-lead health care reform and to ensure the provision of equitable, quality care.

The stars are aligned for nurses to make a major difference. Now is the time for nurses to raise their voices, lead and impact the future of health care globally.

¹ IOM (Institute of Medicine). 2011. *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*. Washington, DC: The National Academies Press.

² Aiken L, Azam Ali P, Benton D, Buchan J, Cowman A, Fawcett T, Finnegan A, Girvin J, Hayter M, McKee M, McKenna H, McIntosh I, Macleod Clark J, Rafferty AM (2014). *The Lancet Commission on UK Nursing*.

³ Bhutta ZA, Chen L, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Frenk J, Garcia P, Horton R, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. (2010). *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*. The Lancet.

Fenomenología

Donde habita el olvido no hay rosas rojas

There, no red roses where the oblivion lives

Não há rosas vermelhas onde habita o esquecimento

Francisco Herrera-Rodríguez

¹Facultad de Enfermería y Fisioterapia (Universidad de Cádiz)

Cómo citar este relato en edición digital: Herrera-Rodríguez, F. (2015). Donde habita el olvido no hay rosas rojas. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 19, 42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.02>

*Correspondencia: Francisco Herrera-Rodríguez. Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Avda. Ana de Viya, 52. 11009-Cádiz. Correo electrónico: francisco.herrera@uca.es
Recibido: 11/04//2015; Aceptado: 10/06/2015*



ABSTRACT

In this brief story, the author plunges us in the least constant rhetoric from reality: its ephemeral nature and sometimes vacant. Francisco Herrera weaves a narrative whose theme is the fragility of memory; or what it is even more forceful and almost daunting: the strength of oblivion. A call to reflect on the

consequences in the life and death of human beings (the animal that walks upright with the fatuous pride its self-proclaimed status as rational), can have as much ability to oblivion.

Key-words: Forgetfulness, amnesia, ephemeral, historical memory.

RESUMO

Neste breve história, o autor mergulha-nos na retórica menos constante da realidade: a sua natureza efêmera e, por vezes vagos. Francisco Herrera tece uma narrativa cujo tema é a fragilidade da memória; ou o que é ainda mais forte e quase assustadora: a força do esquecimento. Uma chamada para refletir sobre as conseqüências na vida e morte de seres humanos (o animal que caminha ereto com o orgulho fátuo seu status auto-proclamado como racional), pode ter tanta capacidade de esquecimento.

Palavras-chave: esquecimento, amnésia, efêmera, memória histórica.

RESUMEN

En este tan brevísimo como intenso relato, su autor nos sumerge de lleno en la constante menos retórica de la realidad: su carácter efí-

mero y, a veces, baldío. Francisco Herrera teje una narración cuyo hilo conductor es la fragilidad de la memoria; o lo que es aún más contundente y casi desalentador: la fortaleza de la desmemoria. Una llamada a la reflexión sobre las consecuencias que, en la vida y en la muerte del ser humano (ese animal que camina erguido con el fatuo orgullo de su autoproclamada condición de racional), puede tener tanta capacidad de olvido.

Palabras clave: olvido, desmemoria, efímero, memoria histórica.

A veces llegan correos electrónicos que te cambian el día, eso fue lo que le sucedió a Ramiro Valle con el siguiente:

“Distinguido señor: sé que es usted un escudriñador de papeles varios y por eso me pregunto si podría ayudarme a encontrar datos de un joven estudiante de medicina que falleció en su ciudad en 1915, en archivo word le adjunto algunos datos sobre el particular. Le quedaría muy agradecido por su ayuda ya que me es imposible desplazarme personalmente a su ciudad. Un cordial saludo. Luis Tardón”.

Dicho y hecho, Ramiro se fue al Registro Civil esa misma mañana y revisó los libros de defunción correspondientes a ese año y en el mes de octubre encontró lo que buscaba: Francisco Salcedo Souza, natural de Casalmorta, había muerto de viruela a los 21 años de edad. Impresionado por el dato se marchó a la Biblioteca y pidió el tomo del Diario de 1915, con la esperanza de encontrar alguna noticia sobre una epidemia de viruela en esas fechas; pero muy pronto encontró algo más, un pequeño artículo anónimo en que se contaba la historia de un joven que había contraído

la enfermedad cuidando enfermos de viruela ingresados en el hospital. Sus compañeros de la Facultad de Medicina llevaron a hombros el ataúd hasta el cementerio y le dieron cristiana sepultura, y algunos de ellos escribieron una sentida necrológica que terminaba diciendo: “Tus amigos no te olvidan. Nunca faltará en tu tumba un ramo de rosas rojas”.

Ramiro Valle cerró rápidamente el grueso tomo del periódico e impetuosamente dirigió sus pasos hacia el cementerio porque quería ver el lugar donde estaban enterrados los restos de Francisco Salcedo Souza. Nada más llegar le proporcionó los datos que tenía al funcionario, que al principio se mostró reticente, pero que acabó abriendo el libro de enterramientos correspondiente y encontró lo que se le preguntaba; parsimoniosamente puso sus gafas de miope sobre la frente y dijo con lentitud pero con la seguridad de que allí a él no se le escapaba ni un solo muerto:

- ¡Pues aquí nicho no tiene;

- Entonces, ¿dónde está?

- En la fosa común.

- ¿Desde cuándo?

- Desde 1935, los derechos del nicho estaban caducados desde hacía algunos años, y claro se procedió en consecuencia.

- ¡Pero si dio su vida cuidando a los enfermos y no lo iban a olvidar, y sus amigos le iban a poner flores rojas en su tumba;

- Eso es lo que hay, señor, ¿quiere usted que le mire algo más?

- No, no...gracias.

Ramiro Valle no almorzó; el dichoso asunto no se le iba de la cabeza, se sentó delante del ordenador y escribió un correo al señor Luis Tardón para contarle lo que había sabido esa misma mañana, con esto seguro que había un resquicio de esperanza para que este investiga-

dor recobre la memoria y el valor de este joven aprendiz de médico. Así lo hizo, contándole todo con pelos y señales. Esa misma noche recibió noticias del señor Tardón:

“Distinguido señor: Le quedo muy agradecido por su interés, con los datos que me envía podré componer una nota de pie de página en la biografía que estoy realizando del padre de este joven, que fue un afamado hombre de negocios. En cuanto a lo que me cuenta de la fosa común creo que no lo voy a incluir, no quedaría bien, pero eso sí subrayaré la heroicidad del chico. Suyo afectísimo, queda a su entera disposición, Luis Tardón”.

Ramiro Valle durmió mal aquella noche pensando en que a ese joven antes de empezar la carrera de medicina lo tendrían que haber vacunado y así quizás habría vivido muchos años, y hasta habría salvado vidas como buen profesional de la medicina, y sobre todo él no habría recibido el maldito correo electrónico de ese insigne historiador local.

A Ramiro Valle le martilleaba en la cabeza el aforismo latino: ¡Sic transit gloria mundi! Y la idea de que allá donde habita el olvido no hay rosas rojas.



Un día en la unidad de hospitalización de psiquiatría

A day in the psychiatric inpatient unit

Um dia na unidade de internação psiquiátrica

Antonio Rafael Moreno Poyato¹, María Pilar Montesó Curto², Raquel Suárez Pérez³

¹Escola Superior Infermeria del Mar (ESIM-Adscrita UPF). Parc de Salut Mar de Barcelona

²Enfermera. Licenciada en Ciencias Políticas y Sociología. Doctora en Sociología. Profesora Facultad de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona.

³Enfermera Especialista en Enfermería de Salud Mental. Máster Universitario en Cuidados de Enfermería: Metodología y Aplicaciones. Enfermera unidad agudos de psiquiatría Hospital del Mar. INAD. Parc de Salut Mar de Barcelona. rc de Salut Mar de Barcelona.

Cómo citar este artículo en edición digital: Moreno Poyato, A.R., Montesó Curto, M^a P. y Suárez Pérez, R. (2015). Un día en la unidad de hospitalización de psiquiatría. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)* 19, 42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.03>

Correspondencia: Escola Superior Infermeria del Mar (ESIM-Adscrita UPF). Parc de Salut Mar de Barcelona. C/ Dr. Aiguader, 80 Despatx 61.317 08003-Barcelona.

Correo electrónico: armorenop@parcdesalutmar

Recibido: 10/01//2015; Aceptado: 10/06/2015



ABSTRACT

We present the story of what could be the experience of a hospitalized person in whatever psychiatric unit. The data are generated by non-participant observation and care experience of the authors. The protagonist person is involuntarily admitted in a psychiatric acute unit; he has received the diagnostic label of psychosis by the “system”. Through his eyes, the authors reflect about perceptions and experiences that happen him in relation to the daily workings of the hospital, and of course with the care received by nurses in the unit.

Keywords: mental health nursing, therapeutic relationship, quality of care, involuntary admission.

RESUMO

Nós apresentamos a história do que poderia ser a experiência de uma pessoa internada em qualquer unidade psiquiátrica. Os dados são gerados pela observação não participante e experiência de cuidado dos autores. A pessoa protagonista é involuntariamente internado em uma unidade psiquiátrica aguda; ele recebeu o rótulo diagnóstico de psicose pelo “sistema”. Através de seus olhos, os autores refletem sobre as percepções e experiências que lhe suceder em relação aos trabalhos diários do hospital, e, claro, com o cuidado recebido por enfermeiras da unidade.

Palavras-Chave: enfermagem de saúde mental, relação terapêutica, qualidade dos cuidados admissão involuntária.

RESUMEN

Se presenta el relato de la que podría ser la experiencia vivida por una persona hospitalizada en una unidad de psiquiatría cualquiera. Los datos se generan mediante la observación no participante, entrevistas informales y la propia experiencia asistencial de los autores.

La persona protagonista está hospitalizada de forma involuntaria en una unidad de agudos de psiquiatría, ha recibido del “sistema” la etiqueta diagnóstica de psicosis. A través de su mirada, los autores reflexionan en torno a las percepciones y vivencias que le acontecen en relación con el devenir cotidiano del hospital, y por supuesto con el cuidado recibido por las enfermeras de la unidad.

Palabras clave: enfermería de salud mental; relación terapéutica; calidad de cuidados; hospitalización involuntaria

El despertar

Abro los ojos y miro a mi alrededor.son las siete y cuarto de la mañana y estoy en la misma habitación que ayer. Se trata de una habitación de unos quince metros cuadrados con dos camas, dos mesitas de noche y dos armarios cerrados con llave, además hay un baño con ducha. Posee un amplio ventanal con vistas excelentes, pero lo cambiaría todo por no estar aquí. Efectivamente, sigo encerrado en la sala de psiquiatría, y ya van dos días.

Apenas a cincuenta centímetros de mi cama duerme otra persona que hasta hace escasas doce horas era totalmente desconocida para mí. Aún no me atrevo a decirle nada, me da miedo, respeto. Ayer gritó a las enfermeras de la tarde, por la noche empujó a una señora y lo tuvieron que atar. Sin hacer mucho ruido me acerco al baño e intento dirigirme hacia el pasillo de la unidad. Mi habitación es la primera de las doce habitaciones dobles a derecha y cinco más a izquierda que cuento. Justo detrás tengo la puerta de salida al vestíbulo de los ascensores, esa puerta está cerrada (como todas aquí), y para mí es la puerta de la libertad. Por allí entran y salen las enfermeras, los médicos, las familias que acuden de visita en

la tarde; pero sobre todo, por allí salen quienes recuperan su libertad, por allí es por donde quiero salir lo antes posible....Al final del pasillo intuyo la presencia de dos internos que ya están despiertos, se dirigen a una sala común donde hay mesas, una televisión y sillones. Es la única sala de estar de la unidad, donde paso casi todo el día, a excepción de los breves espacios en que me permiten estar en la habitación. Avanzo por el pasillo y en la mitad del mismo encuentro la enfermería; como ya son las siete y media, están reunidos el turno de la mañana y de la noche; cuento casi diez personas dentro del control. Las enfermeras de la mañana están muy atentas a lo que explica la enfermera de la noche, que parece que tiene bastantes ganas de irse (yo también). Si me acerco un poco a la cristalera que impide el paso al interior de la enfermería, podría escuchar lo que están diciendo, pero la verdad es que no me apetece. Además, de frente vienen los otros dos pacientes que estaban despiertos, se dirigen hacia el control y en apenas un segundo ya están picando en la puerta de la cristalera. Una enfermera de la noche les dice que se esperen, pero ellos siguen picando. La verdad es que prefiero seguir hasta el comedor y sentarme en un sillón a ver como amanece sobre el mar. Las vistas desde el comedor, en la octava planta del edificio, son espectaculares, y a esta hora de la mañana la mayoría de enfermos todavía duermen, y la sala respira cierta tranquilidad.

Quince minutos después, se oye salir al equipo de la noche por la “puerta de la libertad”. Ahora, el volumen de voz en la enfermería es más elevado, el turno de la mañana sigue reunido y supongo que están planificando la jornada. Después, preguntaré a las enfermeras si saben si hoy me visitará el médico, quiero preguntarle si hoy me voy de alta, no entiendo por qué todavía estoy aquí.

Los otros

Poco a poco, el comedor se va llenando de pacientes, a mi eso me incomoda, me siento observado, a veces tengo miedo. Sinceramente no sé por qué deben estar aquí, pero su aspecto me hace pensar que muchos de ellos sí que están locos; parecen descuidados, algo sucios, su mirada está perdida, da la sensación que estén en otro mundo. En ocasiones, hacen gestos y gritan sin que les haya pasado nada. Sin embargo, otras veces les veo hablar con toda normalidad. No entiendo nada, pero siento miedo. En cambio, hay otro tipo de personas que parecen completamente normales. Hay una chica, muy joven, que es muy cariñosa. Alguna vez se ha sentado a mi lado y me toca y me acaricia. Por un lado, me acompaña y me hace sentir bien, pero por otro me incomoda y tengo la sensación de que quiera algo de mí. No sé, no me atrevo a decirle nada, tiene mucho genio. Ella siempre está hablando con todos y parece que quiera ayudar. Sorprendentemente, con la mayoría de enfermeras no se lleva bien, la he visto enfrentarse más de una vez, incluso creo que un día terminó atada en la cama. También debo decir, que existe otro grupo de personas que se encuentran francamente tristes, realmente están muy deprimidos. Están siempre sentados en el mismo lugar, no se mueven en todo el día si las enfermeras o la familia no les estimulan de alguna manera. Su cara no refleja ninguna expresión, hacen todo muy lentamente, apenas comen. Aún así, percibo gran sufrimiento y angustia en ellos.

Las enfermeras

Por fin salen algunas enfermeras del control, acuden al comedor y con una voz dulce y agradable nos dan los buenos días (cómo se agradece la amabilidad en un lugar como éste). Muchos de los enfermos las siguen has-

ta una habitación donde guardan la lencería y otros objetos de aseo, para pedirles toallas para ducharse, cuchillas para afeitarse o colonia. Mientras tanto, otras enfermeras están dentro del control preparando medicación, éstas parecen tener un rango mayor, cuando hablan a las otras intuyo cierta jerarquía. Como supongo que mi compañero de habitación debe estar todavía durmiendo, creo que aprovecharé para pedir toallas y ducharme. En la cola del ropero somos más de seis personas, varios piden cosas a la vez y de forma exigente, la enfermera pacientemente responde a unos y a otros. Ya me toca a mí; le pido las toallas y le pregunto por el médico. Su respuesta ya no me parece tan cordial y paciente como a los anteriores, me dice que le pregunte a mi enfermera de referencia que está en el control. Como parece que no sabe o no quiere decirme nada, prefiero ir a la enfermería. La verdad es que no sé realmente quién es mi enfermera de referencia, me dirigiré a cualquiera de las que hay. Llamo a la puerta del control y sale una de las enfermeras, le explico que quiero saber si hoy me iré de alta. Ella llama a otra enfermera que hay en el otro lado de la enfermería, le pregunta si ella me lleva a mí, y esta asiente con la cabeza y dice que ya viene. Cuando llega me pregunta que qué quiero, le explico que quiero saber si hoy me voy de alta. Me dice que luego posiblemente suba el médico, y que él ya me dirá, pero yo me quedo con la sensación de que me oculta algo, ella seguramente sabe más de lo que ha dicho. Mejor voy a ducharme...

El desayuno

Hacia las ocho y media llega el carro con los desayunos, las enfermeras avisan a todos los pacientes para que vayan y se sienten en las mesas de la sala común. En apenas cinco minutos, estamos treinta pacientes sentados

esperando a que las enfermeras nos traigan las bandejas con el desayuno. El sol ya está más alto e incide por los ventanales de forma directa e incluso molesta, una señora grita enfadada que ella es el sol, el puto sol. Mientras tanto, unos hablan con otros sin hacerle caso y con mayor entusiasmo que en la cena de anoche, supongo que como todavía no han tomado medicación hoy... Cuando han servido los desayunos el silencio se apodera de la sala, todo el mundo se concentra en la comida, unos para devorarla y otros parece que no la quieren ni probar. De repente, la señora que gritaba antes discute con su compañero respecto al pan, se enfada mucho, le grita y se levanta con la intención de irse. Rápidamente las enfermeras acuden y la llaman al orden con respeto, ella obedece. Seguidamente, llegan las otras enfermeras, cada una lleva una bandeja con vasitos con el nombre de cada uno de los pacientes, en ellos va la medicación. Las enfermeras se van desplazando entre las mesas y van buscando a sus pacientes. Una vez están a su lado, sin apenas preguntar (supongo que los conocen), se acercan y vuelcan el vaso dejando caer las pastillas sobre la mano del enfermo. Justo en este momento, se me aproxima la enfermera con la que hablé antes y me pide que ponga la mano para volcar el contenido del vaso, observo que hay una pastilla amarilla y otra blanca, la amarilla es como la que tomé anoche pero la blanca es nueva. Le pregunto que si esa pastilla es para mí, qué es y para qué sirve. Ella me contesta que es para tranquilizarme, que me la tengo que tomar y que luego le pregunte al médico. Vuelvo a tener la sensación de que me oculta información. Mientras tanto, a mi lado una señora mayor le dice a su enfermera que ayer tuvo diarreas y que prefiere no tomar el laxante, la enfermera no se lo da. Al otro lado de la mesa, la señora que estaba enfadada afir-

ma irónicamente: ¡aquí no somos dueños de nuestras vidas....!

El devenir de la mañana

Han terminado los desayunos, espero que suba pronto el médico. Encuentro abierta la puerta de mi habitación; Allí están dos enfermeras hablando con mi compañero de habitación, que todavía está atado. Una le dice que qué necesidad tiene de estar así, que no empuje a nadie. Él le contesta enfadado que la culpa fue de la gitana. Una enfermera parece que manda más que la otra; ésa que manda más, le explica a mi compañero cómo van a ir las cosas; le pregunta si quiere volver a casa pronto, que si eso es así que debe tomar la medicación, le da las pastillas y después se va, la otra se queda en la habitación y le pregunta si prefiere que le desate una mano para desayunar solo. Mi compañero parece algo más relajado... pero prefiero no entrar en este momento a la habitación y me voy.

Las horas en la unidad pasan lentas, sentado en la sala común tengo un ojo puesto en la playa y otro en la puerta de la sala, confío en que venga pronto el médico. De pronto veo que mi compañero está suelto, parece tranquilo y viene hacia la sala. Quizás es un buen momento para ir a la habitación. Allí me encuentro a las enfermeras haciendo las camas, me saludan cordialmente, parecen otras distintas a las que estaban dando la medicación y el desayuno antes. Verlas así me hace sentir bien. Aprovecho para preguntarles por el médico, me dicen que pregunte a mi enfermera, pero dicen que hoy no creen que venga ya que hay una jornada importante en el hospital. De todas formas, me preguntan que qué necesito, yo les explico que no entiendo por qué estoy aquí y que quiero irme de alta. Ante esto me dicen que ellas se lo dirán a mi enfermera. Más tarde

me busca la enfermera, se sienta a mi lado en la cama y me pregunta cómo estoy. Le explico lo que quiero y cómo me siento. Ella me dice que el médico no vendrá hoy, pero que aunque viniera seguramente no me daría el alta, ella cree que llevo poco tiempo y que todavía no estoy bien, no estoy en condiciones para poder irme. La verdad es que no entiendo el motivo, pero no tengo más remedio que aceptarlo.

En la sala común está la señora que antes estaba enfadada dibujando y pintando. La veo relajada y concentrada, lo hace muy bien, hace unos dibujos formidables. En un lado del comedor hay una estantería donde se guarda material de papelería y juegos, supongo que se puede coger y usar libremente. La chica joven me dijo que hace tiempo había una persona del equipo que se encargaba de hacer actividades con los pacientes, dice que era muy entretenido y que era un espacio de trabajo conjunto entre pacientes y enfermeras. Otros pacientes están viendo la tele, parece que la miran pero no estoy seguro de que entiendan lo que están viendo. De vez en cuando pasa por allí alguna enfermera o auxiliar y nos pregunta que cómo estamos y le dan agua a las personas mayores. Me han dicho que las enfermeras están divididas en dos niveles; las que dan la medicación y mandan más son las enfermeras y las que nos dan las toallas y hacen las camas son las auxiliares. La verdad es que para mí todas son iguales, unas más simpáticas y atentas y otras menos.

Una enfermera va gritando por el pasillo que es la hora de comer, parece que ya ha llegado el carro de las comidas. Ahora se repite el procedimiento del desayuno, todos nos sentamos en las mesas y ellas nos traen las bandejas, pregonando previamente nuestro nombre. Esta vez, está también mi compañero de habitación. Es curioso, pero a pesar de que co-

memos mucha gente junta, apenas hay diálogo ni conversación, salvo el de las enfermeras haciendo alguna indicación a algún paciente, la verdad es que a mí no me apetece nada hablar con nadie. A medida que vamos terminando, llevamos la bandeja al carro y nos dirigimos a nuestra habitación, es el momento de la siesta.

Esperando la familia se apaga la tarde

Abro los ojos y miro a mi alrededor, son las dos y media de la tarde, estoy en la misma habitación que esta mañana. Está claro que hoy tampoco poco podré irme. Observo que mi compañero no está en la habitación. Apenas he dormido una hora, pero me siento con más energía, la medicación no me tiene tan atontado. Salgo de la habitación y me asomo al pasillo, el resto de enfermos van arriba y abajo, parecen leones enjaulados. Mientras tanto, en el control de enfermería están reunidos los turnos de mañana y de tarde, son cerca de diez personas, se oye mucho jaleo, varias enfermeras hablan a la vez, discuten, creo que hablan de mi compañero de habitación.

A las cuatro de la tarde empiezan las visitas familiares, por supuesto, la tarde se hace más amena si recibes visita de la familia, si no se puede hacer eterna, no hay nada que hacer. En cualquier caso, hasta las cuatro intento ver un rato la televisión en la sala común, pero a veces me cuesta concentrarme por lo que prefiero pasear por el pasillo. Las auxiliares de la tarde salen a saludarnos, son jóvenes y parecen más cercanas en el trato. Las enfermeras, mientras tanto supongo que preparan la medicación de la tarde, porque al rato salen con las mismas bandejas del desayuno, y creo que con los mismos vasitos con nuestros nombres. Van buscando a los pacientes, y allí donde estén les dan las pastillas. Mi enfermera se ha cruzado conmigo en el pasillo, me ha

saludado, me ha preguntado cómo estaba y me ha puesto la pastilla en la mano, es la amarilla de siempre, ¿cuál sería la blanca de esta mañana?... mientras pienso en eso, la enfermera me anima a que tome la medicación. Noto cierta prisa en terminar, pero me lo dice con un tono de humor que hace que no me lo tome a mal. Casi no he tragado la pastilla que veo que ya le está dando la medicación a otro paciente que va por el pasillo...

De repente, todas las enfermeras empiezan a correr por la unidad. Según puedo escuchar hay un ingreso. Parece que no han avisado desde urgencias. Las caras de las enfermeras han cambiado, ya no están tan relajadas y sonrientes como antes. Denotan cierta inquietud y tensión. Yo siento temor. Una paciente empieza a gritar en el pasillo, dice que necesita un cigarrillo, parece estar muy desesperada. Una enfermera va junto a ella y trata de explicarle que no se puede fumar, que se le puede dar algo de medicación para que se relaje, en principio la mujer dice que lo intentará pero su cara refleja estar mal. En ese momento, aparece el celador con una camilla, y en ella una persona tapada hasta arriba. Rápidamente las auxiliares corren por el pasillo y acompañan al celador a la habitación donde alojarán a la persona que ingresa. Una de las enfermeras también se dirige a la habitación con atadores en las manos. La paciente que quería fumar sigue muy nerviosa y se dirige hacia la puerta de entrada y salida, una de las enfermeras se va hacia ella para intervenir, pero parece que está con un ojo en ella y el otro en la habitación del ingreso, de hecho está la puerta de la habitación abierta, y mientras ve a sus compañeras interviene con esta paciente. Le indica que no pase en dirección hacia la puerta de salida. Le dice que ya se escapó el otro día. La mujer no parece entenderlo y se pone cada vez más

nerviosa. Los demás vemos la escena desde la distancia, la verdad es que no sabemos cómo va a terminar, yo estoy algo asustado. Finalmente, la enfermera decide darle medicación a esta paciente y se la lleva del lugar del ingreso. La acompaña y parece que progresivamente se va tranquilizando. Al rato salen el resto de personas del equipo de la habitación y se van a la enfermería, vuelven a estar más relajadas. La calma vuelve paulatinamente a la sala.

Menos mal que ha venido mi madre a verme, le pido que me saque de aquí. Le insisto que a mí no me pasa nada y que ella puede pedir el alta por mí. Le explico que las pastillas me están atontando, que no soy el mismo. Ella me dice que no puede hacer nada, que debe ser el médico, pero creo que no me entiende y que no hace lo suficiente por ayudarme. Ha llegado la hora de marcharse, la acompaño. Al pasar a la altura de la enfermería, aprovecha que ésta está abierta para preguntarle a la enfermera si mañana podrá hablar con el médico. La enfermera, desde unos tres metros de distancia y sin levantarse de la silla, le responde que no lo sabe, que llame por teléfono por la mañana.

Es la hora de cenar y ya estamos todos otra vez sentados en las mesas del comedor, pero a pesar del número de personas que estamos allí, el sentimiento de soledad vuelve a apoderarse de mí. Me siento extraño y obligado a estar en un lugar insólito. Apenas ceno. El sueño me invade y creo que es mejor ir a la cama.

La noche

Apenas tengo la sensación de haber caído dormido, que acude una enfermera a mi habitación vociferando que hay que ir a tomar la medicación. Miro el reloj, son las diez y media de la noche, mi sensación de rareza ahora es aún mayor. Me noto tenso, me cuesta pensar. La enfermera me vuelve a recordar que debo ir

al comedor a tomar la medicación. Por el pasillo todos nos dirigimos hacia el fondo, donde se forma una cola y nos ofrecen comida, bebida, y cómo no también otra vez la dichosa medicación. Cuando llega mi turno veo que vuelve a estar la pastilla blanca. Esta vez me niego a tomarla y le digo a la enfermera que me explique qué es. Ella me dice que después lo hablamos, que termina con el resto de pacientes y me atiende. Una vez ha terminado de dar la medicación a toda la cola, me llama por mi nombre y se sienta a mi lado. Me pregunta si no la había tomado ya antes y al responderle que no, me dice que va a mirar mi historia clínica y que luego viene y me dice. Al rato acude y me informa que la he empezado a tomar esta

mañana, que se trata de una medicación que pautó el médico en el día de ayer tras la visita, y que sirve para estabilizar el ánimo. Al menos ya sé para qué sirve. Espero poder conciliar de nuevo el sueño...

Alguien susurra a mi lado, es la enfermera de anoche. Me da los buenos días y me explica que debe hacer una extracción de sangre para una analítica, no me gustan las agujas pero confío en ella.

De nuevo abro los ojos y miro a mi alrededor. Ya no puedo conciliar el sueño, son las siete de la mañana de mi tercer día en la unidad de psiquiatría. Hoy espero saber algo más sobre lo que me está pasando...



Insuficiencia renal crónica: cuando se pierde la autonomía

Chronic renal failure: when the autonomy is lost

Insuficiência renal crônica: quando o intervalo é perdido

Raquel Alba Martín

DUE Especialista en Salud Mental. USM Hospital Reina Sofía (Córdoba)

Cómo citar este artículo en edición digital: Alba Martín, R. (2015). Insuficiencia renal crónica: cuando se pierde la autonomía. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 19, 42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.04>>

Correspondencia: Calle Hermano Bonifacio, 3. 14520-Fernán Núñez (Córdoba)

Correo electrónico: raquelalbamartin@satse.es

Recibido: 12/01//2015; Aceptado: 10/06/2015



ABSTRACT

Introduction: The IRC is one of the most common causes of healthcare related not only to the patient's physical health but also psychological level.

Objective: to explore the experiences and feelings experienced by a patient with CKD.

Methodology: includes a single participant using convenience sampling. Data by patient history and an in depth interview with open questions were collected for 45 minutes. Consultation took place in nursing; after informing the confidentiality of your personal data, and the possibility of abandonment at any time. The conversation was recorded and transcribed in full by the same person, performing notes on the observations noted in a field notebook. Af-

ter reading the transcript of the data showed the reporting compliance, and performing the verification thereof. For analysis of the content of the analytical sequence Taylor-Bogdan adapted continued. Findings: Through repeated readings of the text a list of themes, ideas, concepts and propositions that allowed to define the categories of study was drawn.

Conclusions: The discourse of our patient shows the memory of their disease at 64, debuting with big changes in their life and great concern and anxiety about the future situation.

Keywords: nephrological nursing; perception of disease; chronic renal failure; integral health care; patient safety.

RESUMO

Introdução: O IRC é uma das causas mais comuns de saúde relacionados, não só para a saúde física do paciente, mas também a nível psicossocial.

O objetivo deste estudo é explorar as experiências e sentimentos vivenciados por um paciente com doença renal crônica.

Metodologia: Inclui um único participante por amostra de conveniência. Foram coletados dados de histórico do paciente e uma entrevista em profundidade com perguntas abertas para 45 minutos. Realizou-se na consulta de enfer-

magem; depois de informar a confidencialidade dos seus dados pessoais, bem como a possibilidade de abandono a qualquer momento. A conversa foi gravada e transcrita na íntegra pela mesma pessoa, fazendo anotações em observações se destacar em um caderno de campo. Depois de ler a transcrição dos dados mostrou a relatórios de conformidad, também realizada a verificação dos mesmos. Para a análise do conteúdo da sequência analítica Taylor-Bogdan adaptado continuou. Resultados: Por repetidas lecturas do texto uma lista de tópicos, idéias, conceitos e proposições que permitiram definir as categorías de estudio foi desenhado.

Conclusões: O discurso do nosso paciente mostra a memória de sua doença em 64, que estréia com grandes mudanças em sua vida e de grande preocupação e ansiedade sobre a situação futura.

Palavras-chave: enfermagem em nefrologia. percepção de doença. irc. atenção integral à saúde. segurança do paciente.

RESUMEN

Introducción: La IRC es una de las causas más frecuentes de atención sanitaria relacionada no sólo con la salud física del paciente sino también a nivel psicosocial.

El objetivo del presente estudio es explorar las vivencias y sentimientos que experimenta un paciente con Insuficiencia Renal Crónica.

Metodología: Se incluye a un solo participante mediante muestreo por conveniencia. Se recolectaron los datos mediante la historia clínica del paciente y una entrevista en profundidad con preguntas abiertas durante 45 minutos. Tuvo lugar en la consulta de enfermería; tras informarle de la confidencialidad de sus datos personales, y de la posibilidad de abandono en cualquier momento. La conversación fue grabada íntegramente y transcrita

por la misma persona, realizándose apuntes sobre las observaciones a destacar en un cuaderno de campo. Después de leer la transcripción de los datos la informante mostró su conformidad, realizándose así la verificación de los mismos. Para el análisis del contenido se siguió la secuencia analítica adaptada de Taylor-Bogdan. Resultados: Mediante lecturas repetidas del texto se confeccionó una lista con los temas, ideas, conceptos y proposiciones que permitieron definir las categorías de estudio.

Conclusiones: El discurso de nuestro paciente muestra el recuerdo de la evolución de su enfermedad a sus 64 años, que debuta con grandes cambios en su situación vital y gran preocupación por el futuro e inquietud.

Palabras clave: enfermería nefrológica. percepción de enfermedad. irc. atención integral de salud. seguridad del paciente.

INTRODUCCIÓN

El bienestar psicológico, las vivencias y pensamientos de pacientes con enfermedad crónica es lo que ha motivado mi interés por realizar este estudio, a alguien con una interesante historia para ser leída, desde el punto de vista de la profesional que escribe.

Estoy hablando de un gran educador que vio mermada su carrera profesional por una Insuficiencia Renal Crónica (Miguel, Rodríguez, Ruiz, Cardera, Huertas y Morales, 1991). Una persona con un estilo de vida saludable e inigualable se enfrenta a una década de sufrimiento por una enfermedad hereditaria que “da la cara” a sus 49 años.

Todo empezó tras sufrir una lipotimia en sus clases de educación física, además de sintomatología inespecífica y de difícil diagnóstico tal como ruborización, aumento de tensión ar-

terial puntual, caídas tras los desmayos y fatiga frecuente.

Atemorizado y absorto ante la incertidumbre de no saber qué le ocurría, los servicios de urgencias deciden derivarlo al hospital para la realización de las pruebas diagnósticas correspondientes, sin suerte de detectar motivo alguno de enfermedad.

Llegado el otoño, su malestar se acrecienta y se decide su ingreso en un hospital privado para una segunda opinión médica. Tras meses interminables, según relata nuestro informante, y múltiples pruebas complementarias alteradas sin diagnóstico certero, el cirujano responsable decide realizarle una nefrectomía parcial (extirpación de riñón) por sospecha de tumoración maligna principalmente en el riñón derecho.

Dura intervención quirúrgica cuando los demorados resultados de anatomía patológica muestran la benignidad de las tumoraciones días después. Pero ya estaba hecho. El riñón extraído y su organismo incapaz de funcionar normalmente con uno solo...

Este relato motivó mi necesidad de profundizar en el tema en cuestión y tras una revisión bibliográfica exhaustiva de vivencias de enfermedad renal crónica, decidí embarcarme en conocer cómo se sienten y/o afrontan la enfermedad aquellas personas que obligatoriamente tienen que prejubilizarse por incapacidad total, cuando disfrutaban vocacionalmente de su trabajo. Me impresionó escuchar su agradecimiento a los profesionales que lo han atendido, a pesar del error médico que condicionó su insuficiencia renal, cuando su padecimiento era una enfermedad poliquística. El hecho de afrontarla positivamente y esa perseverancia por mantenerse con vida.

Por todo ello y después de años de lucha en diálisis, visité a nuestro protagonista y le pedí,

previo consentimiento, que me escribiera en un diario sus recuerdos y vivencias, con todo detalle posible, desde el inicio de la enfermedad.

Posteriormente, sería leído por él para su grabación, análisis del contenido y transcripción integral. (Amezcuea y Hueso, 2004; Taylor y Bogdan, 2008). El resultado de dicha narración, con la limitación de su temblor residual en las manos, queridos lectores, es el del "Rol de un buen paciente" y se muestra a continuación fragmentada en categorías temáticas.

BIBLIOGRAFÍA

- Amezcua M. y Hueso C. (2004). Cómo elaborar un relato biográfico. Arch Memoria (Revista digital) Disponible en: <http://www.indexf.com/memoria/metodologia.php> [Última consulta el 26 de enero de 2015]
- Miguez, M.C., Rodríguez, L., Ruiz, P., Cardera, M., Huertas, M.C., Morales y O.I. (1991). Estudio de ansiedad y depresión en pacientes urológicos. Asociación Española de ATS en Urología. Congreso XIII. 1990, 40:69-70, Burgos.
- Porter, M. (2000). Manual para Excelencia en la Investigación mediante Grupos Focales. Academia para el Desarrollo Educativo. Washington D.C: Healthcom.
- Taylor, S.J. y Bogdan R. (2008). Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Barcelona: Ed. Paidós Ibérica.
- Vela, A. (2009). Fundamentos y metodología de la Investigación Cualitativa. Guía Académica, III Edición, Arequipa; Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos87/fundamentos-y-metodologia-investigacion-cualitativa/fundamentos-y-metodologia-investigacion-cualitativa2.shtml> [Última consulta el 26 de enero de 2015]

RELATO BIOGRÁFICO

LA ENFERMEDAD- INTERVENCIÓN

Al despertar, sientes que el funcionamiento del cuerpo es normal. No hay nada extraño salvo dolores, herida, etc. Posteriormente, in-

tentas comprobar cómo está la bolsa de orina. Satisfacción grande al observar líquido en la misma: El riñón está funcionando. [Sonríe]. Cuando se está enfermo, se siente la necesidad de otras personas. Hay una dependencia a gran escala de esas personas [...].

PENSAMIENTOS Y VIVENCIAS

A partir de ahí, tus pensamientos se dirigen a conseguir realizar lo que los profesionales te ordenan. Tu vida va encaminada a protegerte: La medicación a su hora, vida tranquila, revisiones, alimentación y ejercicio. [Suspira].

Comparas tu vida con la anterior y notas la gran diferencia del estado físico de tu cuerpo. Hasta llegas a sentirte mucho mejor que antes. Poco a poco consigues olvidar el trasplante que no llega, se hace rutinaria la medicación. Sólo vuelves a preocuparte cuando llega la revisión. Si el médico te dice: “todo está bien”, vuelves a perder el miedo que llevas. De esta manera notas que tu ánimo paralelamente se siente más optimista.

LOS PROFESIONALES

Los profesionales que buscan la forma de atenderte de la mejor manera, de hacerte pasajera y agradable esa enfermedad. Y más, cuando esa enfermedad es crónica y necesitas diariamente de sus servicios.

LA FAMILIA

Los familiares que siempre encuentran la forma de hacerte la vida más placentera y llevadera. Te animan, te prestan sus tiempos con abnegación, vigilan tus estados de ánimo y velan los momentos físicos más dolorosos [...].

SU JUBILACIÓN Y EL DESEADO TRASPLANTE

He leído que esta semana ha habido en el Hospital Reina Sofía bastantes trasplantes por

varias donaciones. Me llamaron el martes durante la diálisis y ví el trasplante más cerca. Le das a la cabeza informaciones constantes de tu estado de ánimo y de cómo será la vida después de ese trasplante. Piensas el cambio tan grande que experimentará tu vida, sobre todo la dependencia que hay de otras personas y el sacrificio que llevan por atenderte. Buscas la manera de organizar la nueva etapa que se presenta en tu vida y el modo de agradecer el bien que está recibiendo tu cuerpo por la solidaridad de otras personas.

REFLEXIONES FINALES

Por todo ello, siempre se debe agradecer el esfuerzo y la práctica que cumplen todos ellos en el discurrir de tu enfermedad.

Hay que comprender sus pequeños fallos en la tarea diaria, pues son más por el celo que ponen en ello que por fallo en sí. Muchas veces eso ocurre por cansancio, por querer acumular tareas que deben ser hechas más espacientemente.

Felicitemos el trabajo y dedicación que estas personas realizan por la pronta recuperación de la enfermedad del paciente y adquiera una forma más optimista en su devenir, convirtiéndola en una “enfermedad saludable”.

Me gustaría terminar mi relato con una cita del Concilio Vaticano II que siempre tengo presente: *“La dignidad humana requiere que el hombre actúe siempre según su conciencia y libre elección. Los cristianos deben tener conciencia de ello y combatirlo con máxima energía”*.

Análisis del concepto de Autotrascendencia. Importancia en el cuidado de enfermería al adulto mayor

Self transcendence concept analysis. Importance in
nursing care for the elderly

Análise do conceito de Autotrascendência. Importância no cuidado de enfermagem para os idosos

Raúl Fernando Guerrero Castañeda¹, M^a.Guadalupe Ojeda Vargas²

¹Estudiante de Doctorado en Ciencias de Enfermería, Universidad de Guanajuato, Campus Celaya-Salvatierra, Guanajuato, México

²Rectora del campus Celaya-Salvatierra de la Universidad de Guanajuato.

Cómo citar este artículo en edición digital: Guerrero Castañeda, R.F. y Ojeda Vargas, M.G. (2015). Análisis del concepto de Autotrascendencia. Importancia en el cuidado de enfermería al adulto mayor. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 19, 42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.05>

Correspondencia: Calle Armonía 110, Fracc. La Paz. Rincón de Romos, Aguascalientes, México C.P. 20404

Correo electrónico: ferxtom@hotmail.com

Recibido: 14/02/2015; Aceptado: 11/06/2015



ABSTRACT

Introduction: The Self-Transcendence is a connection with the being, an advance in optimizing of the human realization, on deeper contexts: the spiritual.

Objective: Analyze the concept of “self-transcendence” and propose their use in nursing care for the elderly.

Material and methods: It was analyzed the concept of “Self-transcendence” (method from Walker & Avant). Identification of conceptual elements, review of literature and conceptual proposal; Descriptors: “Self-transcendence” “Nursing” (Spanish, English, Portuguese).

Results: Conceptual elements: Capacity

of human being, Go beyond self, Expand personal bounds, Spiritual path, Giving meaning to life, connection with self, others, the environment, connection with the spirit of the universe, Find meanings of own existence. Conceptual proposal: “It is the ability of the human being to go beyond the self and consequently expand the personal bounds by a spiritual path to give meaning to life and that links to a connection with self, others, the environment and the spirit of the universe; as a meaning of existence itself”.

Conclusions: Self-Transcendence is a complex phenomenon that varies from specific situations, like entering in process of improvement and personal aspirations; and complex as mourning or death.

Keywords: Self-transcendence, nursing, elderly, aging, concept.

RESUMO

Introdução: A Auto transcendência é uma conexão com o ser, um avanço na otimização do desempenho humano, em contextos mais profunda: a espiritual.

Objetivo: Analisar o conceito de “Auto

transcendência” e propor a sua utilização em cuidados de enfermagem para os idosos.

Material e métodos: Foi analisado o conceito de “Auto transcendência” (método de Walker & Avant). Identificação de elementos conceituais, revisão de literatura e proposta conceitual; Descritores: “autotranscendência” “enfermagem” (Espanhol, Inglês, Português).

Resultados: Elementos conceituais: Capacidade do homem, vai além de si mesmo, os limites pessoais maiores, caminho espiritual, dar sentido à vida, conexão com o eu, os outros, o ambiente, a conexão com o espírito do universo, descobrir significados de própria existência. Proposta conceitual: “É a capacidade do ser humano de ir além de si mesmo e o efeito de alargar os limites pessoais por um caminho espiritual para dar sentido à vida e que a ligação a uma conexão com o eu, os outros, o ambiente e o espírito do universo; como um sentido da própria existência”.

Conclusões: Autotranscendência é um fenômeno complexo que varia de situações específicas, como entrar melhoria de processos e aspirações pessoais; e complexo como o sofrimento ou a morte.

Palavras-chave: Autotranscendência, enfermagem, idoso, envelhecimento, conceito.

RESUMEN

Introducción: La autotranscendencia es una conexión con el ser, un avance en la optimización de la realización humana, en contextos profundos: el espiritual.

Objetivo: Analizar el concepto “autotranscendencia” y proponer su uso en el cuidado de enfermería al adulto mayor.

Material y métodos: Se analizó el concepto “autotranscendencia” (método de Walker & Avant). Identificación de elementos conceptuales,

revisión de literatura y propuesta conceptual; descriptores: “autotranscendencia” “enfermería” (español, inglés, portugués).

Resultados: Elementos conceptuales: Capacidad del ser humano, Ir más allá de sí mismo, Ampliar límites personales, Camino espiritual, Dar sentido a la vida, Conexión con el yo, los demás, el entorno, Conexión con el espíritu del universo, Encontrar significado de la propia existencia. Propuesta conceptual: “Es la capacidad del ser humano para ir más allá del propio yo y como consecuencia ampliar los límites personales mediante un camino espiritual para dar sentido a la vida y que se enlaza con una conexión con el yo, los demás, el entorno y con el espíritu del universo; como un significado de la propia existencia”.

Conclusiones: La autotranscendencia es un fenómeno complejo que varía desde situaciones concretas, como entrar en proceso de superación y aspiraciones personales; y complejas como el duelo o muerte.

Palabras clave: Autotranscendencia, enfermería, adulto mayor, envejecimiento, concepto.

INTRODUCCIÓN

El hombre es en esencia ser, dentro de este encuadre ontológico que lo lleva a identificarse dentro de sí mismo, lo hace de alguna manera entrar en una inquietante búsqueda de sentido a su propia existencia, a su esencia. Esta existencia es vista desde varios puntos de vista antropológicos, psicológicos, sociales. Sin embargo, cada ser humano tiende siempre a esa búsqueda desde su propia conceptualización y encuentro con el mundo que le rodea, a su vez con su propio mundo, su psique, y más allá (Tugendhat, 1998).

Todo ser humano entra en una constante lucha de sí mismo, afirma querer encontrarse

a sí mismo y autorrealizarse, y de una manera más profunda autotrascender. Sin embargo desde un punto de vista un poco más operacional la cuestión es ¿Cómo funciona la autorrealización y la autotrascendencia? ¿Son en esencia el mismo concepto con el mismo fin? ¿Qué es lo que el hombre busca para su vida? ¿Busca darle sentido a su vida y así autotrascender? o ¿Autotrasciende, y es cuándo encuentra ese sentido? ¿Es importante el concepto de autotrascendencia para el cuidado de enfermería?

El ser humano se convierte en un “buscador espiritual” que significa primordialmente dos cosas, una cuando la vida carece de sentido y no es satisfactoria. Cuando se da cuenta que en su vida se carece de sentido, entonces comienza la búsqueda, una búsqueda tal que le permita expandirse en su conciencia (Chopra, 2009; Osho, 2012).

Dentro de la autotrascendencia en su sentido contemporáneo varios autores desarrollaron un análisis de este término, sin embargo su aparición se remonta a la existencia misma del hombre, cuando se hablaba de filosofía meramente antropocéntrica.

OBJETIVO. Analizar el concepto de autotrascendencia mediante la revisión sistemática de la literatura para hacer una propuesta que promueva su uso en la disciplina de enfermería con énfasis en el cuidado al adulto mayor.

METODOLOGÍA. Se hizo un análisis del concepto de autotrascendencia mediante el método citado por Walker y Avant para construcción de conceptos: 1. Seleccionar el concepto; 2. Determinar los objetivos del análisis; 3. Identificar los usos del concepto; 4. Identificar los atributos; 5. Identificar el caso modelo. 6. Identificar otros casos (caso contrario); 7. Identificar los antecedentes y consecuen-

cias del concepto; 8. Definir los indicadores empíricos (Walker & Avant, 2005). Se llevó a cabo la identificación de elementos del concepto mediante la revisión de la literatura y se realizó la propuesta conceptual en base a la integración de dichos elementos. La revisión de literatura se llevó a cabo en los siguientes recursos: 1. Diccionarios: cuya búsqueda fue en español. 2. Revistas científicas indexadas en bases de datos: SCIELO, CUIDEN, EBSCO, MEDLINE, LILIACS con descriptores: “Autotrascendencia”, “Enfermería” (Español), “Self transcendence” “Nursing”, (Inglés) y “Auto transcendencia” “Enfermagem” (Portugués). Criterios de inclusión: presencia de los descriptores en el documento (título, palabras clave, desarrollo), artículos en español, inglés y/o portugués, artículos originales y de revisión. Criterios de exclusión: artículos no disponibles en texto completo, literatura gris, cartas editoriales, artículos que no aborden el tema de autotrascendencia. 3. Libros que tratan del tema de autotrascendencia.

EL CONCEPTO DE AUTOTRASCENDENCIA EN LOS DICCIONARIOS

Al revisar en los Diccionarios, no se encontró en concepto de autotrascendencia, sin embargo se encontró el concepto de trascendencia que involucra algunos elementos:

Aquello que está más allá de los límites naturales y desligado de ellos (Diccionario de la Real Academia Española, 2014)

Trascendencia se dice de lo que está objetivamente ausente, lo que se anuncia en principio como estando más allá de cualquier realidad delimitable, ya que se trata de “aquello que por hacerme ser no puede darse en mi vida, sino que la trasciende y por ello es inaccesible” (Philosophica: Enciclopedia filosófica on line 2006-2014, 2014)

Trascendencia, desde el punto de vista metafísico, es lo que está más allá de algo, lo que sobrepasa los límites, lo que habitualmente se considera que supera lo inmanente. Lo inmanente es contrario a la trascendencia, o sea lo que permanece dentro del agente, el cual es su propio fin. Por ejemplo, Dios es trascendencia porque trasciende lo creado y el ente también lo es porque trasciende todo lo que es, no puede definirse como tal o cual ser y por ello es trascendental (Diccionario de Filosofía, 2012).

REVISIÓN DE LA LITERATURA

La autotrascendencia va más allá de un razonamiento o cuestión mental, es una conexión con el ser dentro de sí, un avance en la optimización de la realización humana, en sus contextos más profundos, como el espiritual. Si se enfoca en sólo cambiar o aumentar las metas consecuentes se hablaría de la autorrealización que menciona la pirámide de Maslow, más sin embargo el fin del hombre es la autotrascendencia. La autorrealización evoca un fin de un proceso, la autotrascendencia evoca un proceso mismo. Si el hombre tiende a la autorrealización entonces se habla de que busca un sentido a su vida, sin embargo cuando se habla de autotrascendencia el hombre le da distintos sentidos a la misma vida en diversos contextos (Frankl, 1997; Maslow, 1971; Maslow, 1973).

La autotrascendencia se refiere a los niveles más altos y más inclusivos o integrales de la conciencia humana, de comportarse y de relacionarse, como fines en lugar de los medios, a uno mismo, a los otros significativos, a los seres humanos en general, a otras especies, a la naturaleza y al cosmos (Maslow, 1971). La teoría actual de Maslow quedó en una pequeña aportación de sus propias necesidades, cuando el culmen debió ser una sexta: la au-

totrascendencia; de tal modo que no consideró las estimulaciones superiores; mismas que se relacionan con una cúspide en lo espiritual, lo místico o experiencias cumbre, pues la autotrascendencia busca ir más allá del yo y experimentar una comunicación más allá del yo a través de experiencias cumbre (Riso, 1996; Koltko-Rivera, 2006).

La autotrascendencia es posible, sin embargo no todos los seres humanos logran llegar a ella. El ser humano debe ser libre en tal sentido de que es él mismo quien decidirá su propia evolución elevándose a un plano supra humano, mismo que él mismo puede medir. Tiene que experimentar lo tangible para poder encontrarse con la realidad que le rodea, esta conexión hace que el ser humano se salga de su propio encierro y conviva con lo que ha de servirle de guía para lograr su evolución. Son las experiencias las que hacen al hombre entrar en su realidad y poder visualizar su propia búsqueda de sentido. En general, autotrascender significa ir más allá, ir a través; se opone al autocentramiento que impide ir más allá y recorta las posibilidades de desarrollo auténtico de las operaciones (experimentar, entender, juzgar, decidir, amar). Es un nivel superior capaz de satisfacer la necesidad o sustancia espiritual y aquella que involucra conectarse con algo superior (espacio transpersonal), donde el ser humano goza, disfruta, se enaltece de paz y felicidad. Autotrascender involucra al hombre conectado desde la oración, el encuentro personal con uno mismo, la meditación profunda, el cuidado del ser y del alma, la conexión ontológica de la persona y del ser humano en uno mismo (Walsh, 1993; Bhargava, 2010; Bhargava, 2013).

Trascender es ir más allá de sí mismo (Reed, 1991; Levenson, Jennings, Aldwin, & Shirai-shi, 2005). La verdadera trascendencia saca al

individuo de sí mismo y le descubre los rasgos de lo eterno y de lo absoluto. En consecuencia experimenta el inmenso gozo, la intensa plenitud de una existencia con pleno sentido. Le nace como una nueva aspiración de seguir caminando por los senderos de la completa realización humana, es un camino hacia la sabiduría en donde el mundo queda ampliado en horizontes y donde no conocemos más limitaciones para nuestro entendimiento ni nuestro bienestar (Frankl, 1966; Levenson, Aldwin, & Cupertino, 2001; Mateu, 2002; García Romero, 2010).

Para ello es necesario y consecuente el reconocimiento espiritual y la satisfacción del alma con respecto a lo que le rodea dentro y fuera del mismo ser. Este reconocimiento espiritual se cultiva, se abona, se alimenta constantemente por acciones propias que el ser humano tiende a buscar y en donde encuentra la paz y la tranquilidad, no siendo éstas el fin último sino sólo un medio para lograrlo. Este camino es un camino eterno, que no finaliza cuando el ser humano dice “soy feliz”, “estoy bien”, “soy espiritual”; es un proceso infinito que jamás culmina, pues el ser humano nunca deja de dar un sentido a su felicidad y plenitud, sino que lo sigue optimizando conforme encuentra nuevos elementos en el entorno para poder buscar nuevamente. La autotranscendencia es una relación de superación en el sentido de “estar sobre”, de “estar fuera”, “estar más allá” respecto de algo” (De Viana, 2004; Saatdzian de López, 2012). Para Saatdzian de López (2012) la autotranscendencia es el significado del fenómeno de lo espiritual del hombre que la tradición ha llamado alma o espíritu.

Autotranscender es una llamada a abandonar lo presente para poder afrontar el destino y lo que vendrá posteriormente, esto obviamente lo hace referido a unos valores que

aprecia o que intuye o en los cuales ha sido formado. El sentido que se da pues se halla en el servir a una causa o amar a alguien (Frankl, 1984; Jaramillo, 2006; Luna, 2006).

La autotranscendencia implica una conjunción espiritual como ya se mencionó, para autotranscender es necesario amar, que es un sentimiento de entrega y benevolencia hacia uno mismo, hacia los demás, hacia el entorno, cuya motivación viene de algo superior a nosotros; y a su vez ser consciente. Pues se dice que el amor y la conciencia son manifestaciones comúnmente fuertes de la autotranscendencia” (Frankl, 2002).

El hombre al autotranscender se orienta hacia el mundo, debido a una constante tensión entre el ser y el deber ser. Salir de uno mismo implica ser-en-el-mundo y por lo tanto ser-con-otros. Autotranscenderse es reconocer que existe algo en la propia vida que no es el ‘yo mismo’. Al proyectar el yo más allá de sí, se toma distancia, y se descubre lo que realmente uno es y lo que puede llegar a ser (Frankl, 2000).

La autotranscendencia se logra para algunos autores en la edad adulta, cuando la desconexión de la sociedad obliga al adulto mayor a encontrarse consigo mismo, a interiorizar y a buscar el sentido a su existencia. Se identifican ocho características dentro la auto trascendencia en el adulto mayor (Gerontotranscendencia): sentimiento creciente de comunión cósmica con el espíritu del universo; una redefinición de percepción del tiempo, el espacio y los objetos; redefinición de la percepción de la vida, la muerte, y disminución en el temor a la muerte; un sentimiento creciente de afinidad con las generaciones pasadas y futuras; disminución en el interés en la interacción social superflua; disminución en el interés en las cosas materiales; disminución en el egocen-



trismo, y un aumento en el tiempo dedicado a la meditación. Es una aceptación de la realidad a la muerte inminente también, una protección ante los daños mentales, una conexión con la misma comunidad (Reed, 1991; Tornstam, 1994; Tornstam & Toernsqvist, 2000; McCoy, Pyszczynski, Solomon, & Freenberg, 2000; Aldwin & Gilmer, 2004). La autotrascendencia también se refiere a la capacidad del individuo para ampliar las fronteras personales y orientarse hacia perspectivas, actividades, y objetivos más allá de sí mismo sin negarse el valor del ser en el contexto presente. Es una ampliación de los límites propios: hacia dentro (experiencias introspectivas); hacia afuera (aumento de relaciones con los demás); temporalmente (integrando el pasado y futuro en el presente) y mediante la conexión con dimensiones que están más allá del mundo perceptible; relacionándose con un propósito de vida para dar un sentido a la misma, como la conciencia de algo o alguien dentro de sí (Reed, 1991; Reed 1992; Reed, 2003; Coward, 2007; Sharpnack, Quintin Griffin, Benders, & Fitzpatrick, 2011).

Es un estado completo más allá entonces de la autorrealización que supone un bienestar bajo motivaciones aún conocidas y dominadas por el hombre. Es propia del hombre pero puede entenderse entonces que no es motivada sino por algo superior a él mismo. Todos los

seres humanos tienden a ser mejores, a buscar ser semilla de algo, ese logro es parte de lo que el ser humano encuentra en esa conexión, implica además su bienestar físico y espiritual (Thomas, Burton, Quintin Griffin, & Fitzpatrick, 2010; Vujicic, 2012; Haugan, Rannestad, Hammervold, & Garden, 2013).

Según Frakl (2000), este camino se logra mediante la escalada del hombre trascendente, aquel que ha logrado erradicar de su el miedo, aquel cuya cumbre meta esta fuera de la propia visión humana y está escondida en la niebla. Sólo la espiritualidad del hombre le permite vencer ese miedo y adentrarse en búsqueda de su yo interno, de poder encontrarse consigo mismo y con el universo.

CONCEPTOS RELACIONADOS

Ciertos conceptos se relacionan con la autotrascendencia, bajo los cuales los seres humanos buscan, encuentran y viven este fenómeno, así como también se delimita la función de enfermería en este fenómeno tan complejo: BIENESTAR, se alcanza por el logro de la autotrascendencia, cuando el ser humano o persona autotrasciende se conecta consigo mismo, él puede manifestar que se siente pleno; VULNERABILIDAD, aquella conciencia que tiene el ser humano de ser mortal, de que necesita de algo, que resuelve cambiar algo, porque ese algo dentro de sí mismo no anda bien; PUNTOS DE INTERVENCIÓN, aquellas acciones de enfermería, directamente como recurso interno del paciente que le capacita para autotrascender, o indirectamente en factores personales o contextuales que afectan las relaciones entre vulnerabilidad y autotrascendencia, y entre autotrascendencia y bienestar; FACTORES MODERADORES-MEDIADORES, que son todo lo que rodea a la persona como experiencias, motivaciones,

relaciones (Coward, 2007).

RELIGIONES O CONFIGURACIÓN RELIGIOSA, involucra la existencia de Dios, el carácter personal de la divinidad, la existencia del alma en el ser humano y la existencia de una vida después de la muerte; SABIDURÍAS, equivalente a la religión pero sin la idea de un Dios. Son tradiciones de sabiduría que involucran ideologías orientales; ESPIRITUALIDADES, involucra la autotranscendencia como elemento. La necesidad de buscar algo más, sin la necesidad de darle un nombre de Dios o de fiarse en las sabidurías. La espiritualidad es una búsqueda interna y una observación de lo que rodea al individuo (Nogués, 2013).

ATRIBUTOS DEL CONCEPTO

Los elementos del concepto identificados: Capacidad del ser humano, Ir más allá de sí mismo, Ampliar los límites personales, Camino espiritual, Dar sentido a la vida, Conexión con el yo, los demás, el entorno, Conexión con el espíritu del universo, Encontrar significado de la propia existencia.

PROPUESTA DE CONCEPTO DE AUTOTRASCENDENCIA

“La autotranscendencia es la capacidad del ser humano para ir más allá del propio yo y como consecuencia ampliar los límites personales mediante un camino espiritual para dar sentido a la vida y que se enlaza con una conexión con el yo, los demás, el entorno y con el espíritu del universo; como un significado de la propia existencia”.

CONSTRUCCIÓN DE CASOS

Caso modelo. El señor Arturo es un adulto mayor de 78 años. Don Arturo enviudó 5 años atrás, es jubilado de una institución importante, sus hijos (3 en total) ya están casados y

él vive solo gozando de lo que le gusta en la vida: “pintar”. Don Arturo al año de enviudar se dio cuenta de que tenía que dar un paso del momento en el que estaba. Él se sentía triste, así que decidió llevar a cabo actividades que le gustaban como retomar la pintura, salir a caminar, leer. Cuando sus hijos tienen oportunidad lo visitan, sin embargo, él dice que si no fuese así él entiende que “ya tienen su camino hecho”. Menciona no ser religioso asegura creer en Dios. Le gusta convivir con sus nietos y cada que lo visitan les cuenta historias de la época de su juventud, él dice que con ello “les enseña algo bueno”. Don Arturo padece diabetes, más eso no lo limita para cuidarse, acude a sus revisiones médicas cuando está programado, lleva a cabo actividad física y buena alimentación. Él está contento consigo porque ha logrado salir adelante a pesar de que su esposa, que era su compañera de viaje lo dejó, él espera encontrarse con ella algún día. Mientras tanto a él le toca vivir lo que le resta y lo quiere hacer así: “feliz”.

Caso contrario. Doña Amparo es una mujer recién jubilada de 65 años. Doña Amparo goza de buena salud, no tiene enfermedades crónicas ni sufre de alguna incapacidad. Se retiró de su trabajo porque quiere vivir ya en su casa y estar tranquila, sin el estrés que ahí vivía últimamente por insatisfacción laboral. Se retiró con muy buena pensión y tiene a su esposo en casa y a sus hijos que la visitan regularmente, ella siente que debe hacer algo más al jubilarse. Le gusta bailar, ha pensado en asistir a algún taller, sin embargo, también dice que no sería buena idea pues ya la edad no la dejaría, a pesar de que hay un grupo de adultos mayores cerca de donde vive. Siente que no será lo mejor. Doña Amparo está en su casa, hace labores de hogar, cuida a sus nietos, pero eso dice ella “no me hace feliz”, “no me

siento plena”. Ella siente que necesita algo para sentirse completa. Piensa que ella debe dar un giro a su vida de manera que tiene que hacer algo que la llene y la motive para vivir plenamente.

ANTECEDENTES EN ENFERMERÍA Y EL ADULTO MAYOR

El fenómeno de Autotrascendencia se ha estudiado en varias disciplinas como psicología, y es de particular interés para la disciplina de enfermería. Debido a que favorece en las personas bajo el cuidado de la enfermera una perspectiva de la promoción de la salud y el bienestar como fundamentales y una de las principales preocupaciones de enfermería en el cuidado a largo plazo (Teixeira, 2008; Drageset, 2009; Reed, 2009; Nakrem, Vinsnes, & Seim, 2011). La enfermera es responsable de motivar en los pacientes la autotrascendencia, debido a que sus acciones involucran sentimientos y motivaciones capaces de mover el interior de los seres humanos, bajo relaciones que sean transpersonales.

La interacción enfermera-persona afecta significativamente la autotrascendencia, tanto interpersonal como intrapersonalmente. Las intervenciones de cuidado pueden ser significativamente beneficiosas para la autotrascendencia de las personas y con ello el bienestar físico y emocional. La autotrascendencia interpersonal (la que se relaciona con la interacción de enfermería) se relaciona con menos depresión e involucra acciones como aprender, participar con otros, conectarse, compartir la sabiduría de uno mismo y ayudar a los demás (Haugan, Rannestad, Hammervold, Garden, & Espnes, 2012). En un plano universal se desarrolla en una cosmovisión recíproca, es un recurso interno que facilita la integración y armonía de todas las dimensiones del ser hu-

mano. Como se menciona es una conexión, con uno mismo y con los demás, esos “demás” es el entorno y el mismo universo. Es un propósito en la vida, no es un fin, es un medio para llegar a conocerse. (Hoshi, 2008)

Dentro del plano existencial da sentido a lo que hacemos como seres humanos; y como enfermería destaca como un proceso que permite un mayor compromiso con los sujetos de cuidado. El cuidar es una relación recíproca y por tanto involucra que el ser cuidado autotrasciende en la relación enfermera-paciente como la enfermera también lo hace. Hay estudios que revelan que hay una relación entre el nivel de autotrascendencia y el compromiso de la enfermera, manifestándose como una correlación positiva y significativa, entre ambos aspectos. Las enfermeras con un nivel mayor de autotrascendencia desarrollan y muestran mayores niveles de energía y son más absortas en su trabajo (Palmer, Quinn Griffin, Reed, & Fitzpatrick, 2010).

CONSECUENCIAS DEL CONCEPTO DE AUTOTRASCENDENCIA EN ENFERMERÍA Y EL ADULTO MAYOR

Los adultos mayores siguen siendo considerados un grupo vulnerable en México. El proceso de envejecimiento conlleva la pérdida y/o disminución de las capacidades físicas, psicológicas y sociales del adulto mayor. Se considera que aún la sociedad contemporánea no está capacitada para hacerle frente a este problema de envejecimiento poblacional que suele hacerse individual y aún más complejo. Con esto se puede asegurar que aunque se tenga un aumento en la esperanza de vida, también se puede afirmar que no se ha aprendido a envejecer. Los adultos mayores de hoy tienen una menor probabilidad de haber tenido las experiencias psicológicas necesarias de

relación con adultos mayores de su edad actual cuando eran jóvenes, y por tanto, no cuentan con modelos psicológicos internos de cómo ser adulto mayor y de cómo comportarse en esta época de la vida. (González, Sánchez, Juárez, Ramos, Gutiérrez, & García, 2011)

Se hace necesario abordar al adulto mayor mediante un modelo integral en torno al envejecimiento. Se puede persuadir que los adultos mayores de hoy, son ellos su propio modelo de adultez mayor. Esta vivencia de su propia etapa permite un acercamiento no sólo desde las distintas áreas de las ciencias de la salud y sociales, que han estudiado esta etapa del ciclo vital, sino que también actuará como referente para las futuras generaciones de adultos mayores, desde la vivencia de sus propios pares. (CON-APO, 2013)

México está en vía de esquemas preventivos en las etapas previas al envejecimiento, los ubica como personas con riesgo de padecer enfermedades crónico-degenerativas cuando son adultos mayores, a su vez que se encuentra en una fase de rápido cambio en los perfiles de salud y la característica general de este proceso consiste en la disminución de los padecimientos propios del subdesarrollo y del incremento de las enfermedades que prevalecen en los países industrializados (Gutiérrez Robledo & Lezama Fernández, 2013).

Para enfermería la relevancia de este estudio permitirá fundamentar aún más la práctica, no sólo de un grupo de adultos mayores, sino del país; que aunque puede sonar pretencioso resulta tentativo e innovador hablar de una planificación de cuidados vitalicios como es la tendencia en Europa hacia un futuro de envejecimiento.

Es cada vez más exigente la capacitación de enfermería en el área geronto-geriátrica con un grado de conocimientos teóricos, concep-



tuales, prácticos y de manejo de modelos asistenciales bajo una mirada de encaminar hacia la auto trascendencia para poder ayudar a los adultos mayores a mejorar su adaptación y afrontamiento ante los procesos normales que conlleva el acto de envejecer (Salas Iglesias, 2006; Llanes Betancourt, 2015).

Facilitar la autotranscendencia podría aumentar el bienestar espiritual de adultos mayores cognitivamente intactos, y puede ser de gran importancia para pacientes de casas hogar resultando en “satisfacción general y satisfacción con el personal”. (Hoshi, 2008)

INDICADORES EMPIRICOS DEL CONCEPTO

Hay instrumentos que permiten acercarse al concepto de autotranscendencia, desde un enfoque cuantitativo a partir de datos cualitativos que permite estudiar el nivel de autotranscendencia, se ha usado y empleado por enfermeros de forma amplia y en poblaciones de edad avanzada comúnmente. La Escala de *Autotranscendencia (Self-Transcendence Scale STS)*. Es una escala de quince ítems, con Escala tipo Likert. No define en su totalidad la autotranscendencia de una persona, sin embargo acerca a su realidad, a sus conexiones comunes más frecuentes y a sus interacciones. Esta es-

cala así como la teoría de Reed han sido utilizadas en numerosos estudios de investigación, en la práctica profesional y en la formación de enfermería. (Reed, 1992; Reed, 2003). Se ha usado en estudios con adultos mayores deprimidos en edad avanzada, así como la relación entre autotranscendencia y actividades de la vida diaria en personas en sus propios hogares (Hoshi, 2008; Palmer et al, 2010). En otros estudios como en pacientes con VIH o SIDA, demostrando relación positiva entre bienestar y autotranscendencia (McCormick, Holder, Wetsel, & Cawthon, 2001; Mellors, Erlen, Coontz, & Lucke, 2001).

El ASTI (Adult Self-Transcendence Inventory) desarrollado por Levenson a partir de la Teoría de la Gerontotranscendencia de Tornstam; de 28 ítems, valora situaciones relacionadas con la autotranscendencia, puede ser utilizado en edades variables, relaciona la autotranscendencia y la alieneación como conceptos interactuantes (Levenson, Jennings, Aldwin, & Shiraishi, 2005).

CONCLUSIONES

La autotranscendencia es un fenómeno complejo, con acercamiento cuantitativo que sólo denota algunas situaciones que pueden estar relacionadas con este proceso. Este fenómeno puede variar de ser humano a ser humano, y va desde situaciones muy concretas para unos seres humanos, como podría ser el entrar de un proceso de superación y aspiraciones personales, y otras muy complejas como lo son el duelo o la misma muerte. La autotranscendencia es un fenómeno que involucra conexiones: conexión con uno mismo, con el self, conexiones con otros seres humanos, conexiones con la naturaleza, el arte, otros seres vivos; una conexión con el espíritu del universo, lo que muchos seres humanos llaman Dios, Ser

Supremo, Deidad, Cosmos, Universo. Estas conexiones son continuas y no son fortuitas, son profundas e inherentes al ser humano.

Cada ser humano puede o no vivir un proceso de autotranscendencia, siempre que se dé cuenta de su vulnerabilidad y de que hay “algo” dentro de sí mismo que no encaja, algo que lo puede mover. Algo con lo cual el ser humano en su presente no está conforme, algo que tiene que cambiar, aumentar, potenciar, mover. Este proceso se vive de manera espiritual, sin tiempo ni espacio. Involucra compasión, arte, ayuda, caridad, fe, esperanza; y más importante amor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldwin, C. M., & Gilmer, D. F. (2004). Health, illness, and optimal aging. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Bhargava, T. B. (2010). Indian Ethos on Work, Leisure and Recreation Tourism. *Journal of Hospitality Application and Research*, 6(1), 16-25.
- Bhargava, T. B. (2013). Maslow's Self-Actualization and its Conflicting Theory Tending toward Indian Ethos. *European Journal of Management Sciences and Economics*, 1(3), 156-163.
- Chopra, D. (2009). Reinventa tu cuerpo, resucita tu alma. Cómo crear un nuevo yo. México: Aguilar Fontanar.
- CONAPO. (2013). La situación demográfica de México, 2013. México, D.F.: CONAPO.
- Coward, D. (2007). Teoría de la autotranscendencia. En A. Marriner, & M. Raile, Modelos y teorías en enfermería (págs. 447-467). Madrid: Elsevier.
- De Viana, M. (2004). Ser Persona. Cultura, Valores y Religión (2a ed.). Caracas: U.C.A.B.
- Diccionario de Filosofía. (25 de Abril de 2012). Recuperado el 16 de Enero de 2015, de <http://filosofia.laguia2000.com/diccionario-de-filosofia/trascendencia>
- Diccionario de la Real Academia Española. (2014). Recuperado el 15 de Enero de 2015, de <http://lema.rae.es/drae/?val=trascendencia>
- Drageset, J. (2009). Health-Related Quality of Life among

- Nursing Home Residents. University of Bergen, Department of Public Health and Primary Health Care, Section of Nursing Sciences, Bergen.
- Frankl, V. (1966). Self-transcendence as a human phenomenon. *Journal of Humanistic Psychology*(6), 97-106.
 - Frankl, V. (1984). *Psicoterapia y humanismo. ¿Tiene un sentido la vida?* Madrid: Fondo de Cultura Económica.
 - Frankl, V. (1994). *La presencia ignorada de Dios. Psicoterapia religión.* Barcelona: Herder.
 - Frankl, V. (1994). *La voluntad de sentido.* Barcelona: Herder.
 - Frankl, V. (1997). *Psicoanálisis y existencialismo* (6a ed.). México: FCE.
 - Frankl, V. (2000). *Man's search for ultimate meaning.* New York: Perseus Publishing.
 - Frankl, V. (2002). *Fundamentos y aplicaciones de la logoterapia.* Buenos Aires: San Pablo.
 - García Romero, A. (2010). Self-Transcendence as a measurable transpersonal construct. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 41(1). Recuperado de: <http://www.atpweb.org/jtparchive/trps-42-10-01-026.pdf>
 - Gutiérrez Robledo, L. M., & Lezama Fernández, M. A. (2013). Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud. México: Instituto Nacional de Geriatria.
 - Haugan, G., Rannestad, T., Hammervold, R., & Garden, H. (2013). The relationship between self-transcendence and spiritual well-being in cognitively intact nursing home patients. *International Journal of Older People Nursing*, 9(11), 65-78.
 - Haugan, G., Rannestad, T., Hammervold, R., Garden, H., & Espnes, G. A. (2012). The self-transcendence scale-an investigation of the factor structure among nursing home patients. *J Clin Nursing*, 21(23-24).
 - Hoshi, M. (2008). *Self transcendece, vulnerability and well-being in hospitalized japanese elders.* Tesis Doctoral, The University of Arizona, Arizona.
 - Jaramillo, A. L. (2006). *Relación entre logoterapia y Principio y Fundamento Ignacianos.* Monografía, Santiago de Cali.
 - Koltko-Rivera, M. E. (2006). *Rediscovering the Later Version of Maslow's Hierarchy of needs.* Self-Transcendence and Opportunities for Theory, Research and Unification. *Review General*, 10(4), 302-317. Recuperado de: <http://psycnet.apa.org/journals/gpr/10/4/302/>
 - Levenson, M. R., Aldwin, C. M., & Cupertino, A. P. (2001). *Transcending the self: Toward a liberative model of adult development.* En L. Neri, *Maturidade & Velhice: Um enfoque multidisciplinar* (págs. 99-115). Sao Paulo, BR: Papirus.
 - Levenson, M. R., Jennings, P. A., Aldwin, C. M., & Shirai-shi, R. W. (2005). *Self-transcendence: Conceptualization and measurement.* *International Journal of Aging and Human Development*, 60(2), 127-143.
 - Llanes Betancourt, C. (2015). *Envejecimiento demográfico y necesidad de desarrollar las competencias profesionales en enfermería geriátrica.* *Rev haban cienc méd* (revista en la internet), 89-96. Recuperado de: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/download/561/639>
 - Luna, J. (2006). *Aplicación de la escala existencial de Langle a una muestra de estudiantes universitarios de Colombia. Sentido y Existencia.* *Revista Latinoamericana de Análisis Existencial y Logoterapia*(1), 132-145.
 - Maslow, A. H. (1971). *The farther reaches of human nature.* England: Penguin Books.
 - Maslow, A. H. (1973). *Self-actualizing people: A study of psychological health.* En R. J. Lowry, *Dominance, self-esteem, self-actualization: Geminal papers of A.H. Maslow* (págs. 177-200). Monterey, CA: Brooks/Cole.
 - Mateu, G. (2002). *La aventura de vivir.* España: Herder.
 - McCormick, D. P., Holder, B., Wetsel, M., & Cawthon, T. (2001). *Spirituality and HIV disease: An integrated perspective.* *Journal Association of Nurses in AIDS care*, 12(3), 58-65.
 - McCoy, S. K., Pyszczynski, T., Solomon, S., & Freenberg, J. (2000). *Transcending the self: A terror management perspective on successful aging.* En A. Tomer, *Death attitudes and the older adult: Theories, concepts and applications* (págs. 37-63). London, UK: Taylor & Francis Publishers.
 - Mellors, M. P., Erlen, J. A., Coontz, P. D., & Lucke, K. T. (2001). *Transcending the suffering of AIDS.* *Journal of Community Health Nursing*, 18(4), 235-246.

- Nogués, R. M. (2013). Cerebro y trascendencia. España: Fragmenta.
- Osho. (2012). Yo soy la puerta. En Osho, Yo soy la puerta (págs. 55-60). México: Lectorum.
- Palmer, B., Quinn Griffin, M., Reed, P. & Fitzpatrick, J. (Apr-Jun de 2010). Self-transcendence and work engagement in acute care staff registered nurses. *Crit Care Nurs*, 33(2), 138-147.
- Philosophica: Enciclopedia filosófica on line 2006-2014. (2014). Recuperado el 15 de Enero de 2015, de <http://www.philosophica.info/info.html>
- Reed, P. G. (1991). Toward a nursing theory of self-transcendence: Deductive reformulation using developmental theories. *Advances in Nursing Science*, 13(4), 64-77. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2059006>
- Reed, P. G. (1991). Self-transcendence and mental health in oldest-old adults. *Nursing Research*(40), 5-11. Recuperado de: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/198755
- Reed, P. G. (1992). An emerging paradigm for the investigation of spirituality in nursing. *Research in Nursing & Health*, 15(5), 349-357.
- Reed, P. G. (2003). The theory of self-transcendence. En M. J. Smith, & P. R. Liehr, *Middle range theory for nursing* (págs. 145-164). New York: Springer.
- Reed, P. G. (2009). Nursing: the ontology of the discipline. En P. G. Reed, & N. Shearer, *Perspectives on Nursing Theory* (págs. 615-620). Tokyo, Japan: Wolters Kluwer-Lippincott Williams & Wilkins.
- Riso, W. (1996). *Aprendiendo a quererse a uno mismo*. Colombia: Norma.
- Saatzdian de López, R. M. (2012). *Desarrollo Humano, un viaje seguro a la felicidad*. Guayana, Universidad Nacional Experimental de Guayana: Fondo Editorial UNEG.
- Salas Iglesias, P. M. (2006). La ciencia de los cuidados, marco investigativo para alcanzar el éxito de la calidad de vida en el envejecimiento. *Cultura de los Cuidados*(Año X (19)), 73-78. Recuperado de: <http://culturacuidados.ua.es/enfermeria/article/view/242/483>
- Sharpnack, P. A., Quintin Griffin, M. T., Benders, A. M., & Fitzpatrick, J. J. (August de 2011). Self-Transcendence and Spiritual well-being in the Amish. *Journal of Holistic Nursing*, 29(91).
- Teixeira, M. E. (2008). Self-Transcendence: A Concept Analysis for Nursing Praxis. *Holistic Nursing Practice*, 22(1), 25-31. Recuperado de: http://www.nursingcenter.com/Inc/JournalArticle?Article_ID=763757
- Thomas, J. C., Burton, M., Quintin Griffin, M. T., & Fitzpatrick, J. J. (2010). Self-transcendence, spiritual well-being and spiritual practice of women with breast cancer. *Journal of Holistic Nursing*(28), 115-122.
- Tornstam, L. (1994). Gero-transcendence: A theoretical and empirical exploration. En L. E. Thomas, & S. A. Eisenhandler, *Agind and the religious dimension* (págs. 203-225). London: Auburn House.
- Tornstam, L., & Toernsqvist, M. (2000). Nursing staff's interpretations of gerotranscendental behaviors in the elderly. *Journal of Aging & Identity*(5), 15-29. Recuperado de: http://www.soc.uu.se/digitalAssets/235/235770_3_nursing-staffs-interpretations.pdf
- Tugendhat, E. (1998). *Ser-Verdad-Acción*. Barcelona: Gedisa, S.A.
- Vujicic, N. (2012). *Un espíritu invencible*. México: Aguilar.
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2005). *Strategies for Theory construction in Nursing* (4a ed.). Pearson Education.
- Walsh, R. (1993). The art of transcendence: An introduction to common elements of transpersonal practices. *Journal of Transpersonal Psychology*(25), 1-9.

Experiencia de tres religiosas enfermeras en formación: un cuidado más allá del cuerpo

Three religious experience of nurses in training: a care
beyond the body

Três experiencia religiosa dos enfermeiros na formação:
um cuidado além do corpo

Paloma Victoria Sanz Sanz¹, Juan Laplana Martín², Patricia Vega López², Carmen. Dorado Reguero², Clara Araluce Courballeé², Isabel Cobián Sánchez²

¹Estudiante de enfermería de la Escuela Salus Infirmorum de Madrid.

²Estudiantes de enfermería de la Escuela Salus Infirmorum de Madrid.

Cómo citar este artículo en edición digital: Sanz Sanz, P.V, Laplana Martín, J., Vega López, P., Dorado Reguero, C. y Araluce Courballeé, C. (2015). Experiencia de tres religiosas enfermeras en formación: un cuidado más allá del cuerpo. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 19, 42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.06>

Correspondencia: C/Tembleque 14, 7ºA Madrid 28024

Correo electrónico: palo_abu@hotmail.com

Recibido: 12/02//2015; Aceptado: 09/06/2015



ABSTRACT

The presence of the religious orders in the nursing care is a phenomenon present in history since ancient times, but in current disappearance. However, there are congregations that still continue with this task and they are turning professional their cares. This article aim to show the study of this situation. This qualitative study is focus on the testimony of the experience of three nursing religious students and their relationship with the patients and their environment, in addition to their ad-

aptation when it comes to face their new studies. The cares provides by the learners are not purely physical but an absolute cares. The study evidence the affective and relational character of the students, the positives and negatives supports of them and their vision of the cares since the beginning of their studies, the coexistence with their classmates and teachers and their experience in the clinical practices.

Keywords: religious, students, nursing, experience.

RESUMO

A presença das religiosas no cuidado do doente é um fenómeno presente na história desde a Antiguidade, mas que está atualmente em desapareção. No entanto, ainda existem diversas congregações religiosas dedicadas a esta atividade assim como à profissionalização dos cuidados. O presente estudo pretende indagar nesta realidade, conhecer as vivências e experiências de três religiosas estudantes de enfermagem na sua relação com os doentes e com seu ambiente familiar, e a sua adaptação

à nova vida quando começaram tais estudos. Trata-se de um estudo qualitativo que recolhe o testemunho direto das religiosas sobre a experiência vivida, onde o cuidado do doente não se limita a uma questão de saúde física, sendo antes um cuidado multidisciplinar: o laço afetivo do cuidado, as contribuições positivas e negativas das religiosas e a sua visão mais íntima do cuidado desde o seu início como estudantes de enfermagem, a sua convivência com os outros alunos e professores até as suas vivências no ambiente hospitalar.

Palavras-chave: religiosas, estudantes, enfermagem, experiência.

RESUMEN

La presencia de las religiosas en el cuidado enfermero es un fenómeno presente en la historia desde la antigüedad, pero en actual desaparición. Sin embargo, siguen existiendo congregaciones dedicadas a ello así como a la profesionalización de sus cuidados. El presente estudio pretende indagar sobre esta realidad centrándose, fundamentalmente, en conocer las vivencias y experiencias de tres religiosas estudiantes de enfermería en su relación con los enfermos y su entorno y su proceso de adaptación a la nueva vida a la que se enfrentan cuando comienzan dichos estudios.

El estudio, de corte cualitativo, recoge a través del testimonio directo de las religiosas lo que constituye su experiencia vivida, donde el cuidado al enfermo no es meramente físico, llegando a ser un cuidado en su máxima plenitud. Se evidencia el carácter afectivo y relacional del cuidado, las aportaciones positivas y negativas de estas religiosas y su más íntima visión del cuidado desde su comienzo como estudiantes de enfermería, pasando por la convivencia con el resto de alumnos y profesores

y finalizando con sus vivencias en el mundo hospitalario.

Palabras clave: religiosas, estudiantes, enfermería, experiencia.

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia, la presencia de las instituciones religiosas en el mundo sanitario ha tenido un papel protagonista. Éste se debe principalmente a dos hechos históricos, el primero, el auge del cristianismo en el Imperio Romano, a partir del cual la Iglesia resaltó la misión salvadora de Cristo para con los desvalidos y enfermos, en contra de lo que hasta entonces propugnaban las demás creencias (Martínez, 2011). Así comenzó la creación de numerosas instituciones dedicadas al cuidado de los enfermos y necesitados.

El segundo, la escisión de la Iglesia en católica y protestante en el siglo XVI, que constituyó el punto de partida para la creación, en los países católicos, de numerosos grupos religiosos dedicados al cuidado del enfermo, entre los que cabe destacar las Hijas de la Caridad en Francia y la Orden Hospitalaria de los Hermanos de San Juan de Dios en España.

A partir de entonces hubo una notable expansión de las órdenes religiosas dedicadas al cuidado. Para éstas, el sentido principal de la prestación de los cuidados no fue sólo ayudar, consolar y servir al prójimo, sino hallar a Dios en el sufrimiento y en el dolor (Eseverri, 1984).

Durante el siglo XIX, el concepto de salud-enfermedad pierde la connotación religiosa que imperaba hasta entonces. Con el movimiento Ilustrado, la razón se impuso a los valores religiosos imperantes en épocas pasadas, comenzando de este modo la separación de la Iglesia del poder civil, lo que condujo a la supresión de un gran número de órdenes religio-

sas en parte de Europa. Debido a este cambio, la Iglesia se adaptó transformando las prácticas meramente caritativas en asistencia basadas en la actividad médica (Martínez 2011), comenzando así, en el siglo XX, la etapa de la profesionalización de los cuidados, en la que nos encontramos actualmente.

Sin embargo, siguen existiendo algunas órdenes religiosas dedicadas al cuidado del enfermo, entre las que se encuentra la orden de las Siervas de María Ministras de los Enfermos, que forman de manera profesional a sus integrantes cursando estudios universitarios de enfermería.

El nacimiento de la orden de las Siervas de María se desarrolló en torno a una situación decadente en la sanidad del siglo XIX. Era una época en la que los hospitales constituían grandes focos de infecciones, siendo los ciudadanos entonces atendidos en sus propios domicilios, aprobándose así el reglamento de la Hospitalidad Domiciliaria. En el marco de esta situación, el sacerdote Don Miguel Martínez Sanz, cura de la parroquia del madrileño barrio de Chamberí, creó un Beaterio con siete mujeres que se dedicaban a cuidar a los enfermos, sobre todo a los pobres, ayudándolos en sus necesidades extremas, realizando el cuidado a domicilio y de manera gratuita. Tras una serie de problemas por los cuales el Beaterio se vio amenazado con su supresión, María Soledad, una de las hermanas que lo formaba, lo sacó adelante fundando la congregación Siervas de María Ministras de los Enfermos, continuando así con la labor del Beaterio creado por Don Miguel años atrás. Posteriormente, tras la aprobación del Programa para la Enseñanza de la profesión de enfermera y la creación de un diploma oficial que acreditase dicha formación en España fundaron su propia escuela de enfermería en este país (Servitas,

1898). Tras el cierre de la escuela de las Siervas de María, éstas tienden a elegir para el curso de sus estudios escuelas católicas como Salus Infirmorum.

OBJETIVOS

Objetivo general: Conocer la experiencia de tres religiosas durante el curso de sus estudios de enfermería.

Objetivos específicos:

- Describir cómo compaginan su vida religiosa y su vida estudiantil así como las diferencias entre su estilo de vida preuniversitario y universitario.
- Conocer cómo se integran e influyen mutuamente con sus compañeros.
- Conocer su experiencia en la práctica clínica con los pacientes y el personal sanitario.
- Saber qué objetivos y expectativas tienen las religiosas sobre el momento en que terminen su formación.

METODOLOGÍA

El estudio es una investigación llevada a cabo por medio de una metodología cualitativa, con un enfoque fenomenológico y hermenéutico, el cual nos permite aproximarnos al fenómeno objeto de estudio, ya que la hermenéutica parte de que el ser humano es por naturaleza interpretativo, y así, pretende explicar las relaciones existentes entre un hecho y el contexto en el cual acontece, permitiéndonos comprender a las personas y sus experiencias vividas (Montaño Álvarez, 2011). Además, la hermenéutica entiende que los humanos experimentan el mundo a través del lenguaje (Solano, 2006).

La técnica de recogida de datos fue a través de entrevista en profundidad a tres religiosas estudiantes de enfermería de la congregación

Siervas de María Ministras de los Enfermos, aprovechando la cercanía existente entre los investigadores y las entrevistadas (ambos estudiantes de la misma escuela). Se ha realizado mediante una entrevista semiestructurada que permita una mayor profundización en su experiencia. Podemos definir la entrevista cualitativa como una conversación provocada por el entrevistador dirigida a sujetos elegidos sobre la base de un plan de investigación en número considerable que tiene una finalidad de tipo cognoscitivo guiada por el entrevistador y sobre la base de un esquema flexible y no estandarizado de interrogación (Corbetta, 2007). Por ello, previamente, fueron seleccionados unos temas que permitieran a las entrevistadas expresarse libre y abiertamente. La fenomenología es el estudio de las esencias y se caracteriza por un método de investigación que se ocupa de los fenómenos, de todo lo que se manifiesta, abandonando los preconceptos y presupuestos (Campos Pavan, Barbosa Merighi y Fernandes Freitas, 2011).

Se realizaron entre los meses de junio y septiembre de 2014, en un aula de la congregación una de ellas, y vía videoconferencia las otras dos, debido a la imposibilidad de las entrevistas a realizarse de otra forma. Se llevaron a cabo por un entrevistador y una segunda persona que actuaba como observador, captando así el lenguaje no verbal. Fueron grabadas en audio, tomándose notas metodológicas (problemas encontrados y modificaciones efectuadas) y notas teóricas (reflexiones del investigador), tras lo cual se procedió a su transcripción literal. El análisis de los datos obtenidos en las entrevistas se llevó a cabo mediante un sistema de códigos, siguiendo como método para crearlos la técnica de codificación inductiva, por la cual no se creó ninguna codificación previa a la recolección de los datos, amoldándose así

éstos mejor a los códigos que los representan, y permitiendo al investigador una mente más abierta y mayor sensibilidad al contexto (Miles y Huberman, 1994).

Esta investigación se ha realizado con el total conocimiento y consentimiento de las entrevistadas, con su participación voluntaria, la plena información sobre los objetivos del estudio, así como la garantía del anonimato (los nombres que aparecen son figurados).

RESULTADOS

Las tres informantes son extranjeras de diferentes culturas y nacionalidades, motivo por el cual se han recogido datos socio-demográficos: una de ellas es mejicana y las otras dos de Camerún, lo que a la hora de la obtención y análisis de los resultados no ha sido relevante. Poseen edades comprendidas entre los 31 y los 35 años, siendo dos de ellas principiantes (han finalizado 1º) y la otra veterana (ha finalizado 4º).

Tras el análisis de los datos empíricos que recogen la experiencia vivida por las entrevistadas, presentamos a continuación los principales resultados obtenidos.

El contexto. Cuidadoras al servicio de quien lo necesita a la par que religiosas

Las hermanas se dedican desde antes de iniciar cualquier tipo de estudio de enfermería a la atención principalmente de personas mayores por las noches en sus domicilios, ayudándoles en sus tareas básicas, en todo lo que requieran. Cuidar personas desde el sistema informal supone aportar confort, ayudar o suplir en actividades que la persona no pueda realizar por ella misma (Ruiz López y Moreno Preciado, 2013).

“Vamos a las casas de los enfermos y el trabajo que hacemos es dar la cena al paciente, o

preparar la cena, cambiarle los pañales o la posición. También recoger las cosas de la casa del paciente, ayudándole a barrer y también acostar a la persona y darle un baño, y algunos también solo consistía en visitar al paciente, hablar con él, y todo eso.” (Teresa)

“Realmente lo que necesitan: había unos a los que tenías que darles la cena, muchas veces había que ducharlos, ayudarlos a acostarse [...] Las cosas así sencillas y que son necesarias, ¿no?” (María)

Son las familias de los ancianos, o los propios ancianos los que llaman a la congregación solicitando sus atenciones a la Madre Superiora, que manda a una de las hermanas que esté disponible, ya que cuentan con pocas. Lo realizan siempre de manera gratuita, recibiendo, únicamente si los atendidos quieren, donativos por sus labores.

“No es como, he estado un mes, y cada noche cuesta tanto, pues no, es gratuito. Ya, si luego ellos al final quieren darte algo, pues lo aceptas como divina providencia, como un donativo.” (María).

El camino. De religiosas dedicadas al servicio de Dios y los necesitados a estudiantes de Enfermería: un gran esfuerzo de adaptación

Al empezar sus estudios de enfermería las hermanas experimentan un cambio radical en sus vidas. Pasan de la estricta vida en comunidad, donde todo está perfectamente estructurado, todo tiene unos horarios establecidos, a tener que compaginarlo con la vida estudiantil: clases, realizar las tareas de cada día, exámenes, y un gran etcétera de cosas que no les hace nada fácil su vida durante los cuatro años de carrera, suponiendo para ellas un gran esfuerzo de adaptación. Esto las obliga a buscarse la manera de poder seguir realizando sus tareas de religiosas. Una de sus mayores dificultades es encontrar un momento tranquilo

para orar. Así, aprovechan cualquier situación, aunque no sea la más cómoda, ya sea de camino a clase en el metro o buscando un rato entre clase y clase.

“Yo por ejemplo, rezaba el Rosario mientras iba a las prácticas en el metro o a veces cuando teníamos que rezar lo de la liturgia yo me llevaba mi diurnal y allí iba leyendo yo las Laudes y nada, que tú también te vas buscando un poco el momento. Sí que me ha resultado duro porque también llega un momento en que no se tiene tiempo para nada, incluso yo lo notaba, que llegaba tan cansada como para también ir a la capilla o que sí que ves que tú misma te vas como desconectando mucho y te cuesta.” (María)

“Algunas noches llegábamos todo rendidas, pero damos gracias a Dios de que allí en la escuela hay capilla, entonces algunas veces podíamos entrar cuando teníamos descanso, y aprovechar un poquito el tiempo, pero no es igual como estar en casa.” (Teresa)

Primeras impresiones

Pero no solo tienen que cumplir sus labores como religiosas, tratando de no descuidar nunca su vida espiritual, sino que además deben adaptarse al mundo actual del que, de alguna forma, viven apartadas en su comunidad. Deben convivir con una juventud que hoy en día no está acostumbrada a su estilo de vida, que tiene hábitos muy distintos a los de ellas, distintas formas de pensar y de comportarse, chocando de alguna manera por ambas partes estas diferencias. Deben enfrentarse en muchas ocasiones a reacciones de sorpresa por parte de los compañeros o incluso de los propios profesores por lo poco habitual que resulta hoy en día tener compañeras de clase o estudiantes religiosas, y a posibles opiniones adversas. Sin embargo, también a vínculos de cariño y amistad que se acaban creando como

con cualquier persona, constituyendo una forma recíproca de adquirir nuevos horizontes y valores, de curiosidad mutua, ya que, al fin y al cabo, todas las personas que están ahí lo hacen por un mismo fin, más allá de las convicciones religiosas o del uniforme que se lleve puesto.

“A mí lo que me chocó desde un principio con mis compañeros es eso, muchas veces la falta de asistencia a clases cuando es algo para mí personalmente imprescindible, ¿no? Y bueno, eso lo del silencio sobre todo también que muchas veces está el profesor hablando y el cuchicheo ahí siempre estaba, y es así como una cierta falta de respeto.” (María)

“Una de las cosas que me chocaron desde el principio y fue muy duro como en clase hablaban mucho, yo decía pero si el profesor dice callad y después dentro de poco otra vez. Cuando el profesor entra yo sé que tengo que estar callada porque tienen que dar la clase. Otra cosa que vi que en la clase muchos de los alumnos no atendían.” (Teresa)

“Pues... todavía me acuerdo del primer día, del primer año y al principio tú vas y llevas una idea, no sabes con quién te vas a encontrar ni cómo te va a acoger ni nada. Luego ya ves que vas entablado conversación con los compañeros y sí notas que hay cierta curiosidad, porque ahora después, hablando tú preguntas: cuando me viste por primera vez, ¿qué fue lo que pensaste? ¿Yo pensaba que eras la profesora de religión!” (María)

Prácticas clínicas

Las hermanas cursan sus prácticas clínicas como un estudiante más, con la diferencia de que ellas llevan el hábito en vez del habitual uniforme enfermero, por lo que no les es fácil hacer pasar desapercibida su condición de religiosas. Se enfrentan una vez más a las reacciones de quienes están en el hospital con

ellas, médicos, enfermeros, auxiliares, demás estudiantes y a la de los propios pacientes. Esto les añade al nerviosismo previo a empezar las prácticas, la incertidumbre de si serán rechazadas por su condición de religiosas, ya que cursan dichas prácticas en centros laicos.

“Nosotras vamos con el hábito y no el hábito de ahora mismo sino que es como una bata blanca y saben que eres religiosa porque no puedes ocultarlo, el simple vestido, la vestimenta te delata. Pero la verdad que yo tenía miedo en ese sentido, yo decía, voy a empezar las prácticas y yo no voy a ocultar que soy religiosa y sí que era uno de mis temores... ¿y si me van a rechazar? Bueno, tenía que asumirlo y saber afrontarlo.” (María)

Sin embargo, su condición no supone un obstáculo a la hora de desenvolverse en las prácticas, son acogidas como una más e incluso causan curiosidad en sus compañeros. Entonces también, en un sentido, ofrecen ampliar el conocimiento que se tiene sobre ellas, conocerlas, descubrir que no son un “bicho raro”. Les preguntan cosas sobre la Iglesia, sobre su vida y especialmente sobre su vocación, lo que les acaba haciendo cuestionarse por qué están ahí y por qué son religiosas, afianzándose de esta manera a sí mismas, porque esas preguntas les hacen pensar y profundizar en lo que realmente son y en lo que realmente intentan conseguir.

“Yo creo que en todas las rotaciones me he sentido muy acogida y también causas a las enfermeras, a las auxiliares de enfermería para descubrir tu mundo, para preguntarte cosas porque también yo creo que en general somos muy desconocidas y entonces también en un sentido, aparte de que yo gano en práctica, en que me enseñan cosas yo creo que también ofrezco ampliar también este conocimiento” (María)

Se sensibilizan no sólo con el sufrimiento físico del paciente, sino también con el psicológico. Cuidan a la persona en su conjunto, considerando que la enfermería es una disciplina que realiza cuidados para la satisfacción de necesidades de la salud y la enfermedad, abordando aspectos anímicos de la persona (Badillo Zúñiga, Hernández Morales, Bermúdez González, 2013).

En el momento en que la vida de una persona llega a su fin, el momento de fallecer, tratan de estar ahí, aunque ya no se pueda hacer nada por él o no sea su paciente. Les basta con cogerle de la mano. Esto llama la atención del resto del personal del hospital pero, de algún modo, inconscientemente, lo esperan de ellas.

“En la última rotación que estuve, me tocó estar en la muerte de un paciente y no era un paciente que me tocaba a mí, pero yo estaba a su lado las veces que podía, le cogía de la mano, no sé, intentar estar en esos últimos momentos ¿no?” (María)

Expectativas de futuro: Ilusiones

Aunque están al servicio de lo que su congregación y su Madre Superiora considere necesario para ellas, no dejan de tener expectativas, sueños por los que, si se les brindase la oportunidad, luchar, ilusiones a las que, en un futuro, al terminar sus estudios de enfermería, poder dedicarse especializándose en lo que más les gusta.

“Si estuviera de mi parte a mí la que me gustaría es la de Médico-quirúrgica o la de Geriatriá [...] pero vamos, que eso ya no está de mi parte.” (María)

“Nosotras estamos dispuestas a lo que Dios nos tiene preparado... Yo tampoco entiendo mucho todavía de especialización....Según mi propia experiencia, nunca tendré la oportunidad, eso está claro porque conseguimos la enfer-

mería y punto. Pero en el caso en que se diera el lugar, me gustaría especializarme en Geriatriá.” (Ángela)

“La voluntad de Dios”

El destino al que les mandan tras su formación es algo que no está en sus manos, no se rige a su elección. Van allí donde sean más necesarias. Pueden quedarse en España o en cualquier otro lugar del mundo donde haya sedes de su congregación, dependiendo también de a la que ellas pertenezcan y de las cualidades de cada una. Principalmente continúan con su labor inicial del cuidado de personas mayores por las noches en sus domicilios, y se dedican también al cuidado de las hermanas más mayores.

En definitiva, para ellas no es algo aleatorio que dependa de un sorteo el lugar donde les toque ir, sino que es la voluntad de Dios comunicada a través de un superior, por lo que cumplan con disciplina y con una sonrisa aquello que les sea asignado.

“Bueno, pues aquí la palabra aleatorio bueno pues, más que nada nosotros no es tanto aleatorio sino que para nosotras es la voluntad de Dios a través del superior a donde te van a destinar, ¿no?” (María)

“Si nos quedamos en España lo más seguro es que vayamos visitando a los enfermos en sus domicilios que mayoritariamente es de noche.” (Ángela)

Empezaron esta experiencia con una idea firme de lo que querían sacar en claro de ella, teniendo como premisa el darse a los demás, como ya hacían hasta ese momento, pero con la diferencia de que los cuidados que antes ofrecían a partir de esta experiencia serán profesionales, sabiendo lo que se hace en todo momento gracias a los conocimientos adquiridos durante su formación enfermera.

“Me gustaría sentir que puedo ayudar a los demás. Poder servir de ayuda, ser útil a los enfermos, o a otras personas que se ponen en contacto con nosotras.” (Ángela)

“Estar al servicio de las personas que me necesiten. Y que pueda ofrecerles estos nuevos conocimientos o esa otra formación que se me ha brindado en estos años.” (María)

Una mirada atrás

Las hermanas se paran a echar una mirada atrás y recapitulan de lo que esta experiencia ha significado hasta el momento para ellas. A pesar del miedo y el nerviosismo inicial sobre la incertidumbre de lo que ésta les depararía, sacan algo muy positivo. Las dificultades y el gran esfuerzo de adaptación a la nueva vida que para ellas pudo suponer no ha sido nada en relación con lo que sacan en claro de ella considerándose realmente afortunadas por la oportunidad que se les ha brindado.

“Dios me puso en este camino para yo ofrecerles a los demás algo de mí, pero no solo ofrecer sino que también yo he ganado. Puede ser de lo más bonito estudiar para después tener unas bases sólidas para la persona que te está esperando en esa cama de la habitación tal... esa persona con su nombre, su apellido, con una enfermedad en concreto, pero que ya no vas tu sola, ya tienes una formación sólida, humana, y con unos conocimientos también científicos.” (María)

CONCLUSIONES

La investigación ha permitido el pleno conocimiento de la experiencia de las religiosas durante el curso de sus estudios de enfermería, así como el conocimiento de las diferencias existentes entre sus dos estilos de vida: el previo a comenzar sus estudios y el que llevan durante el curso de los mismos y su proceso de

adaptación. No les es fácil, significa un cambio radical para ellas, tienen miedo a lo que se puedan encontrar, pero gracias a su dedicación y entrega consiguen llevarlo a cabo. Se integran en la sociedad actual, pero quedando clara la existencia de grandes diferencias entre la forma de pensar, los valores y las costumbres de ésta, reflejada a través de sus compañeros de estudios, que ha perdido el respeto por ciertos valores básicos, y las de las hermanas, mostrándose sorprendidas con dichos comportamientos, impensables para ellas.

Consiguen complementan de manera muy satisfactoria sus funciones religiosas con la labor enfermera, empatizando profundamente con sus pacientes y cuidando a la par la salud física y el estado anímico de estos. Las tres hermanas se ponen al servicio de los demás entregando su vida y haciendo realidad ese proyecto 24 horas al día durante 12 meses al año, obediendo siempre y olvidándose de su propia voluntad, de sus sueños e ilusiones, evidenciándose así su doble vocación y su necesidad de dedicarse a Dios y a los que lo necesitan. Se ven guiadas tanto por su amor a Dios como por sus ganas de ayudar a las personas acercándose a Él mediante el cuidado al prójimo.

Queda reflejada la actual profesionalización de los cuidados que imparten, demostrándose así que las nuevas generaciones de religiosas están evolucionando desde una visión casi exclusivamente espiritual hasta la necesidad de una formación más técnica a nivel de dichos cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

- Badillo Zúñiga, J., Hernández Morales, A.R. y Bermúdez González, A. (2013). La historia de la enfermería: trascendencia del fenómeno cuidado y su relación con el tiempo. *Cultura de los cuidados*, 17(36), 12-13.
- Campos Pavan Baptista, P., Barbosa Merighi, M. y Fer-

- nandes de Freitas, G. (2011). El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería. *Cultura de los cuidados*, 15(2)9, . 11.
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: McGraw-Hill.
 - Eseverri, C. (1984). *Historia de la enfermería española e hispanoamericana*. Madrid: Universitas.
 - Martínez Martín, M.L. y Chamorro Rebollo, E. (2011). *Historia de la enfermería. Evolución del cuidado enfermero*. Barcelona: Elsevier.
 - Miles, M.B. y Huberman, A.M. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook* (2ª ed). CA: Sage.
 - Montaña Álvarez, L. (2011). CEIDE. Aprende a pensar. Recuperado el 9 de Octubre de 2014, <http://lorefilosofia.aprenderapensar.net/2011/10/08/metodo-hermeneutico/>
 - Ruiz López, M. y Moreno Preciado, M. (2013). Cuidadoras inmigrantes: trabajo emocional. *Cultura de los cuidados*, 17(35), 86-95.
 - Servitas (1898). *Constituciones de las Siervas de María, Ministras de los Enfermos: aprobadas por la sagrada congregación de obispos y regulares en decreto de 23 de Junio de 1898*. Madrid: Imprenta de L. Aguado.
 - Solano, Mª C. (2006). *Fenomenología - Hermenéutica y enfermería*. *Cultura de los cuidados*, 10(19), 5.



Historia

Cambios producidos en el trabajo institucional del cuidado masculino y femenino en tres hospitales del Antiguo Régimen Castellano al tránsito a la Contemporaneidad

Changes produced in the institutional work of the masculine and feminine care in three hospitals of the Old Regime to Contemporary Age

Mudanças acontecidas no trabalho institucional do cuidado masculino e feminino em três hospitais do Antigo Regime Castellano para o trânsito da contemporaneidade

Paula Ermila Rivasplata Varillas

Doctora en Europa, mundo mediterráneo y su difusión Atlántica. Universidad Pablo Olavide de Sevilla.

Cómo citar este artículo en edición digital: Rivasplata Varillas, P.E. (2015). Cambios producidos en el trabajo institucional del cuidado masculino y femenino en tres hospitales del Antiguo Régimen Castellano al tránsito a la Contemporaneidad. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 19, 42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.07>

Correspondencia: Calle Bilbao 119. Urbanización San Bernardo. Distrito Pueblo Libre. Lima-Perú

Dirección postal: Lima-21

Correo electrónico: Correo electrónico: rivasplatavarillas@gmail.com.

Recibido: 10/01//2015; Aceptado: 08/06/2015



ABSTRACT

This article aims to compare the changes in the institutional work of male and female care in three hospitals in the Castilian area during

the Old Regime to the transit to Contemporary Age. Case studies are the hospital of San Hermenegildo and the hospital of the Five Wounds, both located in Sevilla capital. These hospitals will be compared with the hospital of Saint Bartholomew of Lima in the Viceroyalty of Perú. In the transition of the modernity to the contemporary Age, the political and institutional support that received the development and study of the medicine in the Spanish monarchy, transformed the care into the hospitals that produced, even, the supplanting of the ancient nurse feminine work, exercised in the women's hospitals, for medical instructors in medicine.

Key words: Woman, Gender, Old Regime, Contemporary Age, hospitals, job.

RESUMO

Este artigo tem como objetivo comparar as mudanças no trabalho institucional do cuidado masculino e feminino em três hospitais no domínio castelhano no período do Antigo Regime à contemporaneidade. Os estudos são o hospital de San Hermenegildo e o hospital das Cinco Feridas, ambos localizados em Sevilha. Esses hospitais são comparados com o hospital de San Bartolomé de la Ciudad de los Reyes no Vice-Reino do Peru. Na transição da modernidade para o contemporaneidade, o apoio político e institucional que recebeu o desenvolvimento e estudo da medicina na monarquia espanhola trouxe mudanças na gestão do cuidado de hospital para o ponto do a suplantación da trabalho feminino, exercitado nos hospitais de mulheres pelos médicos em medicina.

Palavras-chave: Mulher, Género, Antigo Régime, contemporaneidade, hospitais, trabalho.

RESUMEN

Este artículo tiene el propósito de comparar los cambios producidos en el trabajo institucional del cuidado masculino y femenino en tres hospitales en el ámbito castellano en el periodo del Antiguo Régimen al tránsito a la contemporaneidad. Los casos de estudio son el hospital de San Hermenegildo y el hospital de las Cinco Llagas, ambos ubicados en Sevilla. Estos hospitales se compararon con el hospital de San Bartolomé de la Ciudad de los Reyes en el Virreinato del Perú. En la transición de la modernidad a la contemporaneidad, el apoyo político e institucional que recibió el desarrollo y estudio de la medicina en la monarquía española produjo cambios en la gestión del cuidado hospitalario al punto de la suplantación del trabajo asistencial femeni-

no, ejercido en los hospitales de mujeres, por practicantes en medicina.

Palabras clave: Mujer, Género, Antiguo Régimen, Contemporaneidad, hospitales, trabajo.

INTRODUCCIÓN

Los cambios que alteraron estructuralmente a los hospitales se gestaron desde mediados del siglo XVIII con la reforma universitaria de 1771 durante el reinado de Carlos III que impulsó el estudio de la medicina en las universidades y la creación de nuevas escuelas de cirugía. Estos cambios produjeron un aumento de estudiantes y egresados en medicina y cirugía que estuvieron unidas a las reformas hospitalarias. También impactaron los conflictos bélicos e la inflación galopante que provocaron cambios estructurales y alteraron el desenvolvimiento de los hospitales estudiados, sobre todo del trabajo femenino.

Pero para poder entender cómo estos y otros cambios estructurales afectaron a los tres hospitales estudiados, es necesario conocer la evolución de ellos. El Hospital de San Hermenegildo o del Cardenal de Sevilla, fundada en 1453, estaba dirigido fundamentalmente para heridos y enfermos de sexo masculino que eran atendidos por un equipo encabezado por un médico y un cirujano, un enfermero mayor y cuatro menores. Todo varón era considerado capaz y habilitado para el cargo de enfermero mayor si había asistido a las curaciones de los enfermos y practicado en el hospital al menos por tres años, bajo la dirección y enseñanza de médicos y cirujanos. En más, todos los enfermeros estaban obligados a asistir a las clases de anatomía y cirugía que se daban en el hospital, si querían conservar el trabajo. Evidentemente, no existían enfermeras, pero tuvo un área

femenina conectada con el hospital a través de un torno, tras la cual se reclinaban mujeres que se encargaban de la cocina y el lavado de la ropa, bajo la dirección de una madre mayor.

En cuanto al Hospital de las Cinco Llagas o de la Sangre de Sevilla, fundado en 1500, se produjeron los cambios en el trabajo institucional del cuidado de manera paulatina e, incluso, se resistió y fue forzado a asumirlo. La razón estaría en su naturaleza femenina, es decir, era un hospital de mujeres atendidas casi exclusivamente por viudas y solteras. Sin embargo, a pesar de haber sido durante algún tiempo un hospital mixto no existe información documental de enfermeros a excepción de los dirigidos a eclesiásticos de forma esporádica (ADPS. Legajo 1B. Autos capitulares de 1556 a 1584, f.27v). Los cambios se aceleraron a partir de la ocupación francesa de la ciudad de Sevilla, las sucesivas desamortizaciones eclesiásticas y terminaron en 1837 cuando se convirtió en Hospital Central (Giménez, 2006). Sin embargo, la centralización no tuvo efecto hasta el año 1844, en que se dotó al hospital del personal necesario, del reglamento y del sistema de contabilidad.

Si comparamos el Hospital del Cardinal con el Hospital de mujeres de la Sangre, en ésta última no existió academia alguna de medicina, aunque se pretendió crear una a mediados del siglo XVIII, sin éxito alguno (Domínguez Rodino, 1989). De esto se podría derivar que el desarrollo de la ciencia médica fue eminentemente androcéntrico, habiendo sido vedado en establecimientos de carácter femenino el desarrollo de la ciencia por el tabú que despertaban los cuerpos femeninos, una de las causantes de la supina ignorancia frente a sus enfermedades. Así y todo en el Hospital de las Cinco Llagas previa licencia de los padres priores a veces se realizaban disecciones

cadavéricas de algunas pacientes al ignorar la causa de sus muertes, realizado por el médico, cirujano y con la presencia de un tercer jurisconsulto.

Estos dos hospitales sevillanos eran eclesiásticos y compartían dos patronos, los priores de los monasterios de San Jerónimo de Buenavista y Santa María de las Cuevas y estaban bajo la protección del Papa, a quien tenían que solicitar permiso para cualquier cambio o modificación. Además, ambos hospitales estaban regidos por frailes y administrados por clérigos -administrador, secretario notario, mayordomo y curas- y tenían un área de clausura femenina con mujeres que trabajaban bajo las ordenes de una madre mayor.

El otro caso analizado se localizaría en las Indias, en el virreinato del Perú, una extensión del reino castellano, durante el siglo XVII a comienzos del XIX. Se trata del Hospital San Bartolomé de la ciudad de Lima donde se recibían a enfermos de ambos sexos, por lo que existían enfermeros y enfermeras. En este hospital se observa más claramente los cambios producidos en el trabajo institucional del cuidado masculino y femenino de un hospital en el lapso de 1667 a 1817. Así, los enfermeros y enfermeras cumplían labores asistenciales en el siglo XVII, que las enfermeras mantenían a comienzos del siglo XIX. Sin embargo, los enfermeros llevaban ese título a fuerza de la costumbre, pues se trataban, en realidad, de médicos y alumnos practicantes del Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando

OBJETIVO E HIPOTESIS

El objetivo de este trabajo es conocer y comparar los cambios producidos en el trabajo institucional del cuidado masculino y femenino en tres hospitales castellanos, de los cuales

dos eran sevillanos y uno indiano. Se tratan de los hospitales de San Hermenegildo y el de las Cinco Llagas de Sevilla y el hospital de San Bartolomé de Lima en el Virreinato del Perú. Tres casos de estudio diferentes: un hospital de hombres, otro de mujeres y el último mixto y colonial.

La hipótesis sugerida sería que los cambios políticos, culturales, económicos y sociales que se produjeron en la monarquía española desde fines del XVIII a comienzos del XIX, como el apoyo político e institucional que recibió el desarrollo y estudio de la medicina en la monarquía española, produjeron cambios en la gestión del cuidado hospitalario al punto de la suplantación del trabajo asistencial femenino, ejercido en los hospitales de mujeres, por practicantes en medicina.

La comparación de los tres hospitales castellanos se hizo con el propósito de demostrar que se produjo un proceso de cambio en el trabajo institucional del cuidado masculino y femenino en los hospitales castellanos que fue casi simultánea en España y en la Indias, en este caso en Sevilla y en Lima.

En el caso peruano, el proceso de reorganización hospitalaria se dio antes de la independencia de España, producto de las reformas universitarias y hospitalarias intrínsecas tardo coloniales que se aceleraron con los acontecimientos políticos, económicos y culturales (Rivasplata, 2015). Mientras que en Sevilla fue un proceso político paulatino de desamortización de los bienes eclesiásticos que se desencadenó abruptamente con la implantación de la política liberal en 1836 y la expulsión de los religiosos de la gestión hospitalaria.

MÉTODO Y FUENTES

Este trabajo se realizó recurriendo a la hermenéutica y heurística. Las líneas de análisis

que se utilizaran para llegar a identificar los cambios en el trabajo institucional del cuidado masculino y femenino en los hospitales castellanos fueron:

1. Las características generales de cada hospital estudiado
2. Los cambios experimentados por los cuidadores masculinos y femeninos de cada hospital.
3. Comparaciones entre los tres hospitales.

Las fuentes primarias utilizadas provienen del archivo de la Diputación Provincial de Sevilla (ADPS) donde se ha consultado los diversos libros y legajos del hospital de las Cinco Llagas y del hospital de San Hermenegildo. Específicamente, las constituciones, los libros de juntas patronales, libros de recibo y gasto, libros de salarios, inventarios, testamentos, libro de cuentas, entre otros. Además, se ha recurrido para consultas puntuales a los protocolos de notarios públicos de Sevilla, que se encuentran en el Archivo Histórico Provincial de Sevilla (AHPS). En cuanto al estudio del hospital de San Bartolomé de la ciudad de Lima en el Virreinato del Perú se ha consultado las fuentes documentales que se encuentran en el Archivo General de Indias (AGI) y el Archivo de la Beneficencia de Lima (ABL).

DESARROLLO DEL TEMA

1.-El Hospital de San Hermenegildo de Sevilla, también llamado del Cardenal.

El Hospital del Cardenal de Sevilla fue fundado por Don Juan de Cervantes, cardenal de la Iglesia de Roma y arzobispo de Sevilla, el año de 1453, obteniéndose bula del Papa Nicolás V para su erección. Este hospital tuvo por objetivo la curación de hombres heridos, por “bocas de fuego”, espadas, puñales que provocaban dislocaciones, quebraduras de brazos piernas y

huesos. También atendían mordeduras de perros y otros animales venenosos, quemaduras y otra cualquier herida que no habían pasado a ser llagas que necesitasen de “mercuriales” para su curación.

El gobierno del hospital fue asumido por un priorato compuesto por tres patronos perpetuos, que eran el cabildo de la Iglesia Metropolitana y Patriarcal de Sevilla, el cual señalaba cada dos años un diputado capitular canónico que asistía en nombre y representación del cabildo y por los padres priores de los monasterios de Santa María de las Cuevas de la Cartuja y de San Jerónimo de Buenavista. Estos priores realizaban todos los años, dos visitas generales y varias juntas particulares para controlar la entrada de caudales por el mayordomo, lo gastado para el sustento por el administrador y el modo como se trataba a los enfermos por los cuidadores.

Este priorato recurrió a un sacerdote para administrar, gobernar y regir en lo espiritual y temporal al hospital, sus enfermerías, ministros, hacienda, dando cuenta al priorato de todo lo que ocurría en el hospital. Los patronos nombraban a un secretario contador, un eclesiástico secular, que cuidaba el archivo y sus papeles y a un mayordomo eclesiástico para la cobranza de las fincas y rentas del hospital. Había dos curas para la atención espiritual de los enfermos.

El hospital tenía cincuenta camas y aún más, según el número de enfermos que concurrían al hospital, siendo esta su característica principal, es decir, no tener un número limitado de camas, atendiendo sin excepción a cuantos viniesen a cualquier hora del día o de la noche. En este hospital se curaba las heridas, estando para este fin en dichas enfermerías un cirujano mayor, un enfermero mayor, cuatro enfermeros y un boticario. El acceso a uno de



estos cargos era a través de un examen de conocimientos entre las personas que asistían a las curaciones de los enfermos, llamados practicantes. De esta manera, existió en el hospital del Cardenal una academia de anatomía donde se daba las nociones prácticas de asistencia a los heridos, debido a lo cual este hospital tenía prestigio en cuanto a realizar acertadas curaciones. Además, no sólo se encargaban de recibir a los heridos en el hospital, dándoles cama, sino que el enfermero mayor tenía por obligación salir al portal del hospital diariamente a curar cuantos hombres y mujeres acudieran con heridas frescas. Este hospital tenía dos enfermerías una baja para el tiempo de verano y otra alta para el invierno. En cada ambiente había una habitación cerrada y separada para los enfermos más graves que habían perdido el sentido por las erisipelas u otras fiebres que les sobrevenían a las heridas, para los que drenaban “copiosas materias que su feter molesta” y para los que debido a sus heridas penetrantes tornaban débiles “tísicos o éticos”. La separación de los enfermos más graves se realizaba con el fin de lograr mayor comodidad, alivio y descanso de los otros enfermos. Las camas eran de tablas y bancos de fierro, unas para el verano y otras para el invierno con colchones de lana, almohadas, sábanas y cobertores y para el verano colchas de “calimanco” y a cada enfermo se le daba un saco de paño color par-

do para que se pudiese cuando se sentaba en la cama o se levantaba. Se podían mudar de ropa cuantas veces se considerase necesario ya que este hospital iban heridos.

Los eclesiásticos y sirvientes vivían en el hospital, pero no los médicos ni los cirujanos. Los sacerdotes realizaban misas al mártir San Hermenegildo y misas de difuntos a las diversas capellanías que albergaba. El cuidado de la iglesia estaba a cargo de un sacristán. El hospital tenía un portero para recibir a los heridos a cualquier hora de la noche y llevarlos a curar a la enfermería. Y asimismo había un botiller que era el que tenía todas las provisiones. Este oficio por lo regular se le daba a un enfermero de los más diestros que había cumplido algunos años en la enfermería. También estaba el despensero y el barrendero que era el que barría los patios, partía la leña y hacía algunos mandados. Las rentas de este hospital provenían de los inquilinos de las numerosas casas arrendadas y de las rentas de tierras, dotaciones, tributos y juros.

1.1. La preparación del enfermero en el Hospital del Cardenal

En el Hospital del Cardenal había un médico, un cirujano, un enfermero mayor y cuatro mozos, el primero de estos últimos se denominaba “medicinero” que cumplía con dar las medicinas que mandaban los galenos antes de comer. El enfermero mayor no podía estar más de cinco años en el hospital desde 1685, siendo ratificado en 1746. La razón de que permanecieran en el cargo tan poco tiempo era para que diseminaran por el mundo los conocimientos quirúrgicos adquiridos en el hospital durante el proceso enseñanza aprendizaje.

Los jóvenes que trabajaban atendiendo a los heridos en este hospital, recibían bajos salarios y se les exigía obediencia, disciplina y

respeto a la institución, obligándolos a no salir del hospital más que un día a la semana. Sólo algunos podían acceder a una plaza de enfermero en el hospital, previo examen, y no por eso ganaban más.

Hasta mediados del siglo XVII, el personal médico no titulado seguía estando formado por un enfermero mayor y cuatro enfermeros. Sin embargo, desde 1745, el hospital obligó al enfermero mayor que fuese cirujano para ocupar la plaza. Con anterioridad a esta fecha no era necesario ese título para adjudicarse la plaza. Incluso para ingresar al hospital y acceder al peldaño más inferior del sistema del cuidado, practicante de enfermería asalariado, se tuvo que concursar.

El personal titulado, es decir, los médicos y cirujanos del Hospital del Cardenal pertenecieron a los círculos más prestigiosos de Sevilla, llegando a formar parte de la Regia Sociedad de Filosofía y Medicina de Sevilla desde 1700, organizándose actos de aprendizaje como las lecciones de anatomía en los hospitales del Amor de Dios, Espíritu Santo y el San Hermenegildo. Así, en 1743, los patronos del hospital ordenaron que “la Academia que siempre ha habido en este hospital en la que se controvierte y enseña la Cirugía, se tenga en la enfermería presidiéndola el enfermero mayor del dicho hospital o el Cirujano mayor si estuviere presente” (ADPS. Legajo 3. El Hospital del Cardenal). Alusión evidente a la enseñanza de cirugía que, al menos, desde el siglo XVII, se venía realizando en el hospital.

De esta manera en el Hospital del Cardenal funcionaba una academia de enseñanza de anatomía, cirugía y técnicas de sangrado donde se preparaban los aprendices de enfermería en los quehaceres de su profesión. Existía un aula de aprendizaje para tal fin que estaba a cargo del cirujano y enfermero mayor. Esta

academia atrajo al hospital a jóvenes que venían a aprender y estaban obligados a asistir a las charlas y prácticas, así como, los enfermeros menores o practicantes del hospital, pues el que no concurría se le despedía del empleo ya que su obligación era prepararse para examinarse.

Se adjudicaba el cargo de enfermero previo examen realizado ante el médico y el cirujano. Por ejemplo, a finales del siglo XVIII se presentó una plaza vacante de “practicante de enfermería” en el Hospital del Cardenal, el cirujano mayor y el enfermero mayor avisaron a los sujetos que concurrían a la academia y a las horas de curación de los pacientes, para que se presentaran como pretendientes si querían ser examinados para el nombramiento de la plaza, ya que el nombramiento se obtenía previo examen.

El examen se realizaba en presencia del administrador quien tomaba la decisión final una vez que el cirujano y enfermero mayor le notificaban el candidato más idóneo para el cargo (ADPS. Legajo 2. Hospital El Cardenal). De esta manera, en 1792, se presentaron Antonio Fernández, Fernando Vizcarra y Manuel Rodríguez a un puesto de practicante de enfermero. Se les interrogó por separado sobre osteología, miología y angiología, es decir, tratados sobre huesos, músculos y venas. El primer examinado Antonio Fernández tenía tres años de academia y había acumulado experiencia por su asistencia en las curaciones llevadas a cabo en la enfermería, además, sabía sangrar perfectamente. En cuanto a los dos restantes tenían tres a cuatro meses de asistencia en la academia y en la curación que ofrecía el Hospital San Hermenegildo. El poco tiempo acumulado sólo les había permitido tener principios de anatomía. Por lo tanto, el cirujano mayor del Hospital del Cardenal Fulgencio Ximénez

de Cisneros y el practicante mayor Dn. Francisco Antonio Promeno ante el administrador del hospital Sr. Dn. Manuel Antonio del Paz eligieron para la plaza vacante de practicante de enfermero a Antonio Fernández.

De esta manera, el Hospital del Cardenal tenía enfermeros que en realidad eran practicantes en cirugía:

“Deseando los señores patronos que en la enfermería de este hospital haya practicantes hábiles y capaces de sostener el honor que este hospital siempre ha tenido por los buenos cirujanos que de él han salido. Acordaron que cuando haya vacantes de practicantes se haya de hacer examen por el cirujano mayor y enfermero mayor del hospital ante el Sr. administrador o el que le suceda en su ausencia a los que concurren a la academia de cirugía que diariamente hay en este hospital y preside el enfermero mayor para que hecha la consulta por los dos referidos cirujanos ante el referido administrador de la mejor suficiencia de los examinados proponga esta al señor patrono presidente el más idóneo o los que estuvieren en igual grado para que dicho señor patrono nombre la plaza que estuviere vacante” (ADPS. Legajo 2. Hospital El Cardenal).

El 31 de marzo de 1792, el prior de San Jerónimo de Buena Vista Fr. Seferino de Zafra manda al administrador del Hospital del Cardenal Juan Manuel de Paz que nombre al nuevo enfermero practicante:

“que acordado en la junta general atento a la provisión de las plazas de practicantes que se examinasen los pretendientes o opositores por el cirujano mayor y enfermero y estos diesen una graduación y certificación jurada de la idoneidad y cumplimiento del examen de los dichos opositores y en su vista proveer el patrono con-

forme es justo para lo cual mandará Vuestra merced que formen las dichas examinadores la graduación de los tres opositores con especificación de los méritos y habilidad y remiéndamela proveeré” (ADPS. Legajo 2. Hospital El Cardenal).

En el Hospital del Cardenal también se realizaron exámenes de cirugía para aspirantes al título. Su elección venía determinada por la propia naturaleza del centro asistencial, cuyo objetivo era atender a heridos que facilitaba abundante material humano de traba-

jo, característica que le había proporcionado tradición y prestigio en la Sevilla del Antiguo Régimen. De esta manera, en 1789, Juan Sixto Rodríguez, primer examinador de cirugía por la Subdelegación del Real Protomedicato de Sevilla, solicitó a la dirección del hospital una sala para examinar otorgándosele la “sala que llaman de los Esqueletos y están en las enfermerías altas del hospital”. Esta sala era una habitación con bastante iluminación natural donde había láminas de anatomía, un esqueleto e instrumentos de cirugía. Esta aula tenía el siguiente material didáctico:

Tabla 1

Lamina	Descripción
Lamina 1	De los músculos de la cabeza representados en ocho estampas.
Lamina 2	De la anatomía de la cabeza.
Lamina 3	Figura que representa una cabeza caída hacia atrás que demuestra los músculos situados bajo la mandíbula inferior.
Lamina 4	Figura de una cabeza caída atrás con la cabeza en alto y sus partes.
Lamina 5	Los músculos que se hallan en la parte posterior de la cabeza.
Lamina 6	La parte posterior de la cabeza y sus músculos.
Lamina 7	Representa una cabeza por su parte posterior en la cual se ven descubiertos los músculos derechos y oblicuos en sus situaciones naturales como y también los músculos vertebrales del cuello.
Lamina 8	Tres figuras. La primera representa una cabeza sin mandíbula inferior. La segunda la lengua fuera de su sitio. La tercera porción de la base del cráneo con la mandíbula inferior.
Lamina 9	Una cabeza por su parte inferior justamente la faringe en toda su extensión.
Lamina 10	Representa la parte anterior del pecho y vientre con algunos músculos de estas partes.
Lamina 11	Parte anterior del pecho y vientre algo ladeado.
Lamina 12	Tres figuras: la primera representa toda la extensión de la parte anterior del vientre y el arca del hueso pubis. La segunda un corte horizontal del vientre y el arca del hueso pubis a fin de demostrar la situación y crucifixión de los músculos derechos con los piramidales. La tercera representa los músculos piramidales vueltos con los músculos derechos.
Lamina 13	Algunos músculos del dorso y partes a donde se ingieren.
Lamina 14	Para mostrar los músculos de esta estampa se ha empleado el cadáver de una mujer, por ser los músculos más delicados de una mujer.
Lamina 15	La parte posterior del tórax y vientre de una mujer con sus músculos.
Lamina 16	Músculos del brazo por la parte anterior, posterior y lateral.
Lamina 17	Extremidades superiores.
Lamina 18	Parte anterior de la pelvis y músculos y parte anterior de la pierna y pie.
Lamina 19	La pelvis y músculos por detrás.

Lamina 20	Mitad de la pelvis vista de lado y el fémur en toda su extensión.
Lamina 21	Vasos del cutis.
Lamina 22	Los troncos de las arterias, carótidas y cervicales como asimismo las venas yugulares.
Lamina 23	Los vasos de la dura mater.
Lamina 24	Corte vertical de la cabeza y cuello divididos en partes simétricas, de la parte anterior a la posterior.
Lamina 25	Un corte horizontal la cabeza abierta en ángulo derecho y también por medio de distintos cortes practicados en la cara: la parte anterior del cerebro, los conductos lacrimales, el seno maxilar derecho abierto.
Lamina 26	Un corte vertical de la cabeza y una sección vertical de los huesos del cráneo.
Lamina 27	La superficie de la lengua también la parte lateral interna de las narices.
Lamina 28	Un corte horizontal de las narices y el cerebro y su base.
Lamina 29	Las partes de la generación del hombre.
Lamina 30y31	Las partes internas y externas de la generación de la mujer.
Lamina 32	El corazón con sus vasos.
Lamina 33	Los pulmones con sus vasos por la parte posterior.
Lamina 34	El hígado visto por su parte y también los intestinos y el estómago.
Fuente: ADPS. Legajo 2. Hospital del Cardenal o San Hermenegildo de Sevilla.	

1.2. El área de mujeres del Hospital del Cardenal

Este hospital estaba orientado al cuidado de hombres y mujeres que habían sufrido heridas violentas. Sólo los hombres podían ocupar camas, las mujeres se les curaban en el portal del hospital, es decir fuera de él, por lo tanto, la atención y cuidado estaba a cargo de un enfermero mayor y cuatro enfermeros menores. En el área femenina del hospital, las mujeres se dedicaban a las labores de cocina, lavado, amasado y cocido del pan, estaban a cargo de la madre mayor y estaban obligadas a vivir en reclusión. El “cuarto de mujeres” era bastante pequeño, ocupando la zona denominada la “Torre” que estaba en casa aparte, en la zona más retirada y separada de este hospital.

Desde su creación en 1453, había tres madres, cada una de las cuales tenía dos doncellas, a las cuales se les daba 1.000 maravedíes como ayuda a su buen estado de vida y 20.000 mrs como dote, después de haber trabajado por tres años consecutivos en el hospital (Cabré I Pairet, 2006). En 1588, habían dos ma-

dres, la madre de la Torre (ropera) y la madre del pan (panadera) a quienes desde ese año se les aumentó a dos ducados mensuales su salario y 25.000 maravedíes por las raciones de comida anuales y ayudas de costa de 100 reales, ganando el doble de las madres y doncellas del Hospital de la Sangre (un ducado mensual). Sin embargo, se redujo el número de madres, quedando sólo la madre mayor o “de la Torre” quien dirigía a siete mozas en el XVII y ocho en el XVIII. También había una portera que nunca llegó a ser “madre” que siempre estaba en el turno para el despacho de lo que se ofreciese hasta 1822. Durante estos siglos, en el cuarto de mujeres se realizaba el lavado de la ropa y el guisado de la comida y lo entregaban a través del turno, no teniendo comunicación alguna con los demás ministros y sirvientes del hospital. Estas mujeres no aseaban ni limpiaban las enfermerías, pues de eso se encargaban los enfermeros menores. Aunque dos veces al año cuando se producía el cambio de las estaciones, se hacía una limpieza general de las enfermerías altas o bajas según correspondiese,

encargándose a mujeres externas del hospital por lo cual recibían una paga.

En el XIX, la madre mayor ya no aparece en los libros salarios desde antes 1804, siendo reducidas las doncellas, ya llamadas sirvientes, a sólo tres bajo la dirección de una mujer, la madre mayor jubilada Marina Cantero quien al fallecer la sucedió Ángela Velos, desde 1815 a 1822 (ADPS. Libro 12. Hospital del Cardenal. Libros de salarios de ministros). Esta mujer al jubilarse constituyó la última en gozar los privilegios que ofrecía este hospital. Desde 1815, el secretario del hospital empezó a omitir los nombres de las mujeres que trabajaban en el área femenina quienes se pierden en el anonimato, recibiendo la responsable del área femenina, Ángela Velos, la paga a nombre de las mujeres que trabajaban en el hospital, sin embargo los nombres de los estudiantes practicantes figuran en los libros.

1.3. Salarios del personal hospitalario del Cardenal

Desde el siglo XVI, el personal hospitalario que obtenía mayores ganancias en el Hospital del Cardenal eran los eclesiásticos –el administrador, el secretario, el cura principal- y los sanitarios titulados, sobre todo, el cirujano. Todos los demás trabajadores recibían salarios bajísimos. En el siglo XVIII, los salarios se mantuvieron fijos a excepción del administrador y cirujano que tendían a la alza. El cirujano ganaba 37.400 maravedíes mucho más que el médico 10.000 mrs y el enfermero 10.200 mrs y esto se explica porque este hospital fue creado para curar heridos provocados por accidentes violentos. A medida que se acercaba el final del siglo XVIII, desde 1770 a 1802, el salario del cirujano se incrementó drásticamente de 98.192 mrs a 124.100 mrs frente a 22.400 mrs del médico y 20.200 mrs del enfermero quien había asumido la labor de sangrador

además de enfermero para obtener el salario indicado, incrementando obligaciones para ganar más dinero. Los salarios de los ministros de menor rango entre los que estaban los cuatro enfermeros menores se estancaron en todo el siglo XVIII, recibiendo el primer enfermero llamado “medicinero” 8.789 mrs y los restantes 4.896 mrs.

A esto se unía que todos recibían una ración de comida diaria, por ejemplo, en 1782, el enfermero tenía derecho a dos libras de pan y doce cuartos para carne, un cuartillo de aceite, los sábados dos huevos, los viernes pescados y en vigilia diez libras de tocino anuales. Se les entregaba un cuartillo y medio de vino durante los siglos XVI y XVII.

“Los cuatro enfermeros menores y al boticario se le den cada día un cuartillo y medio de ración de vino, no se les dé en dinero y de la misma manera se les dé ración de cuartillo y medio de vino al portero y lacayo y que a la madre del pan y de la cocina se les dé un cuartillo de vino a cada una de ellas cada un día atento a que son mujeres mayores” (ADPS. Libro 1 A. Libro del Hospital del Cardenal 1574-1616, f. 22 r, 04/10/1583).

El salario del personal femenino se mantuvo tal cual a lo largo del siglo XVIII. La responsable de esta área, la madre mayor era la que recibía el mayor salario 8.976 mrs que desde 1742 se le adosó la ayuda de costa anual de 200 reales, alcanzando un salario de 15.776 mrs., la madre tornera y las doncellas desde su creación y durante todo el siglo XVIII ganaron siempre lo mismo 4.488 ms. Se debe tener en cuenta que los trabajadores de algunos hospitales cobraban en dinero y en especie, de modo que los niveles salariales en metálico bajísimos eran compensados con raciones diarias de comida (Rey Castelao, 2010), como era el caso de los hospitales estudiados.

En el siglo XIX es cuando se produjo un giro drástico en los salarios y se uniformizaron e igualaron los salarios de las mujeres y desapareció la jerarquía establecida bajo una madre mayor (Carbonell Esteller, 1989). Cada una de estas mujeres recibió el más bajo salario del hospital.

Desde 1804, al enfermero mayor se le empieza a denominar cirujano segundo, pues ya se le consideraba como tal al exigírsele el título, como consecuencia, se produce un aumento vertiginoso en su salario en siete y medio veces más sobre su valor, siguiendo de cerca

al cirujano primero como sería llamado al cirujano mayor. Los enfermeros menores son denominados practicantes de cirugía, como estudiantes que eran se les aumentó levemente sus salarios. Mientras tanto un portero-barrendero siguió ganando más que cualquier practicante de cirugía.

Al final se puede indicar que el acceso al conocimiento científico permitió al enfermero mayor ser reconocido como cirujano por lo que desde 1804, en el hospital ya consideraba que tenía dos cirujanos y cuatro practicantes de cirugía.

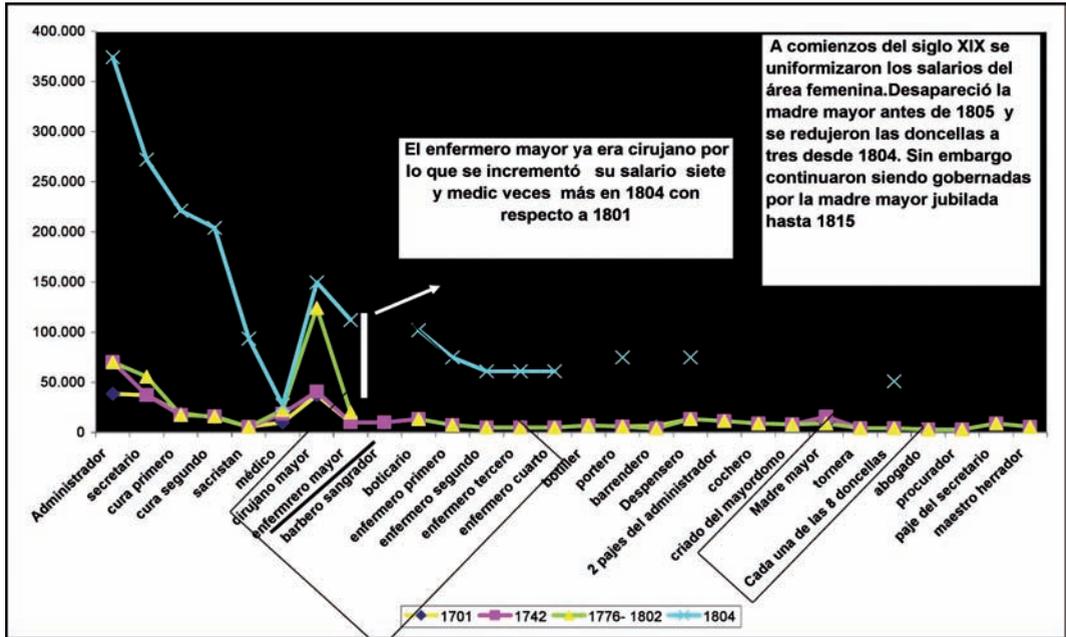
Tabla 2

Tabla 2. Salarios nominales del Hospital del Cardenal de Sevilla (en maravedíes)

	1701	1713	1742	1776-1802	1804
Administrador	38.436	38.436	70.000	70.000	374.000
Secretario	37.400	37.400	37.400	55.808	272.000
Cura primero	19.204	17.572	17.572	17.512	221.000
Cura segundo	15.057	15.057	15.940	15.940	204.000
Sacristán	5.712	5.712	5.712	5.712	93.500
Médico	10.000	10.000	18.700	22.440	27.064
Cirujano mayor	37.400	37.400	40.800	124.100	149.600
Enfermero mayor	10.200	10.200	10.200	20.200	112.200
Barbero sangrador	10.000	10.000	10.000		
Boticario	13.464	13.464	13.464	13.464	102.000
Enfermero primero	7.344	7.344	7.344	7.344	74.800
Enfermero segundo	4.896	4.896	4.896	4.896	61.200
Enfermero tercero	4.896	4.896	4.896	4.896	61.200
Enfermero cuarto	4.896	4.896	4.896	4.896	61.200
Botiller	7.106	7.106	7.106	7.106	
Portero	6.000	6.000	6.000	6.000	74.800
Barrendero	6.732	6.732	4.173	4.173	
Dispensero	13.464	13.464	13.464	13.464	74.800
Dos Pajes del administrador	11.424	11.424	11.424	11.424	
Cochero	8.976	8.976	8.976	8.976	
Criado del mayordomo	8.160	8.160	8.160	8.160	
Madre Mayor	8.976	8.976	15.776	8.976	
Tornera	4.488	4.488	4.488	4.488	
Cada uno de las 8 doncellas	4.488	4.488	4.488	4.488	51.000
Abogado	3.000	3.000	3.000	3.000	
Procurador	3.000	3.000	3.000	3.000	
Paje del secretario	8.976	8.976	8.976	8.976	
Maestro herrador	5.610	5.610	5.610	5.610	

Fuente: ADPS. Hospital San Hermenegildo. Legajos 2,108, 109,110, 111 y 112.

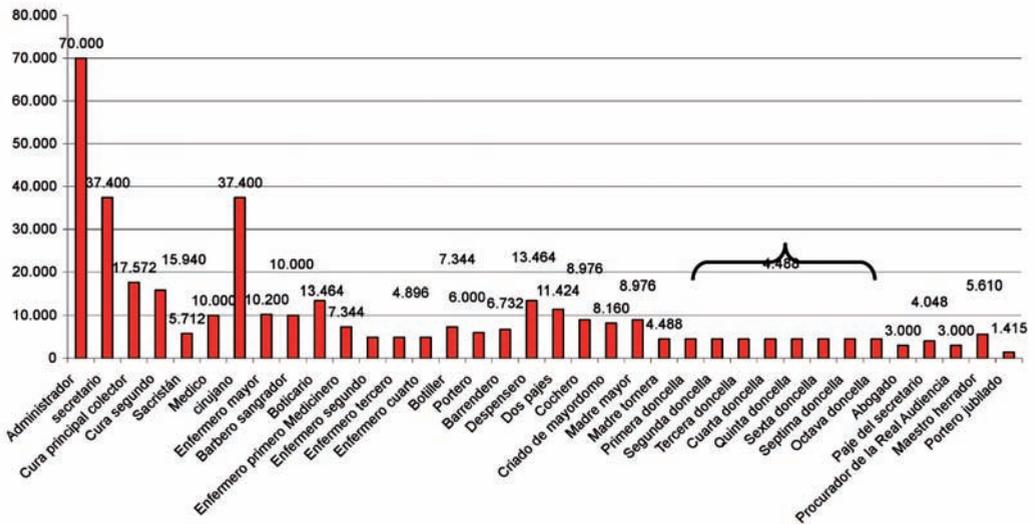
Gráfica 1



Fuente ADPS. Hospital San Hermenegildo. Legajos 2,108, 109,110, 111 y 112. Elaboración propia

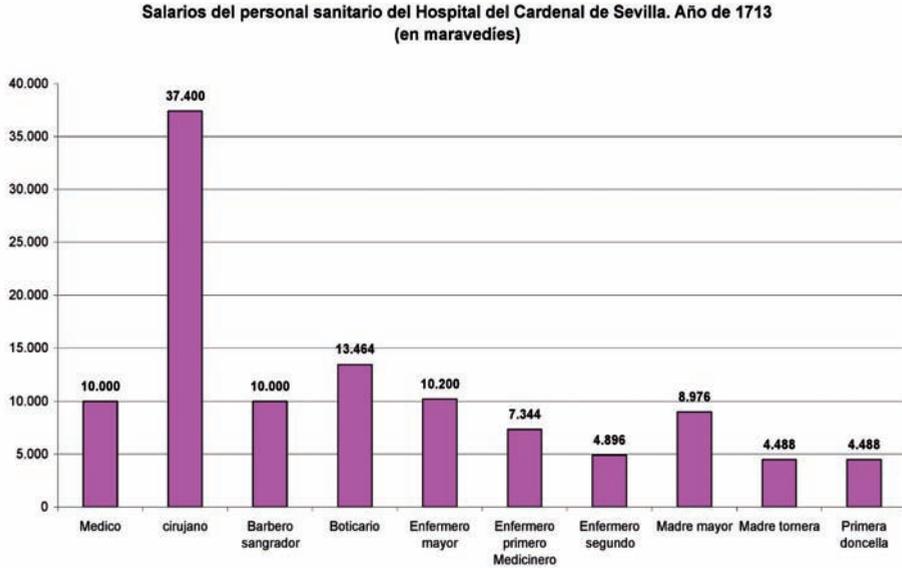
Gráfica 2

Salario de los ministros y criados del hospital del Cardenal de Sevilla(maravedíes) del año de 1713



Fuente: ADPS. Hospital del Cardenal de Sevilla. Legajo 2. "Sumario de lo pagado de salarios a los ministros de este hospital este año de 1713. Así atrasados como corrientes cuya razón y recibos se hallaran en el libro de salarios", f. 98 r.

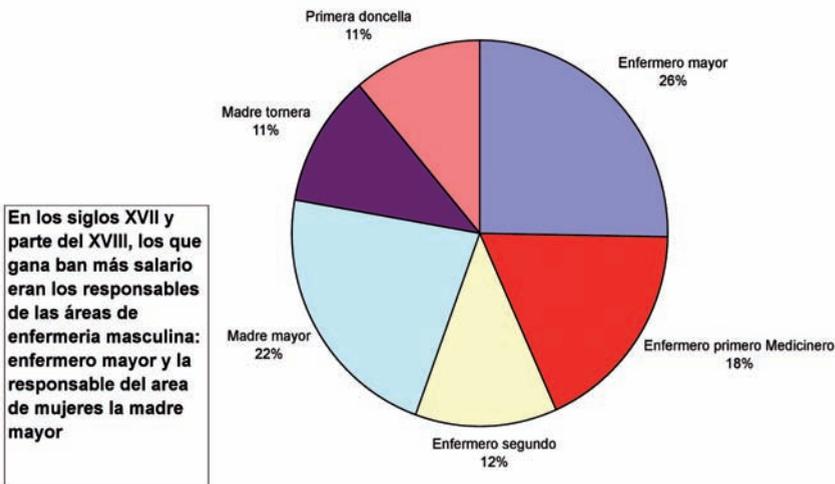
Gráfica 3



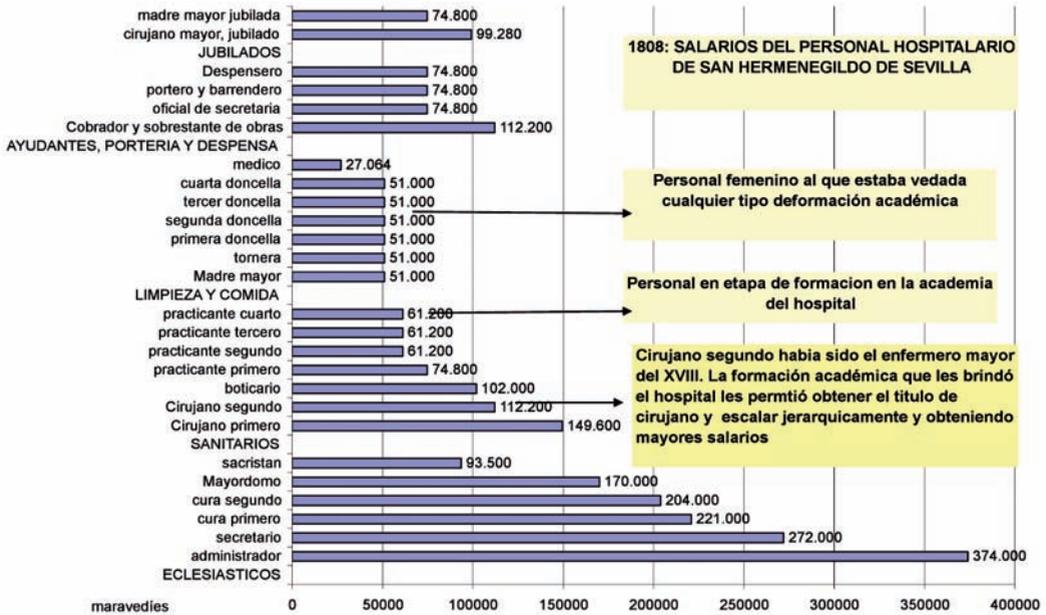
Fuente: ADPS. Hospital del Cardenal de Sevilla. Legajo 2. “*Sumario de lo pagado de salarios a los ministros de este hospital este año de 1713. Asi atrasados como corrientes cuya razón y recibos se hallaran en el libro de salarios*”, f. 98 r.

Gráfica 4

Porcentaje de salarios de enfermeros y área femenina del hospital del Cardenal de 1713



Fuente: ADPS. Hospital del Cardenal de Sevilla. Legajo 2, f. 98 r.



De esta manera, en cuanto al personal sanitario del hospital obtenía mayor salario el cirujano, seguido del boticario, enfermero mayor, sangrador, médico y madre mayor. Al comparar sus salarios, se puede sacar como conclusión que el enfermero mayor podía ganar un poco más que la madre mayor del Hospital del Cardenal si hacía de sangrador. Después de estos ministros mayores seguían los practicantes de enfermería y las doncellas. La profesión de cirujano desbancó definitivamente a la del médico en el Hospital del Cardenal donde ganaba más, pero no hay que olvidar que era un hospital especializado en heridos, sin embargo, ganaban igual que los cirujanos del Hospital de las Cinco Llagas. Los enfermeros menores fueron considerados el último escafolón del personal médico no titulado, aunque ya en proceso de serlo, pues en el XIX fueron denominados practicantes en cirugía. Su número habitual fue de cuatro. En 1713, el enfermero menor “medicinero” recibía 216 reales y el resto de enfermeros menores 144 reales

anuales, 12 reales menos que una doncella de dote, quienes permanecieron con sus mismos salarios desde 1603. Los ministros mayores-los eclesiásticos y los cirujanos y médicos titulados- obtenían los más altos ingresos, los demás eran considerados ministros menores y sirvientes.

Paulatinamente, los cambios en el trabajo institucional de este hospital se fueron evidenciando en los salarios a medida que la educación se fue haciendo popular entre los varones (caso del enfermero mayor, reconocido como cirujano segundo en el XIX), permaneciendo vedada a las mujeres.

2. El hospital de la Sangre de Sevilla

Este hospital fue fundado en 1500 y estuvo destinado principalmente a la curación de mujeres que no tuviesen enfermedades contagiosas o incurables. Su personal asistencial estaba conformado por un médico, un cirujano, la madre mayor, las nueve madres auxiliares y doce enfermeras menores, llamadas doncellas

de dote. En este hospital, la mujer cumplió deberes fundamentales para su buen funcionamiento que comprendieron cuidado de enfermas, heridas, convalecientes y desahuciadas, la administración del área femenina y la realización del trabajo doméstico (cocina, limpieza y lavado de ropa). Este hospital estaba regido por un triunvirato de frailes del monasterio de la Cartuja de Santa María de las Cuevas, del monasterio de San Isidoro del Campo y por el monasterio de San Jerónimo de Buenavista. Un clérigo administraba el hospital y había un mayordomo, un contador, un archivero-notario, dos curas, un médico, un cirujano, una madre mayor, madres auxiliares, doncellas de

dote y criados. En este hospital prevalecía el concepto de vivir en comunidad, aunque con áreas femeninas y masculinas separadas, pero permeables en ciertos momentos del día para cumplir con el trabajo cotidiano.

2.1. Salarios de los trabajadores del Hospital de las Cinco Llagas de Sevilla en el siglo XVIII

Esta parte del trabajo se ha realizado, utilizando los ingresos variables de cada trabajador del Hospital de las Cinco Llagas de Sevilla según los libros de contabilidad de los años de 1710 a 1765. Se ha utilizado el precio promedio del trigo en Sevilla de los años 1710 a 1765 según la información proporcionada por Pierre Pon-

Tabla 3

1710-1765 Ingresos Nominales Hospital de las Cinco Llagas Datos en maravedies										
	Precio del Trigo(mrs)	Cartuja	San jeronimo	San isidro del Campo	Secretario cont	Cura primero	Cura segundo	Medico	Cirujano	sangrador
1710	1484	26 112	13 974	19 074	36 550	13 617		61 727		
1711	799	33 830	19 754	25 296	36 252	16 396	111 277	70 737	62 815	100 555
1712	875	7 956	25 857	17 544	47 056	3 400		26 146	414 086	6 817
1713	841	23 256	17 544	31 144	65 770	37 686	33 624	63 316	29 602	69 239
1714	909	2 550	20 400	31 144	92 204	5 615	29 384	60 945	11 683	46 937
1715	799	40 029	26 214	37 262	85 935	34 119	69 507	75 973		22 857
1716	739	34 578	35 190	37 172	70 611	39 936	11 606	80 716		19 771
1717	589	24 854	17 204	19 380	34 773	21 887	90 055	73 372		15 096
1718	603	157 456	17 204	24 642	27 508	32 949	23 705	81 600		29 376
1719	739	17 204	26 180	20 604	41 472	28 486	19 740	68 000		33 933
1720	450	17 204	17 204	26 180	76 080	77 004	36 869	74 800		21 402
1721	510	26 180	17 204	14 382	77 302	21 471		96 296		36 746
1722	510	17 204	26 180	20 026	56 253	13 691	18 110	82 688		22 479
1723	906	17 204	18 632	26 180	53 506	24 548	22 478	62 900	34 272	38 080
1724	974	20 162	12 818	12 852	16 694	71 765	32 598	81 231	41 480	1 268
1725	875	15 674	21 162	15 674	35 964	32 935	17 000	132 872	36 924	16 796
1726	566	24 752	24 752	29 240	27 936	8 754	8 754	74 800	36 924	
1727	453	26 180	17 204	17 204	30 180	8 229	8 161	74 800	37 400	
1728	544	14 348	23 324	11 526		8 500	8 554	67 082	32 963	
1729	637	20 060	20 060	31 858	55 872	10 273	8 334	82 518	41 837	
1730	586	26 180	17 204	17 204		7 729	13 169	74 800	37 400	
1731	1 037	17 204	26 180	17 204	55 872	22 704	9 104	74 800	37 400	
1732	892	17 204	17 204	26 180	27 936	22 479	8 879	74 800	37 400	
1733	799	26 180	17 204	17 204	27 936	22 129	8 529	74 800	37 400	
1734	1 008	17 204	26 180	17 204	27 936	19 128	13 635	74 800	37 400	
1735	1 269	17 204	17 204	26 180		25 379	11 779	74 800	37 400	
1736	739	26 180	17 204	17 204		27 304	11 154	74 800	37 400	
1737	1 045	17 204	26 180	17 204	91 203	23 874	10 834	97 838	37 400	
1738	1 139	17 204	17 204	26 180	38 169	53 143	24 566	76 512	37 400	3 740

Fuente:

ADPS. Legajo 187. Libro de pago de salarios a ministros del Hospital de la Sangre. Salarios de 1708 a 1725. ADPS. Legajo 188. Libro de pago de salarios a ministros del Hospital de la Sangre. Salarios de 1725-1765. ADPS. Legajo 4B. Autos capitulares del hospital de la Sangre de 1716 a 1734. ADPS. Legajo 4B. Libro de autos capitulares pertenecientes al gobierno de este hospital de la Sangre, comienza año de 1734 y acaba con junta de gobierno de 6 de diciembre de 1763.

sot en el libro “Atlas de historia económica de la baja Andalucía: siglos XVI-XIX”. Para obtener los salarios reales se eligió el índice precio del trigo de 1711, correspondiendo el año base, con la cual se determinó los ingresos deflactados de los trabajadores del mencionado hospital.

La constitución del hospital estipula salarios fijos, pero en los libros salarios se comprueba que se entregan salarios variables en función de lo que hayan trabajado, comprado en las almonedas del hospital y ahorrado en raciones de comida.

Tabla 4

CÁLCULO DE LOS INGRESOS REALES. DEFLACTAMOS A PARTIR DE 1711										
1710-1765 Ingresos Nominales Hospital de las Cinco Llagas Datos en maravedies										
Año base 1711 = 100										
	Precio del Trigo	Nº INDICE Precio	Cartuja	San jeronimo	San isidro del Ca	Secretario contad	Cura primero	Cura segundo	Medico	Cirujano
1710	1484	185.73	14.059	7.524	10.270	19.679	7.332	0	33.234	0
1711	799	100.00	33.830	19.754	25.296	36.252	16.396	111.277	70.737	62.815
1712	875	109.51	7.265	23.611	16.020	42.969	3.105	0	23.875	378.120
1713	841	105.26	22.095	16.668	29.589	62.485	35.709	31.945	60.154	28.124
1714	909	113.77	2.241	17.931	27.375	81.046	4.936	25.828	53.570	10.269
1715	799	100.00	40.029	26.214	37.262	85.935	34.119	69.507	75.973	0
1716	739	92.49	37.385	38.047	40.190	76.344	43.178	12.548	87.269	0
1717	589	73.72	33.715	23.338	26.290	47.171	29.691	122.163	99.532	0
1718	603	75.47	208.636	22.796	32.652	36.449	43.659	31.410	108.123	0
1719	739	92.49	18.601	28.306	22.277	44.839	30.799	21.343	73.521	0
1720	450	56.32	30.547	30.547	46.484	135.084	136.725	65.463	132.812	0
1721	510	63.83	41.015	26.953	22.532	121.106	33.638	0	150.864	0
1722	510	63.83	26.953	41.015	31.374	88.130	21.449	28.372	129.545	0
1723	906	113.39	15.172	16.432	23.088	47.187	21.649	19.823	55.471	30.224
1724	974	121.90	16.539	10.515	10.543	13.695	58.871	26.741	66.636	34.027
1725	875	109.51	14.313	19.324	14.313	32.840	30.074	15.523	121.331	33.717
1726	566	70.84	34.941	34.941	41.277	39.436	12.358	12.358	105.592	52.124
1727	453	56.70	46.176	30.344	30.344	53.231	14.514	14.394	131.932	65.966
1728	544	68.09	21.074	34.257	16.929	0	12.484	12.564	98.527	48.414
1729	637	79.72	25.162	25.162	39.960	70.081	12.886	10.453	103.504	52.477
1730	586	73.34	35.696	23.457	23.457	0	10.538	17.956	101.988	50.994
1731	1.037	129.79	13.256	20.171	13.256	43.049	17.493	7.015	57.633	28.816
1732	892	111.64	15.410	15.410	23.450	25.023	20.135	7.953	67.001	33.501

Fuente: El deflactor utilizado es el precio promedio del trigo en Sevilla de los años 1710 a 1765, según Pierre Ponsot “Atlas de historia económica de la baja Andalucía: siglos XVI-XIX”.

El análisis de algunos oficios en el hospital indican que:

a) No hay diferencia sustancial en el trabajo no cualificado tanto de hombres como mujeres desde mediados del siglo XVIII, tendencia que ya se visualiza desde el primer tercio del siglo XVIII.

Explicación:

Primero se procede a comparar oficios no cualificados aparentemente semejantes.

- Jardinero y cualquier doncella enfermera
- Portero, madre portera y madre tornillera

- Dispensero y madre ropera
- Tahonero y madre panetera

Fig. 1. Jardinero y cualquier doncella enfermera

En este primer caso, ambos tienen un mismo estatus dentro del hospital son criados. Se observa que el jardinero tiene menor capacidad adquisitiva que la doncella, pero a mediados del primer tercio el siglo XVIII se invierte la figura, teniendo mayor capacidad adquisitiva el jardinero. Pero es una leve diferencia.

Fig. 2. Portero, madre portera y madre tornillera

En el segundo caso, los tres son porteros. El portero controla la puerta de entrada. La madre portera controla la entrada al área femenina y la madre tornillera controla el torno, pero principalmente cocina para los varios servidores que trabajaban en esta área. Se observa que el portero tenía una mayor capacidad adquisitiva que la portera y la tornillera, pero en el primer tercio del siglo XVIII, se invierte la figura, teniendo mayor capacidad adquisitiva la portera y la tornillera. Pero es una leve diferencia.

Fig. 3. Despensero y madre ropera

En el tercer caso, ambos controlan bienes en el almacén y en la ropería. Se observa que el despensero tenía una mayor capacidad adquisitiva que la madre ropera, pero en el primer tercio del siglo XVIII, se invierte la figura, teniendo mayor capacidad adquisitiva la madre ropera. Pero es una leve diferencia.

Fig. 4. Tahonero y madre panetera

En el cuarto caso, ambos se relacionan con la elaboración del pan del hospital. El tahonero se ocupa de moler los cereales y la madre panetera de la elaboración del pan (preparar, amasar y hornear). Se observa que la capacidad adquisitiva de ambos oficios es semejante. Por lo tanto, desde mediados del siglo XVIII, se deduce que los oficios de baja cualificación ya no se discriminan por género, ni siquiera levemente.

b) En la primera mitad del siglo XVIII, los trabajos cualificados de tipo administrativo y de tipo religioso descienden paulatinamente su capacidad adquisitiva, que alcanzó el tope a mediados del siglo XVII, acercándose a la capacidad adquisitiva de los salarios prove-

nientes de los trabajos cualificados femeninos.

Explicación:

Primero se procede a comparar oficios cualificados aparentemente semejantes. En el Antiguo Régimen, es muy difícil comparar profesiones semejantes, pero se trata de superar este inconveniente, agrupando profesiones aparentemente análogas. En algunos casos, se agrupan oficios cualificados en mayores y menores, para detectarlos, nos dan una orientación los salarios fijos estipulados por constitución.

- Madre agonizante y cura segundo
- Madre cirujana y el botiller
- Madre mayor y patrón (San Isidoro del Campo)

Fig. 5. Madre agonizante y cura segundo

En este caso, ambos se ocupan del buen morir. La madre agonizante se ocupaba de la enferma, una vez que el cura semanero le daba la extremaunción. Le rezaba y confortaba para que se enfrente a la muerte en forma serena y no la dejaba sola en ningún momento. La madre agonizante tenía que saber leer para ocupar el cargo, por lo que era un oficio cualificado. El cura segundo se encargaba de ayudar al cura semanero en las misas y entierro. Se observa que a comienzos del siglo XVIII, el cura segundo, oficio cualificado masculino, tiene mayor capacidad adquisitiva que la madre agonizante, pero lo pierde rápidamente a mitad de dicho siglo por la disminución de enfermas en el hospital. El salario de los curas es directamente proporcional al grado de mortandad del hospital por que cobran por misa de difuntas y entierros.

Fig. 6. Madre cirujana y el botiller

Dos oficios de un mismo rango dentro del hospital, ambos son ministros menores. La madre cirujana atiende a las enfermas con

heridas, las prepara para cada visita del cirujano, y luego administra lo que se le indica. El botiller es el encargado de las compras al por mayor. El botiller tiene mayor capacidad adquisitiva que la madre cirujana, pero lo va perdiendo paulatinamente porque disminuyó el número de enfermas.

Fig. 7. Madre mayor y patrón (San Isidoro del Campo)

Dos oficios administrativos. El oficio cualificado administrativo va perdiendo paulatinamente su capacidad adquisitiva en forma paralela a la que la pierde la madre mayor que conduce el área femenina del hospital.

c) Los trabajos cualificados del personal sanitario masculino no descienden su capacidad adquisitiva, sino se mantienen altos, contrario a la capacidad adquisitiva del personal cualificado sanitario femenino.

Explicación:

Se procede a comparar oficios cualificados aparentemente semejantes.

Fig. 8. Madre cirujana y cirujano

El cirujano realiza sólo dos visitas de una hora cada una, en la mañana y otra en la tarde (en total dos horas) y una visita en admisión de enfermas. Mientras que la madre cirujana trabaja todo el día, e incluso duerme con las enfermas. La diferencia de salarios sigue siendo discriminatoria en el tiempo, aunque se produce una ligera convergencia o aproximación.

Conclusiones en cuanto a los trabajos no cualificados:

- No hay diferencia sustancial en el trabajo no cualificado tanto de hombres como mujeres desde mediados del siglo XVIII, tendencia

que ya se visualiza desde el primer tercio del mencionado siglo.

- En los trabajos no cualificados da igual que sea hombre y mujer, de tal manera que cada vez en forma más notoria las diferencias de salarios son por criterios de renta que de género, que si se dio a finales del siglo XVI.

Conclusiones en cuanto a los trabajos cualificados

- Los trabajos cualificados de tipo administrativo descienden paulatinamente su capacidad adquisitiva acercándose a la capacidad adquisitiva de los salarios provenientes de los trabajos cualificados femeninos. Es el caso del salario del patrón San Jerónimo o secretario con el salario de la madre mayor. Sin embargo los patrones priores recibían otras entradas de dinero, además del salario: por misa de difuntas de almoneda generales, ayudas de costa del hospital de convalecencia y del hospital de la Sangre.

- Los trabajos del personal religioso descienden su capacidad adquisitiva, acercándose de forma paulatina a la capacidad adquisitiva de los salarios provenientes de los trabajos cualificados femeninos, como es el caso del cura segundo con la madre cirujana.

- Los trabajos cualificados del personal sanitario no desciende su capacidad adquisitiva, sino se mantiene alto frente a la capacidad adquisitiva del personal cualificado sanitario femenino. Por ejemplo, el cirujano y madre cirujana.

De esta manera se valora la preparación científica con mayores salarios y mayor capacidad adquisitiva y se deprecian los oficios sin cualificación, sean estas realizadas indistintamente por hombres o mujeres con menores salarios y menor capacidad adquisitiva.

Gráficos 6: Salarios reales siglo XVIII

Gráfico 1

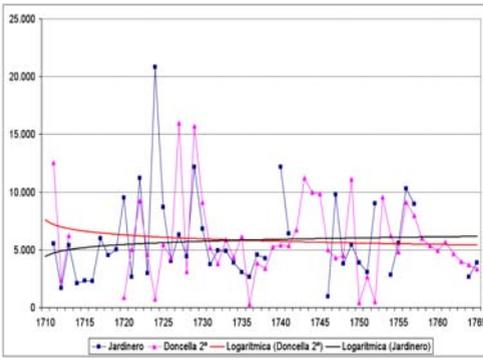


Gráfico 2

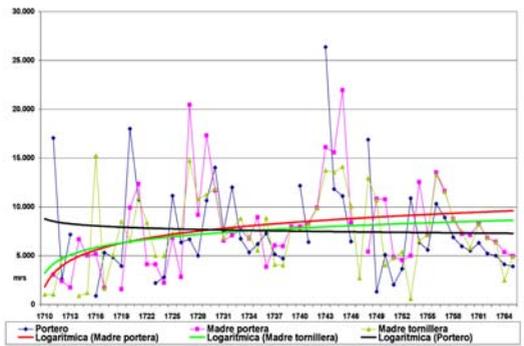


Gráfico 3

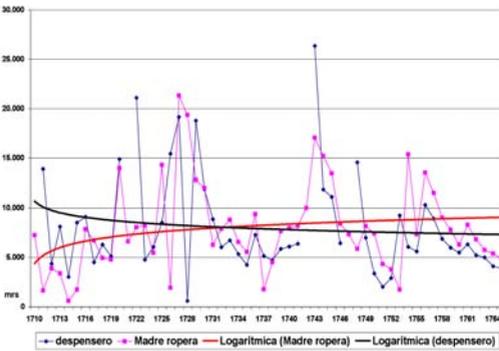


Gráfico 4

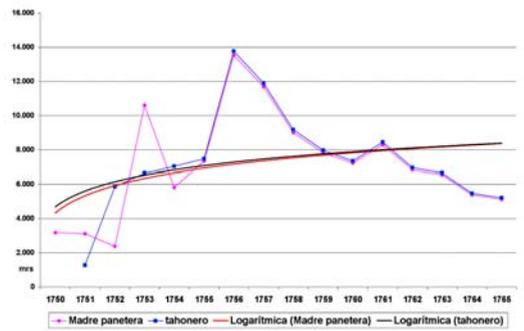


Gráfico 5

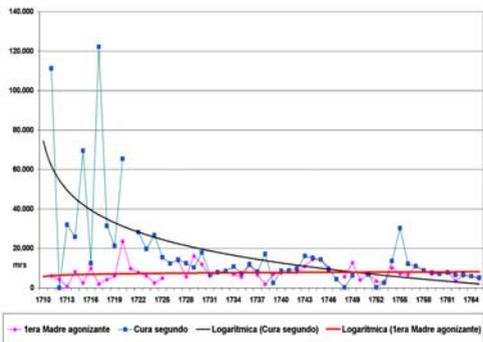


Gráfico 6

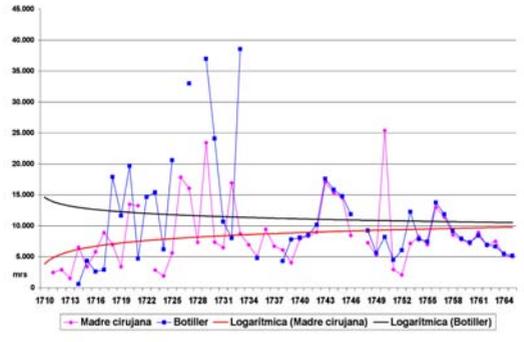


Gráfico 7

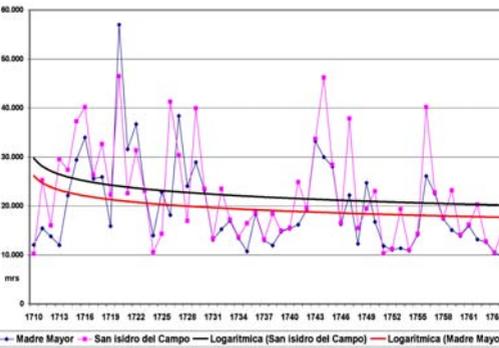
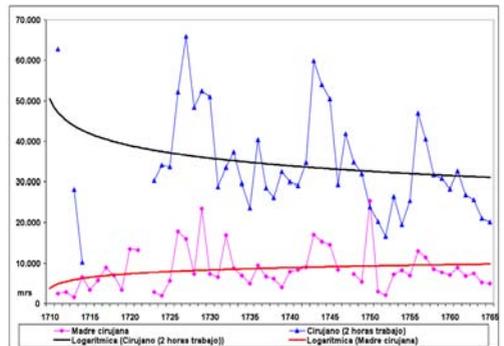


Gráfico 8



2.1.1. Pago por especie

El Hospital de la Sangre de Sevilla entregaba un pago por especie, además de los salarios monetarios. Este pago podía ser convertido en dinero si no se consumía la ración de alimento designada en forma diaria. Estas raciones eran importantes en una sociedad donde la carestía alimentaria era lo habitual -desabastecimiento de cereales y de carne de carnero, puerco, vaca y pescado- y los precios del trigo fluctuaban, alcanzando a veces picos altísimos y se sucedían prolongados periodos de escasez a consecuencia de ocultaciones y acaparamientos que llevaron a hambrunas en la primera mitad del siglo XVI (1503-1508, 1519-1523, 1529-1532, 1541-1542). Además, el aumento poblacional de Sevilla empeoró la situación, pues la demanda de pan creció, siendo con frecuencia la oferta muy insuficiente, por lo que Sevilla sufrió terribles hambrunas. Mientras tanto, el Hospital de la Sangre se resguardaba de este desasosiego, amparada por los ingentes bienes delegados por sus fundadores ya que contaba con tierras de labranza como el Guadalcanal que le proveía lo necesario para desarrollarse, mientras que fuera de ella reinaba el desabastecimiento, insuficiencia alimenticia, precios altos y especulación. La cocina del hospital se encargaba de preparar la comida y la panetería, los panes para los enfermos y los trabajadores, apareciendo formalmente las paneteras desde antes 1503 y la madre panetera en 1555.

Durante el primer siglo de existencia de este hospital, en ninguno de sus Reglamentos de 1503 y 1603 indica que se les daba alimentos como pago a sus servicios, lo más probable es que se haya desarrollado la costumbre entre los trabajadores de comer la misma comida de los enfermos, sin embargo a finales del siglo XVI, ya se había separado la cocina de ministros del hospital de la cocina de enfermos y criados.

El Siglo XVII significó para el Hospital de las Cinco Llagas, al menos por un tiempo, uno de los periodos de mayor esplendor económico al coincidir el desembolso de los dos grandes patronatos del tesorero de la Casa de la Moneda Diego de Yanguas y las hermanas Núñez Pérez. A consecuencia de la entrada de estos capitales fue precisamente en 1624 cuando se empezaron a entregar raciones en carne, cereales, frutas, vino, aceite, pasas a los trabajadores del hospital, atenuando la crisis galopante e imperante que se daba fuera del hospital, especialmente en los periodos de 1603-1605, 1616-1618, 1626-1628, 1677-1687, 1693-1697, caracterizada por la inflación y hambre, provocada por la adversidad climática (lluvia-sequía). Así, se observa que el hospital era un microcosmos, protegido de las hambrunas que acechaban a extramuros de la institución por los bienes y rentas que la familia de los fundadores y de los nuevos patronatos lo habían dotado de ingentes recursos pecuniarios. Sin embargo, la crisis le impactó de manera frontal con la terrible peste de 1649, por la que se vio obligado el hospital a despedir a parte de sus trabajadores. La recuperación total del hospital se produjo hasta varios años después de la epidemia.

El siglo XVIII fue un siglo de crisis económica que impactó al hospital, pues sus rentas ya no rendían lo suficiente, sin embargo se continuó dando las raciones diarias tanto a los enfermos como a todos los trabajadores. Otra peste que afectó seriamente al hospital fue la de 1708-9 que produjo la inflación de los cereales a tal grado que se suprimió la panadería y la atahona del hospital hasta 1755 (Carmona García, 2000). Como se observa el hospital se mostraba cada vez más vulnerable frente a los embates externos fuesen climáticos, económicos (primeras desamortizaciones), políticos, epidémicos, inflacionarios, pues sus rentas ya no tenían

“cabimentos”. Así y todo, las raciones de comida diaria no fueron suprimidas, incluso en las peores épocas se convirtió en el único pago a los ministros menores o sirvientes del hospital. Sin embargo, los peores golpes fueron la invasión francesa y la guerra de independencia que prácticamente terminaron por desestabilizar la ya precaria economía hospitalaria.

3.- Comparación esquemática entre la enfermería femenina del Hospital de la Sangre y la enfermería masculina del Hospital del Cardenal.

Se ha realizado comparaciones en cuanto al trabajo hospitalario asistencial en los dos hospitales sevillanos estudiados

Hospital de la Sangre	Hospital del Cardenal
<p>El área de sanidad estaba conformado por tres partes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) La medicina y cirugía: Médico y cirujano. b) La enfermería: Madres enfermeras de medicina, cirugía, incurable, convaleciente, buen morir y sus doncellas. c) El servicio doméstico: Madres cocineras, panaderas, roperas, sus doncellas y una portera. 	<p>El área de sanidad estaba conformado por tres partes:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) La medicina y cirugía: Médico y cirujano. b) La enfermería: Enfermero mayor y enfermeros menores. c) El servicio doméstico: Madre mayor, tornera y sus doncellas.
<p>En el hospital de la Sangre se vivía en una casa de comunidad donde si bien estaban separados, alternaban en ciertos momentos del día para cumplir con sus obligaciones.</p>	<p>En el Hospital del Cardenal no se tenía presente esa idea y la separación fue determinante viviendo las mujeres en una torre y los varones en el hospital.</p>
<p>El área femenina estaba a cargo de la madre mayor que se denominaba “área de clausura”. Esta área se dedicaba a la enfermería y actividades domésticas.</p>	<p>El área femenina estaba a cargo de la madre mayor que se denominaba “Cuarto de mujeres”. Esta área se dedicaba sólo a actividades domésticas.</p>
<p>La madre mayor tenía ocho a nueve madres y once a quince doncellas.</p>	<p>La madre mayor tenía siete u ocho doncellas y una tornera</p>
<p>En el XVII y XVIII, las enfermeras recibían el mismo salario a excepción de la madre mayor que aumentó su salario al doble de 264 reales (8.976 ms.) a 500 reales (17.000 ms.) desde 1730.</p>	<p>El enfermero mayor del Cardenal recibía de salario un tercio superior a la madre mayor de su hospital y un poco menos a la madre enfermera del Hospital de las Cinco Llagas.</p> <p>Enfermeros menores practicantes de cirugía del Cardenal recibían sólo un poco más que las doncellas que trabajaban como criadas en ambos hospitales.</p>

<p>Una enfermera del Hospital de la Sangre (8.814 ms.) ganaba casi el doble de un enfermero menor (4.896 ms.) con excepción del enfermero “medicinero” del Hospital del Cardenal (7.344ms.).</p>	
<p>Las enfermeras no recibían ningún tipo de enseñanza institucionalizada y formalizada, pero estaban presentes durante las inspecciones médicas y de cirugía diarias y aprendían lo que el médico les explicaba. Estaban obligadas a estar presentes durante estas visitas, para obrar en conformidad a las indicaciones del médico, bajo amenaza de despido a la que no concurría. Había enfermeras de medicina y de cirugía</p>	<p>Los enfermeros tenían una enseñanza formal en la academia de anatomía del hospital donde se enseñaba osteología, miología y angiología. Academia abierta a cualquier varón que quisiese aprender los rudimentos de anatomía.</p>
<p>Las enfermeras no recibían una enseñanza formal en ninguna academia. Se impartía una enseñanza práctica de las madres mayores hacia las doncellas con la estricta vigilancia de la madre mayor.</p> <p>La educación que impartían las mujeres era doméstica y familiar como una madre a su hija, por eso las doncellas solían denominarse “hijas”.</p>	<p>Se obligaba la presencia de los cuatro enfermeros practicantes del hospital a la academia de anatomía bajo amenaza de despido al que no concurría.</p>
<p>Las enfermeras atendían a los enfermos según las prescripciones dadas por el médico o cirujano. Sangraba el barbero o cirujano</p>	<p>Los enfermeros atendían a los enfermos según las prescripciones dadas por el médico o cirujano. Sabían sangrar.</p>
<p>En el siglo XIX, las enfermeras y doncellas seguía cumpliendo con su función de cuidadoras.</p>	<p>En el siglo XIX, el enfermero mayor llegó a ser cirujano segundo y los enfermeros menores fueron llamados estudiantes practicantes de cirugía.</p> <p>En ese mismo siglo, a las mujeres del área femenina del Cardenal, se las empezó a denominar “sirvientas”, se homogenizó sus salarios y se anuló la jerarquía, desapareciendo la madre mayor.</p>
<p>La enfermera mayor del Hospital de la Sangre mantuvo su salario sin aumento hasta finales del XVIII, posteriormente se redujo por la crisis generalizada que sufrió este hospital. Sin embargo, se gastaba 79.326 ms. (212 ducados) anuales en los salarios de todas las madres por ser imprescindibles para el buen desempeño del hospital.</p>	<p>En el siglo XVII, el salario del enfermero mayor permaneció estable, pero fue a mediados del siglo XVIII cuando se le exigió equipar su especialización a la de un cirujano. Así si bien eran denominados enfermeros mayores eran en verdad cirujanos a todo derecho y como tal se empezó a valorar monetariamente desde 1804, principalmente al enfermero mayor quien pasó a denominarse cirujano segundo.</p>

<p>Hasta 1831, en el Hospital de la Sangre existió el título de madre mayor quien estaba encargada del área femenina, conformada cada vez más por sirvientas</p>	<p>Mientras el enfermero mayor recibía el título de cirujano segundo en 1804, desaparecía ese mismo año el cargo de madre mayor, denominando a todas las mujeres que trabajaban en el área femenina “doncellas” por no decir sirvientas. Aunque hubo una madre mayor jubilada e impedida hasta 1815 quien siguió manteniendo el título hasta su muerte cuando la reemplazó una mujer que ya no ostentaba ese título, aunque sí sus funciones.</p>
<p>El Hospital de las Cinco Llagas estaba dirigido a enfermas que no fuesen incurables ni contagiosas. Aunque hubo un área de convalecencia, otro de incurables, otro para clérigos enfermos y un área de enfermos hombres entre 1650 a 1750. El cargo de enfermero de eclesiásticos no era constante, a veces lo cumplía el ayudante de botica.</p>	<p>El Hospital del Cardenal estaba dirigido a personas heridas en forma violenta. Sin embargo sólo se admitían en camas a varones, las mujeres eran atendidas en el portal o en casos graves en cuarto aparte</p>
<p>El Hospital de la Sangre era un hospital bajo jurisdicción papal, delegada a un priorato conformada por el prior del convento de Santa María de las Cuevas de la Cartuja, y los priores de San Jerónimos de Buenavista y San Isidoro del Campo. Renunció el cabildo catedralicio de Sevilla su elección como prior.</p>	<p>El Hospital del Cardenal era un hospital bajo jurisdicción papal, delegada a un priorato conformado por el prior del convento de Santa María de las Cuevas de la Cartuja, y el prior del convento de San Jerónimo de Buenavista y por un representante del Cabildo Catedralicio de Sevilla. Sirvió de precedente y ejemplo al Hospital de la Sangre de Sevilla.</p>
<p>Existía la dotación de doncellas para tomar estado de casadas que trabajaban en el hospital desde 1587.</p> <p>El número de doncellas de dote fluctuó de once, doce y quince que recibían 30 o 50 ducados de vellón al casarse si cumplían una serie de requisitos.</p> <p>Ganaban los salarios más bajos del hospital y durante dos siglos recibieron la misma cantidad 4.488 maravedíes (mrs), pero eran imprescindibles para el hospital, pues en sus salarios se gastaba anualmente 53.856 mrs, además de las dotes entregadas. Las doncellas de dote desaparecieron en el Hospital de la Sangre en 1809, siendo sustituidas por niñas sirvientas desde 1812 a 1833.</p>	<p>Existía dotación de doncellas que trabajaban en el hospital desde su creación en 1453.</p> <p>El número de doncellas de dote fluctuó de siete a ocho con dotes de 50 ducados.</p> <p>Ganaban los salarios más bajos del hospital y durante dos siglos recibieron la misma cantidad 4.488 mrs, pero eran imprescindibles para el hospital, pues en sus salarios se gastaba anualmente en todas ellas: 35.904 mrs, además de las dotes entregadas. Por lo que resultaban ser las más caras en cuanto a grupo.</p> <p>Las madres y doncellas pierden esas denominaciones en 1814, desde cuando reciben el nombre de sirvientas.</p>

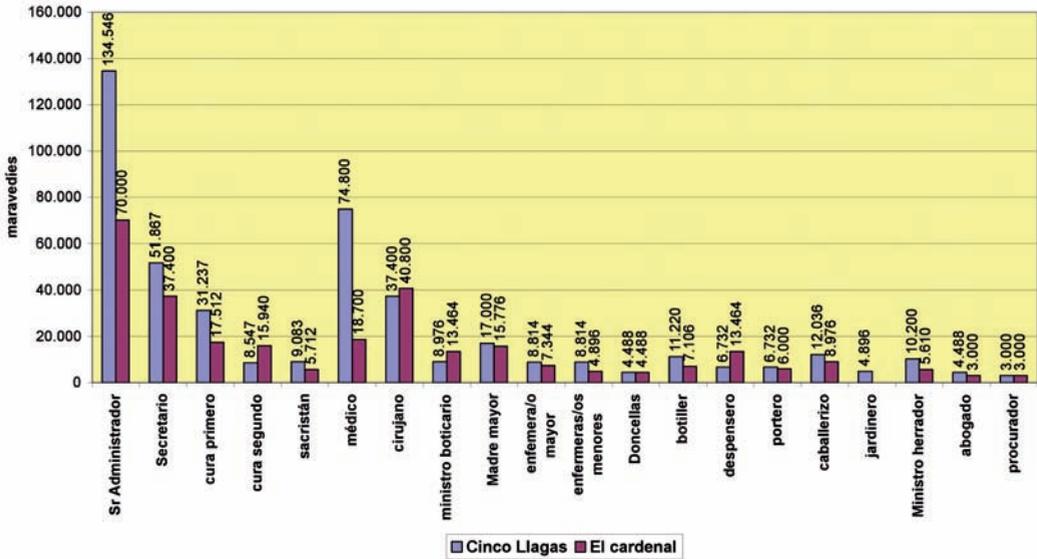
La administración del Hospital de la Sangre era similar a la del Cardenal		La administración del Hospital del Cardenal era similar a la de la Sangre.	
Personal sanitario de la Sangre	Salario	Personal sanitario del Cardenal	Salario
Médico	74.800	Médico	10.000
Cirujano	37.400	cirujano	37.400
Ministro boticario	8.976	Enfermero mayor	10.200
Ayudante de boticario	6.732	Barbero sangrador	10.000
Madre mayor	17.000	Boticario	13.464
10 madres enfermeras (c/u)	8.814	Enfermero primero Medicinero	7.344
12 doncellas (c/u)	4.488	Cuatro enfermeros menores (c/u)	4.896
		Madre mayor	8.976
		Tornera	4.488
		ocho doncellas (c/u)	4.488

En el siglo XVII a finales del XVIII, las doncellas en ambos hospitales ganaban igual 4.488 maravedies (12 ducados) anuales. Las Madres mayores de ambos hospitales ganaban 24 ducados anuales más las ayudas de coste, pudieron alcanzar de 54 a 74 ducados a mediados del siglo XVII. Esta cantidad se estabilizó a 45 ducados para la de la Sangre y la del Cardenal fluctuó de 24 a 41 ducados en el XVIII. Además, la madre tornera seguía siendo considerada de menor rango en el Cardenal, pues en la Sangre era una madre de nivel intermedio, característica que se visualizaba en su salario ya que las madres intermedias de la Sangre ganaban 8.814 maravedies (23 ducados) anuales. Sin embargo, el Hospital del Cardenal tuvo un repunte económico a partir de 1804 que no tuvo el Hospital de la Sangre. Lo que llama la atención es que en el Hospital del Cardenal, las lavanderas y cocineras ganaran casi igual que los enfermeros menores.

El médico ganaba más en un hospital sanitario como el de la Sangre, mientras que el cirujano ganaba igual en ambos hospitales a pesar del mayor rango que tenía este profesional en un hospital de emergencias como el del Cardenal.

Al menos durante los siglos XVI al XVIII, un estudiante de anatomía y cirugía como eran los enfermeros menores ganaban igual que las criadas que trabajaban ayudando en la limpieza y comida en el hospital del Cardenal. En el XIX se dio mayor valoración monetaria a los que habían conseguido una plaza de enfermero a través de un examen, pero se seguía pagando bajo a los estudiantes practicantes en cirugía.

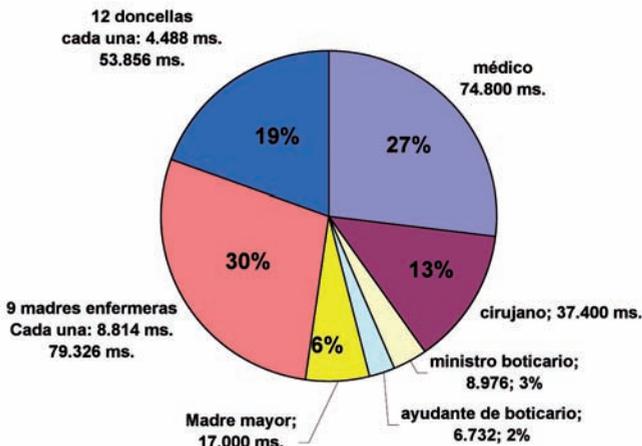
Comparacion de los salarios de los hospitales de las Cinco Llagas y el Cardenal de Sevilla, mediados del siglo XVIII



Es necesario indicar que una doncella de dote ganaba igual tanto en el Hospital del Cardenal como en la Sangre, sin experimentar cambios desde su creación. Esto fue así al menos hasta mediados del siglo XVIII, cuando se

pagaba casi igual tanto el trabajo sanatorio de los enfermeros sin titulación como el trabajo doméstico de las mujeres ya que se consideraban ambos trabajos de igual importancia para el buen gobierno del hospital.

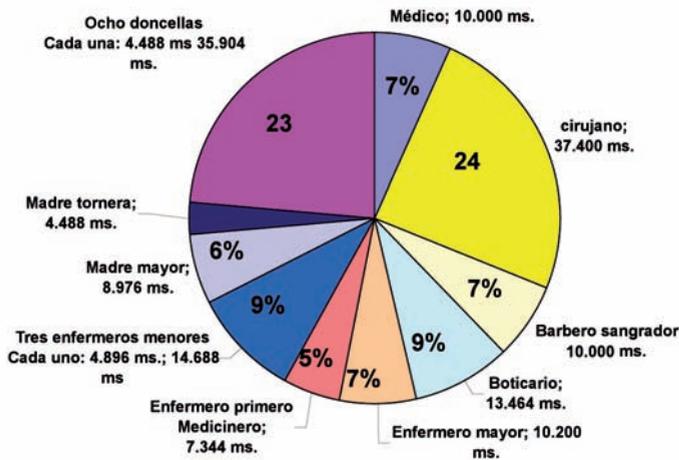
Gasto anual del hospital de las Cinco Llagas por su personal sanitario, mediados del siglo XVIII (en maravedies)



Se observa que el salario de una persona (un médico) equivalía a la de casi nueve personas (madres enfermeras), sin embargo el 55% del presupuesto sanitario del hospital era otorgada a las veintidós mujeres que trabajaban en el hospital de la Sangre, el 45% restante le correspondía a los cuatro hombres del área sanitaria del hospital (médico, cirujano, boticario y su ayudante).

Fuente: elaboración propia

Gastos anuales del hospital del Cardenal por el personal sanitario, mediados del siglo XVIII (en maravedís)



Se observa que el salario de un varón (un cirujano) equivalía a los salarios de casi la totalidad de mujeres que trabajaban en el área femenina, ocho personas (doncellas), sin embargo el 32% del presupuesto sanitario era otorgada a las diez mujeres que trabajaban en el Hospital del Cardenal, el 68% restante le correspondía a los nueve hombres del área sanitaria del hospital (médico, cirujano, boticario, barbero, enfermero mayor, enfermero primero y tres enfermeros menores).

Fuente: elaboración propia

4.- El Hospital San Bartolomé de la Ciudad de los Reyes

Un ejemplo de hospital mixto fue el Hospital San Bartolomé de la Ciudad de Lima que fue fundado en 1651 para la atención de los negros libres de la capital del Virreinato del Perú. Este hospital tenía un área masculina y otra femenina, separados y atendidos cada uno por su respectivo personal según sexo. La separación de sexos era absoluta hasta en la arquitectura: un crucero donde estaba la sala de hombres, cocinas, lavanderías, letrinas y otro crucero para la sala de mujeres con sus respectivos servicios básicos. También había una sala de aislados y contagiosos, además de una iglesia, oficinas y cuartos para uso interno de los cuidadores, botica, gallinero y huerta. (ABL.PR_0006AHBPL_HOS_SB_001(1661-1694), Libro de cuentas .ABL.PR_0006AHBPL_HOS_SB_002 (18109-1821) Libro de entrada y salida de enfermos esclavos. ABL.PR_0006AHBPL_HOS_SB_004 (1795-1808) Libro de entrada y salida de enfermos hombres. ABL.PR_0006AHBPL_HOS_SB_006 (1810-1815).

Un impulso que permitió la reforma hospitalaria limeña fue la reforma universitaria de 1771 de Carlos III que se impuso en Lima durante el gobierno del virrey Manuel de Amat i Junyent. Reforma que dio importancia al estudio de la medicina. Sin embargo, la Universidad de San Marcos de Lima continuó permaneciendo escolástica, pues se resistía a las reformas, por lo que en 1808 el virrey Abascal y Sousa, a petición del protomédico Hipólito Unánue inauguró el Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando de Lima, dejando de enseñarse medicina en la Universidad de San Marcos, aunque ésta siguió otorgando los grados académicos (AGI, Lima 739, N 57) (Lastres, 1957). Los primeros profesionales en medicina del Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando fundado en 1811, necesitaron un nicho profesional donde desarrollarse como eran los hospitales, pero para incorporarlos era necesario reformar sus reglamentos para introducir a los nuevos egresados en medicina y cirugía. Una reforma fue ordenada desde la Metrópoli al virreinato del Perú a través de la Real Orden del 4 de Mayo de 1815, en

la que se pidió a los Virreyes, Presidentes de Reales Audiencias y Gobernadores en América ordenar visitas a los colegios, seminarios, universidades, convictorios reales y hospitales. El virrey peruano que recibió esta orden fue Don José de Abascal quien decretó el 11 de octubre de 1815 esta tarea a Don Manuel Pardo Rivadeneyra para que realizara visitas en los hospitales limeños de Santa Ana, San Andrés, Espíritu Santo y San Bartolomé (Rubi Chara, 2011). En 1816, Pardo llevó a cabo una inspección ocular en el Hospital San Bartolomé de

Lima y lo encontró en malas condiciones. Un plan de reforma fue diseñada por Pardo que lo volcó en un nuevo reglamento, que se remitió a la Comisión de la Real Audiencia y que se agregó al expediente de la Visita a Hospitales en Noviembre de 1817. La constitución o Plan de Ordenanzas del Hospital San Bartolomé fue aprobada por el virrey Joaquín de Pezuela por Superior Decreto en 1817.

Según las constituciones de 1670 y 1817, el hospital estaba conformado por el siguiente personal:

Tabla 4. Hospital San Bartolomé de Lima(Personal)	
Constitución de 1661	Constitución de 1817
Mayordomo	Hermano mayor
Diputados	Capellanes el Hospital
Hermanos 24(Personas honradas libres)	Secretaria de la Junta
Capellanes	De la contaduría
Sacristán	Tesorero
	Comisario de pleitos
	Abogados del Hospital
	De los procuradores
	Del escribano del hospital
Enfermero Mayor	Del Enfermero Mayor
Médico	Del Médico
Cirujano	Del Cirujano
Botica	De la Botica
Barbero	Del Sangrador
Ropero	Del ropero
El portero	Del despensero
	Del Lavandero
Del Hospital de mujeres	Del Hospital de Mujeres
Enfermera	La Madre
	Enfermeras
	Sirvientas
	Cocinera
	Del cocinero mayor
	Otros sirvientes: bañador, colchonero
	Personal de Dementes
Elaboración Propia: Fuente AGI (Archivo General de Indias). Lima 793 N3.	

4.1. Comparación entre el enfermero y enfermera del siglo XVII y comienzos del XIX a través de las constituciones del Hospital de San Bartolomé de negros y negras libres de Lima

En el siglo XVII, los deberes del enfermero y enfermera eran asistenciales. Se encargaban de la preparación del enfermo para su debida atención por el médico y cirujano, informarles de la situación de cada enfermo, hacer cumplir la prescripción médica, avisar al capellán para que asistiese espiritualmente a los enfermos o diese la extremaunción, recorrer las salas del hospital, estar atento a las eventualidades que pudiesen ocurrir, siendo sólo suya la responsabilidad de muerte sin auxilio médico y espiritual. Las penas fluctuaban desde el descuento del salario hasta el despido. El enfermero y la enfermera tenían obligaciones similares, principalmente cumplir con las indicaciones del médico y del cirujano con los enfermos y la vigilancia de los trabajadores bajo su responsabilidad.

La constitución de 1670 indica que el área femenina estaba a cargo de la madre enfermera y sus obligaciones serían las mismas que las del enfermero en la sala de varones. Pero, la enfermera estaba supeditada al enfermero mayor al tener que informarle sus actividades. Estaba obligada a vivir dentro del gineceo del hospital y salía con licencia del mayordomo o diputados de semana, y a falta de ambos, del capellán de la semana. Sus deberes incluían la asistencia diaria en las salas, tocar la campana para anunciar y prevenir a las enfermas la entrada del médico y cirujano y avisar a todos los demás que tenían la obligación de asistir a la visita del médico para enterarse de los avances o retrocesos de cada enfermo.

La enfermera mayor cumplía con administrar las recetas médicas, avisar al capellán

de turno a cualquier tiempo u hora sobre los enfermos que necesitaban consuelo espiritual o los sacramentos, velar y asistir en todo momento a todas las enfermas de las salas del hospital a su cargo, pues “suelen haber accidentes en los achaques y si en esta parte hubiere alguna omisión, o falta, siempre recaerá sobre dicha enfermera” y ocuparse sólo de la atención a la enferma. El ropero estuvo a cargo de la limpieza de la sala y de la muda de ropa limpia de las camas (AGI. Lima 793 N3).

En este periodo, el enfermo mayor se ocupaba del área masculina y la enfermera mayor se ocupaba del área femenina y tenía mayor libertad de acción y decisión ya que disponía de la alimentación según la receta médica y a falta de ésta podía determinar el tipo de comida a suministrar al enfermo, según su experiencia (libertad de decidir): “Antes de repartir la comida y cena que ha de ser por sus manos ira reconociendo los enfermos, y a cada uno en particular para que conforme la receta o achaque se le da la comida”. La enfermera recibía un salario sobre el que se la penalizaba si no cumplía con sus obligaciones: “y si acaso hiciere alguna ausencia, o faltare en alguna de las obligaciones de su cargo por cada una, se le descontaran dos pesos del salario” (AGI. Lima 793 N3).

Las cuidadoras y enfermas vivían recluidas en el gineceo del hospital, controladas por el portero que era el encargado de “no dejar entrar mujeres para las salas de hombres” y viceversa, ni comidas ni otra cosa para las enfermas. Se permitía sólo con licencia del mayordomo, diputado y capellán. La madre enfermera era responsable de todas las faltas, omisiones y descuidos, que se experimentaban en las salas, a menos que no lo pudiese evitar en tal caso debía dar parte “a los superiores” para la respectiva enmienda, y reprensión o

castigo de las que contraviniesen a las órdenes que se habían comunicado. De esta manera, no tenía potestad de castigar, sino sólo informar a sus superiores.

Cambios en el área femenina se habrían dado en el siglo XIX, tal como indica la constitución de 1817. La madre enfermera continuaba a cargo de las enfermeras menores, cocineras y lavanderas, en cuanto a cuidado y alimentación de los pacientes y vigilancia del personal, pero sólo cumplía órdenes y no tomaba decisiones, y si ocurría alguna novedad se le avisaba al enfermero mayor para que decidiera. Sólo cumplía con las disposiciones. Por ejemplo: la ropa y utensilios del hospital de mujeres lo determinaba el enfermero mayor; el inventario lo hacía el ropero y la enfermera mayor sólo recibía y se hacía responsable de su cuidado. No tenía ninguna potestad de determinar los alimentos para los pacientes, pues en caso de un imprevisto debía avisar al enfermero mayor.

No estaba obligada a saber leer y menos escribir. También continuaba acompañando al médico y al cirujano durante las visitas para informarles el estado de cada enferma y recibir las indicaciones del suministro de medicinas y de los alimentos. El enfermero menor que era un practicante de medicina la asistía para que se aplicara lo señalado por los facultativos, a menos de ocurrir particular novedad, en cuyo caso avisaba al enfermero mayor, para que dispusiese lo que conviniese.

Sin embargo, la enfermera mayor continuaba enseñando con el ejemplo y vigilaba el trabajo y comportamiento de las otras enfermeras y sirvientas. Una de las principales obligaciones de la madre enfermera era vigilar que las enfermeras menores cumplieren con sus deberes de barrer las salas a las horas establecidas, curar, limpiar y hacer las camas, que las

lavanderas lavaran toda la ropa y que las cocineras elaborasen las comidas diarias y limpiaran la cocina y el menaje. La madre enfermera continuaba vigilando que durante las visitas a las enfermas no entrase: “Ningún hombre sin licencia del hermano mayor, que no sea el padre, hijo, o marido, y ninguna mujer que no tenga inmediata conexión; y menos el que lleven comida, o bebida, o algún medicamento; ni tampoco dejar salir a las enfermas de sus salas, antes de que por el médico o cirujano se les de licencia para ello” (AGI, Lima 793 N3).

En contraste, el enfermero mayor sí tuvo una innegable evolución en su profesión que rebasó a la enfermera, al superar su situación de cuidador - religioso y se convirtió en egresado de estudios en medicina y cirugía del Colegio San Fernando. La enfermería masculina se dividió en enfermeros médicos y enfermeros cirujanos. Así, ya no era sólo un enfermero, sino también un médico-cirujano residente en el hospital. Su labor se complementó y enriqueció combinando ciencia con técnica. Esto se hizo con el claro propósito de poder superar las emergencias que pudieran suceder en el hospital durante la noche o en horas inconvenientes.

Las actividades del enfermero mayor eran amplias:

- Como enfermero: Cuidado y atención al enfermo, preparar la historia de los pacientes para la llegada del médico y cirujano, controlar la limpieza del recinto, avisar al capellán para la realización de la extremaunción a los moribundos, realizar el seguimiento de sus enfermedades.

- Como médico o cirujano: recetar medicinas y alimentos. También operar

- Como docente: gran parte de sus tareas estaba orientada a su labor docente con los

practicantes en medicina o cirugía del Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando. Estos estudiantes estaban vigilados por el enfermero mayor y el hermano mayor. Se les controlaba no sólo los avances en los estudios, sino también su aptitud y conducta. Se exigía respeto a la institución.

– Como administrador: control de los practicantes, sirvientes y de otras personas en el hospital

4.2. Comparación esquemática entre la enfermería femenina de los hospitales de las Cinco Llagas de Sevilla y el Hospital de San Bartolomé de negros y negras libres de Lima en los siglos XVII, XVIII y comienzos del XIX

Las constituciones de ambos hospitales tenían incluidas las obligaciones de la enfermera femenina. En la constitución de 1624 del Hospital de las Cinco Llagas de Sevilla y en la Constitución de 1661 del Hospital de San Bartolomé, a las mujeres que ejercieran el oficio de enfermeras, no se les exigía requisitos de tipo profesionales-académicos, sólo características personales, de tipo ético-religiosas y morales, pues únicamente se pedía a las aspirantes a enfermeras que fuesen personas capaces de tratar a las enfermas con mucho cuidado y mucha caridad.

Las Constituciones de 1624 y 1734 del Hospital de las Cinco Llagas de Sevilla y de 1817 del Hospital de San Bartolomé de Lima, además de responsabilidades asistenciales, a la enfermera mayor también le asignaba una compromiso docente, de enseñar a través del buen ejemplo al personal hospitalario femenino: doncellas y criadas. En el caso del Hospital de la Sangre de Sevilla, la docencia la ejercieron todas las madres enfermeras, incluso la madre mayor en sus respectivas áreas y ámbitos de trabajo

En cuanto a las diferencias, la enfermería femenina en el hospital de la Sangre estaba más desarrollada y especializada que el hospital de San Bartolomé de Lima. La dirección estaba a cargo de la Madre mayor la cual tenía una ayudanta. Las diferentes dependencias del hospital estaban a cargo de distintas enfermeras: Madre cirujana, Madre portera, Madre panetera, Madre tornillera, Madre agonizante, Madre cocinera, Madre ropera y 12 doncellas aprendices de enfermería. En el hospital de San Bartolomé de Lima, la enfermería femenina estaba centrada en la enfermera mayor que tenía a su cargo criadas, sirvientas, cocineras y lavanderas.

En ambos hospitales las mujeres que trabajaban recibían mensualmente un salario y ración diaria de alimentos propios de la región, en el hospital sevillano recibían carnero, vaca, gallinas, mientras que en el hospital limeño, pollo, arroz, mazamorra (dulce típico).

En el hospital de la Sangre, las madres enfermeras y doncellas podían ser reemplazadas temporalmente en caso de enfermedad. En este hospital, el conocimiento acumulado por la madre jubilada era valorado y como tal cumplía funciones docentes a las nuevas generaciones, incluso podía llegar a tener una jubilación pagada y seguir viviendo en el hospital. Por lo contrario, en el hospital limeño no existió ni el reemplazo por enfermedad, ni la jubilación pagada. Sin embargo, según las constituciones, en el siglo XVII, la enfermería femenina en el Hospital de San Bartolomé tuvo más libertad de acción, pues no estuvo tan coaccionado en sus funciones como comienzos del XIX, a raíz de las reformas que se implantaron allí.

En el hospital de la Sangre aumentó el número de mujeres que trabajaban en el área femenina y existieron patronatos que dotaban a doncellas que allí trabajaban. Esto último

no existió en el hospital limeño estudiado. Asimismo, en el hospital de la Sangre se propuso la creación de una academia en 1750. La no concreción de estas ideas hizo que se mantuviera el sistema de madres y doncellas que atendían a las enfermas por más tiempo, aunque a veces se hacían disecciones cadavéricas para averiguar la causa de un deceso. El hospital permitió en ingreso de estudiantes de medicina internos al área femenina cuanto se convirtió en Hospital General al producirse la centralización de los hospitales sevillanos en 1837. De igual manera, el hospital San Bartolomé en Lima habría sido utilizado como lugar de prácticas de los estudiantes de medicina del Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando desde comienzos del XIX, a raíz de las reformas propiciadas en los hospitales. Esto provocó que se sustituyera al enfermero mayor por un médico interno quien enseñaba a los estudiantes las clases prácticas de anatomía. Marcando amplias diferencias con la enfermera mayor quien continuó siendo sólo una asistente del cuidado a los enfermos

CONCLUSIONES

Los acontecimientos políticos, culturales, económicos y sociales producidos en la transición de la modernidad a la contemporaneidad a fines del siglo XVIII a comienzos del XIX, desencadenaron cambios sustanciales en el cotidiano devenir de la vida hospitalaria. Así, el desarrollo y estudio de la medicina y el paulatino número de egresados de las instituciones donde se formaban, entre otras causas, transformó el cuidado en los hospitales que produjo, incluso, la suplantación del ancestral trabajo asistencial femenino ejercido en los hospitales de mujeres por practicantes en medicina. Estos cambios se dieron de manera casi simultánea en la Metrópoli como en las Indias.

Así, por ejemplo, la reforma hospitalaria en el hospital de San Bartolomé de la ciudad de Lima se ajustaba a las nuevas necesidades y perspectivas en cuanto al trabajo hospitalario que provocaría que el enfermero mayor tuviese una innegable evolución en su profesión que rebasaría a la enfermera. Así, el enfermero superaría su situación de cuidador - religioso y se convertiría en egresado de estudios en medicina y cirugía del Colegio San Fernando de la Universidad San Marcos. En el siglo XIX, en el hospital de San Bartolomé de Lima, la enfermera se mantuvo en su labor asistencial - técnica, cumplimiento de las prescripciones médicas y la docencia impartida a enfermeras menores a través del ejemplo. Con la reforma propuesta en 1817, a la enfermera mayor se le fue quitando cada vez más responsabilidades que se adosaban a otros. Una manera de limitarlas fue que no se les exigía ni la más mínima preparación intelectual, ni siquiera saber leer ni escribir. Teniendo necesariamente que depender de otros a tal grado que las recetas eran escritas y leídas por el practicante en turno.

La reforma propuesta en el hospital quitaba a la enfermera mayor, la responsable del área femenina, toda capacidad de decisión sobre su área, ocupándose sólo a cumplir con lo indicado para el cuidado de los enfermos. No podía ni sancionar a sus subalternos, la decisión la tenía el enfermero mayor. De esta manera, la enfermera estaba cada vez más supeditada al enfermero mayor, médico, cirujano y hasta al practicante en medicina y sus actividades se restringían cada vez más a la vigilancia de las enfermeras menores y sirvientes.

Los cambios políticos sociales y económicos alteraron a los dos hospitales sevillanos estudiados de diferente manera. Se trataba de dos hospitales hermanos regidos por casi los mismos priores, pero con diferente tratamien-

to por ser uno hospital de mujeres y el otro de varones. En el Hospital de mujeres de las Cinco Llagas se mantuvo la transmisión del conocimiento de forma empírica de madres a hijas, tal cual una familia, amparadas por un centro religioso que actuaba como casa de comunidad y reclusión de mujeres, mientras que el Hospital del Cardenal, especializada en cirugía transmitía los conocimientos de forma científica por los médicos y los cirujanos a los enfermeros a través de una academia de anatomía.

BIBLIOGRAFÍA

- Barriga Guillen, C., Heredia Herrera, A. et al. (1997). Hospitales y centros benéficos sevillanos: inventarios de sus fondos. Archivo de la Diputación Provincial de Sevilla. Sevilla: Diputación Provincial de Sevilla.
- Borderías Mondejar, C. (2006). El trabajo de las mujeres: discursos y prácticas. En I. Morant, (dir.), Historia de las mujeres en España y América Latina del siglo XIX a los umbrales del XX 353-380. Madrid: Cátedra Historia.
- Borderías Mondejar, C. y Carrasco, C. (1994). Las mujeres y el trabajo: aproximaciones históricas, sociológicas y económicas. En: Las mujeres y el trabajo. Rupturas conceptuales. Icaria, 15-65.
- Bravo Lozano, J. (1996). Fuentes para el estudio del trabajo femenino en la edad moderna: el caso de Madrid a fines del S. XVII. En M. Matilla y M. Ortega (eds.), El trabajo de las mujeres: siglos XVI- XX VI jornadas de investigación interdisciplinaria sobre la mujer 143-160. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Cabré I Pairet, M. (1999). Mujeres y salud: prácticas y saberes. *Dynamis*, 19,17-400.
- Cabré I Pairet, M. (2006). Como una madre, como una hija: las mujeres y los cuidados de salud en al Baja Edad Media. En I. Morant, I (dir.), Historia de las mujeres en España y América Latina de la prehistoria a la edad Media Vol.I 637-657. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Cabré I Pairet, M. (2008). Women or healers? Household practices and the categories of health care in late medieval Iberia. *Bulletin of the History of Medicine*, 82, (1),18-51.
- Carbonell Esteller, M. (1989). Hecho y representación sobre la desvalorización del trabajo de las mujeres (siglos XVI-XVIII). En C. Sánchez y V. Maquieira d'Angelo (eds), *Mujeres y Hombres en la formación del pensamiento occidental: Actas de la VII Jornadas de Investigación Interdisciplinaria Vol.II*, 157-171. Universidad Madrid: Autónoma de Madrid. Instituto Universitario de Estudios de la Mujer.
- Carmona García, J. I. (2009). Las redes asistenciales en la Sevilla del Renacimiento. Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Domínguez-Rodiño y Domínguez-Adame, E. (1989). El Hospital de las Cinco Llagas, en *Hospitales de Sevilla*. Utrera: Real Academia Sevillana de Buenas Letras. Grafitres S. L.
- García Martín-Caro, C. y Martínez Martín, M. L. (2001). Historia de la enfermería: Evolución histórica del cuidado enfermero. Madrid: Harcourt.
- Gil Ambrona, A. (1996). Entre la oración y el trabajo: las ocupaciones de las otras esposas, siglos XVI- XVII. En M. Matilla y Ortega, M. (eds.), *El trabajo de las mujeres: siglos XVI- XX. VI jornadas de investigación interdisciplinaria sobre la mujer* 91-105. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Giménez Muñoz, M. del C. (2006). Breve historia de los establecimientos benéficos en Sevilla. *Hispania Nova: Revista de Historia Contemporánea*,6. Disponible en: <http://hispanianova.rediris.es/6/articulos/6a005.pdf>
- González Díaz, A. M. (1997). Poder urbano y asistencia social. El Hospital de San Hermenegildo de Sevilla (1543-1837). Sevilla: Diputación de Sevilla.
- Herrera Dávila, J. (2010). El hospital del Cardenal de Sevilla y el Dr. Hidalgo de Agüero. *Visión Histórica Sanitaria del Hospital de San Hermenegildo (1455-1837)*. Sevilla: Ediciones de la Fundación de la Cultura Andaluza.
- Morgardo, A. (1587). Historia de Sevilla en la cual se contienen sus antigüedades, grandezas y cosas memorables en ella contenidas desde su fundación hasta nuestros tiempos. Sevilla: Imprenta de Andrea Pescioni y Juan de León.
- Ortiz de Zúñiga, D. (1766). *Anales Eclesiásticos y seculares de la muy noble y muy leal ciudad de Sevilla*. Madrid: Imprenta Real (Tomos IV y V).

- Peraza, L. de (1997). Historia de la imperial ciudad de Sevilla (1535). Colección Clásicos sevillanos. Sevilla: Ayuntamiento de Sevilla.
- Perry, M. E. (1993). Ni espada rota ni mujer que trota: mujer y desorden social en la Sevilla del Siglo de Oro. Barcelona: Crítica.
- Ponsot, P. (1989). Atlas de historia económica de la baja Andalucía: siglos XVI-XIX. Madrid: Editoriales andaluzas.
- Ramos Castillo, A. (2003). La sanidad Sevillana en el siglo XIX: El Hospital de las Cinco Llagas. Sevilla: Diputación de Sevilla.
- Rey Castelao, O. (2010). Trabajando en cubierto. Las empleadas institucionales a fines del Antiguo Régimen. Melanges de la Casa de Velásquez. El trabajo de las mujeres en España (desde la Antigüedad al siglo XX), 40(2), 73-93.
- Rivasplata Varillas, P. E. (2011). Las doncellas de dote del Hospital de las Cinco Llagas de Sevilla: una lectura en clave de género. Berlín: Editorial Académica Española.
- Rivasplata Varillas, P. E. (2012). Aproximación histórica de la enfermería femenina en Europa y América. La enfermería en el hospital de las Cinco Llagas de Sevilla y los hospitales de Lima en el XVIII y parte del XIX. Berlín: Editorial Académica Española.
- Rivasplata Varillas, P. E. (2014). La clausura femenina del hospital de las Cinco Llagas de Sevilla en el Antiguo Régimen. Cultura de los Cuidados, XVIII, 39, 48-62.
- Rivasplata Varillas, P. E. (2015). Los hospitales de Lima colonial y su lenta y tardía reforma. Nueva Crónica 5, Enero, 131-150.
- Rubi Chara, M. (2011). El Hospital de San Bartolomé de Lima (1646-2000). La protección de la gente de color. En: Historia de la Medicina del Perú. Tomo III. Grahuer, Lima.
- Valcárcel, C. D. (1955). Reforma de San Marcos en la época de Amat. Lima: Editorial Universidad Nacional Mayor de San Marcos.



El informe de Pedro Vareaz sobre *el oficio de comadre* y la réplica de Francisco Antonio Díez de Cabrera

The report of Pedro Vareaz about *the profession of midwife* and the answer of Francisco Antonio Díez de Cabrera

O relatório de Pedro Vareaz sobre *a profissão de parteira* e o resposta de Francisco Antonio Díez de Cabrera

Rafaela González Castrillo¹; Ricardo González Castrillo²

¹Directora de la Biblioteca del Campus de Alcorcón de la Universidad Rey Juan Carlos

²Doctor en Historia Moderna / Licenciado en Filología Semítica. Facultativo de Archivos y Bibliotecas. Universidad Rey Juan Carlos. Asesor Técnico

Cómo citar este artículo en edición digital: González Castrillo, R. y González Castrillo, R. (2015). *El informe de Pedro Vareaz sobre el oficio de comadre y la réplica de Francisco Antonio Díez de Cabrera*. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 19, 42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.08>

Correspondencia: Biblioteca del Campus de Alcorcón de la Universidad Rey Juan Carlos.

Avda. de Atenas, s/n. 28922 Alcorcón (Madrid)

Correo electrónico: Correo electrónico: rafaela.gonzalez@urjc.es

Recibido: 12/01//2015; Aceptado: 08/06/2015



ABSTRACT

Objective: To provide information on the vision of the office of midwife in the Spain of the sixteenth and seventeenth centuries. To describe the different positions in relation to the practice of this activity in this historical centuries. Method: Detailed analysis of the information on this subject that it's included in an unpublished manuscript preserved in the Royal Library of Madrid.

An interesting unpublished manuscript preserved in the Royal Library in Madrid provides information on the profession of midwife. It has two distinct parts. The first part in-

cludes the report that drafted the lawyer Pedro Vareaz in order to show that children of mothers who practiced this profession didn't lose their privileges in case of having by birth. In his presentation, collects quotes from the sacred books, the works of classical authors and, above all, expert medieval canonists and different jurists of the sixteenth and seventeenth centuries. The second, written by Antonio Díez also licensed Francisco Cabrera, rejected every argument put forward by Vareaz, but without mentioning hardly more than a few references.

The document also contains interesting information for the history of the profession of midwife and recognition they enjoyed in different periods, as people who ensured the health of women in labor, staking his entire practice, and whose presence was relevant when to guarantee the rights of the firstborn, in case of multiple births.

Keywords: Midwife-History; Inquisition; Vareaz, Pedro; Díez de Cabrera, Francisco Antonio; Military Orders; Proof of nobility.

RESUMO

Objetivo: Fornecer informações sobre a visão do escritório de parteira na Espanha dos séculos XVI e XVII. Observe as diferentes posições em relação à prática desta atividade foi nesse período histórico. Método: Análise detalhada das informações sobre este assunto inclui um manuscrito inédito preservado na Biblioteca Real de Madrid.

Um manuscrito inédito interessante preservado na Biblioteca Real de Madrid fornece informações sobre a profissão de parteira. É constituída de duas partes distintas. A primeira, maior, inclui o relatório que elaborou o advogado Pedro Varaez para mostrar que filhos de mães que praticaram este ofício não perder seus privilégios nobres devem possuir pelo nascimento. Em sua apresentação, recolhe citações dos livros sagrados, as obras de autores clássicos e, acima de tudo, canonistas medievais especialistas e diferentes juristas dos séculos XVI e XVII. O segundo, escrito por Antonio Diez também licenciado Francisco Cabrera, rejeitou todos os argumentos apresentados pela Varaez, mas sem mencionar pouco mais do que algumas referências.

O documento também contém notícias interessantes para a história da profissão de parteira e reconhecimento que se em diferentes períodos, como pessoas que assegurada a saúde das mulheres em trabalho de parto, estacando toda a sua prática, e cuja presença era relevante quando para garantir os direitos do primogênito, em caso de nascimentos múltiplos.

Palavras-chave: Parteira-História; Inquisição; Varaez, Pedro; Díez de Cabrera, Francisco Antonio; Ordens Militares; Prova de nobreza.

RESUMEN

Objetivos: se ha partido del objetivo de aportar información sobre la visión del oficio de co-

madre en la España de los siglos XVI y XVII. Constatar las posturas diferentes que, con relación a la práctica de esta actividad, existía en dicho periodo histórico. Método: se ha rrealizado un análisis pormenorizado de la información que incluye sobre esta temática un manuscrito inédito conservado en la Real Biblioteca de Madrid.

Un interesante manuscrito inédito conservado en la Real Biblioteca de Madrid proporciona información sobre la profesión de partera. Consta de dos partes diferenciadas. La primera, más extensa, incluye el informe que redactó el licenciado Pedro Varaez para demostrar que los hijos de madres que practicaban este oficio no perdían sus privilegios nobiliarios en caso de poseerlos por nacimiento. En su exposición, recoge citas de los Libros Sagrados, de las obras de autores clásicos y, sobre todo, de expertos canonistas medievales y diferentes juristas de los siglos XVI y XVII. La segunda, escrita por el también licenciado Francisco Antonio Díez de Cabrera, rebate todos los argumentos esgrimidos por Varaez, pero sin mencionar apenas más que unas cuantas referencias.

El documento contiene asimismo interesantes noticias para la historia de la profesión de comadre y el reconocimiento que éstas gozaron en diferentes periodos, como personas que velaban por la salud de las parturientas, poniendo en juego toda su práctica, y cuya presencia era relevante a la hora de garantizar los derechos de los primogénitos, en caso de nacimientos múltiples.

Palabras clave: Comadres-Historia; Parteras-Historia; Inquisición; Varaez, Pedro; Díez de Cabrera, Francisco Antonio; Órdenes Militares; Pruebas de nobleza.

INTRODUCCIÓN

La Real Biblioteca de Madrid guarda un interesante documento inédito, sin fecha, que

lleva como encabezamiento *Del oficio de comadre*, el cual figura inserto en un volumen de contenido misceláneo signado como II-265, donde ocupa los ff. 95_r a 97_v. Se compone, pues, de tres folios escritos por ambas caras con apretada letra del siglo XVII de diferentes manos, que incluyen de 37 a 51 líneas por plana. Muy probablemente se trata de la copia de un manuscrito original que, con título parecido, *De las comadres, de parir*, aparece reseñado en el inventario de los papeles procedentes del Consejo Supremo de la Inquisición, que fueron trasladados al Archivo General de Simancas en el año 1850¹. El objetivo primordial de este artículo es dar a conocer el contenido de este manuscrito, el cual ofrece una interesante visión de esta actividad profesional en diferentes periodos históricos.

El documento contiene dos partes diferenciadas, anunciadas ya en el encabezamiento: de un lado, el informe de licenciado Pedro Vareaz², que comprende los ff. 95_r-96_v y las ocho primeras líneas del f. 97_p, con el nombre del autor al fin; y de otro, la réplica que hizo al mismo el también licenciado Francisco Antonio Díez de Cabrera³, que abarca el resto del f. 97_r

y su anverso, firmada con su nombre y el de su hermano Fernando. El contenido del manuscrito gira todo él en torno a una cuestión legal: determinar si los hijos de madres que practicaban la actividad de matrona mantenían o perdían los privilegios nobiliarios en caso de poseerlos por nacimiento y, por consiguiente, se hallaban habilitados o no para ingresar en las Órdenes Militares. Desde luego, el autor de esta disertación, Pedro Vareaz, se muestra decididamente a favor de que tales individuos no viesen mermados sus derechos por el hecho de que las madres hubiesen ejercido dicho oficio. Y fundamenta su defensa en fuentes eclesiásticas y jurídicas, con gran número de referencias bibliográficas e incluso citas textuales en lengua latina. Para ello, utiliza los Libros Sagrados del *Génesis* y *Éxodo* y también los Evangelios *Apócrifos*, junto a las obras de dos autores clásicos, Aristóteles y Plinio. Sin embargo, más numerosas son las menciones a tres expertos canonistas medievales y a nueve juristas de los siglos XVI y XVII.

Por la forma de plantear su defensa del caso, Vareaz bien puede inscribirse en la corriente más tradicional y escolástica de interpretación

¹ Incluido en el libro CMLXIV del Inventario. Cf. *Revista de Archivos, Bibliotecas y Museos*. Madrid, año III, nº 2 (15 de junio de 1873), pp. 168-169.

² Nacido en 1549 fue abogado de los Reales Consejos, gobernador de Valencia de Alcántara, procurador en 1579 y alcalde de la Santa Hermandad en 1584. Casó con Ana de Escobar y Meneses y tuvo un hijo, llamado también Pedro, que siguió los pasos de su padre y estudió Leyes. Y quien, en realidad, fue probablemente el autor de este informe. En 1641, Pedro Vareaz –hijo– fue nombrado teniente de corregidor de la villa de Madrid. Se trasladó luego a Nápoles para ocupar el puesto de ministro del Consejo de Santa Clara y allí contrajo matrimonio con Sebastiana Molinet. Llegó a ser alcalde de Corte en 1685 y caballero de la Orden de Santiago. Cf. Álvarez y Baena, J. A. (1791). *Hijos de Madrid, ilustres en santidad, dignidades, armas, ciencias y artes*. Madrid: Benito Cano, 214-215. Vid. también *Boletín de la Sociedad Española de excursiones. Arte-arqueología-historia* (1948). Madrid, 62, 19.

³ Canónigo de la Iglesia de Santiago e inquisidor en Cataluña durante las revueltas acontecidas en el Principado. En el año 1648 fue enviado a Roma como representante de la Inquisición española para entender sobre el secuestro del Breve del Obispo de Ávila. Y permaneció allí durante varios años. Escribió un ‘manual’ o ‘memoria’ donde exponía las cualidades que debían adornar a un político y diplomático español acreditado en la Corte romana, y habla con este motivo de los prelados coetáneos suyos. Vid. Pinta Llorente, M. de la, (1950). *Tratado diplomático de don Francisco Antonio Díez de Cabrera (política y diplomacia)*. *Revista de Estudios Políticos*, 54, 149-160. Vid. también Puyol, Buil, C. (1993). *Inquisición y política en el reinado de Felipe IV: los procesos de Jerónimo de Villanueva y las monjas de San Plácido, 1628-1660*. Madrid: CSIC, 582 y 587.

jurídica, llamada *mos italicus*, cuyos seguidores –denominados bartolistas en memoria de Bartolomé de Saxoferrato– recogían las ideas de autoridades y estudiaban las leyes de manera universal, obviando consideraciones de tipo geográfico e histórico. Por contraposición, el nuevo sistema nacido en Francia en la primera mitad de la decimosexta centuria, conocido como *mos gallicus*, utilizaba diferente metodología, con el uso de la razón como primer elemento y decantándose preferentemente por el estudio de las leyes consuetudinarias de un país o región y la influencia de diversos condicionantes tanto geográficos como históricos. Ahora bien, en todo caso, debía evitarse siempre “una división tajante entre los practicantes del *mos gallicus* y los del *mos italicus*”, como aconseja Fernández Rivera⁴. Menos extensa y precisa es la réplica que hizo Díez de Cabrera a las ideas expresadas por Vareaz, que sólo parcialmente rebate cuestionando algunos de los ejemplos que aporta.

A tenor de lo expuesto, el documento de la Real Biblioteca de Madrid quizá pudiera estimarse de interés relativo si se considera únicamente la pregunta de carácter legal que lo motivó. Sin embargo, lo cierto es que su contenido presenta una singularidad especial en la que estriba su originalidad e importancia. Nos re-

ferimos al elevado número de citas que incorpora Vareaz para corroborar sus afirmaciones, hasta el punto de que su informe constituye un verdadero alegato en favor de la profesión de partera, al tiempo que ofrece una visión de la práctica de este oficio en diferentes momentos históricos.

PARTE I: ANÁLISIS DEL CONTENIDO DEL INFORME DE VARAEZ

En el primer párrafo de este informe, Pedro Vareaz expone el propósito de su estudio y apunta su conclusión, la cual no es sino su propia interpretación de las leyes que menciona y trae a colación. En su opinión, “el oficio de Comadre no puede perjudicar a la nobleza de sus hijos” y, por tanto, no existía razón alguna para que no pudiesen disfrutar de privilegios “concurriendo en ellos las calidades de la sangre”. Reconoce el autor que cuanto más profundizaba en la materia objeto de estudio menos dudas albergaba en este aspecto. Contribuía a ello el hecho de no haber encontrado en dicha profesión nada “sórdido, uil, ni contrario a la nobleza y buena sangre”. Y señala que este oficio se usó desde los comienzos del mundo⁵, tal como lo acreditan los Libros Sagrados del Génesis⁶ y el Éxodo⁷. La decencia y la reputación eran los principios básicos de esta profesión, cuyo

⁴ FERNÁNDEZ RIVERA, Enrique (2006). *La autoría y el género de Celestina comentada*. *Revista de Filología Española*, 86, 267.

⁵ Según Fernando Conde ésta es una “profesión tan vieja como la historia de la civilización. En todas las épocas y culturas han existido personas que han ayudado a las mujeres en el parto”. Cf. Conde Fernández, F. (2011). *Parteras, comadres, matronas. Evolución de la profesión desde el saber popular al conocimiento científico*. *Discursos académicos*, 49. Academia de Ciencias e Ingeniería de Lanzarote.

⁶ Cita Vareaz el nacimiento de Benjamín hacia el año 1.800 a.C. (Génesis 35:17) y el de los gemelos de Tamar hacia 1.700 a.C (38:28), asistidos ambos por una matrona. Vid. Serrano Monzó, I. *Apuntes históricos de la profesión de matrona. A propósito de la exposición de ‘matronas y mujeres’ en la historia, celebrada en Pamplona del 28 de mayo a 2 de junio*. (s.a.).

⁷ Menciona el pasaje 1:15, fechado hacia 1.600 a.C. relativo a las matronas Sifra –o Shipra– y Pua –o Fua–, que recibieron del faraón –posiblemente Ramsés II– la orden de matar por sofocación a todos los varones hebreos recién nacidos. Mandato que desobedecieron argumentando que, cuando llegaron, ya habían nacido los hijos pues, añadían, las hebreas eran siempre rápidas en el alumbramiento. *Ibidem*. Vid. tb. Alarcón-Nivia, M.A. (2011). *Las parteras, patrimonio de la humanidad*. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 62 (2), 189.

reconocimiento la situaba en un plano equiparable al de la actividad médica, como señalan Tiraqueau⁸, Graziani⁹, Mascardi¹⁰ y Pacciani¹¹. Autores que exigían, por otra parte, en la matrona una “perspicaz inteligencia”, para poder hacer frente a los partos más difíciles, aplicando los remedios adecuados en cada caso, ante las complicaciones que pudieran surgir en el momento del alumbramiento, como señala ya Aristóteles en su *Historia animalium*, escrita hacia el año 343 a.C.¹². De ahí que afirme que “los medicos no son de mayor autoridad [sic] quan obstrectiçes... porque su ministerio viene a ser de curar como el de los medicos”. Y fundamenta tal afirmación en las opiniones de tres canonistas medievales: Guillame Du-

rand –mencionado por su apodo de *doctor Speculator*¹³-, *Giovanni d’Andrea*¹⁴ y *Giovanni d’Anagni*¹⁵. Más adelante incluye una referencia tomada de la *Historia natural* de Cayo Plinio Segundo –conocido como Plinio el Viejo¹⁶ – la cual le sirve de base para demostrar el interés que tuvieron las mujeres de la Antigüedad por la Medicina, destacando especialmente los nombres de dos conocidas parteras, Sotira y Salpe. Por todo lo expuesto, parece evidente, pues, la dedicación de las mujeres desde la Antigüedad clásica a la especialidad médica ginecológica, como afirma Moral Lozano¹⁷. A Salpe se le atribuyen, por otra parte, algunas recetas afrodisíacas y otras depilatorias, entre varios remedios. Finalmente, es de notar que

⁸ André Tiraqueau (en lat. *Andreas Tiraquellus*, 1488-1558), jurista y político francés experto en derecho consuetudinario, que llegó a ser consejero del Parlamento de París. Varaez menciona en su informe la obra *Commentarii de nobilitate et iure primigeniorum* en su cap. 31, nº 41.

⁹ Stefano Graziani (en lat. *Stephanus Gratianus*), italiano, autor de una de las obras más extensas de ciencia jurídica, editada en numerosas ocasiones durante el siglo XVII. El informe cita su libro *Disceptationum forensium iudiciorum*, lib. 2, cap. 239, nº 65.

¹⁰ Giuseppe Mascardi (en lat. *Iosephus Mascardus*, muerto en 1587 ó 1588). Oriundo de Sarzana, fue protonotario apostólico y llegó a ser obispo de Ajaccio. Varaez menciona el ms. de su libro *De probationibus que no hemos podido identificar con certeza ya que existen varias obras con igual título* (cons. 1214, nº 2 y 4; cons.: 1154, nº 6; cons.: 1130, nº 1).

¹¹ Fulvio Pacciani (en lat. *Fulvius Pacianus*, fallecido en 1613). Jurista y magistrado italiano nacido en Módena y residente en Ferrara donde impartió Derecho hasta su muerte, acaecida en esta localidad. Varaez trae a colación su libro *Tractatus de probationibus* (lib. 1, cap. 47).

¹² Lib. 7, cap. 10.

¹³ Nacido en 1230 y muerto en 1296, fue un reconocido autor de Derecho Canónico, que estudió leyes en Bolonia. Su obra principal es una síntesis enciclopédica de la norma jurídica romana y eclesiástica, que sobresale por su claridad, método y sentido práctico.

¹⁴ En lat. *Johannes Andrea* (1270/5-1348). Otro de los especialistas en Derecho Canónico, quizá el más famoso de finales de la Edad Media. Como el anterior, estudió leyes en Bolonia y dedicó la mayor parte de su producción científica al comentario de las Decretales, o cartas de los Pontífices por las cuales comunicaban sus decisiones en cuestiones primordiales, con un alcance universal.

¹⁵ En lat. *Johannes de Anania*, muerto en el año 1457. Nacido en Agnani, fue designado cardenal por el Papa Adriano IV y nombrado archidiacono de la catedral de Bolonia, en 1448. Sobresale también como comentarista de las Decretales y del Sexto, libro este último donde el Papa Bonifacio VII completaba, en 1298, los cinco primeros volúmenes de su antecesor Gregorio IX, recopilando en éste nuevas decretales dispersas de Pontífices anteriores.

¹⁶ Escritor romano nacido en Como en el año 23 y muerto en Castellum di Stabia en el 79. Sólo se conservan 37 libros de esta monumental obra enciclopédica, verdadero compendio del saber de su tiempo, escrita tras la consulta de más de 2.000 libros. Cita Varaez el lib. 18, cap. 17.

¹⁷ Moral Lozano, M^a de la Sierra (2011). *Mujer y medicina en la Antigüedad clásica: la figura de la partera y los inicios de la ginecología occidental*. *Fronteiras-Dourados-MS*, 13 (24), 48.



la cita de Plinio antes referida es recogida también por los juristas Tiraqueau¹⁸ y Gregoire¹⁹.

Una vez constatada la importancia del ejercicio de ambos profesionales –médicos y comadres– “como necesario a la salud”, dejando claro, no obstante, que nadie dudase de que los primeros debían disfrutar de todos los privilegios “sin controversia” –como indican Tiraqueau²⁰ y Chasseneuz²¹–, y coincidiendo además muchas autoridades en la semejanza de ambos oficios “sin que se alle que ningún escritor aya considerado nota de bajaça”, Vararez vuelve a enunciar la conclusión que adelantaba al comienzo de su disertación, convencido como estaba de que “no puede hauer motivo para que se impidan los honores por

el vsso del [la práctica de la profesión de matrona]”. Pero al tiempo que procura evidenciar las similitudes entre las dos profesiones, indica que, de hallarse “algún genero de vmildad que repugna a la nobleça en las matronas”, podría trasladarse ésta también a los médicos, y, en razón de esta coincidencia, verse afectados “de la misma indecencia”. Y para corroborar sus palabras, incorpora una extensa cita de Tiraqueau²².

Después de la comparación entre médicos y parteras, Vararez se centra luego en las segundas, y señala, como prueba de la decencia de este oficio, que las matronas debían ser “aprobadissimas asi en el Arte como en la Verdad y Fe”, al decir de Gregoire²³. Estos mismos aspectos formativos son destacados por Gregorio López, quien anota que las parteras eran examinadas y aprobadas por los médicos del Rey, “insinuando que hassi se haçia por disposiçiones de derecho”²⁴. Sin olvidar tampoco que, además de la función asistencial de las comadres en ayuda de las parturientas, se les reconocía otra que guardaba relación con cuestiones jurídico-legales, que eran las inherentes a la identificación del primogénito²⁵. A esto

¹⁸ Cap. 31, n° 344.

¹⁹ Pierre Gregoire (en lat. Petrus Gregorius Tholosanus, 1540-1597). Filósofo y jurista francés nacido en Toulouse. Ejerció como abogado y, desde 1570, fue profesor de Derecho en Cahors. A instancias del duque Carlos III, fundó la Facultad de Derecho en Pont-à-Mousson, localidad en la que murió. Vararez menciona su libro *De Republica* (lib. 30, cap. 1).

²⁰ Cap. 31, n° 522.

²¹ Barthélemy de Chasseneuz (en lat. Bartholomaeus Cassanaeus, 1480-1541). Fue miembro del Parlamento de Borgoña en 1525 y, más tarde, ocupó el puesto de primer presidente del Parlamento de Provenza en 1532. Vararez menciona en su informe su celeberrima obra *Catalogus gloriae mundi*, parte 10.

²² Cap. 31, n° 527.

²³ Lib. 14, cap. 2.

²⁴ Gregorio López, apellidado erróneamente ‘de Tovar’, nació en Guadalupe en 1496 y falleció en 1560. En su actividad de jurista sobresalió por su glosa del Código de las Siete Partidas de Alfonso X el Sabio, más acertada que la realizada por Alfonso Díez de Montalvo, primer comentarista de las mismas. Fue miembro del Consejo de Indias, gobernador de los territorios del duque de Béjar, fiscal del Consejo de Castilla y abogado de la Real Chancillería de Granada. Vararez recoge la cita literal contenida en la Ley 17, título VI, Partida Sexta.

²⁵ Conde Fernández, F., op. cit., 10.

parece referirse Vareaz cuando señalaba que en “declaraciones son de tan gan [=gran] fe y crédito que a ellas an de atender los jueçes en la determinaçion y juicio de cosas tan grandes”. Y menciona a varios autores que confirman esta potestad, entre ellos a Mascardi²⁶ y Farinacci²⁷. Desde luego, el ejemplo más destacable de la importancia que tenían para designar al heredero en caso de nacimientos múltiples, lo extrae del Libro del *Génesis*, cuya referencia antes citábamos²⁸. En esta ocasión, la matrona que asistió el parto tuvo la precaución de diferenciar mediante un cordón de grana a aquél que había nacido primero, evitando de este modo las discordias que luego pudieran producirse en cuanto a los derechos de herencia, “siendo ella –sentencia Vareaz- arbitro [en] juicio tan inportante”. Por lo tanto, el testimonio de las comadres resultaba definitivo en este tipo de pruebas legales. De ahí que la práctica profesional estuviese “lejos de repugnar a la nobleça”, según atestiguaba Tomás Sánchez²⁹.

El informe apunta otras tres cualidades

más de las matronas que se añaden a las ya expuestas, definiéndolas como personas “honestas, prouidas y prudentes”; como lo fueron las parteras hebreas Sifra y Pua, antes mencionadas³⁰. Se apoya para ello en Farinacci y Pacciani³¹ y, por otra parte, son cualidades que figuran también recogidas por Damián Carbón en su *Manual*³². Según Vareaz, esto disipaba “toda sospecha de baxeza” que pudiera cernirse sobre ellas. Pacciani ampliaba aún más esta reflexión y dejaba entrever los males que podrían acarrear a los Estados al señalar que “si fueran viles o por panico o por temor de algun poderoso pudieran con grandissima falsedad ser grandissimo daño a las Republicas en las açiendas, vidas y honrras”³³. Todas las fuentes citadas no hacen sino corroborar su teoría de que “lexos de perderse la nobleça por el vso y exercicio deste oficio muchos an llegado a dudar si era preciso que en quien se exercitase concurriese calidad de sangre noble”³⁴. No contentos con exigir en las matronas tantas y tales cualidades y aptitudes, autores hubo que,

²⁶ Lib. 3, cons. 1313, n° 3, cons. 1130, n° 2 y cons. 375, n° 40.

²⁷ Próspero Farinacci (en lat. *Prosperus Faxinacius o Farinacius*, 1554-1618). *Jurista italiano muy afamado que ocupó cargos de responsabilidad en los Estados Pontificios, entre los cuales destaca el de ‘procurador fiscal’*. Vareaz recurre aquí a su obra *De delictis carnis, quaest.* 48, n° 14.

²⁸ Vid. *supra*, nota 6.

²⁹ Jesuita y humanista, nacido en Córdoba en 1550 donde murió en 1610. Residió toda su vida en Andalucía siendo profesor en los colegios jesuitas de Córdoba y Granada. Vareaz menciona su celeberrimo libro *Disputationum de sancto matrimonii sacramento*, escrito entre 1602 y 1605, que gozó de renombre internacional y se convirtió en una de las más polémicas obras de la decimoséptima centuria. Su aportación más original es la de haber estudiado el matrimonio no sólo desde una vertiente jurídica sino también en su aspecto moral. Prueba de su fama es el chascarrillo que circuló entre los estudiantes de Teología: “si quieres saber más que el demonio, lee a Sánchez en ‘De matrimonio’”. En total, desarrolló 467 apartados, llamados *disputationes*. Vid. Carrodegas Nieto, C. (2003). *La sacramentalidad del matrimonio: doctrina de Tomás Sánchez*, S.J. Madrid: Universidad de Comillas, 67.

³⁰ Vid. *supra*, nota 7.

³¹ *Quaest.* 47, n° 42.

³² Una de las primeras obras sobre obstetricia en lengua vulgar. Gallego-Camirero, G. (2005). *Las parteras y/o comadres del siglo XVI: el manual de Damiá Carbó. Texto-Contexto-Enfermería, Florianópolis*, 605.

³³ Lib. 1, cap. 42, n° 153.

³⁴ Fol. 96r.

como Pacciani³⁵ y Sánchez³⁶, reclamaban también que, obligatoriamente, fueran nobles de nacimiento. Varaez, sin embargo, considera exagerado y poco práctico este último requisito, si bien señala “que no se pierde por su ejercicio los honores que se deua a la sangre”.

En su brevedad, el documento se detiene, sin embargo, en el caso de una insigne partera, Felipa –o Phelipa- Catanea, cuya intervención en el nacimiento de Roberto, duque de Calabria e hijo de Roberto el Sabio, rey de Nápoles, fue decisiva, y al que cuidaría luego como ama de leche. Y más tarde tuvo a su cargo a las princesas³⁷. Varaez asegura que llegó a ser gobernadora de Sicilia debido a la enorme influencia que ejerció sobre Juana I, nieta del rey Roberto. A esta matrona se le achaca la muerte del esposo de la propia reina, Andrés de Hungría, a quien detestaba, asesinado en la ciudad de Aversa el año 1345. Poco después, Felipa acabaría también sus días trágicamente³⁸. Para cerrar la referencia a este personaje, es importante advertir que no todos los autores que hablan de ella le adjudican la profesión de matrona. El filólogo francés Pierre Mathieu, que trazó su biografía en el siglo XVI, vertida luego al español por Juan Pablo Mártir Rizo³⁹, traductor y amigo de Quevedo, la menciona como lavandera. Y como tal figura en la comedia escrita por Juan Pérez de Montalbán, Francisco de Rojas Zorrilla y Pedro Calderón de la Barca⁴⁰, y también en la cita de José de Mirabel.

Como colofón y resumen de la filosofía que alienta el informe de Varaez, puede destacarse su convicción de que el ejercicio de cualquier trabajo –incluso “los menos estimables”–, siempre que se hicieran con modestia y decencia, no acarrearán la pérdida de los privilegios y honores debidos al nacimiento. O dicho de otra forma, el criterio que debía prevalecer a la hora de juzgar la excelencia o baja de un oficio, debía centrarse en la manera de ejercerlo más que en la consideración del oficio en sí mismo, “pues –afirmaba– aun los mas minimos y abatidos oficios que se exercitan en seruicio del Principe ennoblecen a los que los vsan”. Y aplicando este principio general al caso de las parteras de las reinas era todavía más evidente que “no iba contra el real decoro tenerse por ministerio baxo”. Para afianzar aún más su teoría, recuerda un caso que “solo el bastara para auer dexado ennoblecido y realçado este oficio”: el de la matrona Salomé que, supuestamente, atendió a la Virgen María, según los *Evangelios apócrifos*. Siguiendo su relato, la citada partera fue detenida por un “fuego vehementissimo” cuando se disponía a realizar su trabajo y un ángel depositó luego en sus manos al Niño Jesús. Qué mejor prueba para demostrar que la práctica del oficio de matrona no entrañaba pérdida alguna de condición social, que el hecho de que el mismo Dios hiciera intervenir a una persona de esta condición en la venida al mundo de su Hijo.

³⁵ Lib. 1, cap. 47, n° 114.

³⁶ Disp. 119, n° 131.

³⁷ Mirabel y Casadevante, J. de (1753). *El gran diccionario histórico, o miscellanea curiosa de la historia sagrada y profana*. París, t. VIII, 257b.

³⁸ *Ibidem*. Otros relatos afirman que la causa de la muerte de Andrés fue el adulterio de Juana con uno de los hijos de Felipa. Cf. *Engaños de mujeres, y desengaños de los hombres o Historia discreta y entretenida de los amores y aventuras del caballero catalán don Jaime Dalmao* (1826). Madrid: Imprenta de D.M. de Burgos, 268.

³⁹ *Historia de la prosperidad infeliz de Felipa de Catanea. La lavandera de Napoles*. (1736). Madrid: Pedro Alonso y Padilla.

⁴⁰ *La gran comedia, el monstruo de la fortuna, la lavandera de Nápoles Felipa Catanea. De tres ingenios*.

Con lo cual –concluye- “parece queda probado el intento”.

PARTE II: LA RÉPLICA DE DÍEZ DE CABRERA

El informe de Pedro Vareaz no fue del agrado del diplomático e inquisidor Francisco Antonio Díez de Cabrera, quien rebate y rechaza todos los argumentos expuestos en el informe y califica la postura de su autor de “injusta pretension”. Refuta, pues, todos sus argumentos, y cuestiona la autenticidad de algunas citas y casos. Y añade que “pues que las matronas [que] aian de hacer la inspeccion assi para conocer el preñado, como la verginidad, aian de ser honestas y de fee, no convence [que] aian de ser nobles”. En su opinión, las cualidades que atribuye Vareaz a las comadres no eran exclusivas de ellas, puesto que se hallaban igualmente en otras profesiones. Y, por otra parte, el hecho de poseerlas no les confería nobleza. Como ejemplo, menciona el oficio de escribano, del cual dice que “no ai persona a quien se dé mas fe ... y es [sin embargo] constante resolucion que deroga a la nobleça y esta escluido por los establecimientos de las Ordenes”. En cuanto al tema de Felipa Catanea, la matrona que llegó a ser gobernadora del Reino de Sicilia, disiente del parecer de Vareaz y niega que este caso redundara en un mayor prestigio y nobleza para la profesión de partera. Y ante la pregunta que el propio Díez de Cabrera formula acerca de si la inspección que deben realizar las “Matronas honestas se requiere que sea [hecha] por Matronas nobles”, su respuesta es negativa, sentenciando, además, que “si para ser Comadre se requiere nobleça, el serlo menos engrandece este exercicio”.

Precisamente el relato de la partera de la Virgen María –que Vareaz dejaba para la parte final de su informe como irrefutable demos-

tración de la nobleza de la profesión- es el que critica Cabrera en la parte final de su alegato, al que tilda de “cuentecillo de la Comadre de Nuestra Señora”. Semejante título despectivo respondía al hecho de que “esta condenado por apocrifo en el decreto de Gelasio y el Evangelio”. En consecuencia, no desea siquiera conocer las fuentes en que se había basado Vareaz para obtener “la prueba que tanto celebra”. Es más, añade que aunque hubiera sido auténtico, no sería válido para probar la nobleza de la profesión de matrona, pues los mismos argumentos podrían aplicarse a la condición de carpintero de José. En cuanto al milagro del nacimiento de Nuestro Redentor, puesto en manos de la comadre por intervención divina, señala que, de haberse producido, habría sido uno más de los muchos que realizó. Por último, duda de que las comadres de las reinas generaran nobleza por el sólo hecho de serlo puesto que, como en el caso de otros oficios, ellas, en realidad, no hacían sino prestar un servicio como ‘criadas del Rey’.

Rebatidos, pues, los postulados más sobresalientes esgrimidos por Vareaz sin que, por otra parte, mencione autoría o fuente alguna de apoyo, Cabrera cierra esta breve réplica afirmando que “assi parece que nada desto es a proposito”. Sólo acerca de la cuestión de si la Virgen María fue asistida en su parto por una comadre, incluye dos únicas citas a fuentes eclesiásticas, las de los Santos Jerónimo y Cipriano, que negaban tal supuesto.

CONCLUSIONES

El licenciado Pedro Vareaz redactó un informe en el cual pretendía demostrar, con numerosas referencias jurídicas y eclesiásticas, que los hijos de comadres no perdían sus privilegios nobiliarios –en caso de tenerlos- por el hecho de que sus madres practicasen

este oficio y, por lo tanto, podía ser admitidos como miembros de Órdenes Militares. El documento, escrito con toda probabilidad a finales del siglo XVI o comienzos del siguiente, fue contestado por el inquisidor Francisco Antonio Díez de Cabrera, quien rebatió en un breve comentario los fundamentos del primero, sin apenas mencionar fuentes en que apoyarse, excepción hecha de la referencia a dos Padres de la Iglesia, que cita para desmentir la información facilitada por los Evangelios apócrifos respecto a la Virgen María y a la partera Salomé, pretendida matrona de Nuestra Señora.

El documento contiene asimismo interesantes noticias para la historia de la profesión de comadre y el reconocimiento que éstas gozaron en diferentes periodos como personas que velaban por la salud de las parturientas, poniendo en juego toda su experiencia y conocimientos prácticos, y cuya presencia era decisiva a la hora de garantizar los derechos de los primogénitos en el caso de alumbramientos múltiples. Pudiera considerarse, en definitiva, como un alegato en favor de la profesión de matrona y su ejercicio, pese a las opiniones contrarias de Díez de Cabrera, subjetivas y sin apoyo documental.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Alarcón-Nivia, M.A., Sepúlveda -Aguledo, J., Alarcón-Amaya, I.C (2011). Las parteras, patrimonio de la humanidad. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología*, 62(2), 188-195.
- Álvarez y Baena, J.A. (1791). *Hijos de Madrid, ilustres en santidad, dignidades, armas, ciencias y artes*. Madrid: Benito Cano.
- Carrodegua Nieto, C. (2003). *La sacramentalidad del matrimonio: doctrina de Tomás Sánchez, S.J.* Madrid: Universidad de Comillas.
- Conde Fernández, F. (2011). *Parteras, comadres, matronas. Evolución de la profesión desde el saber popular al conocimiento científico*. (Discurso N° 49). Academia de Ciencias e Ingeniería de Lanzarote.
- Fernández Rivera, E. (2006). La autoría y el género de *Celestina comentada*. *Revista de Filología Española*, 86(2), 259-276.
- Gallego Caminero, G., Miró-Bonet, M., Ferrer de Sant Jordi, P., Gastaldo, D. (2005). *Las parteras y/o comadres del siglo XVI: el manual de Damiá Carbó*. *Texto-Contexto-Enfermería*, 14(4), 601-607.
- Mirabel y Casadevante, J. (1753). *El gran diccionario histórico, o miscellanea curiosa de la historia sagrada y profana*, t. VII. París.
- Moral Lozano, I. (2011). *Mujer y medicina en la Antigüedad clásica: la figura de la partera y los inicios de la ginecología occidental*. *Fronteiras-Dourados-MS*, 13(24), pp.45-60.
- Pinta Llorente, M. (1950). *Tratado diplomático de don Francisco Antonio Díez de Cabrera (política y diplomacia)*. *Revista de Estudios Políticos*, 50, 149-160.
- Puyol Buil, C. (1993). *Inquisición y política en el reinado de Felipe IV: los procesos de Jerónimo de Villanueva y las monjas de San Plácido, 1628-1660*. Madrid: CSIC.
- Serrano Monzó, I. *Apuntes históricos de la profesión de matrona. A propósito de la exposición de 'matronas y mujeres' en la historia*. Recuperado de <http://www.matronasdenavarra.com/pdfs/historia.pdf>.
- Towler, J., Brammall, J. (1997). *Comadronas en la historia y en la sociedad*. Barcelona: Masson.
- Usandizaga, M. (1944). *Historia de la Obstetricia y de la Ginecología en España*. Santander: Aldús.

Antropología

Vulnerabilidade física entre idosos: diferencias por sexo

Vulnerabilidad física en ancianos: diferencias por sexo

Physical vulnerability in elderly: difference for sex

Keylla Talitha Fernandes Barbosa¹, Maria das Graças Melo Fernandes², Fabiana Maria Rodrigues Lopes de Oliveira³, Anna Beatriz Campos Brasileiro Tibúrcio⁴, Alany Bezerra Rocha Alves⁴, Carlos Eduardo Barbosa Ramos⁴

¹Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

²Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Professora Associada da Universidade Federal da Paraíba.

³Enfermeira. Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

⁴Acadêmico (a) da graduação e licenciatura em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba.

Cómo citar este artículo en edición digital: Fernandes Barbosa, K.T., Melo Fernandes, M^a G., Rodrigues Lopes de Oliveira, F.M^a, Campos Brasileiro Tibúrcio, A.B., Rocha Alves, A.B. y Barbosa Ramos, C.E. (2015). Vulnerabilidade física entre idosos: diferencias por sexo. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 19, 42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.09>

Correspondência: Universidade Federal da Paraíba. UFPB. João Pessoa, Brasil. Telefone: +55 83 8892-1797

Correo electrónico: keyllafernandes@gmail.com.

Recibido: 12/01//2015; Aceptado: 08/06/2015



ABSTRACT

To identify vulnerable seniors and physically demarcate the differences by sex in relation to sociodemographic and clinical variables. A descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach. The study population comprised elderly resident enrolled in a health district of Joao Pessoa area - Paraíba. The sample consisted of 138 elderly. Data were collected through structured interview, conducted in the period from January to March 2014. This study highlights the prevalence of 47.1% physical vulnerability among the elderly, these

70.8% were female and presented problems health, mobility and difficulty in performing activities of daily living. The identification of vulnerable elderly individuals is relevant to suscitar reflections on the topic and encourages other researchers, professionals and students to go deeper in the subject, in order to obtain new information and thus enrich the studies on the subject proposal.

Keywords: Nursing; Health vulnerability; Aged; Aging.

RESUMEN

El objetivo de este estudio consiste en identificar las personas mayores vulnerables y físicamente demarcar las diferencias por sexo en relación con las variables sociodemográficas y clínicas. Estudio descriptivo, transversal, con abordaje cuantitativo. La población de estudio estuvo constituida anciano residente inscrito en un distrito de salud de área Joao Pessoa -

Paraíba. La muestra estuvo constituida por 138 personas de edad avanzada. Los datos fueron recolectados por medio de entrevista estructurada, llevada a cabo en el período comprendido entre enero-marzo 2014. Este estudio pone de relieve la prevalencia de 47,1% de la vulnerabilidad física de las personas mayores, éstos 70,8% eran mujeres y presenta problemas la salud, la movilidad y la dificultad para realizar actividades de la vida diaria. La identificación de las personas de edad avanzada vulnerables es relevante para sucintar reflexiones sobre el tema y anima a otros investigadores, profesionales y estudiantes a profundizar en el tema, con el fin de obtener nueva información y así enriquecer los estudios sobre la propuesta objeto de estudio.

Palabras clave: Enfermería; Vulnerabilidad em salud; Anciano; Envejecimiento.

RESUMO

Objetiva-se identificar idosos fisicamente vulneráveis e delimitar os diferenciais por sexo no que concerne as variáveis sociodemográficas e clínicas. Estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa. A população do estudo compreendeu os idosos domiciliados na área adscrita de um distrito sanitário do município de João Pessoa – Paraíba, Brasil. A amostra foi composta de 138 idosos. Os dados foram coletados mediante entrevista estruturada, realizada no período de janeiro a março de 2014. Evidencia-se a prevalência de 47,1% de vulnerabilidade física entre os idosos, destes 70,8% pertenciam ao sexo feminino e apresentou problemas de saúde, dificuldade na mobilidade e no desempenho de atividades da vida diária. A identificação dos idosos fisicamente vulneráveis é relevante para sucintar reflexões sobre o tema e que estimule outros

pesquisadores, profissionais e estudantes a se aprofundarem no assunto, de forma a obter novas informações e assim enriquecer os estudos sobre a temática proposta.

Palavras-chave: Enfermagem; Vulnerabilidade em saúde; Idoso; Envelhecimento.

INTRODUÇÃO

Verifica-se que desde a década de sessenta, o Brasil vem passando por um processo de “envelhecimento populacional”, caracterizado pela diminuição da mortalidade e da fecundidade e o aumento da expectativa de vida (Lima & Bueno, 2009). No último levantamento realizado, a população brasileira consistia em 190.755.799 de habitantes, destes, 20.590.599 são indivíduos com idade a partir de 60 anos, caracterizando-se como 10,8 % da população total, dos quais 55,5% pertenciam ao sexo feminino principalmente no que se refere a idades mais avançadas, em que mulheres com idade a partir de 80 anos representam 4,84% da população de idosos do país (IBGE, 2010). Estima-se que nas próximas duas décadas a população brasileira poderá triplicar, chegando ao número de 65 milhões no ano de 2050, tornando-se o sexto país com maior número de pessoas idosas (Andrade, Silva, Pinheiro, Campos & Pereira, 2013).

Dessa forma, o envelhecimento populacional é tido como uma das mais importantes transições demográficas observadas, acontecendo de forma rápida e abrupta principalmente em países em desenvolvimento. Por estar ocorrendo cada vez mais rápido, o aumento da população idosa acaba gerando um problema social, pois há aumento do número de aposentadorias e também causa o crescimento da demanda do governo para prover políticas públicas que possam garantir a qua-



lidade de vida ideal a que todos têm direito (Tribes, 2012; Braga, 2010; Fernandes, 2010).

O envelhecimento é um processo natural do ser humano, tendo influência tanto de fatores biológicos quanto dos fatores ambientais e sociais. Apresenta como característica marcante o fato de que uma pessoa que antes era saudável e ativa passa a evidenciar o aumento da dependência e em alguns casos tornam-se portadores de doenças crônicas não transmissíveis, podendo causar incapacidade (Pereira, 2009; Fernandes, 2010; Tribes, 2012).

O entendimento sobre modificações inerentes ao processo do envelhecimento, aspectos físicos, psicológicos, socioculturais e históricos é essencial para assegurar a prática clínica da enfermagem e auxiliar na promoção de ações que favoreçam a saúde. Porém, para que se obtenha atenção qualificada e resolutiva a essa população, faz-se necessária abordar o processo de envelhecimento em sua multidisciplinaridade (Maia, Duarte, Secoli, Santos & Lebrão, 2011).

Para tanto, explora-se o conceito da vulnerabilidade, definido como a capacidade que o ser humano tem de ser ferido, sofrer ou encerrar um processo, ou seja, é a fragilidade a que o ser humano pode ser exposto (Almeida, Rodrigues & Escola, 2013). Essa vulnerabili-

dade não surge de um momento para o outro, mas sim da junção de aspectos que ao longo do tempo inviabilizam a realização de algumas atividades (Salmazo-Silva, 2012).

Nessa perspectiva, propõe-se, operacionalmente, a interpretação da vulnerabilidade a partir de três dimensões interdependentes: a vulnerabilidade individual ou física, que é caracterizada pelo nível de informação obtida pelo indivíduo sobre determinado problema e a qualidade da mesma, assim como os meios que ele a aplica em seu cotidiano; a vulnerabilidade social, voltada ao papel do idoso junto à sociedade, e a vulnerabilidade programática que diz respeito ao acesso que os idosos têm a programas de saúde que promovam a prevenção, atenção e controle (Paz, Santos & Eidt, 2006).

A vulnerabilidade individual ou física, foco desse estudo, influi diretamente na qualidade de vida das pessoas idosas, pois, com o tempo, a capacidade do indivíduo em realizar as tarefas de seu cotidiano, ou até mais complexas, torna-se comprometida, acarretando a perda da autonomia – diminuição da capacidade funcional, e da independência – liberdade de tomar decisões (Maia, 2012; Rodrigues, 2012).

Ressalta-se que, apesar de existir uma tendência em se pensar que o envelhecimento e a vulnerabilidade ocorrem de maneira igual para todos por ser um processo natural aos seres vivos, evidencia-se que tal pensamento é errôneo visto que o envelhecimento é influenciado por fatores psicológicos, físicos e sociais diferentes (Guiomar, 2010).

Considerando essa perspectiva, o gênero é um importante referencial de análise dos diferenciais, especialmente relacionados à saúde, entre os sexos. Por meio do gênero pode-se entender que as diferenças econômicas, políticas e sociais entre homens e mulheres são resulta-

dos das relações que perpassam por condições particulares e pelos significados determinados socialmente. Assim, as diferenças entre gêneros são influenciadas por outras categorias como classe social, idade, cor, autopercepção de saúde, que culmina numa maior ou menor vulnerabilidade física entre os idosos. Em meio a isso é possível observar que as mulheres lidam com maiores desigualdades por sofrerem com o preconceito e a estereótipos da sociedade (Figueiredo et al, 2007).

Concomitante com o crescente envelhecimento populacional faz-se necessária a discussão de gênero, pouco abordada como foco das pesquisas que discorrem a despeito da vulnerabilidade individual nos idosos. Ressalta-se a importância do conhecimento desses aspectos, especialmente por estes poder subsidiar a assistência ao idoso, assim como a elaboração de estratégias de intervenção à saúde de forma integral e resolutiva.

Desse modo, o presente estudo será guiado pela seguinte questão norteadora: Quais os diferenciais entre os sexos verificados em idosos com vulnerabilidade física? Com vistas à obtenção de respostas para essa questão foi delimitado para o estudo o seguinte objetivo: Delimitar os diferenciais por sexo no que concerne as variáveis sócio-demográficas e clínicas e sua relação com vulnerabilidade individual entre os idosos.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo transversal, desenvolvido entre os idosos assistidos pela Estratégia Saúde da Família do município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. Este serviço público de saúde pratica o cuidado familiar e dirigido a coletividade, por meio da identificação das necessidades de intervenções, acolhimento através da escuta qualifica-

da e atendimento humanizado. É a principal porta de entrada para o Sistema Único de Saúde, em que se observa uma significativa adesão da população idosa a esse serviço, justificando a escolha desse cenário para o desenvolvimento do presente estudo.

A população do estudo compreendeu todos os indivíduos maiores de 60 anos cadastrados na Estratégia Saúde da Família e domiciliados na área adscrita do distrito sanitário III do município de João Pessoa-PB, que corresponde cerca de 24.328 idosos distribuídos em 56 Unidades de Saúde da Família.

A determinação da amostra foi do tipo probabilística, por meio da técnica de amostragem simples, considerando a seguinte fórmula: $n = Z^2 PQ/d^2$, sendo n = tamanho amostral mínimo; Z = variável reduzida; P = probabilidade de encontrar o fenômeno estudado; $Q = 1-P$; d = precisão desejada. Para o estudo em questão, o tamanho da amostra foi calculado com base em uma margem de erro de 5% e $p = 50\%$, por se tratar de um estudo multidimensional. Considerando a técnica de amostragem empregada, a amostra final compreendeu 138 idosos.

Foram incluídos no estudo os idosos de ambos os sexos, que evidenciaram condições cognitivas preservadas, de modo que fossem capazes de responder as questões de investigação. Aqueles que apresentaram déficit cognitivo moderado/acentuado, mensurado a partir do Miniexame do Estado Mental (Bertolozzi et al, 2009) assim como déficits de audição e problemas com a fala que dificultassem fortemente a comunicação foram excluídos do inquérito.

A coleta de dados foi realizada no período de janeiro a março de 2014, por estudantes de iniciação científica vinculados ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde do Adulto e Idoso,

com auxílio de Agentes Comunitários de Saúde com exercício laboral nas Unidades de Saúde da Família, lócus da investigação. Essa coleta se deu mediante entrevista realizada na residência do idoso, subsidiada por um instrumento padronizado, contemplando questões pertinentes aos objetivos propostos para o estudo.

Para o presente estudo foram utilizados dois instrumentos: um questionário que mensurou as variáveis sociodemográficas (idade, estado civil, renda individual e familiar e escolaridade) e condições de saúde do idoso (morbidades autorreferidas e saúde percebida), além do Vulnerable Elders Survey (VES – 13).

O VES-13 foi desenvolvido por pesquisadores americanos, traduzido e adaptado transculturalmente para a realidade brasileira (Maia et al, 2012). Consiste em um instrumento simples de fácil aplicabilidade que possui como objetivo identificar idosos vulneráveis residentes em comunidade. As variáveis fortemente associadas ao risco de vulnerabilidade apresentadas no referido instrumento são: idade, autoavaliação da saúde ruim e indicadores relacionados à presença de limitação física e incapacidade funcional, totalizando 13 itens aos quais serão atribuídos escores. Idosos com valores iguais ou superiores a três têm risco 4,2 vezes maior de declínio funcional e morte em dois anos, e por sua vez maior vulnerabilidade física (Maia et al, 2012).

A análise dos dados foi efetivada numa abordagem quantitativa por meio da estatística descritiva de natureza univariada para todas as variáveis, incluindo medidas de frequência, média, desvio-padrão e erro padrão. Afim de comparar as principais variáveis categóricas, elencou-se o Teste do Qui-quadrado de Pearson com nível de significância estabelecido de 95%. Para tanto, utilizou-se o sistema computacional Statistical Package for the Social

Sciences – SPSS versão 20.0, por ser adequada ao alcance dos objetivos do estudo e por possibilitar a precisão e generalização dos seus resultados.

Cabe destacar que durante todo o processo da pesquisa, especialmente na fase da coleta de informações empíricas, foram observados os aspectos éticos que normatizam a pesquisa envolvendo seres humanos dispostos na Resolução 466/2012 do CNS/MS/BRASIL, especialmente o sigilo e a confidencialidade das informações (Brasil, 2012). Ressalta-se ainda que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética que referenda a instituição, tendo como número de 0491/13 e CAAE: 17790913.5.0000.5188.

RESULTADOS

Dentre os 138 participantes do estudo, verificou-se que após a aplicação do instrumento VES-13 identificou-se que 65 (47,1%) idosos foram classificados como vulneráveis fisicamente. No tocante às características sociodemográficas, 46 (70,8%) pertenciam ao sexo feminino e 19 (29,2%) eram do sexo masculino. A idade variou entre 62 a 94 anos, com média de 70,4 anos e predomínio de idosos na faixa etária entre 60 a 69 anos (39,1%) entre as mulheres e 70 a 79 anos (47,4%) entre os homens.

No que diz respeito ao estado civil, verificou-se que a maioria das mulheres (50%) eram viúvas, com escolaridade entre 4 a 8 anos de estudo (34,8%) ou analfabetas (34,8%), com renda familiar média entre 1,1 a 3 salários mínimos (73,9%). Em relação ao sexo masculino, evidenciou-se que 47,4% dos idosos eram viúvos, 63,2% eram analfabetos e possuíam renda familiar média entre 1,1 a 3 salários mínimos (84,2%).

Quanto a média de doenças autorreferidas, verifica-se que entre os idosos vulneráveis fi-

sicamente do sexo feminino esta foi de 5,67 com desvio padrão de $\pm 2,07$, enquanto que na população masculina evidenciou-se a média de 4,68 com desvio padrão de $\pm 2,0$, não houve diferenças estatisticamente significativa entre os dois grupos. Evidencia-se que, dentre as mulheres os problemas de visão foram responsáveis por 18,7% do total, enquanto que no sexo masculino a morbidade mais referida foi a hipertensão arterial (22,6%).

Considerando os dados dispostos na Tabela 1, verificou-se que em relação à mobilidade 59 idosos apresentavam dificuldades em cur-

var-se, ajoelhar-se ou agachar-se, desde 69,5% pertenciam ao sexo feminino. Em relação às AIVDs evidenciou-se que a maioria dos idosos referiram possuir dificuldade em realizar atividades domésticas pesadas enquanto que nas ABVDs, 33 idosos vulneráveis fisicamente sentiam dificuldades em tomar banho sozinho.

Tabela 1 – Distribuição dos idosos investigados, conforme diferenciais por sexo no que concerne a mobilidade referida, atividades instrumentais da vida diária e atividades básicas da vida diária. João Pessoa – Paraíba – Brasil – 2014 (n = 138).

Variável	Sexo				Significância
	Feminino		Masculino		
	n	%	n	%	
Mobilidade referida					
Curvar-se, ajoelhar-se ou agachar	41	69,5	18	30,5	$p^{(1)} = 0,429$
Levantar ou carregar peso com aproximadamente 5kg	41	71,9	16	28,1	$p^{(1)} = 0,429$
Elevar ou estender o braço acima do nível do ombro	26	63,4	15	36,6	$p^{(1)} = 0,075$
Escrever ou manusear pequenos objetos	20	58,8	14	41,2	$p^{(1)} = 0,025$
Andar 400m	31	66	16	34	$p^{(1)} = 0,141$
AIVDs					
Fazer compras	19	65,5	10	34,5	$p^{(1)} = 0,287$
Administração das próprias finanças	17	65,4	09	34,5	$p^{(1)} = 0,306$
Realizar tarefas domésticas simples	18	60,0	12	40	$p^{(1)} = 0,680$
Realizar tarefas domésticas pesadas	40	70,2	17	29,8	$p^{(1)} = 0,571$
ABVDs					
Tomar banho sozinho	21	63,6	12	36,4	$p^{(1)} = 0,156$
Atravessar o quarto andando sozinho	10	52,6	09	47,4	$p^{(1)} = 0,041$

DISCUSSÃO

No Brasil o processo de envelhecimento vem crescendo cada dia mais, e são as mulheres que formam, hoje, o maior número de idosos no país. Devido ao processo de feminilização do envelhecimento, o número de idosas é superior ao sexo masculino, dado esse que corrobora com o presente estudo, em que se evidencia prevalência do sexo feminino entre a população idosa.

Esse resultado deve-se ao aumento da expectativa de vida entre as mulheres, que chegam a viver em média oito anos a mais que os homens. Tal fato pode ser justificado por elas se preocuparem mais com os cuidados à saúde enquanto que os homens estão mais susceptíveis à violência, principalmente por acidentes e homicídios, assim como a menor busca pelo atendimento médico (Lima, 2009; Kuchemann, 2012).

Por viver mais, a mulher está exposta a limitações, seja devido a doenças não transmissíveis ou déficits funcionais, o que ocasiona dependência e fragilidade (Lima, 2009; Kuchemann, 2012). Ademais, com as diferenças de gênero acumuladas durante a vida – discriminação, violência, trabalho doméstico e profissional – estão predispostas a sentir mais as alterações corporais, logo, sofrem mais que os homens quando se trata de vulnerabilidade física (Nicodemo & Godoi, 2010). É oportuno ressaltar que, quando nos referimos à vulnerabilidade, as mulheres são as mais susceptíveis por serem afetadas de uma forma diferente dos homens, seja por doenças crônicas, instabilidade emocional e física.

No âmbito desse estudo, verificou-se que, as mulheres representam maior número de viuvez (50%) se comparado aos homens (47,4%). É oportuno salientar que isso pode ser atribuído ao fato das mulheres viverem

mais, bem como a tendência em permanecerem viúvas, pois passam a ver a viuvez como um momento de libertação, em que não terão mais que responder aos maridos, enquanto os homens temem permanecer na solidão, logo, buscam encontrar uma nova companheira (Lima, 2009; Rodrigues, 2012).

No que se refere a escolaridade, evidenciou-se alto índice de analfabetismo entre a população idosa do presente estudo, principalmente entre os homens (63,2%). A literatura pertinente resalta que tal fato é o reflexo das políticas de educação e das desigualdades sociais que imperavam no início do século passado, em que o acesso à escola era restrito (Campos et al, 2009). Ressalta-se também que, 34,8% das idosas entrevistadas nunca frequentaram a escola, dado esse que pode ser associado ao padrão cultural que prevalecia antigamente, em que as mulheres deveriam permanecer em casa para cuidar dos afazeres domésticos e o homem saía para trabalhar (Braga, Macinko, Proietti, César & Lima-Costa, 2010).

Destarte, com a baixa escolaridade, verifica-se a diminuição do conhecimento sobre saúde além de acarretar diminuição da situação socioeconômica, favorecendo a ocorrência de vulnerabilidade entre essa população. Logo, quanto maior a escolaridade, maior será o conhecimento sobre saúde e assim a qualidade de vida, realidade essa evidenciada nos países desenvolvidos (Vitorino, Paskulin & Vianna, 2013).

Demonstrou-se no presente estudo o baixo nível de rendimento familiar entre os idosos fisicamente vulneráveis, os quais recebiam em média 1,1 a 3 salários mínimos. Com o avançar da idade os idosos tem grande dificuldade de se inserir no mercado de trabalho e passam a depender de fontes de renda como a aposentadoria ou pensões – principalmente as

mulheres por se tornarem viúvas. Mas isso não é garantia de que terão uma estabilidade visto que a maioria dos idosos recebem pouco e somados aos altos gastos com tratamentos, acabam não tendo suas necessidades totalmente atendidas (Sthal, Berti & Palhares, 2010).

Ademais, é comum vermos os idosos assumindo o sustento das casas, tendo que prover os filhos e netos, passando assim a deixar seus sonhos de ter uma aposentadoria tranquila, realizando as atividades que lhe convém. Evidencia-se que, atrelado aos cortes sofridos na aposentadoria e os gastos com medicações, acabam por ter a sua renda totalmente comprometida (Silva, Carvalho, Lima & Rodrigues, 2011).

Com o aumento da expectativa de vida é comum o surgimento de doenças crônico-degenerativas. Através dos resultados expostos na tabela 2, pode-se perceber que a maior incidência de casos ocorre entre a população feminina. Pesquisas ressaltam que apesar das mulheres viverem mais tempo, em compensação tendem a desenvolver e conviver com as doenças e incapacidades por um período mais prolongado, se comparada aos homens (Vitorino, Paskulin & Vianna, 2013).

Além disso, apresentam maior possibilidade de ficarem viúvas em uma situação econômica precária, visto que a grande maioria depende do sustento do marido, o que pode favorecer o aparecimento de algumas doenças, como por exemplo, a depressão – presente em 17 mulheres entrevistadas nesse estudo (Alencar et al, 2012).

Verificou-se também que os problemas de visão estavam presentes na maioria dos idosos entrevistados. Quando os idosos apresentam esse declínio visual, tendem a vivenciar uma mudança no estilo de vida no que tange à sua independência. Ademais, pode ocorrer dimi-

nuição na interação social, ocorrência de depressão, incapacidade de realizar diversas atividades e também as quedas (Macedo, Pereira, Gomes, Silva & Castro, 2008).

O processo de envelhecimento traz consigo a possibilidade de que o idoso tenha cada vez mais dificuldades em realizar suas atividades diárias, passando a se tornar dependente dos cuidados de outras pessoas com o passar do tempo (Borges & Moreira, 2009). Para realizar as tarefas do nosso cotidiano é preciso que haja integração de vários elementos do nosso corpo, logo, nos idosos essa capacidade está cada vez mais diminuída, trazendo limites para suas atividades e aumentando a incapacidade (Freitas et al, 2012).

No que diz respeito a mobilidade, evidenciou-se que entre as mulheres pesquisadas imperam à dificuldade para realizar atividades como se curvar, ajoelhar ou agachar, levantar peso de até 5 kg, estender o braço acima do ombro e andar aproximadamente 400m, a diferença só diminui na categoria relativa a escrever ou manusear pequenos objetos, onde 58,8% das mulheres referiram tal dificuldade enquanto os homens somavam 41,2%.

Neste contexto, ressalta-se que para melhor compreensão das demandas assistenciais requeridas pelos os idosos, faz-se necessária, um avaliação multidimensional de sua saúde, incluindo os aspectos inerentes à capacidade funcional. Essa pode ser definida como a capacidade de se manter as habilidade físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma (Veras, 2009; Barbosa, 2013). O desempenho funcional nas atividades básicas (ABVD) e instrumentais (AIVD) da vida diária, tem sido um parâmetro amplamente aceito e reconhecido para avaliação da capacidade funcional (Ursine, Cordeiro & Morais, 2011).

Evidenciou-se que foi expressivo o número de mulheres que demonstraram dificuldades para realizar alguma ABVD e AIVD. Em relação às atividades instrumentais é evidente a dificuldade que as mulheres possuem para realizá-las, verificando-se que 65,5% demonstraram dificuldades para fazer compras sozinhas enquanto que apenas 34,5% dos homens apresentaram o mesmo contratempo. O trabalho doméstico e o cuidado com as finanças da casa também são sinônimos de dificuldade para as mulheres.

No que diz respeito as ABVDs, que são as atividades de autocuidado, verifica-se que na categoria referente à dificuldade para tomar banho às mulheres apresentaram maior índice de dificuldades referidas (63,6%) se comparada aos homens (36,4%). As alterações biológicas inerentes do envelhecimento associadas à presença de estresse fisiológico favorecem o surgimento de efeitos deletérios à saúde do idoso, podendo afetar o desempenho de atividades corriqueiras, comprometendo diretamente sua capacidade funcional e sua autonomia, que está relacionada diretamente à sua capacidade de executar as atividades da vida diária sem auxílio, bem como à liberdade de decidir pela própria vontade (Ursine, 2011; Amendola, 2014; Lachman, 2010).

CONCLUSÕES

A partir da análise dos dados coletados pode-se concluir que o processo de envelhecimento tende a crescer e tornar-se cada vez mais presente na sociedade, diante disso a vulnerabilidade deve ser estudada e observada com atenção, principalmente no que concerne ao sexo feminino que, no presente estudo, foi o mais atingido. Ressalta-se também que dentre os idosos fisicamente vulneráveis, as mulheres eram acometidas por problemas de saúde

com mais frequência, demonstrando também limitações em sua mobilidade e no desenvolvimento de algumas atividades instrumentais e básicas da vida diária.

Compreende-se que a pesquisa foi de suma importância para mensuração das diferenças da vulnerabilidade física entre os sexos, fornecendo subsídios que podem elucidar discussões acerca de políticas e problemas de saúde que acometem a população idosa. É importante ressaltar a necessidade de investir na busca de conhecimento sobre esse assunto, pois, apesar de ser um tema abrangente e de grande importância para a área da saúde, ainda é precária a quantidade de publicações referentes às diferenças da vulnerabilidade física em ambos os sexos. Logo, espera-se que esta pesquisa subsidie reflexões sobre o tema e que estimule outros pesquisadores, profissionais e estudantes a se aprofundarem no assunto, de forma a obter novas informações e assim enriquecer os estudos sobre a temática proposta.

REFERÊNCIAS

- Alencar, M.A., Bruckl, N.M.S., Pereira, B.C., Camara, T.M.M. y Almeida, R.D.S. (2012). Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 15(4),785-95.
- Almeida, C.M.T., Rodrigues, V.M.C.P. y Escola, J.J.J. (2013). A representação da vulnerabilidade humana em cuidadores de saúde - construção e validação de uma escala. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 21(spe),29-37.
- Amendola, F., Alvarenga, M.R.M, Latorre, M.R.D.O. y Oliveira, M.A.C. (2014). Development and validation of the Family Vulnerability Index to Disability and Dependence (FVI-DD). *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 48(1), 80-8.
- Andrade, L.M, Silva, S.E.L, Pinheiro, G.M.L, Campos, M.E y Pereira, L.L.S.S. (2013). Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. *Ciênc-*

- cia Saúde Coletiva,18(12),3543-52.
- Barbosa, K.T.F., Fernandes, M.M., Oliveira, F.M.R.L., Santos, K.F.O. y Pereira, M.A. (2013). Quedas em idosos: associação com morbidade e capacidade funcional. *Revista de Enfermagem UFPE*, 7(8),5068-75.
 - Bertolozzi, M.R., Nichiata, L.Y.I., Takahashi, R.F., Cio-sak, S.I., Hino, P. y Val, L.F. (2009). Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Rev Escola de Enfermagem USP*, 43(2),1326-30.
 - Borges, M.R.D. y Moreira, A.K. (2009). Influências da prática de atividades físicas na terceira idade: estudo comparativo dos níveis de autonomia para o desempenho nas AVDs e AIVDs entre idosos ativos fisicamente e idosos sedentários. *Revista Motriz*, 15(3),562-73.
 - Braga, L.S., Macinko, J., Proietti, F.A., César, C.C. y Lima-Costa, M.F. (2010). Diferenciais intra-urbanos de vulnerabilidade da população idosa. *Caderno de Saúde Pública*, 26(12), 2307-15.
 - Brasil. Comissão de Ética e Pesquisa (2012). Resolução nº 466/2012 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Comissão de Ética e Pesquisa
 - Campos, F.G., Barrozo, L.V., Ruiz, T., César, C.L.G., Barros, M.B.A. y Carandina, L. (2009). Distribuição espacial dos idosos de um município de médio porte do interior paulista segundo algumas características sócio-demográficas e de morbidade. *Caderno de Saúde Pública*, 25(1), 77-86.
 - Fernandes, M.G.M. y Garcia, L.G. (2010). O corpo envelhecido: percepção e vivência de mulheres idosas. *Interface*, 14(35),879-90.
 - Figueiredo, M.L.F., Tyrrel, M.A.R., Carvalho, C.M.R.G., Luz, M.H.B.A., Amorim, F.C.M. y Loiola, N.L.A. (2007). As diferenças de gênero na velhice. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 60(4),422-7.
 - Freitas, R.S., Fernandes, M.H., Coquerio, R.S, Reis, J.W.M., Rocha, S.V. y Brito, T.A. (2012). Capacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo populacional. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(6), 933-9.
 - Guiomar, V.C.R.V. (2010). Diferenças de gênero no viver o envelhecimento. (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Beja, Beja.
 - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). População residente, por sexo e grupos de idade, segundo as Grandes Regiões e as Unidades da Federação. Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística..
 - Kuchemann, B.A. (2012). Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. *Sociedade e Estado*, 27(1),165-80.
 - Lachman, M.E. y Agrigoroaei, S. (2010). Promoting functional health in midlife and old age: long-term protective effects of control beliefs, social support and physical exercise. *Plos ONE*, 5(10), 1-9.
 - Lima, L.C.V y Bueno, C.M.L.B. (2009). Envelhecimento e Gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. *Saúde e Pesquisa*, 2 (2), 273-80.
 - Macedo, B.G., Pereira, L.S.M., Gomes, P.F., Silva, J.P. y Castro, A.N.V. (2008). Impacto das alterações visuais nas quedas, desempenho funcional, controle postural e no equilíbrio dos idosos:uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 11(3):419-32.
 - Maia, F.O.M., Duarte, Y.A.O., Secoli, S.R., Santos, J.L.F. y Lebrão, M.L. (2012). Adaptação transcultural do Vulnerable Elders Survey – 13 (VES-13): contribuindo para a identificação de idosos vulneráveis. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 46(spe),116-22.
 - Nicodemo, D. y Godoi, M.P. (2010). Juventude dos anos 60-70 e envelhecimento: estudo de casos sobre feminização e direitos de mulheres idosas. *Revista Ciência e Extensão*,6(1), 40-53.
 - Paz, A.A., Santos, B.R.L. y Eidt, O.R. (2006). Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. *Acta Paulista Enfermagem*,19(3), 338-42.
 - Pereira, F.D., Batista, W.O., Furtado, H.L., Alves Junior, E.D., Giani, T.S. y Dantas, E.H.M. (2009). Comparação da força funcional de membros inferiores e superiores entre idosas fisicamente ativas e sedentárias. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*,12(3), 417-27.
 - Rodrigues, N.O. y Neri, A.L. (2012). Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: dados do estudo FIBRA, Campinas, SP, Brasil. *Ciência Saúde Coletiva*,17(8),2129-39.
 - Salmazo-Silva, H., Lima-Silva, T.B., Barros, T.C., Oliveira, E.M., Ordonez, T.N. y Carvalho, G. (2012). Vulnerabilidade na velhice: definição e intervenções no campo

- da Gerontologia. Revista Temática Kairós Gerontologia, 15(6), 97-116.
- Silva, H.O., Carvalho, M.J.A.D., Lima, F.E.L. y Rodrigues, L.V. (2011). Perfil epidemiológico de idosos frequentadores de grupos de convivência no município de Iguatu, Ceará. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 14(1), 123-33.
 - Sthal, H.C., Berti, H.W. y Palhares, V.C. (2010). Caracterização de idosos internados em enfermaria de pronto-socorro quanto à vulnerabilidade social e programática. Revista Escola Anna Nery, 14(4), 697-704.
 - Tribbes, S., Virtuoso Junior, J.S. y Oliveira, R.J. (2012). Atividade física como preditor da ausência de fragilidade em idosos. Revista Associação Médica Brasileira, 58(3), 341-7.
 - Ursine, P.G.S., Cordeiro, H.Á. y Moraes, C.L. (2011). Prevalence of housebound elderly people in the urban region of Belo Horizonte (Minas Gerais, Brazil). Ciência e Saúde Coletiva, 16(6), 2953-62.
 - Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Revista de Saúde Pública, 43(3), 548-54.
 - Vitorino, L.M., Paskulin, L.M.G. y Vianna, L.A.C. (2013). Qualidade de vida de idosos em instituição de longa permanência. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 21(spe), 3-11.



Estudio de la utilización de los distintos servicios hospitalarios de pacientes nacidos en el extranjero en el Hospital General Universitario de Alicante HGUA (1 de enero de 2011-30 de junio 2014)

Study of utilization of different Hospital Services by foreign patients in Hospital General Universitario de Alicante (HGUA) (1st January 2011-30th June 2014)

Estudo sobre a utilização de distintos serviços hospitalares no Hospital General Universitário de Alicante HGUA por pacientes estrangeiros (1 de Janeiro de 2011-30 de Junho 2014)

Rosa Maria. Albert Sanchis¹, Miguel Angel Fernández Molina²

¹Enfermera. Doctora en Sociología; ²Enfermero. Doctor en Antropología

Cómo citar este artículo en edición digital: Albert Sanchis, R.M^a. y Fernández Molina, M.A. (2015). Estudio de la utilización de los distintos servicios hospitalarios de pacientes nacidos en el extranjero en el Hospital General Universitario de Alicante HGUA (1 de enero de 2011-30 de junio 2014). *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 19, 42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.10>

Correspondencia: C/Pintor Rodes nº14 5^oC. CP. 03011 Alicante

Correo electrónico: albert_san@gva.es

Recibido: 16/01/2015; Aceptado: 11/06/2015



ABSTRACT

This article examines the importance of the current crisis and its impact on the health of the registered foreign population as a destabilizing demographic vector. It specifically examines the utilization by patients born abroad of different hospital services of the Hospital General Universitario de Alicante, considering the inter-group differences, which acquire,

along with age, a decisive role with regard to the type of pathologies afflicting this group, and therefore, its cost in euros. The results obtained allow comparability over time and could be extrapolated to the rest of the Spanish territory.

Key words: cultural diversity, foreign, nationality, age, hospital services, province of Alicante, INE, HGUA, SNS, SIP, GRD, ODU-SALUD, RDL 16/2012

RESUMO

Este artigo estuda a importância da crise atual como vector desestabilizador demográfico e sua incidência na saúde da população estrangeira inscrita nos serviços de saúde. Concretamente, o estudo faz uma análise da utilização dos distintos serviços hospitalares no Hospital General Universitário de Alicante, por parte dos pacientes

estrangeiros, considerando as diferenças inter-grupal, que adquirem, junto com a idade, um papel decisivo no que se refere ao tipo de patologias que afligem este grupo e, portanto, seu custo em euros. Os resultados obtidos permitem a comparabilidade ao longo do tempo e podem ser extrapolados para o resto do território espanhol.

Palavras-chave: diversidade cultural, estrangeiros, nacionalidade, idade, serviços hospitalares, província de Alicante, INE, HGUA, SNS, SIP, GRD, ODUSALUD, RDL 16/2012.

RESUMEN

Este artículo estudia la importancia de la crisis actual como vector desestabilizador demográfico y su incidencia en la salud de la población extranjera empadronada. Concretamente analiza la utilización por parte de los pacientes nacidos en el extranjero de los distintos servicios hospitalarios del Hospital General Universitario de Alicante, atendiendo a las diferencias intergrupales, que adquieren, junto a la edad, un papel determinante de cara al tipo de patologías que aquejan a este colectivo y su coste en euros. Los resultados obtenidos permiten su comparabilidad en el tiempo y podrían extrapolarse al resto del territorio español.

Palabras clave: diversidad cultural, extranjeros, nacionalidad, edad, servicios hospitalarios, provincia de Alicante, INE, HGUA, SNS, SIP, GRD, ODUSALUD, RDL 16/2012

INTRODUCCIÓN

Justificación teórica

Los profesionales sanitarios son conscientes de la diversidad cultural que conlleva el fenómeno de la inmigración así como de sus posibles repercusiones sanitarias (Fernández, 2006a); del mismo modo, los residentes

extranjeros, generalmente personas mayores procedentes del centro y norte de Europa, también han sido objeto de atención por parte de las autoridades, lo que ha llevado a regular recientemente la asistencia sanitaria a la que tienen derecho, debido principalmente al alto coste de los tratamientos asociados a enfermedades crónicas y degenerativas típicas de la edad. El crecimiento de población extranjera en nuestro país y en la Comunitat Valenciana no solo se ha detenido, sino que está experimentando un notable descenso que ha llevado a preguntarnos si tiene su reflejo en el número de pacientes extranjeros ingresados y si este descenso en el padrón por sí solo justifica dicho descenso (nos preguntamos también si las medidas gubernamentales y autonómicas sobre el acceso a la asistencia sanitaria estarían afectando a este colectivo); en este sentido, se cuenta con una referencia en el tiempo y en un contexto concreto como es la situación minuciosamente descrita en el Hospital General Universitario de Alicante durante los años 2001 al 2004 (Fernández, 2006b) que podría ayudar a una mejor visualización e interpretación del fenómeno en un entorno globalizado pero contrastivo.

La crisis actual no sólo habría generado un éxodo de los ciudadanos con menos recursos económicos, sino que también habría provocado la salida masiva de aquellos otros inmigrantes cuya presencia en España se asocia al consumo (Mantecón, Huete & Estévez, 2014). Otros autores, por el contrario, sostienen que durante la crisis no se ha producido una salida masiva de población extranjera y han aumentado el número de nacionalizaciones como única protección eficaz contra una política de inmigración inadecuada sobretudo de los países latinoamericanos (Melero et al., 2013: 14). El clima y el estilo de vida serían las princi-

pales razones que inducirían a la emigración en el colectivo noreuropeo. No ha habido un éxodo masivo, debido a que la “huida” de este colectivo venía produciéndose desde hacía ya algunos años, aunque sería en 2014 cuando el INE ha actualizado el padrón y recogido estos cambios (Membrado, 2014). Otros informes recientes hablan de que en la provincia de Alicante están descendiendo las nacionalizaciones concedidas por residencia y se mantendrían al alza los permisos de residencia de larga duración (Barceló, 2014: 10).

En cuanto a la ciudad de Alicante, lugar donde se ubica el HGUA, Carlos Gómez Gil ha analizado sus diferentes barriadas y recoge, entre otras conclusiones, que entre los años 2008 y 2012 en 25 de los 42 barrios de la ciudad se ha producido un descenso de población, sobretudo de población autóctona, provocando importantes desequilibrios como el aumento de la desigualdad social a todos los niveles, que unido a una falta de interés y vigilancia del fenómeno por parte de las autoridades estaría impidiendo la anticipación a los principales problemas en los procesos de movilidad residencial (Gómez, 2014). Estos procesos de movilidad residencial podrían ser una consecuencia del trastorno por aculturación incluido en la Clasificación Internacional de Enfermedades DSM 5 como dificultad de aculturación¹. Ya en el año 2004 los residentes extranjeros se estaban alejando del país y preferían otros destinos para sus inversiones debido fundamentalmente al espectacular aumento de los precios de las viviendas y de la densidad espacial que indujo a una exacerbada sucesión residencial mayormente en las zonas de costa, empeorando la convivencia vecinal y aún más si cabe la falta o deficiencia de infraestructuras en numerosas urbanizaciones residenciales, sobretudo de las más alejadas del centro de las ciudades. Todo ello de enorme ca-

lado en la aparición y agravamiento de procesos psicológicos asociados a ansiedad, estrés y depresión, que habrían empujado a este colectivo a reconsiderar su proyecto migratorio (Albert, 2007)

MÉTODOS

Objetivos: El Objetivo general de este estudio consiste en analizar el uso de los Servicios/ Unidades de Hospitalización del HGUA de pacientes nacidos en el extranjero ingresados desde el 1 de Enero de 2011 hasta el 30 de Junio de 2014

Objetivos específicos:

- Describir la situación en el Estado Español, Comunidad Valenciana y Provincia de Alicante respecto a la evolución de la población extranjera, normativa legal y aspectos sanitarios de interés.
- Determinar Servicios/Unidades de Hospitalización con mayor número de ingresos de población nacida en el extranjero.
- Cuantificar los pacientes nacidos en el extranjero ingresados por servicios, con especial atención al número de mujeres extranjeras atendidas
 - Cuantificar los pacientes nacidos en el extranjero por países
 - Comparar resultados obtenidos en la investigación actual con resultados obtenidos en el estudio efectuado en el mismo Hospital durante el periodo 2001-2004.
 - Identificar los principales GRDs de pacientes nacidos en el extranjero ingresados y su coste.

Características del estudio descriptivo:

Población diana: pacientes nacidos en el extranjero ingresados en el Hospital General Universitario de Alicante

Periodo del estudio: desde el 1 de Enero de 2011 hasta el 30 de junio de 2014.

Campo de estudio: Hospital General Universitario de Alicante (HGUA), elegido por dos razones fundamentales:

- *Ubicación geográfica:* situado en el litoral de la Costa Blanca, zona turística por excelencia y de innegable atractivo para muchos turistas y extranjeros residentes con orígenes culturales diversos.

- *Tamaño:* Es el segundo hospital más importante en la Comunitat Valenciana por nº de camas (815), después de “La Fe” en Valencia. La población en SIP en junio de 2014 es de 270.727 pacientes, siendo el hospital de referencia de toda la provincia de Alicante.

Unidades de estudio: Unidades de hospitalización y servicios del HGUA.

Instrumentos de recogida de datos: datos del Padrón Continuo a 1 de Enero de cada año durante el periodo 2008-2014, por dos razones fundamentales: porque la población extranjera empadronada reside en territorio español de forma estable al menos la mitad del año, y porque la población irregular en España no está en SIP.

El estudio de la población extranjera ingresada en el HGUA se ha fundamentado en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), datos en SIP, las principales conclusiones aportadas por el Observatorio del Derecho Universal a la Salud de la Comunitat Valenciana (ODUSALUD) y una revisión bibliográfica.

Análisis estadístico: EXCEL.

Para variables de distribución continua se estimó la media como índice de tendencia central y la desviación típica como índice de variabilidad. Los principales datos obtenidos se presentan en tablas, gráficos lineales, y de barras, tipo pirámide poblacional

Evolución de la población extranjera (2008-2014)

España

La evolución de la población extranjera en España queda estrechamente ligada a la evolución de trabajadores afiliados a la Seguridad Social en alta laboral, teniendo en cuenta que en 1996 se produjo un cambio legislativo significativo que eliminó la distinción entre población de hecho y de derecho. Desde 1998 hasta 2008 el crecimiento poblacional es importante, debido en gran medida a los cinco procesos extraordinarios de regularización que tuvieron lugar entre los años 1998 y 2005, sobretodo al impacto del proceso extraordinario de normalización del año 2005² contenido en la disposición transitoria tercera del R.D. 2393/2004, por el que se aprobó un nuevo Reglamento de Extranjería que otorgaba el permiso de residencia y trabajo a la existencia de un contrato³ de trabajo real con alta efectiva en la Seguridad Social, además de la ampliación de la adhesión de los países del Este de Europa a la Unión Europea en el año 2004 (Gómez, 2005).

Según datos INE definitivos, durante el periodo 2008-2013 la población total empadronada aumentó en 971.961 personas, al igual que la población extranjera empadronada (277.476), debido fundamentalmente a los ciudadanos de la UE27 que aumentaron en 256.717 personas. Por primera vez desde 1996 las cifras de la población extranjera total empadronada disminuyeron ligeramente en 2013 (-15.229 personas) debido a la bajada de los extranjeros no comunitarios, cuyo descenso se inició en 2011.

Tabla 1. Evolución de la población empadronada en España (2008-2013)

Si se tienen en cuenta los datos provisionales INE a 1 de Enero de 2014, esta tendencia

a la baja se agudiza considerablemente registrando una variación interanual en términos absolutos de 545.980 extranjeros menos, de éstos, ahora son los extranjeros comunitarios quienes liderarían la caída con una variación interanual de 311.839 extranjeros menos; en términos relativos esta disminución sería del 57,1% para los extranjeros comunitarios y del 42,9% para el resto de extranjeros.

Tabla 2. Población empadronada en España en el año 2014* y su variación interanual 2013-2014*

Estos resultados, aunque hay que tomarlos con cautela por su provisionalidad, reflejarían un claro cambio de tendencia en España hacia una pérdida importante de población, tanto autóctona, como extranjera.

Comunitat Valenciana

En la Comunitat Valenciana se registraron 97.456 nuevos empadronamientos de extranjeros entre los años 1998-2001, cifra que contrasta con la del periodo de 2001-2005, con 375.162, casi cuatro veces más; Durante el periodo 1998-2005, 7 de cada 10 nuevos empadronamientos se debieron a población extranjera (Op.cit., 2005).

Según datos definitivos INE a 1 de Enero de cada año, en el periodo 2008-2013 tan solo se registraron 16.552 nuevos empadronamientos de extranjeros, alcanzándose en el año 2010 con 893.759 de extranjeros empadronados la cifra mayor (46.420 personas más que en 2008).

Tabla 3. Evolución de la población extranjera empadronada en la Comunitat Valenciana.

En 2009 se aprecia una ralentización, cuyo resultado se plasmaría en una variación interanual 2010-2011 con saldo negativo (-12.977

personas) que apenas se recupera en 2011-2012 (+2.230 personas) para nuevamente descender en 2012-2013 (-19.121 personas).

Tabla 4. Población empadronada en la Comunitat Valenciana en el año 2014* y su variación interanual 2013-2014*

Si incorporamos los datos de 2014, aunque habría que tomarlos con cautela por su carácter provisional, la variación interanual 2013-2014 sería negativa para el total de población extranjera empadronada (-131.366 personas), rebasando casi 7 veces la cifra de la variación interanual anterior, siendo los ciudadanos de la Unión Europea los que arrastrarían esta caída (-106.743 personas: 81,2%). La Comunitat Valenciana registra el mayor descenso en términos absolutos, muy por delante de la Comunidad de Madrid (-83.628) y Cataluña (-72.496), correspondiendo las menores reducciones de población extranjera a la ciudad autónoma de Ceuta (-132 personas), Principado de Asturias (-3.384) y Cantabria (-3.807). En términos relativos las mayores reducciones de población extranjera siguen dándose en la Comunitat Valenciana (-15,2%); le siguen Aragón (-14,2%) y Comunidad Foral de Navarra (-12,6%). En la ciudad autónoma de Melilla el incremento relativo sería del 0,7% (Notas de Prensa INE, 2014: 6)

Provincia de Alicante

Según datos definitivos INE a 1 de Enero de cada año, en el periodo 2008-2013 la población extranjera empadronada total de la provincia de Alicante en términos absolutos apenas aumentó en 23.049 personas, alcanzando en el año 2012 la cifra mayor (26.242 personas más que en 2008). Ya en 2008 se da una ralentización en el crecimiento de esta población obteniendo variaciones interanuales negativas

en 2010-2011 (-415 personas) y en 2012-2013 (-3.193 personas), llegando a su máximo exponente en 2013-2014, según datos provisionales, con una bajada muy significativa de 89.728 personas, y cualitativamente distinta de la que hasta ahora se estaba produciendo porque afectaría sobretudo a la población extranjera empadronada de la Unión Europea (-80.246: 89,4%), casi 9 de cada 10.

Tabla 5. Población empadronada en la provincia de Alicante en el año 2014* y su variación interanual 2013-2014*

Estas cifras, que no hay que olvidar tienen carácter provisional, marcarían un cambio brusco de ciclo, un antes y un después.

Por otra parte, se podría decir que durante el periodo 2008-2013 la ralentización en el crecimiento de población empadronada extranjera se debió fundamentalmente a la disminución de la población de los Países Americanos, y de éstos, fueron los países latinoamericanos los que lideraron la caída.

Tabla 6. Población extranjera empadronada en la provincia de Alicante según zona de procedencia.

Atendiendo a datos definitivos INE a 1 de Enero de 2013, la nacionalidad mayoritaria es la inglesa, que triplica holgadamente a la marroquí que sería la segunda, a muy poca distancia de la alemana y rumana, que al menos duplican a sus seguidores inmediatos. Si comparamos los datos definitivos de 2013 con los datos provisionales de 2014, tan solo dos nacionalidades, la rusa y la argelina⁴ ganarían población (1.460 y 1662 personas respectivamente). La nacionalidad británica con 39.254 personas menos es la que acusa un mayor descenso en términos absolutos por delante de la alemana que le seguiría (-14.475 perso-



nas), ambas por muy por delante de la rumana (-3.833 personas) y la holandesa (-3.543 personas) que serían los siguientes; pero en términos relativos es la nacionalidad alemana la que más desciende (-40,3%), por delante de la británica (-30,1%), que a pesar de todo seguiría siendo la nacionalidad mayoritaria (todos estos resultados deberán ser tomados con la cautela que se requiere por ser provisionales).

Tabla 7. Población extranjera empadronada en la provincia de Alicante según nacionalidad (doce primeras)

Enlazando de nuevo con los datos definitivos INE del Padrón Continuo a 1 de Enero de 2013 la población total es de 1.945.642 personas, de las cuales, 469.417 (24,1%) son extranjeros empadronados (51,4% hombres y 48,6% mujeres).

Figura 1. Población extranjera empadronada por edad (grupos quinquenales) y sexo en la provincia de Alicante. Datos INE definitivos a 1 de Enero de 2013.

Así pues, y a pesar de que en las franjas de edades de 20-29 años, 55-64 años y a partir de los 90 años predomina el sexo femenino, la razón de sexo está inclinada hacia el sexo masculino (por cada 100 mujeres hay aproximadamente 106 hombres) siendo las franjas de edades comprendidas entre los 30-49 años y los 70-89 años las que más aglutinarían esta mayoría masculina.

Tabla 8. Población extranjera empadronada por edad (grupos quinquenales) y sexo en la provincia de Alicante.

Se trata mayoritariamente de una población adulta joven, siendo la franja de edad comprendida entre los 25-44 años la que acumularía esta mayoría (30,1%); la franja de edad comprendida entre los 55-74 años, con un 29,6% no es nada desdeñable, tratándose una población adulta mayor que por su idiosincrasia podría precisar con asiduidad de diferentes servicios básicos de la sociedad española, como es el Sistema Nacional de Salud (SNS), al igual que las familias con hijos en edad escolar; además, por razones obvias a partir de los 75 años (8%) la probabilidad de enfermar o el agravamiento de las patologías previas aumenta, por lo que la frecuentación de los servicios de salud sería muy alta en este segmento poblacional.

Dicho queda el importante declive de la población extranjera empadronada, tanto en España, como en la Comunitat Valenciana según los datos provisionales INE a 1 de Enero de 2014; la provincia de Alicante tampoco escaparía a esta realidad, arrojando la variación interanual 2013-2014 cifras negativas en todos los grupos quinquenales y en ambos sexos, con excepción de los centenarios.

Tabla 9. Variación interanual 2013-2014 de la población extranjera empadronada por edad (grupos quinquenales) y sexo en la provincia de Alicante.

En términos relativos tan solo la franja de edad de 65-79 años acumularía $\frac{1}{4}$ parte del descenso total (-25,7%), de éstos, es el grupo quinquenal de 65-69 años el que perdería más población (-10,1%). De manera importante acusarían también este descenso las franjas de edades entre 30-49 años (-22,6%)

y 50-64 años (-21%), muy por delante de las franjas de edades de 0-14 años (-6,2%), 15-29 años (-14,8%) y los mayores de 80 años (9,5%). También se daría un importante descenso en las mujeres de edad fértil de 15 a 49 años (-32,1%), siendo la franja de edad de 25-34 años la que más acusaría este descenso (-12,7%); a pesar de ello la población masculina registraría un mayor descenso poblacional (-51,8%), siempre recordando el carácter provisional de estos datos.

Figura 2. Población extranjera empadronada por edad (grupos quinquenales) y sexo en la provincia de Alicante. Datos INE provisionales a 1 de Enero de 2014.

Legislación

Europea

Se alude ahora, por su importancia, a las principales leyes que regulan el derecho a la sanidad pública de la población extranjera, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), que en línea con el preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946) y el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), ratificado por España el 13 de Abril de 1977, reconoce el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel de su salud física y mental.

En la Unión Europea cada país es responsable de definir el sistema de derechos y obligaciones en materia de Seguridad Social que considere más oportuno, en este sentido, el Reglamento del Consejo 118/97, modifica y actualiza el Reglamento CEE 1408/71 por el que se regula la aplicación de los sistemas de Seguridad Social a los trabajadores y a los miembros de sus familias para sus desplazamientos dentro del ámbito comunitario.

Española

En España la asistencia sanitaria a extranjeros es un derecho que queda establecido en el artículo 43 de la Constitución Española, regulado por la Ley 14/1986 General de Sanidad, el Real Decreto 1088/1989 que extiende la cobertura a las personas sin recursos económicos suficientes que tengan establecida su residencia en territorio nacional y no tengan derecho a la asistencia sanitaria por otra vía y la Ley Orgánica 8/2000, de 22 de Diciembre que modifica la Ley de Extranjería 4/2000 de 11 de Enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, extendiendo la condición de asegurado a quienes acrediten no superar unos ingresos que son determinados reglamentariamente, y a algunos vínculos de parentesco: cónyuge, ex cónyuge a cargo del asegurado, descendientes menores de 26 años o que tengan una discapacidad igual o mayor al 65%.

Todas estas leyes supusieron enormes avances en materia de sanidad pública que se han visto afectados con la entrada en vigor del RDL 1192/2012, que regula, entre otros, la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España con cargos a fondos públicos a través del Sistema Nacional de Salud y del RDL 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, ostentando dicha “condición de asegurado” los trabajadores afiliados a la Seguridad Social, los pensionistas, las personas en paro con subsidio o que hayan agotado la prestación por desempleo y figuren inscritos como demandantes de empleo, y los residentes extranjeros legales; no reconociéndose la condición de asegurado a los extranjeros que no estén registrados ni tengan autorización de residencia con indepen-

dencia de sus ingresos, lo que afectaría tanto a turistas como a residentes de facto, es decir, a los residentes extranjeros que se encuentren en situación administrativa irregular⁵.

Comunitat Valenciana

Por su parte, la Ley 16/2003, de 28 de Mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, establece en su artículo 3 la titularidad de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria que se concreta en la Comunitat Valenciana en su propia normativa: el Decreto 26/2000, de 22 de Febrero que estableció el derecho a la asistencia sanitaria a ciudadanos extranjeros y creó la tarjeta solidaria enmarcando los derechos establecidos previamente en la Ley Orgánica 4/2000 y ampliando la cobertura sanitaria a los extranjeros no empadronados y carentes de recursos.

El pleno del Gobierno Valenciano aprobó el 12 de septiembre de 2014 el Proyecto de ley de la nueva Ley de Salud de la Comunitat Valenciana, que define el Sistema Valenciano de Salud como organización y establece las prestaciones sanitarias a las que pueden acogerse los valencianos refundiendo seis leyes, un decreto legislativo y cuatro decretos (Levante-EMV, 2014); de ser aprobada, esta ley podría permitir que en un futuro sea la propia Consellería de Sanitat la que a través de Reglamentos pueda modificar aspectos importantes del sistema sanitario valenciano sin previo paso por las Cortes Valencianas (SATSE, 2014).

Aplicación de los RDL 1192/2012 y 16/2012

La aplicación de los RDL 16/2012 y 1192/2012 no está siendo igual en todas las Comunidades Autónomas, y esta inequidad está creando diferencias importantes en el acceso al diagnóstico y tratamiento en los colectivos más desfavorecidos; en este sentido, el

Observatorio del Derecho Universal a la Salud de la Comunitat Valenciana (ODUSALUD) vela por el cumplimiento del Derecho a la Salud a través de la ciudadanía que colabora con las entidades participantes. Desde su creación en Noviembre de 2012 este Observatorio ha recibido 718 notificaciones, 120 en el segundo trimestre de 2014, apreciándose un incremento que se justificaría por la mayor participación de las entidades colaborativas, que empezaron siendo tres y ahora son casi setenta.

Aspectos más destacables de las notificaciones recibidas:

- 79 casos de menores desatendidos
- Exigencia de compromiso de pago previo a la asistencia y la facturación (29%)
- Un 14% tendría dificultades económicas de acceso a medicamentos
- Trabas administrativas: dos de cada tres casos no llegan a ser atendidos por personal sanitario
- Una de cada cuatro incidencias afecta a ciudadanos de la Unión Europea. El 35% afecta a personas latinoamericanas. África subsahariana (16%) y el Magreb (10%) son los siguientes
- El 55% de las incidencias afecta a mujeres
- El 86% de los registros procede de las capitales de provincia (Alicante: 38%, Castellón: 4% y Valencia: 44%)
- El 17% de las incidencias se produce en hospitales, sobretudo en el área de urgencias; 74% tiene lugar en los centros de salud

Este Observatorio también ha notificado que el Programa Valenciano de Protección de la Salud implantado carece de una estrategia informativa adecuada, por lo que se limitan las posibilidades de mejorar el acceso a la asisten-

cia sanitaria de las personas excluidas, y sigue instando a la administración sanitaria a que asuma todas las responsabilidades y ponga en marcha medidas adecuadas para verificar y garantizar con especial atención este derecho universal en los grupos más vulnerables.

El Sistema de Información Poblacional de la Generalitat Valenciana (SIP)

El SIP se crea en 1999 por el Decreto 126/1999, de 16 de agosto, del Gobierno Valenciano, con el objetivo de mejorar la relación de la ciudadanía con la administración, ser de utilidad en la planificación, gestión administrativa, ordenación de recursos sanitarios y servir de soporte para la gestión de la tarjeta sanitaria individual SIP⁶.

Durante el periodo 2005-2012 hubo un aumento en términos absolutos de 256.267 personas extranjeras registradas en SIP, que supone un aumento porcentual de 4,6%. Esta población empieza a descender en términos absolutos a partir del año 2009, al igual que la población total de alta en SIP, no así en términos relativos, que lo hizo a partir de 2010, y desde entonces sigue esta tendencia a la baja.

Tabla 10. Evolución de la población total y extranjera registradas en SIP en la Comunitat Valenciana (2005-2012)

Los extranjeros de alta en SIP se agrupan en distintas modalidades organizadas en base a la Ley 6/2008 de 2 de junio de la Generalitat, de Aseguramiento⁷ Sanitario del Sistema Sanitario Público de la Comunitat Valenciana. Según el Informe mensual de Junio de 2014 del SIP, el total de población en SIP de la Comunitat Valenciana era de 5.067.467 personas, concentrándose la mayoría de ellas (93,4%) en el grupo de asegurados INSS-TSE. Los extranjeros en SIP sumarían un total de 740.262 per-

sonas y tan solo en el primer semestre de 2014 esta población disminuyó en 25.717 personas, siendo aún mayor este descenso si observamos otras modalidades, pues tan solo en el grupo Sin cobertura/Mutualismo privado/No acreditado fue de 29.585 extranjeros menos. En los grupos de asegurados INSS-TSE y de cobertura SNS-Consellería esta población aumenta en 2.576 y 2.046 personas respectivamente (Generalitat Valenciana, 2014a)

Tabla 11. Modalidades de acreditación de la asistencia sanitaria. Evolución de los ciudadanos extranjeros en SIP en el primer semestre de 2014.

El descenso poblacional en SIP es mucho mayor que su ganancia poblacional, pues a pesar de que en el primer semestre de 2014 han habido 4.622 nuevas incorporaciones de población extranjera en SIP, esta cifra negativa (-25.717) supera en más de cinco veces la cifra de incorporaciones.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En el año 2010 el Departamento de Salud Alicante. Hospital General atendía una población total de 290.238 personas, de las cuales 40.949 (14,1%) eran extranjeras (Ortiz. et al., 2011: 44); en Junio de 2014 la población total atendida era de 270.727 personas, de las cuales 29.854 (11%) son extranjeras (Op. cit., 2014a). El Hospital General Universitario de Alicante (HGUA) es también centro de referencia de atención para toda la provincia de Alicante en diversas especialidades, por lo que la población asignada es mucho mayor. Entre el 1 de Enero de 2011 y el 31 de Diciembre de 2013 se registraron en el HGUA un total de 9.343 ingresos de pacientes nacidos en el extranjero, con una edad media de 44,7 años y 116 nacionalidades. Aproximadamente 3 de cada 4 de estos pacien-

tes pertenecen al ámbito europeo y americano; los Países Africanos copan casi todo el resto seguidos muy de lejos por Asia y Oceanía. La distribución por sexos, es aproximadamente de 60/40, claramente sesgada hacia el sexo femenino (5.475: 57,9% mujeres/3.868: 42,1% hombres).

Tabla 12. Porcentaje de población extranjera ingresada en el HGUA según zona de procedencia.

En general, la tendencia actual es hacia una disminución progresiva del número total de ingresos de esta población.

Tabla 13. Población nacida en el extranjero ingresada en el HGUA desde el 1 de Enero de 2011 hasta el 31 de Diciembre de 2013 y sus respectivas variaciones interanuales.

Si se incorporan los datos del primer semestre de 2014 y se comparan con los del primer semestre de 2013, los usuarios autóctonos aumentaron en 418 personas (2,9%), debido fundamentalmente a la población femenina (2,8%), mientras que los nacidos en el extranjero descienden (-3,4%) debido a su población masculina (-5%), ya que se da un aumento en esta población femenina (1,6%); el porcentaje aproximado de casos perdidos sería de 0,7%

Tabla 14 Población nacida en el extranjero ingresada en el HGUA desde el 1 de Enero hasta el 30 de Junio (años 2013 y 2014). Variación intersemestral.

Población nacida en el extranjero ingresada en el HGUA. Unidades de ingreso

El servicio con mayor número de ingresos de pacientes nacidos en el extranjero fue obstetricia, 21,6% del total de los ingresos de pacientes nacidos en el extranjero, a gran dis-

tancia del siguiente servicio, cirugía general (7,1%), que a su vez se distancia en más de dos puntos porcentuales con el servicio de cardiología (4,6%), la Unidad de Corta Estancia (4,5%) y Neurocirugía (4,3%) y con más de tres puntos porcentuales con los servicios de ginecología (3,4%), cirugía ortopédica y traumatológica (3,4%), neurocirugía (3,3%) y la unidad hepática (3,1%), agrandándose la distancia porcentual con el resto de servicios según va disminuyendo el número de pacientes extranjeros ingresados en éstos.

Tabla 15. Nº pacientes nacidos en el extranjero ingresados en el HGUA, desglosados por códigos⁸ de servicios médicos.

El área de obstetricia junto al área ginecológica suma aproximadamente $\frac{1}{4}$ de los ingresos totales de pacientes nacidos en el extranjero, lo que explicaría el predominio del sexo femenino en cuanto al número de ingresos de pacientes extranjeros totales en el HGUA que contrasta con el hecho de que la pirámide poblacional de la población extranjera en la provincia de Alicante esté sesgada hacia los hombres (según datos INE provisionales a 1 de Enero de 2014: 51,4% para los hombres y 48,6% para las mujeres).

Población nacida en el extranjero ingresada en el HGUA. Países de nacimiento

Observando la tabla nº16, los primeros 12 países reúnen casi el 70% de los ingresos totales de extranjeros en el HGUA, copando solo los 6 primeros más de la mitad de éstos (51%) y tan sólo los 2 primeros el 22,3%

Tabla 16. Primeros doce países con mayor número de ingresos totales en el HGUA (2011-2013)

Marruecos con 1.244 pacientes ocupa el primer lugar en cuanto a número de ingresos

totales de extranjeros (13,3%), Argelia (5,3%) es el segundo país africano a destacar. Los países americanos con Colombia (9%), Ecuador (7,8%) y Argentina (6,5%) ocuparían los primeros lugares con más de 600 ingresos cada año. En cuanto a los países europeos, Reino Unido ocupa el primer lugar con un 7,5% de la totalidad de ingresos en este periodo, seguido muy de cerca por Francia (6,9%) y Rumanía (4,6%).

Marruecos lidera un mayor número de servicios como cirugía general (13%), cardiología (16,6%), la unidad de corta estancia (16,9%), urología (16,1%), neurología (10,3%) o cirugía ortopédica y traumatológica (15,7%). El país europeo que lidera un mayor número de servicios como neurocirugía (18,3%), cirugía vascular (23,4%), o la unidad hepática (13,2%) es el Reino Unido; Francia es el segundo país europeo ocupando el quinto lugar, liderando también algunos servicios como neumología (12,4%) y oncología (13,7%). Con respecto al área de ginecología, son Colombia (15,9%), Marruecos y Ecuador (9%) quienes ostentan el mayor número de ingresos, le siguen Rumanía (8,4%), Francia (5,3%), Argentina (4,7%) y Bolivia (4,4%)

Al incorporar los datos semestrales (2013-2014), de los doce países con mayor número de ingresos, la mayoría registrarían una disminución en sus cifras, tanto en términos absolutos como en términos relativos.

Tabla 17. Variación intersemestral desde el 1 Enero al 30 Junio (años 2013 y 2014) de la población nacida en el extranjero ingresada en el HGUA, según países.

Dos países latinoamericanos, Ecuador y Colombia (-15,3% y -12,3% respectivamente) son los que registrarían el mayor descenso. Alemania (-8,8%) es el primer país europeo



seguido por Reino Unido (-5,8%) y Francia (-1,9%); Argelia (-4,8%) y Marruecos (-4,3%) también acusarían importantes descensos. Por otro lado, es un país europeo, Rumanía (14,9%) quien registra la mayor subida junto a Argentina (14,5%). Otros países, aunque con menor número de ingresos, también han registrado importantes aumentos, como es el caso de Letonia, que no registró ningún ingreso en el primer semestre de 2013 y en 2014 registra 10 ingresos.

Población nacida en el extranjero ingresada en el Servicio de Obstetricia del HGUA. Principales resultados

El área obstétrica merece especial atención, porque inclina poderosamente la razón de sexo hacia las mujeres e identifica, entre otras variables, el porcentaje de partos de las pacientes nacidas en el extranjero, con respecto a las autóctonas.

Desde el 1 de Enero de 2011 hasta el 31 de Diciembre de 2013 se atendieron un total de 9.375 mujeres, de las cuales, el 21,2% fueron mujeres nacidas en el extranjero (2.020 mujeres).

Tabla 18. Población nacida en el extranjero atendida en el servicio de Obstetricia del HGUA desde el 1 de Enero de 2011 hasta el 31 de Diciembre de 2013 y sus respectivas variaciones interanuales.

Durante este periodo se registró un importante descenso en la totalidad del número de ingresos tanto en términos absolutos (-635 personas), como en términos relativos (-6,8%) que confirmaría una tendencia a la baja tanto en la población autóctona (-458 personas) como en la población de mujeres nacidas en el extranjero (-169 personas), con un 6,3% y 8,3% respectivamente.

Gráfico 1. Variaciones interanuales e intersemestrales de mujeres nacidas en el extranjero ingresadas en el servicio de obstetricia del HGUA (2011-2014)

Si se incorporan los datos del primer semestre de 2014, la población ingresada total disminuye un 6,3%, pero es la población autóctona la que registra una mayor caída (-9,7%) frente a la población nacida en el extranjero (-8,3%). El porcentaje de mujeres nacidas en el extranjero que fueron atendidas en el primer semestre de 2014 apenas disminuye un 0,5% con respecto al periodo 2011-2013.

Cabría considerar también a los países con mayor número de ingresos, siendo Marruecos el país que cuenta con más ingresos (340: 16,8%), seguido a considerable distancia por Ecuador (212: 10,5%), Colombia (180: 8,9%), Argelia (144: 7,1%), Rumanía (140: 6,9%), Argentina (117: 5,8%) y el resto de nacionalidades. El primer país africano es Nigeria que ocuparía el octavo lugar (63: 3,1%) y China con el décimo, sería el primer país asiático (52: 2,6%). En el onceavo lugar aparece Francia (47: 2,3%), el primer país europeo, a gran distancia de Alemania (22: 1,1%), Bulgaria y Reino Unido (18: 0,9%) que serían los siguientes y ocuparían el veintidosavo, veinticincoavo y veintiseisavo lugares respectivamente.

La edad media de los ingresos totales es de 31,7 años; siendo la edad media de la pobla-

ción española 31,5 años y la de la población extranjera 30,8 años. Las pacientes nacidas en Rumanía son las más jóvenes (28,3 años). El país con mayor edad media es Francia con 35,3 años.

Al incorporar los datos semestrales de 2013 y 2014 esta tendencia al descenso se confirmaría.

Tabla 19 Variación intersemestral (1 Enero-30 Junio 2013 y 2014) de la población ingresada en la unidad de obstetricia del HGUA.

Los seis primeros países se mantendrían, pero se daría un importante aumento de la Federación Rusa (3,7%), que del duodécimo lugar, pasaría al séptimo y China (3,3%) que ocuparía el octavo. El primer país africano sigue siendo Nigeria que bajaría una posición (2,9%). Francia (2,1%), el primer país europeo, también baja una posición, y tanto Alemania como Reino Unido no registran ningún ingreso; Polonia con dos ingresos, y Bélgica, Bulgaria y Letonia con uno, serían los únicos países europeos que contarían con ingresos en este semestre.

En cuanto a los diagnósticos, de un total de 39 diagnósticos obstétricos, es el parto vaginal sin complicaciones el diagnóstico con mayor número de casos, 3.090 pacientes, de las cuales 691 son nacidas en el extranjero (7,4%), le sigue con 2.370 pacientes, 463 extranjeras (4,9%) el parto vaginal con complicaciones y la cesárea sin complicaciones; de un total de 1.016 cesáreas, 215 (2,3%) se practicaron a mujeres nacidas en el extranjero.

Gasto sanitario de los diagnósticos principales de los pacientes nacidos en el extranjero atendiendo a los GRDs.

El gasto sanitario que ocasiona la atención sanitaria a los pacientes no autóctonos es im-

portante tenerlo en cuenta, para ello, los GRDs (Grupos Relacionados por el Diagnóstico) son una herramienta de gestión normalizadora, en la que utilizando un programa informático, alimentado con los datos de los pacientes dados de alta hospitalaria, que forman parte del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), podemos clasificar a los pacientes en grupos clínicamente similares y con consumo de recursos sanitarios parecidos. En este epígrafe, y a título informativo, se muestran los 15 códigos GRDs más frecuentes y su descripción, atendiendo al número de pacientes extranjeros ingresados, y el coste que cada caso reportaría, según la Ley de Tasas (ejercicio 2014).

Tabla 20. Diagnósticos principales de los pacientes nacidos en el extranjero ingresados en el HGUA (2011-2013) atendiendo a GRDs, y su coste (en euros)

DISCUSIÓN

Entre el 1 de Enero de 2001 y el 31 de diciembre de 2004 hubo un total de 147.522 ingresos de pacientes en el HGUA, de los cuales 9.792 (6,6%) correspondieron a pacientes extranjeros de 91 nacionalidades diferentes (teniendo en cuenta que un mismo paciente puede tener múltiples ingresos). Concretamente, en el año 2004, las personas nacidas en el extranjero supusieron en términos relativos el 7,7% del total de ingresos, con una edad media de 42,7 años y una desviación típica de 21,8. Por otra parte, durante el periodo 2011-2013 la edad media fue de 44,7 años con una desviación típica de 19,9 y un ligero aumento de la diversidad cultural (un total de 106 nacionalidades); si observamos la evolución de la edad media del colectivo en este periodo, en 2011 fue de 43,9 años; en 2012 de 45,1 años y en 2013 de 45,4 años, por lo que la tendencia

es hacia un aumento de la edad media de los ingresos totales, dándose la circunstancia de que el aumento global durante todo el periodo 2004-2013 es de 2,7 años, pero tan solo la variación interanual 2011-2012 fue de 1,2 años, casi la mitad del aumento que se dio durante todo este periodo. Este dato no puede pasar desapercibido y se ha indagado en los últimos datos del Sistema Básico de Vigilancia⁹ de la Comunitat Valenciana (Informe Marzo, 2014), no encontrando ningún aumento significativo en lo que se refiere a la casuística de enfermedades de declaración obligatoria; también se consultó con el Dr. Torrús, médico adjunto de la Unidad de Enfermedades Infecciosas y responsable de la Consulta de Enfermedades Importadas y Parasitología del HGUA, no encontrando ningún cambio significativo él tampoco.

Al hilo de este dato, durante el innegable periodo de crisis que atravesamos estamos asistiendo a un descenso importante de población extranjera en nuestro territorio que podría deberse en gran parte al efecto combinado de la emigración y de la adquisición de nacionalidad española (INE Notas de prensa, 2014b). Las medidas restrictivas de acceso a la sanidad pública dificultan sobretodo el acceso a la misma de población extranjera joven al retirarles la tarjeta sanitaria impidiendo su atención normalizada, lo que ha podido influir en que los pacientes extranjeros que hacen uso de los servicios de ésta tengan mayor edad, debido a que llevan más tiempo en el país, tengan doble nacionalidad u otras situaciones que les permiten este acceso (este punto fue consultado con el especialista en migraciones y profesor de la Universidad de Alicante Carlos Gómez Gil).

La crisis también ha tenido un impacto profundo en los residentes europeos funda-

mentalmente por la pérdida de poder adquisitivo junto a la histórica subida de impuestos como el IRPF y la obligación de declarar sus bienes radicados en el extranjero a Hacienda que han elevado los costes de residir en España y espantado a muchos de ellos (así lo demostrarían las cifras INE a 1 de enero de 2014, que aunque con carácter de provisionalidad, estarían marcando un cambio muy brusco de tendencia). Nacionalidades como la británica o la alemana, además, se han visto especialmente afectadas debido fundamentalmente a una significativa devaluación de la libra esterlina, la británica, y a que pagan menos impuestos que en España debido a importantes deducciones fiscales, la alemana (Llamas, 2014).

CONCLUSIONES

Según datos INE definitivos, durante el periodo 2005-2013 la provincia de Alicante registró un aumento en términos absolutos de 157.777 personas extranjeras, que supone un aumento porcentual de 5,6% a pesar del azote de la crisis. El año 2013 es el primer año que la población extranjera disminuye en esta provincia (-3.193 personas) debido fundamentalmente a los países latinoamericanos. Los datos INE de 2014, si bien tomados con cautela por su carácter de provisionalidad, serían demoleedores en cuanto al descenso de población extranjera, pero ya no son los países latinoamericanos los que lideran esta espectacular caída, siendo ahora la Unión Europea (53,1% del total de los extranjeros empadronados) quien marcaría un brusco cambio de tendencia. Este éxodo sin precedentes dejaría en la provincia de Alicante el padrón por debajo de 1,9 millones de personas a pesar del ligero incremento del número de nacionales (6.645 personas) y de algunas nacionalidades como la rusa (11%) o la argelina (14%); en este sentido, el “adel-

gazamiento” de la pirámide poblacional de extranjeros empadronados en la provincia de Alicante 2014 con respecto a su predecesora (2013), aunque con carácter de provisionalidad, es evidente.

En la provincia de Alicante se da una elevada concentración de población extranjera en muy pocas nacionalidades, pues apenas 12 países acaparan el 74% (2013); lo mismo ocurre en cuanto al número de ingresos de extranjeros en el HGUA, que tan solo los 6 primeros copan más de la mitad de los ingresos totales de la población extranjera, siendo la comunidad magrebí la que más uso hace de sus servicios; por tanto, aun siendo el colectivo de británicos el más numeroso en la provincia de Alicante, y a pesar de que se trata de un colectivo de edad avanzada, son superados en cuanto a número de ingresos hospitalarios en el HGUA por otros países como Marruecos, Colombia o Ecuador, debido fundamentalmente al número de ingresos de estos últimos en el área obstétrica, inclinando poderosamente la razón de sexo del total de la población nacida en el extranjero ingresada hacia el sexo femenino; pero si se obviasen los servicios de ginecología y obstetricia, la razón de sexo se inclinaría hacia los hombres (52,8% de la población extranjera ingresada en el HGUA) que lideran los ingresos en más de la mitad de los servicios del HGUA (32 servicios), siendo mayor del 70% en cardiología, cirugía cardíaca, cirugía pediátrica, hemodinámica y unidad de sangrantes digestivos, y entre el 60%-70% en otros 12 servicios.

Las patologías asociadas a la población extranjera hospitalizada son congruentes con la edad y presentan diferencias según se trate de extranjeros comunitarios (fundamentalmente enfermedades degenerativas, respiratorias y cardiovasculares) o extranjeros no comunitarios

(fundamentalmente embarazo, puerperio y alteraciones ginecológicas). Paradójicamente, el extranjero inmigrante joven es visto con enorme recelo, mientras que el extranjero residente es bien recibido en la mayoría de los casos. En términos de coste sanitario, las patologías que podrían asociarse a la inmigración son, en general, de muy bajo impacto económico (cabe recordar que un parto es un proceso fisiológico que culmina con el nacimiento de un bebé), mientras que los añosos residentes y turistas del centro y norte de Europa son portadores de enfermedades crónicas y degenerativas de alto coste farmacéutico y asistencial (de ahí el objetivo de la Generalitat Valenciana de recabar fondos compensatorios por atención a extranjeros, principalmente del ámbito de la Unión Europea).

La Ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones habría dejado su impronta reflejada en un aumento de la edad media de los pacientes nacidos en el extranjero ingresados en el HGUA, que entre otras consecuencias, podría conllevar un aumento del gasto sanitario (los diferentes tipos de patologías suelen ir asociados a la edad) que difícilmente se podría compensar por el uso de las alternativas a la hospitalización convencional.

Independientemente de que las alternativas a la hospitalización convencional (Hospitales de Día, Cirugía sin Ingreso, Unidades de Hospitalización a Domicilio, Unidades de Corta Estancia, etc.) han tenido un gran impacto en el número de estancias hospitalarias, el descenso en cuanto a número de ingresos en el HGUA, tanto de población autóctona como de población nacida en el extranjero, quedaría estrechamente ligado a la disminución de población empadronada, descendiendo en

cuatro años y medio (enero 2010-junio 2014) la población total atendida en el HGUA en 19.511 pacientes (-6,7%) y la población nacida en el extranjero en 11.854 pacientes (-28%).

Mención especial a ODUSALUD por velar por el cumplimiento del Derecho Universal a la protección de la Salud de la ciudadanía, sobre todo de los colectivos más vulnerables; posiblemente su registro de incidencias tan solo suponga la punta de un gran iceberg donde gran parte de los casos no pasarían a formar parte de la estadística sanitaria.

En la actualidad estamos asistiendo a la forja de un “nuevo” modelo de sociedad multicultural, cuya idiosincrasia va a generar toda una serie de necesidades y demandas en materia de salud que requerirá de un ingente esfuerzo multidisciplinar que sepa plasmar, desarrollar e implementar las estrategias idóneas capaces de reorientar debidamente las políticas sanitarias y de servicios sociales.

BIBLIOGRAFÍA

- Albert, R.M. (2007). El síndrome del desarraigo cultural. Murcia: Diego Marín.
- American Psychiatric Association (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 (Brevario). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Asamblea General de las Naciones Unidas (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948, París. Disponible en: http://www.cnrha.mssi.gob.es/bioetica/pdf/declaracion_Univ_Derechos_Humanos.pdf
- Barceló, M.V. (2014). Programa de investigación y difusión, Informe 2014. Aproximación estadística a la población extranjera en la provincia de Alicante. Astialicante.org. Secretariado Diocesano de Migración de Orihuela-Alicante. Disponible en: <http://nadiesinfuturo.org/IMG/pdf/INF--2014-COMPLETO.pdf>
- Fernández, M.A. (2006a). Fenómenos migratorios y su influencia en los cuidados transculturales en el marco hospitalario. Cultura de los cuidados, 20, 62-68.
- Fernández, M.A. (2006b). Antropología de los cuidados. Estudio de los cuidados a pacientes extranjeros hospitalizados desde la perspectiva de la enfermería transcultural. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunitat Valenciana.
- Generalitat Valenciana (2013). Instrucción de la secretaría autonómica de sanidad, por la que se informa de la puesta en marcha del programa valenciano de protección de la salud. Valencia: Consellería de Sanitat. Disponible en: http://www.san.gva.es/documents/152919/169224/PROTECCION_SALUD.pdf
- Generalitat Valenciana (2014a). Data Warehouse SIP Sistema de información poblacional. Informe mensual junio 2014, Valencia: Consellería de Sanitat.
- Generalitat Valenciana (2014b). Sistema básico de Vigilancia Comunitat Valenciana. Casos y Tasas. Informe mensual Marzo 2014. Valencia: Direcció General de Salut Pública, Consellería de Sanitat.
- Generalitat Valenciana (2014). Epidemiología y Vigilancia de la Salud. Valencia: Dirección General de Salud Pública, Consellería de Sanitat. Disponible en: <http://www.sp.san.gva.es/indexPortal.jsp?menuRaizPortal=SANMS50000&Portal=EPIDEMIOLOGIA&perfil=inst>
- Gómez, C. (2005). Evolución de la población extranjera en la Comunidad Valenciana. Periodo 1998-2005. Una lectura amplia de indicadores actualizados. Observatorio Permanente de la Inmigración de la Universidad de Alicante. Alicante: Vicerrectorado de Extensión Universitaria, Alicante. Disponible en: <http://www.ua.es/es/estudios/seus/alicant/informes/evolmigr98a05.pdf>
- Gómez, C. (2014). Alicante se fractura. Informe del Observatorio Permanente de la Inmigración de la Universidad de Alicante. Vicerrectorado de Extensión Universitaria, Alicante.
- Hospital General de Alicante (HGUA). (2014). Hospital General Universitario de Alicante. Informes de alta codificados por la Unidad de Admisión y Documentación Clínica (UDCA) basados en el Conjunto Mínimo de Datos (CMBD). Alicante: UDCA
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2014a). Avance de la Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de



2014. Datos provisionales. Madrid: INE. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np838.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). Instituto Nacional de Estadística (2014b, 30 de junio) Cifras de población a 1 de enero de 2014. Estadística de Migraciones 2013. Datos provisionales. Madrid: INE. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np854.pdf>
 - Instituto Nacional de Estadística. INE.(2014). Inebase. Disponible en: www.ine.es
 - Levante-EMV (2014). La nueva Ley de Salud crea un Comité de Pacientes para saber la opinión de los usuarios. Levante. El Mercantil Valenciano. Disponible en: <http://www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2014/09/12/nueva-ley-salud-crea-comite/1160837.html>
 - Llamas, M. (2014). Británicos y alemanes abandonan España tras la histórica subida de impuestos. Libertad digital. Disponible en: <http://www.libremercado.com/2014-05-23/britanicos-y-alemanes-abandonan-espana-tras-la-historica-subida-de-impuestos-1276519347/>
 - Mantecón, A., Huete, R., Estévez J.F. (2013). El impacto de la crisis económica sobre la movilidad internacional de los residentes extranjeros en la provincia de Alicante. Revista Internacional de Estudios Migratorios, 3: 155-184.
 - Melero L., Buades J., Díe L. et al. (2013) Informe anual 2013 sobre migraciones e integración. Una década de migraciones en España. Centro de Estudios para la Integración Social y Formación de Inmigrantes Ceimigra. Disponible en: http://www.ceimigra.net/observatorio/images/stories/luis_pdf/Informe_Anual_CeiMigra_2013_dp.pdf
 - Membrado, J.C. (2014). La costa de los jubilados. La migración noreuropea de personas retiradas a la Costa Blanca. Revista Mètode 81. Disponible en: <http://metode.cat/es/Revistas/Monografics/Itinerancias/La-costa-dels-jubilats>
 - ODUSALUD (2014). Observatorio del Derecho Universal a la Salud de la Comunitat Valenciana. Informe nº 8 a 1 de julio 2014. Disponible en: <https://docs.google.com/file/d/0B6xOMLi6YCzTnFmcjCbm45d0k/edit>
 - Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos (1966). Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200-A-(XXI), de 16 de diciembre de 1966. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>
 - Organización Mundial de la Salud (OMS). (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos Básicos, suplemento de la 45ª edición, Octubre 2006. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
 - Ortiz, F. et al. (2011). Estudio de personas extranjeras en SIP año 2010-2011. Generalitat Valenciana. SIP Servicio de Aseguramiento Sanitario DGECAP, Valencia: Consellería de Sanitat. Disponible en: http://www2.san.gva.es/docs/INFORME_EXTRANJEROS_SIP_2010.pdf
 - Pascual, C. (2014) Los argelinos, hijos en Alicante. Diario Información. Disponible en: <http://www.diarioinformacion.com/alicante/2014/08/10/argelinos-fijos-alicante/1534059.html>
 - SATSE (2014). SATSE informa: Mesa gral. Función Pública y convocatoria EIR 2014-2015. Documento divulgativo.
 - Secretariado Diocesano de Migración de Orihuela-Alicante Asti-Alicante (2013). Aproximación estadística a la inmigración en Alicante. Programa de Investigación y Difusión. Informe Ceimigra 2013. Disponible en: <http://astialicante.org/wp-content/uploads/2013/05/Aprox-Estad%3ADstica-Completa-2013.pdf>

Fuentes primarias normativas

- REGLAMENTO (CE) N° 118/97 DEL CONSEJO de 2 de diciembre de 1996 por el que se modifica y actualiza el Reglamento (CEE) n° 1408/71 relativo a la aplicación de los regímenes de Seguridad Social a los trabajadores por cuenta ajena, los trabajadores por cuenta propia y a los miembros de sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad, y el Reglamento (CEE) n° 574/72 por el que se establecen las modalidades de aplicación del Reglamento (CEE) n° 1408/71

Estatal

- CONSTITUCIÓN ESPAÑOLA. Aprobada por Las Cortes en sesiones plenarias del Congreso de los Diputados y del Senado celebradas el 31 de octubre de 1978. Ratificada por el pueblo español en referéndum de 6 de diciembre de 1978. Sancionada por S.M. el Rey ante Las Cortes el 27 de diciembre de 1978.

- LEY 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

- LEY ORGÁNICA 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

- LEY ORGÁNICA 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

- LEY ORGÁNICA 8/2000, de 22 de diciembre, de reforma de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de Enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

- REAL DECRETO 1088/1989, de 8 de septiembre, por el que se extiende la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos económicos suficientes.

- REAL DECRETO 2393/2004, de 30 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

- REAL DECRETO-LEY 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

- REAL DECRETO LEY 1192/2012, de 3 de agosto,

por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargos a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud.

Autonómica

- LEY 6/2008, de 2 de junio, de la Generalitat, de Aseguramiento Sanitario del Sistema Sanitario Público de la Comunitat Valenciana

- DECRETO 1/2005, de 25 de Febrero, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Tasas de la Generalitat, TR Ley de Tasas (Ejercicio 2014)

- DECRETO 126/1999, de 16 de agosto, del Gobierno Valenciano, por el que se crea el Sistema de Información Poblacional de la Conselleria de Sanidad

- DECRETO 26/2000, de 22 de febrero, por el que se establece el derecho a la asistencia sanitaria a ciudadanos extranjeros en la Comunidad Valenciana y se crea la Tarjeta Solidaria.

¹ Z60.3 “Acculturation Difficulty”: pertenece al apartado “Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica”, que es una categoría con incertidumbre diagnóstica, debiéndose utilizar cuando una dificultad de adaptación a una cultura nueva (por ejemplo, relacionada con la emigración) es el objeto de la atención clínica o tiene algún impacto sobre el tratamiento o el pronóstico del individuo (American Psychiatric Association, 2014: 411)

² Este año se dobló holgadamente los datos de 2002.

³ No se debe obviar el hecho de que los inmigrantes que querían regularizarse podían denunciar a los empresarios.

⁴ El director del Observatorio Permanente de la Inmigración, Carlos Gómez Gil constata que en la ciudad de Alicante la comunidad argelina sigue en constante aumento pese a la crisis, debido fundamentalmente a una relación histórica entre las costas de Argelia y la provincia de Alicante (con un ferry permanente entre Alicante-Orán) y al creciente malestar de esta población hacia su país y autoridades (Pascual C., 2014: 8).

⁵ El RDL 16/2012, de 20 de Abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la

calidad y seguridad de sus prestaciones, en su art.1 modifica la ley 16/2003, de 28 de Mayo, de cohesión y calidad del SNS añadiendo el art.3 ter, con la siguiente redacción:

“Art.3 ter. Asistencia sanitaria en situaciones especiales.

Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades:

* de urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea la causa, hasta la situación de alta médica.

* de asistencia al embarazo, parto y postparto...”

En cualquier caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles, y la competencia para el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria corresponde a los Servicios Públicos de Salud de las Comunidades Autónomas, a través de protocolos establecidos

⁶ En materia de aseguramiento sanitario, la nueva ley de Salud de la Comunitat Valenciana continuaría con la adaptación al Sistema de Información Poblacional (SIP) al nuevo modelo de aseguramiento del Sistema Nacional de Salud, así como la consolidación y completa integración funcional con la base de datos de tarjeta sanitaria única del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

⁷ Los principales grupos de Aseguramiento que presenta la Ley 6/2008 son:

Seguridad Social

Subgrupos:

Convenio Internacional. Alta en SS.

Tarjeta Sanitaria Europea (TSE)

Alta en Seguridad Social y Mutualismo Público

Consellería de Sanidad

Subgrupos:

Prórroga de Asistencia

Sin Recursos/ Tarjeta Solidaria

Extensión a Demanda/ Extensión a demanda prorrogada

Otras Acreditaciones de Consellería

Sin Asistencia en Centros Sanitarios Públicos

Subgrupos:

Acreditación Caducada

No Acreditados

Mutualismos Privados

En el año 2012 como consecuencia del RDL 16/2012, aparece una nueva categoría: “Asegurados Provisionales” al que pertenecen las personas, extranjeras o no, con cobertura provisional.

⁸ Códigos/unidades de hospitalización* del HGUA:

AGU	Agudos (Nefrología)	NER	Neurología
ALE	Alergia	NFL	Neurofisiología
CAI	Cardiología infantil	NRI	Neurología infantil
CAR	Cardiología	NRX	Neuroradiología
CCA	Cirugía cardíaca	OBS	Obstetricia
CGI	Cirugía pediátrica	OFI	Oftalmología infantil
CIM	Cuidados intermedios médicos	OFT	Oftalmología
CIR	Cirugía	ONC	Oncología
COT	Traumatología	ONI	Oncología infantil
CPI	Cirugía plástica infantil	ORI	Otorrinolaringología infantil
CPL	Cirugía plástica	ORL	Otorrinolaringología
CTO	Cirugía torácica	PED	Pediatría
CVA	Cirugía vascular	QUE	Quemados
DER	Dermatología	REA	Reanimación
DII	Medicina digestiva infantil	REU	Reumatología

ECI	Endocrinología infantil	ROD	Rodilla
ECR	Endocrinología	TRI	Traumatología infantil
FIV	Unidad de reproducción	UCE	Unidad de corta estancia
GIN	Ginecología	UCN	UCI neonatal
HEM	Hematología	UCP	UCI pediátrica
HMD	Hemodinámica	UDO	Unidad de dolor
IMP	Implantes (nefrología)	UEI	Unidad de enfermedades infecciosas
LAC	Lactantes	UHP	Unidad hepática
MDI	Medicina digestiva	UIC	Unidad de ictus
MIN	Medicina interna	UMI	Medicina intensiva
NCG	Neurocirugía	UPM	Unidad de patología mamaria
NCI	Neurocirugía infantil	URO	Urología
NEF	Nefrología	URQ	Unidad de raquis
NEM	Neumología	USD	Unidad de sangrantes digestivos
NEN	Neonatología		

*Se alude a las unidades de hospitalización en las que se contabilizaron ingresos de pacientes nacidos en el extranjero

⁹ Se pueden consultar los boletines epidemiológicos en la página web de la dirección General de Salud Pública en el área de Epidemiología de la Consellería de Sanitat de la Comunitat Valenciana

TABLAS, FIGURAS Y GRÁFICOS.

Tabla 1. Evolución de la población empadronada en España (2008-2013)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total población	46.157.822	46.745.807	47.021.031	47.190.493	47.265.321	47.129.783
Total población extranjera	5.268.762	5.648.671	5.747.734	5.751.487	5.736.258	5.546.238
Ciudadanos UE 27	2.102.654	2.273.226	2.350.172	2.395.358	2.443.617	2.359.371
Resto extranjeros	3.166.108	3.375.445	3.397.562	3.356.129	3.292.641	3.186.867

Fuente: Elaboración propia a partir de la Estadística del Padrón Continuo a 1 de Enero de cada año. INE, Datos definitivos

Tabla 2. Población empadronada en España en el año 2014* y su variación interanual 2013-2014*

	Población empadronada				Variación interanual 2013-2014*			
	Población total	Total población extranjera	Total ciudadanos UE 27**	Total Resto Extranjeros	V.I. Población total	V.I. Total población extranjera	V.I. Total ciudadanos UE 27**	V-I. Resto extranjeros
España	46.725.164	5.000.258	2.047532	2.952.726	-404.619	-545.980	-311.839	-234.141

Fuente: Elaboración propia a partir de la Estadística del Padrón Continuo a 1 de Enero de 2013 y 2014(INE)

*Los datos del año 2014 son provisionales ** Croacia se incorpora a la Unión Europea el 1 de Julio de 2014

Tabla 3. Evolución de la población extranjera empadronada en la Comunitat Valenciana

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total	847.339	889.340	893.759	880.782	883.012	863.891
Castellón	106.125	111.221	112.265	111.402	111.598	108.443
Valencia	294.846	315.145	314.395	302.696	298.804	286.031
Alicante	446.368	462.974	467.099	466.684	472.610	469.417

Fuente: Estadística del Padrón Continuo a 1 de Enero de cada año. INE, Datos definitivos

Tabla 4. Población empadronada en la Comunitat Valenciana en el año 2014*y su variación interanual 2013-2014*

	Población empadronada				Variación interanual 2013-2014*			
	Población total	Total población extranjera	Total ciudadanos UE 27**	Total Resto Extranjeros	V.I. Población total	V.I. Total población extranjera	V.I. Total ciudadanos UE 27**	V-I. Resto extranjeros
C. Valenciana	4.995.216	732.525	388.730	343.795	-118.599	-131.366	-106.743	-24.623

Fuente: Elaboración propia a partir de la Estadística del Padrón Continuo a 1 de Enero de 2013 y 2014(INE)

*Los datos del año 2014 son provisionales ** Croacia se incorpora a la Unión Europea el 1 de Julio de 2013

Tabla 5. Población empadronada en la provincia de Alicante en el año 2014*y su variación interanual 2013-2014*

	Población empadronada en la provincia de Alicante				Variación interanual 2013-2014*			
	Población total	Total población extranjera	Total ciudadanos UE 27**	Total Resto Extranjeros	V.I. Población total	V.I. Total población extranjera	V.I. Total ciudadanos UE 27**	V-I. Resto extranjeros
Alicante	1.862.359	379.689	217.562	162.127	-83.283	-89.728	-80.246	9.482

Fuente: Elaboración propia a partir de la Estadística del Padrón Continuo a 1 de Enero de 2013 y 2014(INE)

*Los datos del año 2014 son provisionales ** Croacia se incorpora a la Unión Europea el 1 de Julio de 2013

Tabla 6. Población extranjera empadronada en la provincia de Alicante según zona de procedencia

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total	446.368	462.974	467.099	466.684	472.610	469.417
Unión Europea	271.869	284.310	290.662	293.293	299.459	297.808
Resto de Países Europeos	35.264	36.345	37.011	38.011	40.263	41.603
Países Africanos	44.061	47.415	49.629	50.927	52.964	55.077
Países Americanos	84.897	83.428	77.451	70.796	64.637	58.729
Países Asiáticos	10.171	11.353	12.217	13.449	15.157	16.052
Países de Oceanía y Apátridas	106	123	129	120	130	148

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE a 1 de Enero de cada año. Datos definitivos

Tabla 7. Población extranjera empadronada en la provincia de Alicante según nacionalidad (doce primeras)

Países	2013		2014*		
	Población	%	Población	%	
Total	469.417	100	379.689	100	
Reino Unido	130.541	28	Reino Unido	91.287	24
Marruecos	36.692	8	Marruecos	36.513	10
Alemania	35.916	8	Rumania	30.204	8
Rumania	34.037	7	Alemania	21.441	6
Países Bajos	17.192	4	Federación Rusa	14.429	4
Ecuador	15.150	3	Países Bajos	13.649	4
Colombia	13.826	3	Argelia	13.516	4
Bulgaria	13.721	3	Ecuador	12.911	3
Federación Rusa	12.969	3	Colombia	11.619	3
Argelia	11.854	3	Bulgaria	11.475	3
Francia	11.814	3	Italia	9.492	2
Italia	11.393	2	Francia	9.051	2
Resto de países	124.312	26	Resto de países	104.102	27

Fuente: Elaboración propia a partir de la Estadística del Padrón Continuo a 1 de Enero de 2013 y 2014 (INE)

*Los datos del año 2014 son provisionales. Croacia se incorpora a la Unión Europea el 1 de Julio de 2013

Figura 1. Población extranjera empadronada por edad (grupos quinquenales) y sexo en la provincia de Alicante. Datos INE definitivos a 1 de Enero de 2013

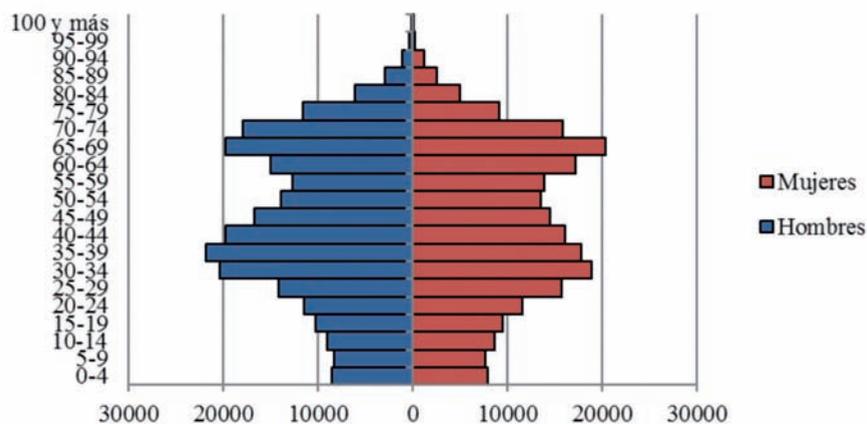


Figura 2. Población extranjera empadronada por edad (grupos quinquenales) y sexo en la provincia de Alicante. Datos INE provisionales a 1 de Enero de 2014

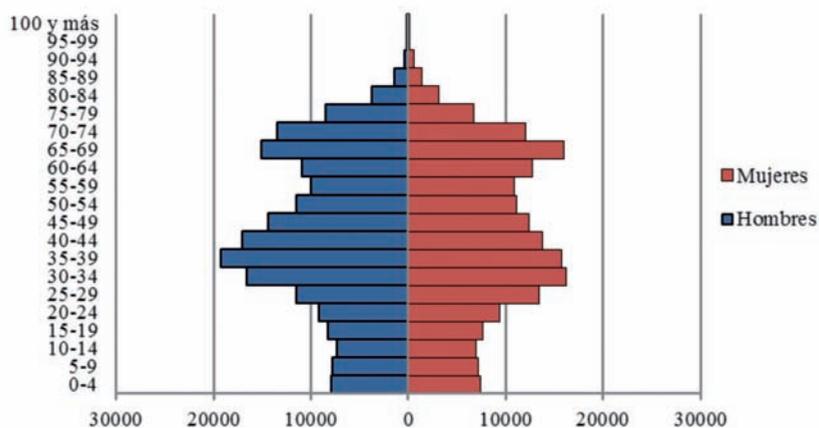


Tabla 8. Población extranjera empadronada por edad (grupos quinquenales) y sexo en la provincia de Alicante

Edad	Año 2013			Año 2014*		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
0-4	16.484	8.535	7.949	15.352	7.911	7.441
5-9	16.006	8.306	7.700	14.936	7.755	7.181
10-14	17.702	9.021	8.681	14.354	7.387	6.967
15-19	19.854	10.271	9.583	15.987	8.319	7.668
20-24	23.093	11.447	11.646	18.585	9.242	9.343
25-29	29.866	14.087	15.779	24.918	11.541	13.377
30-34	39.326	20.358	18.968	32.877	16.628	16.249
35-39	39.623	21.764	17.859	34.987	19.203	15.784
40-44	35.583	19.750	16.103	30.903	17.091	13.812
45-49	31.227	16.630	14.597	26.747	14.350	12.397
50-54	27.380	13.864	13.516	22.679	11.548	11.131
55-59	26.541	12.619	13.922	20.865	10.016	10.849
60-64	32.154	14.963	17.191	23.619	10.892	12.727
65-69	40.147	19.734	20.413	31.073	15.151	15.922
70-74	33.875	17.927	15.948	25.548	13.467	12.081
75-79	20.818	11.623	9.195	15.191	8.526	6.665
80-84	11.015	6.023	4.992	6.906	3.762	3.144
85-89	5.512	2.904	2.608	2.936	1.489	1.447
90-94	2.329	1.110	1.219	1.008	419	589
95-99	593	275	318	188	65	123
100 y más	19	5	14	30	11	19
Total	469.417	241.216	228.201	379.689	194.773	184.916

Fuente: INE. Estadística del Padrón Continuo a 1 de Enero de cada año *Datos provisionales.

Tabla 9. Variación interanual 2013-2014 de la población extranjera empadronada por edad (grupos quinquenales) y sexo en la provincia de Alicante

Edad	Total	%	Hombres	%	Mujeres	%
0-4	-1.132	1,3	-624	1,3	-508	1,2
5-9	-1.070	1,2	-551	1,2	-519	1,2
10-14	-3.348	3,7	-1.634	3,5	-1.714	4,0
15-19	-3.867	4,3	-1.952	4,2	-1.915	4,4
20-24	-4.508	5,0	-2.205	4,7	-2.303	5,3
25-29	-4.948	5,5	-2.546	5,5	-2.402	5,5
30-34	-6.449	7,2	-3.730	8,0	-2.719	6,3
35-39	-4.636	5,2	-2.561	5,5	-2.075	4,8
40-44	-4.680	5,2	-2.659	5,7	-2.291	5,3
45-49	-4.480	5,0	-2.280	4,9	-2.200	5,1
50-54	-4.701	5,2	-2.316	5,0	-2.385	5,5
55-59	-5.676	6,3	-2.603	5,6	-3.073	7,1
60-64	-8.535	9,5	-4.071	8,8	-4.464	10,3
65-69	-9.074	10,1	-4.583	9,9	-4.491	10,4
70-74	-8.327	9,3	-4.460	9,6	-3.867	8,9
75-79	-5.627	6,3	-3.097	6,7	-2.530	5,8
80-84	-4.109	4,6	-2.261	4,9	-1.848	4,3
85-89	-2.576	2,9	-1.415	3,0	-1.161	2,7
90-94	-1.321	1,5	-691	1,5	-630	1,5
95-99	-405	0,5	-210	0,5	-195	0,5
100 y más	11	0,0	6	0,0	5	0,0
Total	-89.728	100,0	-46.443	100,0	-43.285	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE. Datos provisionales

Tabla 9. Variación interanual 2013-2014 de la población extranjera empadronada por edad (grupos quinquenales) y sexo en la provincia de Alicante

Edad	Total	%	Hombres	%	Mujeres	%
0-4	-1.132	1,3	-624	1,3	-508	1,2
5-9	-1.070	1,2	-551	1,2	-519	1,2
10-14	-3.348	3,7	-1.634	3,5	-1.714	4,0
15-19	-3.867	4,3	-1.952	4,2	-1.915	4,4
20-24	-4.508	5,0	-2.205	4,7	-2.303	5,3
25-29	-4.948	5,5	-2.546	5,5	-2.402	5,5
30-34	-6.449	7,2	-3.730	8,0	-2.719	6,3
35-39	-4.636	5,2	-2.561	5,5	-2.075	4,8
40-44	-4.680	5,2	-2.659	5,7	-2.291	5,3
45-49	-4.480	5,0	-2.280	4,9	-2.200	5,1
50-54	-4.701	5,2	-2.316	5,0	-2.385	5,5
55-59	-5.676	6,3	-2.603	5,6	-3.073	7,1
60-64	-8.535	9,5	-4.071	8,8	-4.464	10,3
65-69	-9.074	10,1	-4.583	9,9	-4.491	10,4
70-74	-8.327	9,3	-4.460	9,6	-3.867	8,9
75-79	-5.627	6,3	-3.097	6,7	-2.530	5,8
80-84	-4.109	4,6	-2.261	4,9	-1.848	4,3
85-89	-2.576	2,9	-1.415	3,0	-1.161	2,7
90-94	-1.321	1,5	-691	1,5	-630	1,5
95-99	-405	0,5	-210	0,5	-195	0,5
100 y más	11	0,0	6	0,0	5	0,0
Total	-89.728	100,0	-46.443	100,0	-43.285	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE. Datos provisionales

Tabla 10. Evolución de la población total y extranjera registradas en SIP en la Comunitat Valenciana (2005-2012)

Años	Pobl. total	Pobl. Extranjera	% pobl.extranjera
2005	4.954.419	518.001	10,46
2006	5.129.972	598.289	11,66
2007	5.179.279	717.229	13,85
2008	5.423.428	868.206	16,01
2009	5.779.634	979.495	16,95
2010	5.695.705	976.273	17,14
2011	5.282.199	868.476	16,44
2012	5.144.277	774.268	15,05

Fuente: Extracto de la tabla nº8 del Informe Ceimigra, 2013, p. 44, basado en los Informes SIP de la Conselleria de Sanitat (2005-2012)

Tabla 11. Modalidades de acreditación de la asistencia sanitaria. Evolución de los ciudadanos extranjeros en SIP en el primer semestre de 2014

Modalidades aseguramiento (año 2014)	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Variación Ene-Jun
Totales	765.979	766.697	767.298	766.788	767.199	740.262	-25.717
Asegurados INSS-TSE	581.360	582.594	582.835	582.711	582.940	583.936	2.576
Cobertura SNS-Conselleria	19.610	20.332	20.896	21.346	21.486	21.656	2.046
Asegurados provisionales	11.805	11.709	11.552	11.479	11.391	11.051	-754
Sin cobertura. Mutualismo privado-No acreditado	153.204	152.062	152.015	151.252	151.312	123.619	-29.585

Información de ciudadanos extranjeros incluidos en SIP: Empadronados y no empadronados (estancia >1mes) en la C. Valenciana
Fuente: Generalitat Valenciana, Sistema de Información Poblacional; extracto de la página 40 del informe mensual, Junio 2014

Tabla 12. Porcentaje de población nacida en el extranjero ingresada en el HGUA según zona de procedencia

	2011	2012	2013	(2011-2013)
Unión Europea	32,33	32,87	31,03	32,10
Resto de Países Europeos	4,49	3,58	7,09	5,01
Países Africanos	23,56	22,77	23,09	23,15
Países Americanos	35,55	36,19	37,20	36,28
Países Asiáticos	3,70	4,35	2,17	3,44
Países de Oceanía y Apátridas	0,03	0,03	0	0,02

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de alta codificados por la Unidad de Admisión y Documentación Clínica HGUA

Tabla 13. Población nacida en el extranjero ingresada en el HGUA desde el 1 de Enero de 2011 hasta el 31 de Diciembre de 2013 y sus respectivas variaciones interanuales

	2011	2012	2013	Variación interanual (2011-2012)	Variación interanual (2012-2013)
Hombres	1.315	1.312	1.241	-3	-71
Mujeres	1.979	1.788	1.708	-191	-80
Total extranjeros	3.294	3.100	2.949	-194	-151

Fuente: elaboración propia a partir de los informes de alta codificados por la Unidad de Admisión y Documentación Clínica HGUA

Tabla 14 Población nacida en el extranjero ingresada en el HGUA desde el 1 de Enero hasta el 30 de Juni (años 2013 y 2014). Variación intersemestral.

	Enero-Junio 2013			Enero-Junio 2014			Variación intersemestral		
	M	H	Total	M	H	Total	M	H	Total
Población autóctona	6.970	7.385	14.355	7.374	7.399	14.773	404	14	41
Extranjeros	845	665	1.510	870	589	1.459	25	-76	-5
No codificados	46	64	110	44	61	105	-2	-3	.
Total general	7.861	8.114	15.975	8.288	8.049	16.337	447	-65	36

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de alta codificados por la Unidad de Admisión y Documentación Clínica HGUA

Tabla 15. N° pacientes nacidos en el extranjero ingresados en el HGUA, desglosados por códigos¹ de servicios médicos

OBS	2.020	HMD	199	UPM	72	ECI	8
CIR	665	MDI	199	QUE	70	LAC	8
CAR	433	URO	192	PED	69	NRI	6
UCE	425	MIN	190	UMI	69	UDO	6
NEM	402	CPL	182	ECR	63	CIM	5
GIN	321	ONC	182	CCA	60	NEN	5
COT	319	CTO	147	URQ	54	UCP	4
NCG	312	CGI	129	REU	50	OFI	3
UHP	296	ROD	116	ORI	45	AGU	3
UEI	253	UIC	99	IMP	32	ALE	2
ORL	244	ONI	96	NCI	25	DER	2
HEM	220	TRI	94	DII	24	CAI	1
CVA	218	OFT	90	REA	21	FIV	1
NEF	212	NRX	78	USD	15	UCN	1
NER	203	NFL	73	CPI	10		

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de alta codificados por la Unidad de Admisión y Documentación Clínica HGUA

Tabla 16. Primeros doce países con mayor número de ingresos totales en el HGUA (2011-2013)

Marruecos	1.244
Colombia	839
Ecuador	728
Reino Unido	697
Francia	644
Argentina	611
Argelia	494
Rumanía	426
Alemania	219
Federación Rusa	205
Bolivia	193
Cuba	176
Resto de países	2.867
Suma	9.343

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de alta codificados por la Unidad de Admisión y Documentación Clínica HGUA

Tabla 17. Variación intersemestral desde el 1 Enero al 30 Junio (años 2013 y 2014) de la población nacida en el extranjero ingresada en el HGUA, según países

Países	Variación intersemestral Ene-Jun 2013-2014	% Variación intersemestral Ene-Jun 2013-2014
Marruecos	-15	-4,3
Colombia	-33	-12,3
Argentina	35	14,5
Francia	-4	-1,9
Reino Unido	-12	-5,8
Ecuador	-29	-15,3
Argelia	-8	-4,8
Rumanía	20	14,9
Federación Rusa	0	0,0
Alemania	-6	-8,8
Cuba	1	1,5
Bolivia	-1	-1,7

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de alta codificados por la Unidad de Admisión y Documentación Clínica HGUA

Tabla 18. Población nacida en el extranjero atendida en el servicio de Obstetricia del HGUA desde el 1 de Enero de 2011 hasta el 31 de Diciembre de 2013 y sus respectivas variaciones interanuales

	2011	2012	2013	Total	Variación interanual (2011-2012)	Variación interanual (2012-2013)
España	2.629	2.494	2.171	7.294	-135	-323
Nacidas en el extranjero	753	683	584	2.020	-70	-99
No codificados	24	21	16	61	-3	-5
Total general	3.406	3.198	2.771	9.375	-208	-427

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de alta codificados por la Unidad de Admisión y Documentación Clínica HGUA

Tabla 19 Variación intersemestral (1 Enero-30 Junio 2013 y 2014) de la población ingresada en la unidad de obstetricia del HGUA

	Ene-Jun 2013	Ene-Jun 2014	Variación intersemestral
Población autóctona	1.093	899	-194
Extranjeros	286	242	-44
No codificados	6	8	2
Total general	1.385	1.149	-236

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de alta codificados por la Unidad de Admisión y Documentación Clínica HGUA

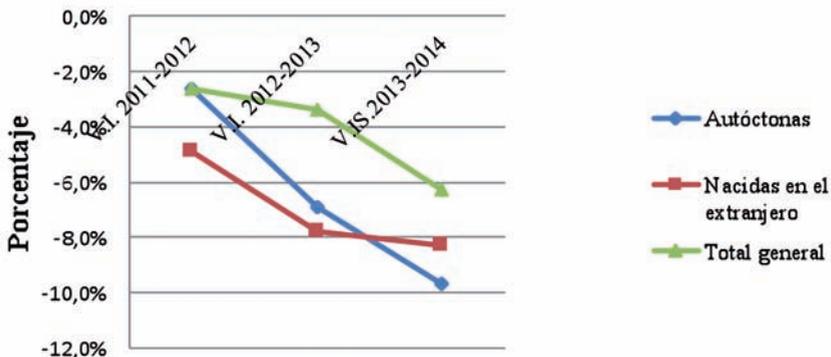
Tabla 20. Diagnósticos principales de los pacientes nacidos en el extranjero ingresados en el HGUA (2011-2013) atendiendo a GRDs, y su coste (en euros)

Códigos GRDs	Nº casos	Importe	Descripción GRDs
373	688	1.708,46	Parto sin complicaciones
372	463	2.104,52	Parto con complicaciones
371	213	2.794,59	Cesárea sin complicaciones
073	194	1.744,24	Otros diagnósticos de oído, nariz, boca y garganta >17
381	146	1.621,42	Aborto con dilatación y legrado, aspiración o histerotomía
370	123	3.449,21	Cesárea, con complicaciones
494	104	3.149,15	Colecistectomía laparosc. sin explorac. conducto biliar sin cc
359	97	4.190,79	Procedim. sobre útero y afejos por carcinoma in situ y proc. no malignos, sin cc
321	96	1.766,39	Infecciones de riñón y tracto urinario en menores de 18 años
883	94	3.181,33	Apendicectomía laparoscópica
541	85	5.000,25	Neumonía simple y otros trast. respirat. exc. bronquitis y asma con cc mayor
886	85	2.210,82	Otros diagnósticos anteparto sin procedimiento quirúrgico
125	81	2.552,45	Trast. circulatorios excepto IAM, con cateterismo sin diagn. complejo
410	81	4.120,36	Quimioterapia
112	79	3.691,49	Procedimientos cardiovasculares percutáneos, sin IAM, insuf. Cardíaca o shock

Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de alta codificados por la Unidad de Admisión y Documentación Clínica HGUA y Ley de Tasas (Ejercicio 2014)

Gráfico 1. Variaciones interanuales e intersemestrales de mujeres nacidas en el extranjero ingresadas en el servicio de Obstetricia del HGUA (2011-2014)

V.I. Variación interanual V.IS. Variación intersemestral



La enfermera transcultural y el desarrollo de la competencia cultural

The transcultural nurse and the development of cultural competence Enfermeira transcultural eo desenvolvimento de competência cultural

Elizabeth Castrillón Chamadoira

Graduada en Enfermería por la Universidad de Oviedo.

Cómo citar este artículo en edición digital: Castrillón Chamadoira, E. (2015). La enfermera transcultural y el desarrollo de la competencia cultural. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 19, 42.

Disponibile en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.11>

Correspondencia: C/Roncal 20 7H 33208 Gijón (Asturias).

Correo electrónico: elizabeth.castri@gmail.com

Recibido: 16/01//2015; Aceptado: 11/06/2015



ABSTRACT

Given the increased migration and the need for nurses to adapt to this reality, the purpose of this article is to know how to address the transcultural nursing care.

The method used was based on a literature review with critical and reflective of the literature of national and international reading.

The concept of cultural competence is developed and the models and theories of nursing based on intercultural communication, ethical and legal issues, institutional measures of cultural consideration and incorporating this knowledge in higher education are discussed.

It concludes with the need to acquire cultural competence to facilitate the establish-

ment of the therapeutic relationship through understanding and understanding of other cultures, valuing the context of the individual as a transcendental element.

Keywords: transcultural nursing, cultural competency, health communication and emigration and immigration.

RESUMO

Dado o aumento da migração e da necessidade de enfermeiros para se adaptar a essa realidade, o objetivo deste artigo é saber como lidar com o cuidado de enfermagem transcultural.

O método utilizado foi baseado em uma revisão da literatura com crítica e reflexiva da literatura de leitura nacional e internacional.

O conceito de competência cultural é desenvolvido e os modelos e teorias de enfermagem com base na comunicação intercultural, questões éticas e legais, medidas institucionais de reflexão cultural e incorporar esse conhecimento no ensino superior são discutidas.

Conclui-se com a necessidade de adquirir competência cultural para facilitar o estabelecimento da relação terapêutica através da compreensão e compreensão de outras culturas, valorizando o contexto do indivíduo como um

elemento trascendental.

Palavras-chave: enfermagem transcultural, competência cultural, comunicação em saúde e Migração Internacional.

RESUMEN

Teniendo en cuenta el aumento de las migraciones y la necesidad de las enfermeras de adaptarse a esta realidad, el objetivo de este artículo es conocer cómo debe abordar la enfermera el cuidado transcultural.

El método empleado se basó en una revisión bibliográfica con lectura crítica y reflexiva de la literatura de ámbito nacional e internacional.

Se desarrolla el concepto de competencia cultural y se analizan los modelos y teorías de enfermería, la base de la comunicación intercultural, los aspectos éticos y legales, las medidas institucionales de consideración cultural y la incorporación de este conocimiento en la enseñanza universitaria.

Se concluye con la necesidad de adquirir competencia cultural para facilitar el establecimiento de la relación terapéutica a través del entendimiento y la comprensión de otras culturas, valorando el contexto de la persona como un elemento trascendental.

Palabras clave: enfermería transcultural, competencia cultural, comunicación en salud y migración internacional.

INTRODUCCIÓN

El concepto de cuidados como base para la enfermera y el de cultura proveniente de la antropología, se entrelazan y cobran gran importancia para la labor asistencial de la profesión. Esta unión abarca un concepto más novedoso y amplio, introducido inicialmente por Madeleine Leininger en los años 50, conocido

como Enfermería Transcultural, enunciado en su “Teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados”.

Como enfermeras debemos ser conscientes que vivimos en una realidad multicultural, que propicia determinadas situaciones sanitarias a las que debemos saber dar respuesta como responsables del cuidado. Ahora no solo nos encontramos en nuestra ciudad de origen con estas situaciones, sino que también, nos podemos ver ejerciendo la profesión en otro país con otro entorno y cultura. Un ejemplo muy cercano es la “masiva emigración de profesionales de la salud en busca de trabajo, de mejoras en las condiciones laborales, o bien para conocer otras experiencias que permitan un mayor enriquecimiento personal y profesional” (Bonill, 2012).

Actualmente vivimos en un mundo globalizado, donde el mayor reto para la sociedad está en adaptarse y cubrir las necesidades que la inmigración plantea en nuestro entorno. Siendo conscientes de esta realidad, es preciso analizar cómo son esos movimientos migratorios. Según datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, en junio de 2013 había un total de 5.503.977 extranjeros residentes en España, de los cuales, 2.634.199 eran mujeres (Ministerio de Empleo y Seguridad Social, 2013). Vemos por tanto, que en los movimientos migratorios la presencia de mujeres inmigrantes es casi equiparable a la de hombres y esto supone también diferenciar las intervenciones sanitarias, pues es inevitable tener en cuenta que las necesidades de las mujeres cambian con respecto a las de los hombres desde una visión psicológica, social y física, y que es preciso ofertar una asistencia sanitaria que cubra esta demanda, para aportar calidad a nuestro trabajo y al desarrollo de la sociedad.

Por todo lo expuesto, el propósito de este

trabajo es poner de manifiesto la necesidad de avanzar en éste área de conocimiento de la enfermería transcultural para proporcionar una respuesta de enfermería culturalmente competente, conociendo cómo debe abordar la enfermera el cuidado con personas de otra cultura, destacando la importancia de la comunicación intercultural en el proceso de relación terapéutica, de explorar las opciones que la sociedad puede ofrecer como apoyo a la integración, así como subrayar la importancia de incluir en los programas académicos de las universidades de enfermería formación relativa a los cuidados basados en aspectos culturales.

MÉTODO

El método ha consistido en realizar una revisión bibliográfica de artículos publicados preferentemente en los últimos cinco a diez años, en las bases de datos: Cuiden, Cinhal, Lilacs, Cuidatge, Scielo y Dialnet, donde pude obtener información acerca de cómo se está abordando el cuidado que las enfermeras proporcionan, teniendo en cuenta las consideraciones culturales. De igual modo, se han analizado otros documentos y publicaciones que hacen referencia a la salud en el perfil de inmigrante.

He incluido todos aquellos artículos que centraban su contenido en la competencia cultural en la práctica y en la formación académica y excluido aquellos que no tuviesen base científica o no respondieran al objetivo del tema de revisión.

DESARROLLO DEL TEMA

Madeleine Leininger, enfermera pionera en introducir el concepto de cultura en los cuidados, define ésta como “las creencias, valores y modos de vida de un grupo particular, que son aprendidas y compartidas, y por lo gene-



ral transmitidas de forma intergeneracional influenciando las formas de pensamiento y acción” (McFarland, 2007). Otra definición de cultura en el ámbito de la enfermería española viene dada de la mano de J. Siles, que señala que además de basarse en conductas y pensamientos, incluye sentimientos que se implican en el proceso de satisfacción de las necesidades de un grupo humano (Bonill, 2012).

Como enfermeras, debemos preguntarnos de qué manera la cultura puede influir en el cuidado que damos. Una de las fases del proceso de atención de enfermería se basa en valorar al individuo como un ser único e integral, con necesidades biológicas, psicológicas y sociales. Debemos ser conscientes que introducir el ámbito social en la valoración de enfermería es un aspecto significativo a tener en cuenta, ya que nuestras intervenciones deben contemplar por tanto el entorno y la sociedad como determinantes en el proceso de salud de una persona.

Parece lógico pensar que el concepto de cultura que es entendido en enfermería para ofrecer cuidados, sea aquel que pueda dar respuesta a las necesidades de las personas de manera coherente a sus pensamientos y sentimientos, es decir, entender las acciones que las personas toman porque sencillamente es su

manera de pensar. Sin embargo, resultaría más útil hacer un ejercicio de amplitud, y considerar la cultura en el cuidado, no solo desde las características individuales que puede presentar una persona concreta en relación a la salud y enfermedad, sino adiestrarse en la realidad socio-política y en la participación de la comunidad que influye en esa persona, entrando aquí a formar parte del contexto como elemento fundamental.

Tomar conciencia y aceptación de las diferencias culturales y valores propios es un ejercicio que requiere compromiso de la enfermera, pues supone huir de los estereotipos y superar los prejuicios con el fin de establecer una relación efectiva, desde el respeto de lo que no es propio y con conciencia cultural. En palabras de Plaza del Pino, consiste más en “aprender con el otro que sobre el otro, ver a la persona antes que al extranjero y personalizar los cuidados a las características personales como siempre hacemos” (Plaza del Pino, 2011). Por todo ello, se ve que “si concebimos la cultura como parte importante de la identidad de la persona, ésta debe ser sin duda reconocida en el cuidado de enfermería” (Lipson, 2000).

La Enfermería Transcultural como concepto se basa en una ideología, una manera de enfocar el cuidado hacia la consideración cultural en su práctica. En España, el problema de estas teorías y modelos es que parece ser que no son prácticos ni útiles para su uso por las enfermeras, pues los consideran “discursos amplios y vagos no aplicables a la vida real, y al ser así, las enfermeras no adquieren el compromiso de llevarlos a la acción” (Chamizo, 2005). Es bastante fácil que este problema sea debido a la falta de formación en la universidad con respecto a esta área de conocimiento o los escasos recursos bibliográficos de aplica-

ción práctica de estos modelos que existen en nuestro país.

Lo más difícil a mi modo de ver acerca de la teoría de Leininger, es asumir que existe la necesidad de obtener un conocimiento documentado de las culturas para poder usarse como base en la planificación de los cuidados culturales, según los métodos cualitativos de investigación que ella ha desarrollado en su trayectoria profesional, pues esto supone dos esfuerzos añadidos en la rutina diaria de una enfermera asistencial: el primero, estudiar en profundidad al menos las culturas con las que más frecuentemente se va a encontrar en su trabajo y segundo, “romper la barrera gerencial o política que está impuesta en los centros sanitarios en los cuales se producen choques constantes entre culturas, y al no considerar la misma como el elemento clave, provoca que disminuya la calidad en la atención” (Chamizo, 2005).

Leininger afirmó que el objetivo de su teoría no es más que proporcionar cuidados que sean coherentes con la cultura para dar calidad al mismo, y para ello se debe tener conocimiento de la cultura y aplicarlo (McFarland, 2007). Con esta afirmación se puede suponer que todas las enfermeras que trabajen con esta teoría y estudien y analicen las características de cada cultura sabrán proporcionar cuidados culturales. Sin embargo, podríamos caer en el error de considerar determinados aspectos genéricos de la cultura en todas las personas que pertenezcan a un mismo grupo cultural, pues no todos pueden responder de la misma manera ante las situaciones, bien por diversas experiencias de su vida o por la manera de entender el mundo, o incluso por su formación, por lo que quizás sea más práctico y útil entender que proporcionar cuidados culturales debe estar ajustado a la cultura en la forma en

que cada persona concreta la entiende, la vive y la manifiesta, sin considerar a priori ningún patrón prestablecido que pueda conducir a errores y por lo tanto a fracaso de la relación enfermera – usuario. Creo que la frase que lo definiría es que no atendemos únicamente culturas, sino personas.

Por todo ello, es importante hacer de las teorías y modelos un recurso práctico para las enfermeras, útil en su manejo y sobre todo adaptado a la realidad con la que trabajan. Debemos tener conocimientos de las culturas con las que vamos a trabajar, pero no debemos pensar que es el único instrumento que nos conducirá a desarrollar competencia cultural, pues de eso se trata, de tener competencia y para ello es necesario además desarrollar habilidades de relación y comunicación y tener actitudes de consideración cultural, tales como el respeto, la confianza y la sensibilidad.

Uno de los mayores problemas en la asistencia sanitaria son las dificultades expresadas en términos de barreras lingüísticas, es decir, no hablar el mismo idioma. Pero éste no es el único problema, sino que “las diferencias culturales y la falta de competencia comunicativa de los profesionales, en términos de conocimientos de los aspectos de la comunicación no verbal característicos de cada cultura, tienen un importante peso en este sentido” (Oliver, 2002).

La herencia cultural afecta al pensamiento y comportamiento del lenguaje en el estilo y forma de comunicación, y estas características serán diferentes según la cultura. Pero además esas diferencias se pueden encontrar también en una misma cultura en función del sexo, puesto que mujeres y hombres son educados de diferente manera en casi todas las sociedades humanas (Oliver, 2002).

En algunas sociedades tradicionales existe una segregación sexual de los espacios, de

modo que al hombre le corresponde el espacio público y a la mujer el privado. Esta situación influye en la comunicación de las mujeres, que pueden tener asumido el silencio fuera de los espacios privados, como las mujeres musulmanas (Oliver, 2002).

La comunicación intercultural no solo implica el acercamiento a otras culturas, sino examinar la cultura propia. “Si se parte del principio ético de que todas las culturas son dignas y merecedoras de respeto, estaremos en una posición de igualdad frente a la persona quien recibe lo cuidados” (González, 2011).

La persona que migra, bien sea la enfermera o las personas a las que atenderá, deben adaptarse al país de destino y a su contexto social, económico y cultural, pero no siempre éste es un paso fácil de asimilar y aceptar, puesto que las creencias culturales van con la persona y en algún momento, se producirá un encuentro cultural, que puede o no producir un choque.

Parece que “las enfermeras tienden a pensar que las diferencias en el modo de pensar o afrontar una situación de salud son fruto de creencias infundadas por parte de las personas de otras culturas, de falta de conocimiento o poca responsabilidad en su proceso de salud” (Roca, 2009). En muchas ocasiones, el discurso mediático proyecta una imagen negativa de la inmigración, asociándola con problemática social y elaborando la figura de un ser pobre a quien se debe compadecer.

No debemos caer en conductas paternalistas ni todo lo contrario, sino atender a la persona de otra cultura como lo haríamos con cualquier otra persona, respetando sus diferencias individuales y dando calidad a nuestro cuidado.

Todas estas situaciones y más, que se pueden dar en el contexto de un choque cultural o no, deben hacernos reflexionar y actuar con

conocimiento de las leyes, como pueden ser: la ley de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información, y códigos éticos de la enfermería. De igual modo, es necesario garantizar que todas las personas tengan accesibilidad al sistema sanitario y eliminar las barreras que impiden una atención de sus necesidades.

Ante la diversidad cultural que impera en nuestra sociedad, ¿Qué medidas o herramientas podemos utilizar para mejorar la atención sanitaria? Por un lado, se puede recurrir a estrategias relacionadas con el marco sanitario, que incluirían: la incorporación de mediadores culturales para facilitar la accesibilidad y la equidad, elaboración de guías de salud en diversos idiomas, la creación de espacios de diálogo con asociaciones de inmigrantes y la formación de las enfermeras en interculturalidad.

El mediador cultural es una figura que empieza a tener su importancia y consideración en el sistema sociosanitario. Se trata de una “persona que actúa de puente de comunicación entre el profesional sanitario y el usuario y juega un papel activo y delicado al facilitar la relación terapéutica y neutralizar las diferencias culturales entre ambas partes, que no solo hablen idiomas diferentes, sino que tengas distintas percepciones de ver el mundo” (Delgado, 2011).

Algún autor opina que solicitar mediadores culturales implica delegar, pasividad y desprendimiento de responsabilidades; “distinto es el problema de la barrera lingüística para el que sí se puede necesitar pero es erróneo referirse a ello como la panacea universal a las dificultades derivadas de trabajar con personas de otras culturas” (Gentil, 2010).

Desde mi punto de vista, adquirir competencias en enfermería transcultural, implica mediar en situaciones culturales, implica co-

nocimiento, sensibilidad y deseo de aprendizaje, pero no debemos olvidar que somos enfermeras, que nuestro base es ofrecer cuidados de calidad y no podemos otorgar un carácter heroico a nuestra asistencia, porque es difícil que sin tener una dedicación exclusiva al campo de la enfermería transcultural, se obtenga un conocimiento profundo de cada cultura e idioma. Es por ello, que el papel del mediador cultural es un recurso externo de utilidad, al igual que las guías de idiomas en salud y los espacios de encuentro cuando ha fallado ese primer contacto de relación entre enfermera-usuario, y por ello creo que se debe fomentar su introducción, pero sin olvidar nuestra responsabilidad con las personas de otra cultura. Hablo de establecer un trabajo en red, de no tener miedo a trabajar en equipo multidisciplinar, de optimizar los recursos disponibles y ponerlos siempre en favor de las personas que atendemos.

No obstante, la principal medida es formarse, conocer, comprender y respetar las creencias de cada cultura y poner todo el trabajo y el esfuerzo por iniciar el camino de la formación intercultural para lograr ser enfermeras competentes en la sociedad actual.

La formación en competencia cultural forma parte de los estudios de grado y postgrado de Enfermería en países como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido o Australia. En estos países, existen algunos hospitales en los que incluso se llegan a desarrollar entrenamientos específicos en competencia intercultural para profesionales y sólo se seleccionan aquellos que poseen formación específica en este campo (Plaza del Pino, 2009). Un estudio realizado por Plaza del Pino basado en indagar en el Libro Blanco del Título de Grado en Enfermería, pone de manifiesto que “existe un escaso interés desde la Enfermería en sus

ámbitos académico, profesional y gestor en la formación de los nuevos profesionales para capacitarlos en el desarrollo de su trabajo en entornos multiculturales, aunque recientemente han aparecido cursos especializados, revistas y programas de doctorado específicos de cultura de los cuidados” (Plaza del Pino, 2009).

Revisando la Memoria de Verificación del Título de Grado en Enfermería de la Universidad de Oviedo se pueden ver competencias generales relacionadas con aspectos culturales, tales como: conocimiento de una lengua extranjera, trabajo en el contexto internacional, reconocimiento de la diversidad, conocimiento de otras culturas y costumbres, respeto a los derechos fundamentales de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, solidaridad y cooperación al desarrollo, así como comprender el comportamiento de la persona en función del género, grupo o comunidad dentro del contexto social y cultural (Universidad de Oviedo, 2010). Sin embargo, si paralelamente se revisan las asignaturas y sus guías docentes se observa que no existe ningún contenido que pueda desarrollar esas competencias. Únicamente, en el plan de estudios de Enfermería desarrollado en Oviedo se incluye un epígrafe de habilidades de comunicación con pacientes de otra cultura enmarcado dentro de la asignatura de Habilidades Sociales. Por otro lado, en el plan de Estudios de Enfermería de Gijón (Centro Adscrito) incluye la asignatura optativa “Antropología de los cuidados” dedicada principalmente a conocimientos antropológicos que favorezcan el desarrollo profesional de la enfermera en una sociedad multicultural.

Esta realidad es inquietante ya que además de la necesidad de impulsar la formación en cuidados culturales por parte de las universidades, se necesita fomentar el interés de los

estudiantes por este ámbito y eso no solo se consigue introduciendo una o dos asignaturas al respecto, sino promoviendo que estos conocimientos sean algo transversal en los estudios, implícito en cada asignatura. En mi opinión, el estudiante debe jugar un papel activo y participativo de su aprendizaje y resulta útil que en los nuevos modelos de enseñanza se estimule esa participación, involucrándolo en proyectos reales al margen de las clases magistrales, proyectos que las universidades deben ofertar, tales como programas de cooperación, voluntariado, integración o desarrollo de proyectos escolares, que impliquen al estudiante un contacto real y que favorezcan su interés y sensibilidad cultural.

CONCLUSIONES

Desde que la Enfermería Transcultural nació con Madeleine Leininger en los años 50, las enfermeras han aumentado su interés en considerar la cultura en la asistencia sanitaria, sobre todo en América y en la cultura anglosajona. Los conocimientos que se fueron incorporando en las enfermeras y en los sistemas políticos y sanitarios ejercieron su influencia en otros países de Europa, llegando poco a poco a España aunque no como un logro importante. No obstante, debido a la tendencia migratoria que ha aumentado considerablemente en nuestro país y se ha integrado también en el sector sanitario, las enfermeras y otros profesionales de salud empiezan a ser conscientes de la necesidad de adquirir competencia cultural que les facilite el establecimiento de las relaciones terapéuticas a través del entendimiento y la comprensión de su cultura. En general, las enfermeras españolas necesitan que las teorías y modelos de Enfermería con respecto a los cuidados culturales les sean prácticos y útiles para poder considerarlos, y todavía existen po-

cos estudios y líneas de investigación abiertas con respecto a su utilidad práctica en nuestro entorno, por lo que sigue siendo una asignatura pendiente.

Esta área de conocimiento de la Enfermería Transcultural requiere compromiso de la enfermera, pues supone huir de los estereotipos y superar los prejuicios a fin de establecer una relación efectiva con el usuario, aceptando las diferencias culturales, viendo esto como una oportunidad de crecimiento y no como un problema.

El conocimiento de las otras culturas será un aspecto importante a considerar por las enfermeras, pero primará más la actitud sensible y de respeto hacia las personas de otra cultura, así como el estudio e importancia del contexto, como elemento clave de valoración enfermera, pues influye en la persona y en su afrontamiento ante las diversas situaciones de la vida.

Existe la necesidad de impulsar esta formación en las universidades, fomentando el interés de los estudiantes por éste ámbito, haciendo que sea una competencia transversal con un aprendizaje continuo, que fomente valores de solidaridad e innovación, a través de la participación activa en proyectos de colaboración, voluntariado, integración o proyectos escolares. No es suficiente que se integre una o dos asignaturas de estudio de los cuidados culturales sino se trata como un aspecto transversal de consideración en todos los ámbitos de la enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

- Albornoz Mancera, D.M. (2009). La importancia de la transculturalidad en el conocimiento enfermero. *Rev Paraninfo Digital*, 3 (7), Disponible en: </para/n7/100d.php>. Consultado el 24 de Enero de 2014.
- Artigas Lelong, B., Vennasar Veny, M. (2009). La salud en el siglo XXI: el reto de los cuidados multiculturales.

- Index Enferm*, 18 (1), 42-46.
- Bonill de las Nieves, C., Celdrán Mañas, M. (2012). El cuidado y la cultura: Génesis, lazos y referentes teóricos en enfermería. *Index Enferm*, 21(3), 160-164. Consultado el 24 de Enero de 2014.
- Carro Furones, C., Camara Morales, E., Fomento Turné, G., López Gómez, M. (2009). Adaptación de enfermería al cuidado del paciente musulmán. *Index Enferm*, 3(7), Consultado el 24 de Enero de 2014.
- Chamizo Vega, C. (2005). Enfermería transcultural en España. *Cultura de los Cuidados*, 9(18), 19-23.
- Da Silva Vilelas, J.M., Dias Janeiro, S.I. (2012). Transculturalidade: O enfermeiro com competencia cultural. *REME Rev min enferm*, 16(1),120-127. Consultado el 15 de Febrero de 2014.
- Delgado Rodríguez, J., Expósito Barbazano, A. (2011). ¿Qué puede aportar la mediación intercultural al ámbito sanitario? *ENE Revista de Enfermería*, 5(3), 59-65.
- Gentil García, I. (2010). Competencia cultural en Enfermería: población subsahariana. *Cultura de los Cuidados*, 14(27), 61-67.
- González Juárez, L., Noreña Peña, A.L. (2011). Comunicación intercultural como medio para favorecer el cuidado culturalmente aceptable. *Rev ENEO-UNAM*, 8(1), 55-60.
- Ibarra Mendoza, T. X., Siles González J. (2006). Competencia cultural, una forma humanizada de ofrecer cuidados de enfermería. *Index Enferm*, 55,44-48.
- Leno González, D. (2006). Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de Antropología*, 22 (32), 1-14. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/7118>.
- Lillo Crespo, M., Casanoba Martínez, I. (2006). Fenómenos migratorios, competencia cultural y cuidados de salud. *Cultura de los cuidados*, 10(20), 87-91.
- Lillo Crespo, M., Vizcaya Moreno, F., Dominguez Santamaria, J.M., Galao Malo, R. (2004). Investigación cualitativa en enfermería y competencia cultural. *Index Enferm*, 44-45, 47-50.
- Lipson Juliene, G. (2000). Cultura y Cuidados de Enfermería. *Index Enferm*, 28-29, 19-25.
- Moreno Preciado, M. (2010). Nuevos enfoques en el cui-

- dado del “otro”. *Index Enferm*, 19 (2-3), 167-171.
- McFarland, M. (2007). Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. En A. Marriner Tomey (Ed.), *Modelos y teorías de Enfermería* (pp.472-497). Madrid: Elsevier.
 - Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2013). *Extranjeros con certificado de registro y tarjeta de residencia en vigor [sede web]*. Madrid: MESS Editor.
 - Oliver Reche, M^a.I. (2002). Comunicación intercultural: comunicándonos con mujeres de otras culturas. *Matronas Profesión*, 9, 21-27.
 - Padró Cabello, C. (2004). Aportaciones de la comunicación intercultural al ámbito de la salud. *Educare* 21, 7. Consultado el 4 de Marzo de 2014.
 - Plaza del Pino, F. (2011). Ante la diversidad cultural construimos una enfermería intercultural. *Enfermería Comunitaria*, 7 (1). Disponible en <<http://www.index-f.com/comunitaria/v7n1/ec7102.php>> Consultado el 31 de Enero de 2014 de <http://www.index-f.com/comunitaria/v7n1/ec7102.php>.
 - Plaza del Pino, F.J., Soriano Ayala, E. (2009). Formación de los profesionales de enfermería: cuidar en la sociedad multicultural del siglo XXI. *Index Enferm*, 18(3),190-194.
 - Roca, I., Capará, N., Vega Monteagudo, C. (2009). Vulnerabilidad social del colectivo inmigrante. *Index Enferm*, 3(7), 1-9.
 - Universidad de Oviedo (2010). Memoria de Verificación del Título de Grado en Enfermería.. Disponible en: <http://www.unioviado.es/euenferfisio/Memorias/enfer%20Memoria%201.pdf>. Consultado el 20 de Marzo de 2014.



Teoría y Método

Perfil de individuos con secuela de accidente vascular encefálico(*)

El perfil de los individuos con secuelas de accidente cerebrovascular

Profile of individuals with sequel of stroke

Tatiana Ferreira da Costa¹, Katia Nêyla de Freitas Macêdo Costa², Kaisy Pereira Martins³, Maria das Graças Melo Fernandes⁴, Thayris Mariano Gomes⁵, Milena Melo Galdino⁶

¹Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB)..

²Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB.

³Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB.

⁴Doutora em Sociologia. Docente do Departamento de Enfermagem Clínica e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB.

⁵Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPB.

⁶Acadêmica de Medicina da UFPB. Bolsista de Programa de Iniciação Científica do CNPq.

Cómo citar este artículo en edición digital: Costa, T.F., Macêdo-Costa, K.N.F., Martins, K.P., Fernandes, M.G.M., Gomes, T.M. y Galdino, M.M. (2015). Perfil de individuos com sequela de acidente vascular encefálico. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 19, 42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.12>

Correspondencia: Kaisy Pereira Martins

Rua Mário Batista Júnior, nº 75, apt 601 – CEP: 58043-130. Bairro: Miramar. João Pessoa-Paraíba. Brasil.

Telefone: (83) 9974-6352.

Correo electrónico: kaisyjp@hotmail.com

Recibido: 16/01/2015; Aceptado: 11/06/2015



(*) Este trabalho resulta da dissertação de mestrado, intitulada, “Qualidade de vida relacionada à saúde de cuidadores familiares de indivíduos com sequela de acidente vascular encefálico” desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba.

ABSTRACT

Introduction: The cerebrovascular accident (stroke) still characterized as a major public health problem and the leading cause of severe neurological disability. **Objective:** To analyze the profile of patients with sequel of stroke. **Methodology:** Descriptive, cross-sectional study with a quantitative approach, held in the home of patients with sequel of stroke (João Pessoa / PB). **Results:** There was a predominance of females; Senior citizens; married; low level of education; and low income. Regarding the identification of stroke, most had the first episode of ischemic type, with time of occurrence between six months and one year, and the most prevalent comorbidities were arterial hypertension, diabetes mellitus and heart disease. **Conclusion:** In this feeling, there is

an urgent need to expand knowledge through conducting more scientific studies for age, sex, risk, economic and social factors that may influence the incidence of stroke and other comorbidities.

Keywords: Health Profile; Stroke; Functional capacity

RESUMEN

Introducción: El accidente cerebrovascular (ictus) sigue siendo caracterizado como un problema de salud pública importante y la principal causa de discapacidad neurológica severa. Objetivo: Analizar el perfil de los pacientes con secuelas de ictus. Metodología: Estudio descriptivo, transversal, con abordaje cuantitativo, realizado en el hogar de los pacientes con secuelas de ictus (João Pessoa / PB). Resultados: Hubo un predominio del sexo femenino; Las personas mayores; casado; bajo nivel de educación; y de bajos ingresos. En cuanto a la identificación de los accidentes cerebrovasculares, la mayoría tenía el primer episodio de tipo isquémico, con el tiempo de ocurrencia de entre seis meses y un año, y las comorbilidades más prevalentes fueron la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y las enfermedades del corazón. Conclusión: En este sentimiento, hay una necesidad urgente de ampliar el conocimiento a través de la realización de estudios más científicos para la edad, sexo, riesgo, factores económicos y sociales que pueden influir en la incidencia de accidente cerebrovascular y otras comorbilidades.

Palabras clave: Perfil de Salud; Accidente cerebrovascular; Capacidad funcional

RESUMO

Introdução: O acidente vascular encefálico (AVE) caracteriza-se ainda como um grande problema de saúde pública e a principal causa

de incapacidade neurológica grave. Objetivo: Analisar o perfil dos indivíduos com sequelas de AVE. Metodologia: Pesquisa descritiva, transversal, com abordagem quantitativa, realizada no domicílio dos pacientes com sequela de AVE (João Pessoa/PB). Resultados: Evidenciou uma predominância do sexo feminino; idosos; casados; baixo grau de escolaridade; e baixa renda. Com relação à caracterização do AVE, a maior parte teve o primeiro episódio do tipo isquêmico, com tempo de ocorrência entre 6 meses e um ano, e as comorbidades mais prevalentes foram Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Cardiopatia. Conclusão: Neste sentimento, urge a necessidade de se ampliar o conhecimento, por meio da realização de mais estudos científicos tendo em vista a idade, sexo, fatores de risco, econômicos e sociais que podem influenciar na incidência do AVE e de outras comorbidades.

Palavras chave: Perfil de saúde; Acidente Vascular Encefálico; Capacidade funcional.

INTRODUÇÃO

O acidente vascular encefálico (AVE), segundo a Organização Mundial de Saúde, é uma síndrome clínica que consiste do desenvolvimento rápido de distúrbios clínicos focais da função cerebral que duram mais de 24 horas ou conduzem à morte sem outra causa aparente que não uma de origem vascular. Caracteriza-se ainda como um grande problema de saúde pública que se situa entre as três maiores causas de morte em muitos países, e a principal causa de incapacidade neurológica grave (Rolim e Martins, 2011).

Cerca de 40 a 50% dos indivíduos que sofrem AVE morrem após seis meses e a maioria dos sobreviventes exibirá deficiências neurológicas e incapacidades significativas. Observa-

-se que 37% apresentam discreta incapacidade, não podendo desenvolver algumas atividades que previamente exerciam, mas são capazes de se cuidarem por conta própria; 16% apresentam moderada incapacidade, sendo capazes de andar sem ajuda, mas necessitando de alguma ajuda para vestir-se; e 32% apresentam incapacidade moderadamente intensa ou grave, necessitando de ajuda tanto para andar quanto para se cuidar (Nitrini e Bacheschi, 2005).

No que se refere aos fatores de risco que estão relacionados a essa afecção neurológica estão divididos em não modificáveis, incluindo a idade, sexo, raça e história familiar; e os modificáveis como: hipertensão arterial sistêmica, diabetes, cardiopatias, hipercolesterolemia, fumo, uso excessivo de álcool, obesidade, sedentarismo, estresse e também a ocorrência prévia de um ataque isquêmico transitório. Outros fatores de risco potenciais responsáveis pela ocorrência do AVE são o uso de contraceptivos orais, o álcool e a existência de doenças que acarretem aumento no estado de coagulabilidade do indivíduo (Prado, Ramos e Valle, 2007).

Dentre as consequências decorrentes do AVE, a demência constitui a segunda causa mais comum entre os indivíduos acometidos e a causa mais frequente de epilepsia no idoso. Outra manifestação bastante comum após o AVE é o surgimento de depressão nos pacientes, que na maioria dos casos (50 a 80%) não é diagnosticada. A depressão pós-AVE está relacionada ao aumento da mortalidade, bem como ao comprometimento da recuperação das funções cognitivas e da qualidade de vida do paciente e da saúde dos seus cuidadores (Freitas, 2005).

Além de contribuir para a morbidade e mortalidade, os danos causados ao indivíduo, à sua família e à sociedade pela limitação à re-

alização de suas atividades de vida diária, pelos anos perdidos de produtividade e pelos elevados custos financeiros de hospitalização e reabilitação – transformam o AVE como relevante questão de saúde pública (Reis et al., 2008).

Nesse sentido, esta pesquisa é de grande relevância, uma vez que ampliam os conhecimentos e a visibilidade das características sócio-demográficas e clínicas destes indivíduos, subsidiando os profissionais de saúde e órgãos governamentais no planejamento e no desenvolvimento de programas e políticas de apoio. Acredita-se também, que este estudo pode produzir implicações na assistência da Enfermagem no âmbito da atenção primária, visto que poderá servir de suporte teórico para detectar precocemente os prováveis fatores desencadeantes da doença cerebrovascular na população. Desse modo, este estudo tem como objetivo analisar o perfil dos indivíduos com sequela de AVE.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal, com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada no domicílio dos pacientes com sequela de AVE, no município de João Pessoa – PB, cadastrados nas Unidades de Saúde da Família.

O público-alvo do estudo proposto compreendeu os indivíduos acometidos por Acidente Vascular Encefálico – AVE. A amostra do presente estudo foi calculada a partir do total de pacientes atendidos nas unidades de saúde do município de João Pessoa – PB. Logo, segundo um levantamento realizado nos cinco distritos sanitários, constatou-se que em 2012 foram atendidos cerca de 204 pacientes que foram acometidos por AVE. O tamanho da amostra foi calculado com base em uma margem de erro de 5% (Erro=0,05) com um grau de confiabili-

dade de 95% ($\alpha=0,05$ que fornece $z_{0,052}=1,96$) e considerando a proporção verdadeira como sendo 50% ($p=0,50$). Logo, o total mínimo de indivíduos que deverão ser investigados é de 134. A amostra final do estudo deveria contemplar no mínimo 134 pacientes acometidos por AVE. Considerando isso, fizeram parte da amostra do estudo, 136 indivíduos.

Os critérios de inclusão estabelecidos nessa pesquisa para a pessoa com sequela de AVE foram: ter idade igual ou superior a 18 anos, apresentar pelo menos duas das atividades de vida diária comprometidas.

A coleta de dados foi realizada nos domicílios dos pacientes, com acompanhamento de um agente de saúde. No primeiro momento, foi aplicado o índice de Bathel nos indivíduos com sequela de AVE para confirmar sua inclusão na pesquisa. Logo em seguida, foram verificadas as variáveis independentes referentes ao perfil sociodemográfico dos pacientes com sequela de AVE: idade, sexo, estado civil, escolaridade, situação profissional, renda pessoal, tipo de renda, primeiro episódio de AVE, tipo de AVE, tempo de ocorrência do AVE, comorbidades associadas.

Os dados foram armazenados inicialmente em planilha do Microsoft Office Excel e posteriormente foram transferidos para Statistical Package for Social Science (SPSS) versão 18.0, onde foi realizada a construção das análises estatísticas.

Durante a pesquisa, foram cumpridos todos os aspectos éticos e legais que envolvem seres humanos, preconizados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2012). O projeto foi encaminhado ao comitê de ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba e aprovado sob o protocolo n 0279/13 e CAAE: 13778313.3.0000.5188. Sendo respeitado o

princípio da autonomia, respeitando a privacidade, principalmente ao que se refere ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, instrumento indispensável para que se possa realizar pesquisa que envolve seres humanos.

RESULTADOS

Características sociodemográficas e clínicas

(Tabela 1) Dentre os 136 pacientes com sequela de acidente vascular encefálico (AVE) investigados nesse estudo, observou-se que 51,4% eram do sexo feminino e 48,6% do sexo masculino. No tocante as características sociodemográficas dos pacientes, relacionando-as ao sexo, verificou-se que os homens tiveram uma média de idade de 71 anos e as mulheres de 70 anos.

No que concerne ao estado civil, 48,5% dos pacientes eram casados, 27,9% tinham entre um a quatro anos de estudo. Referente à situação profissional a maioria dos pacientes, em ambos os sexos estavam aposentados, com 82,86% das mulheres e 78,7% dos homens. Quanto à renda pessoal, 61,7% dos pacientes disseram receber entre dois a três salários mínimos. (Tabela 2)

Conforme a Tabela 2, verificou-se que os pacientes têm as seguintes características quanto à ocorrência do AVE: 57,3% tiveram o primeiro episódio de AVE e 42,6% tiveram mais de um episódio. Quanto ao tipo, evidenciou-se uma maior prevalência do tipo isquêmico, 75%, seguido do hemorrágico, 22,7%.

Em relação às patologias coexistentes, os pacientes apresentaram mais frequentemente a hipertensão arterial com 42,56%, seguido da diabetes mellitus com 20,25%.

Capacidade funcional dos pacientes com sequela de AVE

Considerando que neste estudo, um dos critérios de inclusão para participação da pesquisa foi que os indivíduos com sequela de

AVE apresentassem algum grau de incapacidade física e que necessitassem de cuidador no âmbito familiar. Utilizou-se então, a escala de Barthel para avaliar o desempenho funcional dos participantes do estudo, através da mensuração da capacidade do indivíduo em desenvolver as Atividades de Vida Diária (AVDs): ter controle dos esfínteres vesical e intestinal, higiene pessoal, independência no banheiro, alimentação, transferência da cadeira, marcha, capacidade de vestir-se e banhar-se e capacidade para subir escadas. (Tabela 3)

Conforme a Tabela 3, 33,83% dos indivíduos apresentava dependência leve, 25,74% dependência muito grave, 20,59% eram dependentes graves e 19,85% dependência moderada.

DISCUSSÃO

Nessa pesquisa, fizeram parte 136 pacientes que sofreram um ou mais episódios de AVE. Considerando a idade, no presente estudo, pode-se afirmar que a média foi de (70,43). Esse mesmo resultado foi encontrado em outras pesquisas (Pereira e et al., 2012; Souza e et al., 2009) Esse achado se justifica, pelo fato da idade avançada ser um forte fator de risco não modificável para a ocorrência do AVE, visto que a cada década a incidência dessa morbidade mais que duplica, acometendo principalmente mulheres (Pereira e et al., 2012).

Na perspectiva ora referida, percebe-se que somado as sequelas causadas pelo AVE, as comorbidades, muitas vezes apresentadas pelos idosos, podem refletir numa maior dependência. O aumento da expectativa de vida somando-se a incapacidade funcional e a demanda de cuidado forma uma tríade sobre os sistemas de suporte, especialmente sobre o informal (Camarano, 2006).

No que concerne ao estado civil, percebeu-se um número maior de mulheres viúvas



(44,3%), comparado com os homens, no qual houve prevalência dos casados (63,64%). No âmbito Brasileiro e também mundial, observa-se essa tendência em relação ao sexo. Esse fato decorre da maior mortalidade masculina que se deve a comportamentos específicos do homem e da mulher, a exemplo da maior frequência aos centros de saúde por parte das mulheres, assim como da maior exposição dos homens a acidentes de trabalho e de trânsito, somando-se à prevalência de alcoolismo, drogas e tabagismo (Chaimowicz, 2006).

Quanto à escolaridade, prevaleceu os indivíduos com baixo nível de estudo, visto que a maioria (27,94%) tinha somente entre um a quatro anos de estudo, seguidos dos que sabiam apenas ler e escrever (26,47%). O resultado exposto corrobora com um estudo realizado em Maceió-AL que avaliou a qualidade de vida de pacientes após o AVE em reabilitação, o qual evidenciou que 86,4% dos pacientes não ultrapassaram o ensino fundamental (Rangel, Belasco e Diccini, 2013).

O menor nível educacional tem sido associado à elevada incidência de AVE, principalmente quando combinada aos fatores socioeconômicos e culturais e dificuldade de acesso à informação, além de dificultar a conscientização dos cuidados com a saúde, aderência

ao tratamento e manutenção de estilo de vida, enquanto, escolaridade mais elevada aponta para o aumento da sobrevivência, melhor controle de fatores de risco das doenças cardiovasculares e maior capacidade de retornar ao trabalho (Rangel, Belasco e Diccini, 2013).

Em consonância com alguns estudos, o menor nível de escolaridade está associado a um menor desempenho cognitivo e funcional (Alves, Leite e Machado, 2010). O estudo realizado com cuidadores de idosos confirma essa análise ao evidenciar a escolaridade como condição forte, negativa e independente associada à necessidade de cuidador (Gratão e et al., 2013).

No que se refere à diferença por sexo, ainda a despeito da escolaridade, o estudo apontou para uma maior prevalência de mulheres com maior grau de instrução comparando-as aos homens, tanto com relação ao menor índice de analfabetismo quanto a maior porcentagem dos que tinham o maior nível de escolaridade. Esse resultado contradiz os de outras pesquisas e o da literatura, que mostram um melhor desempenho a nível educacional dos homens, visto que socioculturalmente os homens dessa geração tiveram mais oportunidade de acesso aos estudos, já as mulheres eram preparadas para serem boas mães, esposas e donas de casa (Menezes, Lopes e Marucci, 2007). Esse resultado pode estar associado ao número de mulheres mais jovens encontradas na pesquisa, o que converge para uma mudança da realidade desse contexto.

Com relação à renda pessoal, o estudo mostrou que grande parte (61,7%) tanto do sexo masculino quanto do feminino recebia entre dois a três salários mínimo, proveniente principalmente da aposentadoria (80,8%). A baixa renda, na maioria das vezes, está relacionada ao baixo grau de escolaridade ou, em alguns casos, decorre do afastamento das atribuições profissionais em decorrência do agrava-

vamento da enfermidade, passando a receber uma aposentadoria inferior ao que recebia anteriormente, acarretando prejuízos financeiros que sobrecarregam significativamente o cuidador (Loureiro e et al., 2013).

Além disso, ressalta-se a associação entre menor renda a uma maior exposição a fatores de risco, uma menor preocupação com a saúde e uma maior dificuldade de acesso a serviços de saúde, bens de consumo, alimentos saudáveis e educação, ficando, portanto, mais vulnerável às morbidades e a uma menor qualidade de vida (Rangel, Belasco e Diccini, 2013; Santos, Tavares e Barbosa, 2010).

No tocante às características clínicas dos indivíduos, quanto a ocorrência do AVE, houve prevalência em relação ao sexo feminino, as que tiveram apenas um episódio de AVE, e metade dos indivíduos do sexo masculino afirmaram ter apresentado mais de um episódio de AVE. Esse dado pode estar associado aos maiores fatores de riscos que os homens estão expostos, mesmo após a ocorrência do AVE.

No que concerne ao tipo de AVE, o isquêmico teve uma maior prevalência em relação ao hemorrágico. Esse dado é semelhante ao de outras pesquisas relacionadas a indivíduos acometidos por AVE (Pereira e et al., 2013; Pereira e et al., 2009). Quanto ao tempo de ocorrência do primeiro episódio de AVE, destaca-se que na maioria (30,0%) das mulheres, ocorreu entre seis meses e um ano, enquanto que nos homens o tempo de ocorrência maior foi entre quatro a seis anos. Ao longo do tempo, além das alterações decorrentes do AVE, mudanças no estado psicológico e de saúde podem acontecer, o que pode contribuir mais ainda para aumentar a carga emocional do cuidado (Abreu e Pires, 2009).

Dentre as comorbidades encontradas nos indivíduos com sequela de AVE, as que se apre-

sentaram com maior frequência foi hipertensão arterial, diabetes mellitus e cardiopatia. Destacou-se com maior prevalência a hipertensão arterial, esse resultado ressalva a significativa tendência das pessoas hipertensas desenvolverem AVE. Em estudo com pessoas que já sofreram AVE, constatou-se que 94% dos participantes eram hipertensos (Lima, 2010).

A presença de diabetes mellitus foi encontrada em 25% dos participantes. Além de ser um fator de risco, o diabetes pode piorar o prognóstico do AVE por favorecer o desenvolvimento de outras complicações clínicas no curso da doença (Castro e et al., 2007). Outra comorbidade relevante foi à cardiopatia. As doenças cardíacas constituem o segundo maior fator de risco para AVE (Lima, 2010).

Para avaliar a capacidade funcional dos indivíduos com seqüela de AVE foi utilizado o índice de Barthel. Esse instrumento foi elaborado para mensurar a dependência dos indivíduos com incapacidades crônicas, como AVE, propiciando uma descrição da capacidade de autocuidado do indivíduo. A independência funcional é avaliada através de dez tarefas: alimentação, banho, vestuário, higiene pessoal, eliminações intestinais, eliminações vesicais, uso do vaso sanitário, passagem cadeira-cama, deambulação e escadas (WHO, 1981). No presente estudo a maioria dos indivíduos apresentavam dependência leve (33,83%), seguidos dos dependentes muito graves (25,7%), dependentes graves (20,59%) e dependência moderada (19,85%).

A incapacidade constitui qualquer restrição ou falta de habilidade, decorrente de uma deficiência, para desempenhar uma atividade da maneira ou dentro do intervalo considerado normal para um ser humano (WHO, 1981). Podendo levar à condição de dependência, à necessidade de auxílio para realizar alguma atividade de vida diária.

No concernente ao acidente vascular encefálico, após o período de internação hospitalar, o indivíduo pode retornar ao lar com sequelas físicas e cognitivas-comportamentais que comprometem a capacidade funcional, a independência e a autonomia e também podem ter efeitos sociais e econômicos que invadem todos os aspectos da vida (Marques, Rodrigues e Kusumota, 2006).

As incapacidades funcionais podem gerar problemas de saúde como diminuição da autoestima, depressão, isolamento social, atrofia, úlceras, infecções, entre outros, promovendo diminuição na qualidade de vida, com impacto no cotidiano e, muitas vezes, conflitos em toda a família, diante das atribuições do cuidar (Pedreira e Lopes, 2012). Em estudo sobre tensão do cuidador familiar de idosos dependentes, a incapacidade física do idoso foi evidenciada como forte preditora de tensão nos cuidadores por demandar assistência contínua e progressiva nas atividades básicas da vida diária (Fernandes e Garcia, 2009).

CONCLUSÃO

No tocante às características sociodemográficas dos indivíduos com seqüela de AVE, prevaleceu o maior número de pacientes do sexo feminino, idosos, casados, baixo grau de escolaridade, baixa renda e a principal fonte de renda era a aposentadoria. Com relação à caracterização do AVE, a maior parte teve o primeiro episódio de AVE, do tipo isquêmico, com tempo de ocorrência entre 6 meses e um ano, e as comorbidades mais prevalentes foram Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus e Cardiopatia. No referente à funcionalidade, verificou-se o predomínio de indivíduos com níveis de dependência leve, seguidos dos dependentes muito graves para o desempenho das atividades básicas de vida diária.

É nessa perspectiva que se percebe a importância da atuação do enfermeiro com o objetivo de atuar na prevenção e controle dos fatores de risco, bem como identificar, avaliar e tratar os indivíduos com sequelas neurológicas do AVE, por meio de acompanhamento continuado.

Neste sentido, urge a necessidade de se ampliar o conhecimento, por meio da realização de mais estudos científicos sobre a saúde da população brasileira, tendo em vista que a idade, sexo, fatores de risco, econômicos e sociais podem influenciar a incidência do acidente vascular encefálico de forma diferente nas diversas regiões do Brasil.

REFERÊNCIAS

- Abreu, C.B.B., Pires, N.R. (2009). O papel do cuidador. Cuidando de quem já cuidou. São Paulo: Atheneu.
- Alves, L.C., Leite, I.C., Machado, C.J. (2010). Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. *Rev Saúde Pública*. 44 (3), 468-478.
- Ministério da Saúde (2012). Resolução nº 466/12 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. Brasília: Publicações Ministério da Saúde
- Camarano, A.A. (2006). O envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In Freitas E.V., et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Castro, P.C., Tahara, N., Rebelatto, J.R., Driusso, P., Aveiro, M.C., Oishi, J. (2007). Influência da Universidade Aberta da Terceira Idade (Uati) e do Programa de Revitalização (Revt) sobre a Qualidade de Vida de Adultos de meia-idade e idosos. *Rev Bras fisioter*. 11 (6), 461-7.
- Chaimowicz, F. (2006). Epidemiologia e o Envelhecimento no Brasil. In Freitas E.V., et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Fernandes, M.G.M. & Garcia, T.R. (2009). Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes *Rev Bras Enferm*. 62 (1), 57-63.
- Freitas, G.R. (2005). Abordagem dos distúrbios psiquiátricos pós – AVC. São Paulo: Segmento Farma.
- Gratão, A.C.M., Talmelli, L.F.S., Figueiredo, L.C., Rosset, I., Freitas, C.P., Rodrigues, R.A.P. (2013). Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. *Rev enferm USP*. 47 (1), 137-44.
- Lima, M.L.(2010). Qualidade de vida de indivíduos com acidente vascular encefálico e de seus cuidadores. Dissertação, Ribeirão Preto.
- Loureiro, L.S.N., Fernandes, M.G.M., Marques, S., Nóbrega, M.M.L., Rodrigues, R.P. (2013). Sobrecarga de cuidadores familiares de idosos: prevalência e associação com características do idoso e do cuidador. *Rev Esc Enferm USP*. 47 (5), 1133-1140.
- Marques, S., Rodrigues, R.A.P., Kusumota, L. (2006). O idoso após acidente vascular cerebral: alterações no relacionamento familiar. *Rev Latino Am Enferm*. 14 (3), 364-371.
- Menezes, T.N., Lopes, F.J.M., Marucci, M.F.N. (2007). Estudo domiciliar da população idosa de Fortaleza/CE: aspectos metodológicos e características sócio-demográficas. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 10 (2), 168-77.
- Nitrini, R., Bacheschi, L.A. (2005). A Neurologia que todo médico deve saber. 2ª ed. São Paulo: Editora Atheneu.
- Pedreira, L.C., Lopes, R.L.M. (2012). Vivência do idoso dependente no domicílio: análise compreensiva a partir da historicidade heideggeriana. *Rev Eletr Enf*. 14 (2), 304-312.
- Pereira, A.B.C.N.G., Alvarenga, H., Junior, R.S.P., Barbosa, M.T.S. (2009). Prevalência de acidente vascular cerebral em idosos no Município de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*. 25(9): 1929-36.
- Pereira, R.A., Santos, E.B., Fhon, J.R.S., Marques, S., Rodrigues, R.A.P. (2013). Sobrecarga dos cuidadores de idosos com acidente vascular cerebral. *Rev Esc Enferm USP*. 47 (1), 185-192.
- Prado, C., Ramos, J., Valle, R. (2007). *Atualização Terapêutica*. 23 ed. São Paulo: Artes Médicas.
- Rangel, E.S.S., Belasco, A.G.S., Diccini, S. (2013). Qualidade de vida de pacientes com acidente vascular cerebral em reabilitação. *Acta paul enferm*. 26 (2), 205-212.

- Reis, L.A., Mascarenhas, C.H.M., Marinho Filho, L.E.N., Borges, P.S., Argolo, S.M., Torre, G.V. (2008). Prevalência e padrão de distribuição do acidente vascular encefálico em idosos submetidos a tratamento fisioterapêutico no município de Jequié - BA. Rev Bras Geriatr Gerontol. 11 (3), 369-378.
- Rolim, C.L.R.C., Martins, M. (2011). Qualidade do cuidado ao acidente vascular cerebral isquêmico no SUS. Cad Saúde Pública. 27 (11), 2106-2116.
- Santos, S.A.L., Tavares, D.M.S., Barbosa, M.H. (2010). Fatores socioeconômicos, incapacidade funcional e número de doenças entre idosos. Rev Eletr Enf. 12 (4), 692-697.
- Souza, C.B., Abreu, R.N.D.C., Brit, E.M., Moreira, T.M.M. Silva, L.M.S., Vasconcelos, S.M.M. (2009). O cuidado domiciliar de idosos acometidos por acidente vascular cerebral: cuidadores familiares. Rev Enferm UERJ. 17 (1), 41-45.
- World Health Organization (WHO). (1981). Nomenclature and classification of drug and alcohol related problems: a WHO memorandum. Bull World Health Organ. 59: 225-45.

Perfil	Sexo				Total (n=136)	
	Feminino (n=70)		Masculino (n=66)		Freq.	%
	Freq.	%	Freq.	%		
Idade (média ± dp)	69,89 ± 14,23		71,00 ± 12,84		70,43 ± 13,53	
Estado civil						
Solteiro	6	8,57	10	15,15	16	11,76
Casado	24	34,29	42	63,64	66	48,53
Divorciado	8	11,43	3	4,55	11	8,09
Viúvo	31	44,29	9	13,64	40	29,41
Outro	1	1,43	2	3,03	3	2,21
Anos de estudo						
Sabe ler e escrever	14	20,00	22	33,33	36	26,47
De 1 à 4 anos	18	25,71	20	30,30	38	27,94
De 5 à 9 anos	15	21,43	9	13,64	24	17,65
De 10 à 12 anos	8	11,43	5	7,58	13	9,56
Analfabeto	15	21,43	10	15,15	25	18,38
Situação profissional						
Empregado	5	7,14	4	6,06	9	6,62
Desempregado	7	10,00	10	15,15	17	12,50
Aposentado	58	82,86	52	78,79	110	80,88
Renda pessoal						
Menos de 1 Salário Mínimo	4	5,71	8	12,12	12	8,82
Entre 2 a 3 Salários Mínimos	49	70,00	35	53,03	84	61,7
Entre 4 a 5 Salários Mínimos	10	14,29	12	18,18	22	16,1
Mais Que 6 Salários Mínimo	7	10,00	11	16,67	18	13,2

**Valor do salário mínimo: R\$ 978,00

Tabela 1: Distribuição dos pacientes com sequelas de acidente vascular encefálico, segundo faixa etária, estado civil, escolaridade, situação profissional, renda familiar e o tipo de renda, relacionada ao sexo – João Pessoa-PB, 2013.

Perfil	Sexo				Total (n=136)	
	Feminino (n=70)		Masculino (n=66)			
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Primeiro episódio de AVE						
Sim	45	64,29	33	50,00	78	57,35
Não	25	35,71	33	50,00	58	42,65
Tipo de AVE sofrido						
Não Sabe Informar	1	1,43	2	3,03	3	2,21
Hemorragico	18	25,71	13	19,70	31	22,79
Isquêmico	51	72,86	51	77,27	102	75,00
Tempo de ocorrência do AVE						
Entre 6 meses e 1 ano	21	30,00	14	21,21	35	25,74
Entre 1 a 3 anos	17	24,29	16	24,24	33	24,26
Entre 4 a 6 anos	17	24,29	17	25,76	34	25,00
Entre 7 a 9 anos	8	11,43	6	9,09	14	10,29
Há mais de 10 anos	7	10,00	13	19,70	20	14,71
Patologias⁽¹⁾						
Não	4	3,28	11	9,17	15	6,20
Hipertensão	58	47,54	45	37,50	103	42,56
Diabetes	24	19,67	25	20,83	49	20,25
Cadiopatia	9	7,38	18	15,00	27	11,16
Renal	1	0,82	-	-	1	0,41
Pneumopatia	2	1,64	-	-	2	0,83
Hepática	-	0,00	-	1,67	2	0,83
Osteoporose	6	4,92	-	4,17	11	4,55
Ocular	3	2,46	-	2,50	6	2,48
Coluna	2	1,64	-	0,83	3	1,24
Outras	13	10,66	10	8,33	23	9,50

Tabela 2: Distribuição dos pacientes quanto à caracterização do AVE – João Pessoa-PB, 2013.

Avaliação da escala de Barthel	Freq.	%
Dependente muito grave	35	25,74
Dependente Grave	28	20,59
Dependente Moderado	27	19,85
Dependente Leve	46	33,83
Independente	-	-

Tabela 3 – Descrição (frequência e percentual) para a escala de Barthel – João Pessoa/PB – 2013.

Atuação da equipe de enfermagem no atendimento à parada cardiorrespiratória cerebral

Rendimiento del personal de enfermería en la asistencia al paro cardiopulmonar cerebral

Nursing team's performance in meeting the cerebral cardiopulmonary arrest

Karinelle Pereira Costa¹, Fabiane Rocha Botarelli², Ana Paula Nunes de Lima Fernandes³, Diana Paula de Souza Rego Pinto Carvalho⁴, Jéssica Naiara de Medeiros Araújo⁵, Allyne Fortes Vitor⁶

¹Enfermera. Licenciatura en enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte. Brasil.

²Enfermera. Master. Profesor del Departamento de enfermería y estudiante de doctorado de la maestría en enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte. Brasil.

³Enfermera. Doctor. Profesor Asistente de enfermería Departamento III de la Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Brasil.

⁴Enfermera. Maestro de la maestría en enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte. Brasil.

⁵Enfermera. Master. Estudiante de doctorado de la maestría en enfermería en la

Universidad Federal de Rio Grande do Norte. Brasil.

⁶Enfermera. Licenciatura en enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande do Norte. Brasil.

Cómo citar este artículo en edición digital: Costa, K.P., Botarelli, F.R., Fernandes, A.P.N.L., Carvalho, D.P.S.R.P., Araújo, J.N.M. y Vitor, A.F. (2015). Atuação da equipe de enfermagem no atendimento à parada cardiorrespiratória cerebral. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital), 19, 42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.13>

Correspondencia: Jéssica Naiara de Medeiros Araújo. Calle Dom Joaquim de Almeida, 2076 apt° 202/ Lagoa Nova

CEP: 59056140 – Natal – RN. Teléfono: (0055-84) 9955-1796 (celular)

Correo electrónico: jessicanaiara_rn@hotmail.com

Recibido: 13/01/2015; Aceptado: 08/06/2015



ABSTRACT

The study aims to analyze the knowledge of nursing staff on the recognition of a cerebral cardiopulmonary arrest (CCPA) and about the cerebral cardiopulmonary resuscitation (CCPR). This is a cross-sectional study with quantitative approach developed in a public Hospital located in northeastern Brazil. Data collection occurred through a semi-structured questionnaire with 110 professionals of medium-high level of nursing. Approved

by the Research Ethics Committee CAAE: 15504613.2.0000.5537. In relation to the recognition of PCRC, (81.8%) of professionals have identified appropriate form; (80%) answered correctly about the sequence of the CPR; (77.2%) got the compression/ventilation ratio; (61.8%) know about the need prioritizing chest compressions; (51.8%) responded adequately on body posture for realization of the compressions; only (40%) succeeded in their responses when asked about the depth and frequency of compressions. The nursing staff analyzed presented knowledge still disabled on the changes of the guidelines of the American Heart Association of 2010 thus exists the need urgent training that reduce the failures and delays that compromise a quality care.

Keywords: Heart Arrest, Nursing Care, Cardiopulmonary Resuscitation, Nursing.

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo analizar el conocimiento del personal sobre el reconocimiento de un paro cardiopulmonar cerebral (PCRC) y reanimación cardiopulmonar cerebral (RCPC) de enfermería. Se trata de un estudio transversal con enfoque cuantitativo que se realizó en un Hospital público situado en el nordeste de Brasil. La recolección de datos se produjo a través de un cuestionario semiestructurado con 110 profesionales de nivel medio alto de enfermería. Aprobado por el Comité de ética en investigación CAAE: 15504613.2.0000.5537. En relación con el reconocimiento de PCRC, (81,8%) de los profesionales han identificado de forma apropiada; (80%) respondieron correctamente sobre la secuencia del SBV; (77,2%) tiene la relación de compresión y ventilación; (61,8%) sabe acerca de la necesidad de priorizar las compresiones de pecho; (51,8 %) respondido adecuadamente en la postura del cuerpo para la realización de las compresiones; sólo (40%) tuvo éxito en sus respuestas cuando se le preguntó acerca de la profundidad y la frecuencia de las compresiones. El personal de enfermería analizados tenía conocimiento aún deficiente sobre los cambios de las pautas de la American Heart Association de 2010 por lo tanto existe la necesidad de formación urgente que reducen las fallas y retrasos que comprometen una atención de calidad.

Palabras clave: Paro Cardíaco, Atención de Enfermería, Resucitación Cardiopulmonar, Enfermería.

RESUMO

O estudo tem como objetivo analisar o conhecimento da equipe de enfermagem diante do reconhecimento de uma PCRC e sobre a reanimação cardiopulmonar cerebral (RCPC). Trata-se de um estudo transversal com abor-

dagem quantitativa desenvolvido em um Hospital da rede pública localizado no nordeste brasileiro. A coleta de dados ocorreu mediante um questionário semi-estruturado com 110 profissionais de nível médio e superior da enfermagem. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa CAAE: 15504613.2.0000.5537. Em relação ao reconhecimento da PCRC, (81,8%) dos profissionais identificaram de forma apropriada; (80%) responderam de forma correta acerca da sequência do SBV; (77,2%) acertaram a relação compressão/ventilação; (61,8%) sabem da necessidade de priorizar compressões torácicas; (51,8%) responderam de forma adequada sobre a postura corporal para realização das compressões; somente (40%) teve êxito nas respostas quando questionado sobre a profundidade e frequência das compressões; (60%) mostraram conhecer os principais ritmos cardíacos presentes numa PCRC. A equipe de enfermagem analisada apresentou conhecimentos ainda deficientes acerca das mudanças das Diretrizes da American Heart Association de 2010, dessa forma, existe a necessidade urgente de capacitação para que reduzam as falhas e atraso que comprometem um atendimento de qualidade.

Palavras-chave: Parada Cardíaca, Cuidados de Enfermagem, Ressuscitação Cardiopulmonar, Enfermagem.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças cardiovasculares são a principal causa de morte no mundo, com estimativa de que as mortes causadas por males cardiovasculares atingirão 23,4 milhões de pessoas em 2030 (Brasil, 2010).

A PCRC (parada cardiorrespiratória cerebral) consiste na interrupção abrupta das

funções cardíaca, respiratória e cerebral, identificada respectivamente por ausência de pulso central, ausência de movimentos ventilatórios ou respiração agônica, além do estado de inconsciência (Grassia, 2010). Diante das situações de PCRC, é de suma importância o conhecimento de todos os profissionais da área da saúde sobre as manobras de reanimação cardiopulmonar cerebral (RCPC).

O atendimento da PCRC está inserido em uma avaliação primária que envolve o Suporte Básico de Vida (SBV), que ocasiona ao paciente todo um aparato inicial hemodinâmico e respiratório. A identificação precoce e o rápido início do atendimento à parada aumenta a sobrevivência, pois para cada minuto sem reanimação, a vítima perde cerca de 7 a 10% de chance de sobrevivência (American Heart Association, 2010).

A equipe de enfermagem, que consiste em enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, tem um papel de destaque no SBV, pois representam mais de 60% da equipe de saúde que contempla uma instituição hospitalar. São profissionais que convivem e interagem em tempo integral com o paciente e que precisam de conhecimento para reconhecer rapidamente sinais e sintomas que indicam uma PCRC (Martins et al., 2014). Portanto, é necessário que os profissionais da área da saúde se atualizem em relação às mudanças que ocorrem sobre reanimação cardiopulmonar e atendimento cardiovascular de emergência.

Este estudo objetiva analisar o conhecimento da equipe de enfermagem diante o reconhecimento de uma PCRC e sobre a RCPC de acordo com as Diretrizes publicadas em 2010 da American Heart Association (AHA).

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e exploratório, com abordagem quantita-

tiva, realizado em um Hospital escola da rede pública localizado no nordeste brasileiro, nos setores de internação clínica, cirúrgica e Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de adultos.

A população analisada foi composta pelos profissionais da área da enfermagem, tais como enfermeiros, bolsistas, voluntários, técnicos de enfermagem e concluintes do último ano de graduação. A amostra foi constituída de 110 profissionais da equipe de enfermagem que aceitaram participar da pesquisa.

Para a participação dos profissionais nesse estudo, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: profissionais da área de enfermagem que atuam nos setores clínicos, cirúrgicos e UTI. Os critérios de exclusão foram: aqueles profissionais que estivessem de férias e de licença médica.

A coleta de dados aconteceu nos meses de setembro a dezembro de 2013 por meio de um questionário semiestruturado com questões fechadas, dicotômicas de múltipla escolha, distribuídas em partes distintas: a respeito de informações sócio demográficas, identificação profissional, conhecimento e preparo em Suporte Básico de Vida (SBV) e conhecimento dos profissionais sobre a Diretriz da American Heart Association (AHA) 2010- Manobras de RCPC (American Heart Association, 2010).

Após a concordância em participação na pesquisa, foi solicitado a assinatura do Termo de Livre Consentimento Esclarecido (TCLE). Este estudo obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte CAAE: 15504613.2.0000.5537.

RESULTADOS

Nesse estudo, observou-se a predominância do sexo feminino, com (78,1%); a idade predominante foi entre 20 e 30 anos, com

(57,1%). Em relação ao estado civil, prevaleceram os solteiros, com (55,4%).

A amostra estudada foi composta por 110 profissionais da equipe de enfermagem, houve uma superioridade de profissionais de nível médio (67,3%); os profissionais de nível superior foram (20%) de enfermeiros e (12,7%) de concluintes do último ano de graduação. Houve uma prevalência significativa de profissionais dos setores clínicos, com (54,5%), seguido de (23,6%) de setores cirúrgicos e (14,5%) de funcionários da UTI.

Sobre o conhecimento dos profissionais acerca do reconhecimento dos sinais clássicos de uma PCRC, constatou-se acerto de 81,8% dos profissionais. Em relação à sequência correta da Cadeia de Sobrevivência do Suporte Básico de Vida, houve uma superioridade de acertos de 80% dos participantes da pesquisa.

A Tabela I apresenta os resultados das respostas dos profissionais a respeito das manobras de RCPC sobre as compressões cardíacas, priorização das manobras de RCPC em SBV, postura corporal para realização das compressões torácicas, profundidade e frequência das compressões torácicas.

Tabela I. Conhecimento dos profissionais sobre a Diretriz da American Heart Association (AHA) 2010- Manobras de RCPC.

Variáveis	Compressões cardíacas		Priorização das manobras		Postura corporal		Profundidade e frequência das compressões	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Respostas ADEQUADAS	85	77,2%	68	61,8%	57	51,8%	44	40%
INADEQUADAS	25	22,8%	42	38,2%	53	48,2%	66	60%
TOTAL	110	100%	110	100%	110	100%	110	100%

Constatou-se ainda que 60% dos profissionais mostraram conhecer os principais ritmos cardíacos presentes numa PCRC; e 59% souberam identificar corretamente os ritmos que necessitam do uso do desfibrilador externo.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo confirmam a predominância do sexo feminino, cujo total de mulheres foi de 78,1%. Outros estudos relacionados à enfermagem alcançaram resultados semelhantes acerca desta predominância (Santos et al., 2011; Silva e Machado, 2010; Bellan, Araujo e Araujo, 2010; Almeida et al., 2011; Moura et al., 2012). Em relação à faixa etária mais prevalente, os profissionais entre 20 e 30 anos de idade foram a maioria, com 57,1%. Resultados análogos foram encontrados em outras pesquisas que envolveram a equipe de enfermagem (Santos et al., 2011; Silva e Machado, 2010; Bellan et al., 2010; Almeida et al., 2011; Moura et al., 2012).

De acordo com a identificação profissional, dentre os participantes da pesquisa, houve uma superioridade de profissionais de nível médio, totalizando 67,3%; isso se deve naturalmente ao fato dos funcionários de nível médio da área da enfermagem, constituírem a maior força de trabalho de um hospital. Outro estudo também confirma essa maioria de técnicos e auxiliares de enfermagem (Briao et al., 2009).

O setor de trabalho que predominou na pesquisa foi a clínica médica, com 54,5%; seguido do setor cirúrgico, com 23,6%, e por último, a UTI, com 14,5%. Estudo voltado à elaboração de um guia teórico para o atendimento de enfermeiros em PCR identificou que a maioria dos entrevistados atua nas unidades de clínica médica e cirúrgica, análogo ao estudo ora elabo-

borado (Silva e Machado, 2010).

Ao analisar todos os profissionais envolvidos na pesquisa, sobre os sinais clássicos de reconhecimento de uma PCRC, 81,8% dos profissionais identificaram corretamente es-

ses sinais clínicos (inconsciência, ausência de movimentos ventilatórios (apneia) ou respiração agônica e ausência de pulso central). Corroborando com tal assertiva, outra pesquisa identificou que houve um elevado percentual de acertos em relação à identificação da PCR (98,0%) (Silva e Machado, 2010). Em contraponto, um estudo descritivo que abordou o conhecimento teórico dos enfermeiros sobre parada e ressuscitação cardiopulmonar, apenas 38,4% dos participantes identificaram a resposta correta quanto à detecção da PCR (Almeida et al., 2011).

No que se refere à sequência correta dos elos da nova Cadeia de Sobrevivência do SBV, 80% responderam a sequência correta: identificação precoce da PCRC e acionamento de ajuda de emergência; RCPC precoce e de qualidade; desfibrilação precoce; chegada do Suporte Avançado de Vida (SAV) e cuidados pós-PCR. Em contrapartida, estudo semelhante demonstrou que 67,1% dos sujeitos desconhecem as recomendações das diretrizes do SBV para a sequência recomendada no SBV (Almeida et al., 2011).

Foi analisado o conhecimento dos profissionais em relação às compressões cardíacas no SBV, 77,2% responderam corretamente a relação de 30 compressões para 2 ventilações, de acordo com as novas diretrizes. No entanto, outro estudo demonstrou que a relação compressão/ ventilação de 30:2 em uma RCPC é conhecida por apenas 37% dos enfermeiros, para a maioria, a relação é de 15:2, segundo diretrizes antigas (Almeida et al., 2011).

As manobras de Reanimação Cardiopulmonar no SBV também foram foco desse estudo, ficou evidenciado que 61,8% sabem da necessidade de priorizar compressões torácicas contínuas e de alta qualidade. Esse é um ponto de destaque das novas diretrizes da AHA

(2010), cuja ênfase é em compressões rítmicas com frequência de no mínimo 100/minuto, com profundidade de 5 cm ou 2 polegadas, retorno total do tórax após cada compressão e minimização das interrupções nas compressões torácicas (American Heart Association, 2010; Falcão, Ferez e Amaral, 2011). Outros estudos em que foram avaliados profissionais de enfermagem quanto à realização apropriada da compressão torácica demonstraram que a realização desta técnica foi a maior deficiência apresentada pelos profissionais (Silva e Machado, 2010; Moura et al., 2012).

O índice de respostas corretas em relação à posição corporal do reanimador durante as compressões torácicas externas foi de 51,8%. É importante atentar para o fato de o tronco ter que estar acima do corpo do paciente, os braços devem formar um ângulo de 90 graus com o tórax da vítima e manter os cotovelos estendidos (Santos et al., 2011). Resultados de outras pesquisas relataram que sobre a postura corporal para a realização da compressão, 46,6% dos sujeitos não assinalaram a alternativa sobre a posição dos braços do socorrista, apenas 20,6% responderam de forma correta (Almeida et al., 2011). Estes erros podem comprometer significativamente a qualidade da reanimação, que alertam para a necessidade de atualização teórica e prática desses profissionais.

Identificou-se um baixo nível de conhecimento dos profissionais de enfermagem em relação à profundidade e frequência das compressões torácicas. 60% dos entrevistados desconhecem as mudanças ocorridas em 2010 pela AHA de que o esterno adulto deve ser comprimido com 2 polegadas ou 5 centímetros e que a frequência de compressões também devem ser de, no mínimo, 100/minuto (American Heart Association, 2010).

Isto é algo preocupante, pois protocolos mais recentes de reanimação afirmam que compressões torácicas mais profundas são mais eficazes por criarem um maior fluxo sanguíneo, levarem mais oxigênio e energia à bomba cardíaca e por aumentarem a pressão intratorácica, de forma a comprimir diretamente o coração. Já em relação à frequência das compressões, o número de compressões torácicas aplicadas por minuto durante a RCPC é um fator determinante para retorno da circulação espontânea e da manutenção da boa função neurológica (American Heart Association, 2010).

O conhecimento acerca dos ritmos cardíacos mais comuns numa PCRC também foi analisado. 60% responderam corretamente os ritmos: fibrilação ventricular, taquicardia ventricular sem pulso, atividade elétrica sem pulso e assistolia (American Heart Association, 2010). Contudo, 40% dos funcionários avaliados desconhecem esses ritmos, que pode estar relacionado ao fato de que 67,3% dos funcionários são de nível médio.

Além disso, os ritmos cardíacos que fazem necessário o uso do desfibrilador externo também foi quesito avaliado. 59% responderam corretamente os ritmos chocáveis. Todavia, 41% responderam de forma incorreta sobre este quesito. Isso pode estar relacionado ao fato dos profissionais da enfermagem associar o conhecimento desses ritmos e o uso do DEA (desfibrilador externo automático) apenas à equipe médica. Outro estudo demonstra que 57,5% dos pesquisados afirmaram que o conhecimento dos ritmos cardíacos e o manuseio do DEA são habilidades restritas ao profissional médico (Santos et al., 2011).

CONCLUSÃO

Este estudo demonstra a necessidade de um treinamento contínuo acerca das man-

bras executadas diante de uma PCRC, pois essa emergência precisa de uma equipe preparada e ágil para reduzir os prejuízos causados por uma PCRC. Além disso, ao analisar todos os profissionais que responderam ao questionário, pôde-se perceber que grande parte destes apresentou deficiência de conhecimento em relação às mudanças da diretriz. Este estudo apresenta significativa relevância, pois apesar ter sido uma pesquisa realizada em um hospital escola, no qual a educação continuada deveria ser algo presente, os resultados obtidos acerca de um tema tão relevante e tão presente nos serviços de saúde hospitalares não foram satisfatórios.

Além disso, fomenta a importância de discussão permanente acerca dessa temática e nos alerta em manter intensa a busca por novos conhecimentos e habilidades, de forma a proporcionar o bem-estar do paciente e a melhoria contínua da assistência prestada. Os resultados alcançados servirão de subsídios para o planejamento de cursos de capacitação contínuos para a equipe de enfermagem em parceria com o setor de educação continuada da Instituição de Saúde analisada.

REFERÊNCIAS

- Almeida, A.O., Araujo, I.E.M., Dalri, M.C.B. y Araujo, S. (2011). Conhecimento teórico dos enfermeiros sobre parada e ressuscitação cardiopulmonar, em unidades não hospitalares de atendimento à urgência e emergência. *Rev Latino-Am. Enfermagem*, 19(2), 261-8.
- American Heart Association. (2010). Destaques das diretrizes da American Heart Association para RCP e ACE. American Heart Association (AHA). Disponível em: http://www.heart.org/idc/groups/heartpublic/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317343.pdf.
- Bellan, M.C., Araujo, I.I.M. y Araujo, S. (2010). Capacitação teórica do enfermeiro para o atendimento da parada cardiorrespiratória. *Rev bras enferm*, 63(6), 1019-27.
- Ministério da Saúde (Brasil) (2010).. Rede Inter agencial

- de Informação para a Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde: DATASUS. População Residente: notas técnicas. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibge/popdescr.htm>.
- Brião, R.C., Souza, E.M., Castro, R.A. y Rabelo, E.R. (2009). Cohort study to evaluate nursing team performance in a theoretical test after training in cardiopulmonary arrest. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 17(1),40-5.
 - Falcão, L.F.R., Perez, D. y Amaral, J.L.G. (2011). Atualização das Diretrizes de Ressuscitação Cardiopulmonar de Interesse ao Anestesiologista. *Rev Bras Anestesiologia*, 61(5),624-40.
 - Grassia, R.C.F. (2010). Reanimação Cardiopulmonar-cerebral. Em *O enfermeiro e as situações de emergência*. São Paulo: Atheneu.
 - Martins, J.T. et al. (2014). Sentimentos vivenciados pela equipe de enfermagem de um centro de tratamento de queimados. *Esc Anna Nery*, 18(3),522-6.
 - Moura, L.T.R., Lacerda, L.C.A., Gonçalves, D.D.S., Andrade, R.B. y Oliveira, Y.R. (2012). Assistência ao paciente em parada cardiorrespiratória em unidade de terapia intensiva. *Rev Rene*, 13(2),419-27.
 - Rezende, L.C.M., Costa, K.N.F.M., Martins K.P. y Costa, T.F. (2014). Comunicação entre a equipe de enfermagem e familiares de pacientes em unidade de terapia intensiva. *Cultura de los Cuidados*, 18(39),84-92.
 - Santos, T.C.M.M., Faria, A.L., Elias, G.C.A. y Feitosa, M.S. (2011). Conteúdo de domínio da equipe de enfermagem de um pronto socorro sobre o atendimento à parada cardiorrespiratória. *J Nurs UFPE on line*, 5(10),2445-55.
 - Silva, A.B. y Machado, R.C. (2010). Elaboração de guia teórico de atendimento em parada cardiorrespiratória para enfermeiros. *Rev Rene*, 14(4),1014-21.



Estratégias de educação em saúde para idosos: experiências e desafios

Estrategias de educación en salud para ancianos: experiencias y desafíos

Health education strategies for older people: experiences and challenges

Rodrigo Euripedes da Silveira¹, Francielle Toniolo Nicodemos Furtado de Mendonça², Álvaro da Silva Santos³,
Elvira Maria Ventura Filipe⁴

¹Enfermeiro. Mestre em Ciências da Saúde. Doutorando em Ciências pela Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria do Estado da Saúde (SES) de São Paulo. rodrigoeuripedes.silveira@gmail.com

²Enfermeira. Especialista em Saúde do Adulto na modalidade Residência Multiprofissional. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde da UFTM. francielletoniolo.enf@gmail.com

³Enfermeiro. Especialista em Saúde Pública. Mestre em Administração em Serviços de Saúde. Doutor em Ciências Sociais. Pós-Doutorado em Serviço Social. Professor Adjunto III de Graduação e da Pós Graduação Estrito Senso em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM). alvaroenf@hotmail.com

⁴Psicóloga. Doutora em Psicologia da Saúde. Docente do Programa de Pós Graduação Estrito Senso em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças da SES – São Paulo. elvira@crt.saude.sp.gov.br

Cómo citar este artículo en edición digital: Silveira, R.E., Mendonça, F.T.N.F., Santos, A.S. y Filipe, E.M.V. (2015). Estratégias de educação em saúde para idosos: experiências e desafios. Cultura de los Cuidados (Edición digital), 19, 42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.14>

Correspondencia: Rodrigo Euripedes da Silveira. Rua Campos Sales, 840. Bairro Abadia. Uberaba, Minas Gerais, Brazil. CEP: 38026-260. Tel.: +55(34) 9155-3088

Correo electrónico: rodrigoeuripedes.silveira@gmail.com

Recibido: 12/01/2015; Aceptado: 08/06/2015



ABSTRACT

This is an integrative review which aims to assess the scientific literature related to health education for elderly in Brazil, between 2007 to 2013. How to search databases used the Virtual Health Library – VHL, Scielo, Redalyc and from the intersection of descriptors: aged and health education. Rose 14 articles that responded to the goals and, that after reading it he elucidated three categories, namely: Experiences in health education with elderly people,

Experiences of training and capacity-building Needs related to health education and physical activity as a tool for health education for the elderly. It turns out that one of the main gaps are the extension of studies and experiences with didactic approaches further, the appreciation of aspects beyond diseases, as well as the importance of physical activity, but also issues such as leisure, income generation, family relationships, in addition to better training of health professionals to deal with health education activities for the elderly.

Keywords: Elderly. Health Education. Elderly Health.

RESUMEN

Esta es una revisión integrativa que pretende evaluar las publicaciones científicas relacionadas con la educación de salud para an-

cianos en Brasil entre 2007-2013. Como bases de búsqueda de datos se utilizó la Biblioteca Virtual en Salud – BVS, Scielo, Redalyc y con los descriptores: educación en salud y anciano. Se evidenciaron 14 artículos que respondieron a los objetivos y, que después de leerlos se ha dilucidado tres categorías, a saber: experiencias en educación para la salud con personas mayores, experiencias de formación y necesidades de capacitación relativas con educación para la salud y la actividad física como una herramienta para la educación de salud para los ancianos. Las principales necesidades de investigación y experiencias son la ampliación de estudios y experiencias con enfoques didácticos más lejanos, la apreciación de los aspectos más allá de enfermedades, así como la importancia de la actividad física, pero también temas como la generación de ingresos, el ocio, las relaciones familiares, además de mejor formación de los profesionales de salud para hacer frente a las acciones de educación en salud para ancianos.

Palabras clave: Anciano. Educación en Salud. Salud del Anciano.

RESUMO

Esta é uma revisão integrativa que tem como objetivo avaliar a produção científica relacionada à educação em saúde para idosos no Brasil, entre 2007 a 2013. Como bases de busca se usaram a Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, Redalyc e Scielo, a partir dos cruzamentos dos descritores: idoso e educação em saúde. Se levantou 14 artigos que responderam aos objetivos e, que após leitura se elucidou três categorias, a saber: Experiências em Educação em Saúde com Idosos, Experiências de Formação e Necessidades de Capacitação relacionadas à Educação em Saúde e Atividade Física como instrumento para Educação em Saúde para Idosos. Verifica-se que dentre as

principais lacunas está a ampliação de estudos e experiências com abordagens didáticas mais amplas, a valorização de aspectos para além de doenças, bem como a importância da atividade física, mas também de questões como lazer, geração de renda, relações familiares, além de melhor capacitação de profissionais de saúde para lidar com ações de educação em saúde para idosos.

Palavras-Chave: Idoso. Educação em Saúde. Saúde do Idoso.

INTRODUÇÃO

Em um conceito abrangente, as ações educativas em saúde constituem processos dinâmicos de interação e aprendizagem entre profissionais de saúde, gerentes e outros, tendo como pano de fundo a busca pela melhoria das condições de saúde de determinada população. Destaca-se que esta modalidade de intervenção no âmbito da saúde coletiva, tem se desenvolvido significativamente nos últimos anos, com enfoque em ações preventivas e de promoção da saúde (Pinafo, Nunes, González, 2012).

Neste sentido, a abordagem multiprofissional no contexto da Educação em Saúde é de grande importância, para o alinhamento de programas, metas e práticas, desenvolvidas pelos profissionais de saúde entre si, com a instituição e, sobretudo, com o usuário, procurando desencadear mudanças de comportamento individual. Estas ações procuram modificar as condições de vida das pessoas, auxiliando no processo de tomada de decisão em direção à qualidade de vida e à saúde (Melo et al., 2009).

Contudo, as práticas educativas no contexto da Atenção Primária são perpetradas por dificuldades e desafios para sua devida execução. Na visão de enfermeiros, existem dificuldades no contexto do processo de trabalho

da equipe, barreiras relacionadas à estrutura física e insuficiência de recursos materiais nas unidades de saúde. Além disso, no relato dos sujeitos, observam-se desencontros na relação com os usuários no desenvolvimento da educação em saúde, sobretudo em grupos que requerem abordagens e condutas específicas, como a condução de Grupos de Idosos (Moutinho et al, 2014).

Ao se considerar uma população crescente de pessoas com 60 anos ou mais de idade, consolida-se um desafio para os sistemas de saúde e seguridade social, que devem oferecer suporte de qualidade de vida para uma população com mais de 32 milhões de idosos, na sua maioria de nível sócio-econômico e educacional baixo e com alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes (Tavares, Dias, Munari, 2012). De fato, é imperativo o desenvolvimento de políticas sociais e de saúde factíveis e condizentes com as reais necessidades desta população, fugindo do modelo tradicional de atenção ao idoso, limitado às enfermidades crônicas em consultas individuais esporádicas, sem continuidade, e desconsiderando o impacto desse quadro na qualidade de vida (Melo et al., 2009).

Uma das ações propostas para o envelhecimento bem-sucedido é a educação em saúde. Para que as pessoas possam vivenciar um envelhecimento bem-sucedido, é fundamental construir a melhor relação possível entre quantidade e qualidade de vida. A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu o termo “envelhecimento ativo” como processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, para expressar o decurso de conquista do envelhecimento como experiência positiva (Buranello et al., 2014).

Nesta direção, capacitar os profissionais de saúde com apoio e supervisão de gestores ap-

tos para esta abordagem é premente para a eficácia destas estratégias. Em estudo que buscou avaliar as contribuições da prática educativa na qualificação de enfermeiros para o cuidado a idosos hospitalizados, pontuou-se que o idoso requer cuidados diferenciados e a prática educativa constitui-se em instrumento de qualificação e atualização primordial para os integrantes da equipe de enfermagem (Both et al., 2014).

Outro estudo, que considerou prontuários dos idosos participantes de um grupo de assistência multidisciplinar, identificou na comparação entre os resultados obtidos das avaliações fisioterapêuticas inicial e final, diminuição do tempo de execução do teste de sentar e levantarem 91,66% da amostra, manutenção dos escores encontrados na avaliação da mobilidade, e melhora da pontuação na avaliação do equilíbrio em 54,16% da amostra, havendo significância estatística ($p < 0,05$). Experiências desta monta, assinalam a necessidade de inclusão das atividades de Educação em Saúde para idosos na agenda de cuidados das unidades de Atenção Primária à Saúde de todo país (Silva et al., 2014).

Levando em conta os temas supracitados, a presente investigação tem como objetivo avaliar a produção científica relacionada à educação em saúde para idosos no Brasil, entre 2007 a 2013, através de revisão integrativa da literatura.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa; com busca realizada nas seguintes fontes de dados: Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, Redalyc e Scielo, a partir do cruzamento dos seguintes descritores: idoso e educação em saúde. Os limites de refinamento consideraram: artigos originais e completos oriundos de

trabalhos desenvolvidos no Brasil, nos idiomas português, espanhol e inglês, publicados entre 2007 a 2013. Foram excluídos artigos duplicados, editoriais, opiniões e resenhas/capítulos de livro.

Em consideração aos critérios de seleção propostos, do universo de 324 artigos encontrados, 67 foram filtrados para leitura, dos quais quatorze constituíram a amostra final desta investigação. Os artigos foram tabulados e processados com análise descritiva, através das seguintes variáveis: o banco ou base de dados onde foram extraídos os trabalhos, ano de publicação, identificação dos autores, objetivos, palavras-chave, referencial teórico, metodologia aplicada e contribuições dos estudos. Posteriormente os dados foram categorizados por aproximação temática, inerente ao enfoque da presente investigação.

RESULTADOS

Quatro periódicos abarcaram o maior número de publicações sobre a temática no período estudado. São eles: Acta Paulista de Enfermagem, Ciência e Saúde Coletiva, Revista Brasileira de Enfermagem e Texto Contexto em Enfermagem, cada uma com duas publicações.

Das publicações do período, houve predomínio de publicações nos anos de 2009 e 2010, com quatro publicações cada uma, que somados representam 57,1%. Foi registrada uma publicação em 2013. Com relação aos descritores, o termo Idoso aparece em

73,3% das publicações, seguido por Educação em Saúde em 66,7% e Promoção à Saúde em 53,3%.

Com relação ao delineamento metodológico dos estudos, 50% dos estudos tinham abordagem qualitativa e outros 42,9% eram relato de experiência, como se observa no quadro 1. Entre os autores, 53,4% eram enfermeiros, vinculados majoritariamente a departamentos e instituições de saúde ou educação. As instituições a que pertenciam estavam em sua maioria localizadas na região sudeste, denotando maior produção científica neste eixo, sobretudo nos estados de Rio de Janeiro (31,8%) e São Paulo (13,6%).

Quadro 1 – Distribuição dos artigos sobre Educação em Saúde para Idosos, quanto ao ano de publicação, periódico, título e tipo de estudo/método. Brasil, 2007-2013.

Ano	Periódico	Título	Tipo de estudo/método
2007	O Mundo da Saúde	Ações educativas em promoção da saúde no envelhecimento: a experiência do núcleo de atenção ao idoso da UNATI/UERJ	Relato de experiência
2007	Texto Contexto Enferm	Necessidades de Educação em Saúde dos Cuidadores de Pessoas Idosas no Domicílio	Estudo exploratório-descriptivo, com abordagem qualitativa
2008	Ciência & Saúde Coletiva	A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI - UNATI/UERJ	Relato de experiência
2009	Texto Contexto Enferm	Cuidado compartilhado: uma perspectiva de cuidar do idoso fundamentada na educação em saúde	Pesquisa qualitativa de abordagem convergente-assistencial
2009	Rev. APS	A saúde no diálogo com a vida cotidiana: a experiência do trabalho educativo com idosos no Grupo Roda da Saúde.	Relato de experiência
2009	Rev Bras Enferm	Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem	Método qualitativo
2010	Interface - Comunic., Saude, Educ	Educação em saúde da pessoa idosa em discursos e práticas: atividade física como sinônimo de saúde.	Estudo empírico de cunho qualitativo
2010	Psicologia & Sociedade	'Grupos de conversa': saúde da pessoa idosa na estratégia saúde da família.	Relato de experiência
2010	Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde	Dança e envelhecimento: uma parceria em movimento!	Relato de experiência
2011	Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.	Atividade Física para idosos: diretrizes para implantação de programas e ações.	Pesquisa do tipo qualitativa
2012	Acta Paul Enferm.	Alfabetização em saúde de pessoas idosas na atenção básica	Pesquisa do tipo qualitativa
2012	Escola Anna Nery	Reinventando práticas de enfermagem na educação em saúde: teatro com idoso.	Pesquisa do tipo qualitativa
2012	Acta Paul Enferm.	Qualidade de vida de idosos e participação em atividades educativas grupais	Estudo tipo inquérito domiciliar transversal, tipo quantitativo
2013	Revista Eletrônica Gestão & Saúde	Oficinas multiprofissionais: educação em saúde para idosos de uma comunidade	Relato de experiência

DISCUSSÃO

Os artigos foram analisados, codificados e tabulados em três categorias temáticas, com o intuito de elucidar a síntese das informações emergentes sob o aspecto do conteúdo e corroborar na construção do conhecimento sobre o tema pesquisado, a saber: Experiências em Educação em Saúde com Idosos, Experiências de Formação e Necessidade de Capacitação relacionadas à Educação em Saúde e Atividade Física como instrumento para Educação em Saúde para Idosos.

1) Experiências em Educação em Saúde com Idosos

Nesta categoria foram incluídos os artigos que explicitam diferentes formas de se fazer educação em saúde com idosos, demonstrando uma diversidade de técnicas e formas de abordagens que podem ser utilizadas tanto na atenção primária como na atenção hospitalar. Em experiência realizada por um grupo de residentes no Rio Grande do Sul com quarenta idosos participantes de um grupo de convivência, foram trabalhados os temas: osteoporose, diabetes mellitus, dislipidemia, planejando o futuro e relações de cuidado. Pela perspectiva dos autores, as oficinas contribuíram de modo inovador para estimular a participação dos idosos, promovendo a interação e o convívio dos mesmos, enquanto assumiam o papel de agentes ativos no processo de aprendizagem e de fazer saúde (Serbim, 2013).

No Rio de Janeiro a experiência de um programa vinculado à Universidade Aberta da Terceira Idade incluiu diferentes categorias profissionais e várias modalidades educativas, abertas aos idosos e usuários em geral. Na iniciativa o trabalho pautou-se em uma visão de saúde articulada à qualidade de vida e concebeu a educação como diálogo, troca de

experiências, respeito ao outro, reflexão, problematização e busca de alternativas/escolhas possíveis. O projeto contribuiu no estímulo a uma nova sensibilidade na cultura profissional e representou um “abrir portas” no serviço, fortalecendo o compromisso com uma assistência de qualidade, centrada no vínculo, na responsabilização e na partilha dos desafios à qualidade de vida e saúde no envelhecimento (Assis et al., 2007).

Outro artigo proveniente da mesma instituição apresentou a proposta metodológica do grupo aberto Roda da Saúde, que se caracterizou como “chá da tarde” e buscou estimular a reflexão e a produção coletiva sobre temas relacionados à saúde e qualidade de vida com programação definida no próprio grupo, utilizando temas emergentes no processo e/ou sugeridos pelos participantes. A experiência tem sido valiosa para profissionais e idosos pela partilha de saberes e construção de vínculos (Bernardo et al. 2009).

Em estudo realizado no Mato Grosso do Sul são relatados resultados parciais do desenvolvimento de uma experiência de extensão universitária realizada em parceria com a rede de atenção primária. As atividades realizadas buscaram desenvolver um processo grupal de promoção da saúde com pessoas idosas, tendo em vista o envelhecimento ativo e a qualidade de vida dessa população. Foi observado que as atividades em grupo constituíram-se em espaço privilegiado para a constituição de redes de apoio e de processo de ensino-aprendizagem, possibilitando aos participantes a ampliação do conhecimento de si e do outro, por meio de vivências e discussão em grupo (Combinato et al. 2010).

Em experiência realizada pela Universidade de Pernambuco o teatro foi utilizado como ferramenta de educação em saúde, ten-

do como enfoque a promoção da saúde num grupo de idosos. Nos encontros foram trabalhados os temas: acolhimento, construção das histórias de vida, retirando máscaras, viajando na imaginação/diversidade dos cenários, trabalhando a emoção, trabalho corporal, fazendo caras e bocas, oficina de personagens e ensaiando uma peça teatral – “O que a vida me ensinou e o que posso lhe adiantar”. O teatro se mostrou excelente instrumento de empoderamento da população idosa, a partir da valorização de suas experiências de vida (Campos et al., 2012).

Estratégia realizada no Rio de Janeiro utilizou a educação em saúde pautada no diálogo como veículo de cuidado. O trabalho foi realizado com 19 acompanhantes de idosos hospitalizados que participaram de entrevistas e observações participantes buscando identificar os saberes e práticas sobre os cuidados na prevenção e tratamento de úlceras por pressão, integrá-los a um plano de cuidados e discutir sua efetividade. Na análise do plano de cuidado inferiu-se que o diálogo/reflexão permitiu ao acompanhante se instrumentalizar, e ofereceu condições para pensar, refletir criticamente e agir, em busca da participação no cuidado. Assim, demonstrou-se que estratégias de educação em saúde também podem ser implementadas de forma eficaz no cenário hospitalar (Teixeira; Ferreira, 2009).

Em estudo realizado com 1255 idosos que teve como objetivo comparar os escores de qualidade de vida entre os idosos participativos e não participativos de atividades educativas grupais, encontrou-se que os idosos que participavam de atividades educativas grupais apresentaram melhores escores no domínio relações sociais e nas facetas funcionamento dos sentidos, autonomia, atividades passadas, presentes e futuras e participação social, com-

parados aos não participativos. Dessa forma os autores evidenciaram no estudo a necessidade de reflexão sobre as atividades educativas grupais desenvolvidas nos serviços de saúde como fator contributivo para a melhoria das condições de saúde e qualidade de vida dos idosos (Tavares; Dias; Munari, 2012).

Em consideração à temática ora abordada, refere-se à diversidade de técnicas didáticas existentes em outras áreas não diretamente ligadas à saúde, mas que podem ser adaptadas para grupos de idosos no contexto da atenção primária. Pesquisas e experiências que avancem além do debate sobre doenças, que passem o limite do tempo e alcancem maior interesse do usuário, bem como as técnicas que possam avaliar o impacto das ações desenvolvidas e também práticas educativas em saúde na área hospitalar parecem constituir lacunas a serem melhor exploradas na educação em saúde para idosos.

2) Experiências de Formação e Necessidade de Capacitação relacionadas à Educação em Saúde

A prática profissional de saúde, sobretudo em níveis específicos de atendimento, permite observar uma desarticulação entre os conteúdos teóricos absorvidos na graduação e aqueles utilizados na prática, em que a condução de grupos de Educação em Saúde muitas vezes não alcança seus reais objetivos. Com a população idosa não é diferente, uma vez que os grupos direcionados a essas pessoas na Atenção Primária, muitas vezes, têm sua finalidade reduzida à verificação da pressão arterial e de glicemia capilar aliada à entrega de medicamentos. Este contexto reitera a necessidade de capacitação e orientação dos profissionais de saúde para a condução destas atividades.

Estudo realizado em Santa Catarina com



abordagem qualitativa e com vistas a identificar e classificar as necessidades de educação em saúde apresentadas por cuidadores de idosos, observou que as necessidades educativas mais prementes estavam relacionadas às doenças e seus agravos, à terapia medicamentosa, dietas e exercícios físicos (Martins et al, 2007).

Por outra perspectiva, estudo conduzido com treze usuários de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Rio de Janeiro, questionou aos idosos quais eram as suas expectativas com relação à enfermagem. Emergiram como categorias: Encontrar o outro (humano) na atitude da enfermagem e estabelecer relações com outras pessoas. Entre as ações não práticas da enfermagem preferidas pelos idosos predominaram: Ajudar a resolver problemas, Bater papo, Dar orientação e Passear juntos (Lima e Tocantins, 2009).

A investigação conduzida no estado do Rio Grande do Sul, buscou analisar como pessoas idosas vinculadas a grupos de educação em saúde de uma UBS buscam, compreendem e partilham informações a fim de manter e promover a saúde ao longo da vida. Pelos relatos dos 30 idosos, foram elaboradas cinco categorias de análise – interesse/preocupação em saúde; busca, compreensão partilha e repercussão das informações para o idoso. Contudo, muitos idosos destacaram que as informações recebidas eram bastante restritas, referentes ao

diagnóstico e ao tratamento, enquanto as dúvidas relatadas eram mais amplas e não esclarecidas, demonstrando que a educação em saúde das pessoas idosas necessita ser aprofundada (Paskulin et al, 2012).

Destaca-se que a capacitação de profissionais para atuar na área de envelhecimento e saúde do idoso é uma das ações prioritárias da Política Nacional do Idoso no Brasil, em função do acelerado envelhecimento populacional e da consequente transição epidemiológica (incremento das doenças crônicas não transmissíveis) do país. Desta forma, refere-se à iniciativa do Núcleo de Atenção ao Idoso, vinculado à Universidade Aberta da Terceira Idade/UERJ, que desenvolve um programa de ensino a partir da experiência assistencial, cujo eixo compreende a integralidade da atenção e o trabalho interdisciplinar. O programa inclui modalidades de ensino em nível de residência, especialização, treinamento profissional e estágio de graduação. (Motta, Caldas e Assis, 2008).

Outro conceito em expansão no Brasil se refere aos preceptores, entendidos como um componente emergente do sistema de saúde brasileiro para educação de recursos humanos. Em pesquisa com participantes de distintas áreas profissionais em um programa educacional como preceptores, foram registradas quarenta e três competências, classificadas em nove domínios: educação, valores profissionais, ciências básicas da saúde pública, gestão, saúde, trabalho em equipe, comunicação, comunidade orientação e desenvolvimento profissional. Essas competências constituem uma referência útil para educação profissional continuada (Rodrigues, Witt; 2013).

Aspectos voltados à necessidade de capacitação dos profissionais para lidarem com idosos através das práticas de educação em saúde precisam ser mais exploradas, pois além de poucos estudos parecem que os profissionais

“ousam pouco” na criatividade para lidar com conteúdos dos idosos. Seja na universidade na formação básica, ou mesmo em capacitações continuadas, as técnicas didáticas, temas de saúde (mais do que os de doença) precisam ser mais explorados, o que constituem também importantes lacunas.

3) Atividade Física como instrumento para Educação em Saúde para Idosos

No entendimento de um processo natural relativo ao envelhecimento, admite-se a presença de alterações físico-funcionais que podem levar à redução ou incapacidade de realização de atividades físicas ou da rotina diária, coexistindo com fraqueza muscular, alterações no equilíbrio e no balance e modificações na mobilidade, que corroboram a um aumento no risco de quedas, depressão e hospitalizações (Buranello et al., 2014).

É neste contexto que se discute a antiga percepção do idoso enquanto um “peso” para a sociedade, que passa a contemplar o envelhecimento como um processo repleto de oportunidades, passível de uma vida saudável e com qualidade de vida. Nesta direção, estudo que envolveu 14 idosos frequentadores de Academias da Terceira Idade e sete profissionais de saúde responsáveis pela implementação e coordenação de ações de educação e promoção da saúde para a Terceira Idade em um município de Santa Catarina, verificou-se que os profissionais dão significado a atividade física como principal estratégia para a promoção de uma “velhice saudável” e que os discursos dos idosos reproduzem, em grande medida, essas construções. (Fernandes, Siqueira, 2010).

Contudo, cabe considerar que, em países cuja distribuição de renda se caracteriza por forte desigualdade, posição em que se encontra o Brasil, graves “patologias sociais”, advindas de políticas públicas de baixa efi-

cácia, ações de saúde pautadas em alicerces curativistas, entre outros fatores, produzem corpos frágeis, enfermos e vulneráveis (Castiel e Alvarez-Dardet, 2007). Nesta monta, a adoção exclusiva da prática de exercícios físicos como principal estratégia para a promoção de um envelhecimento saudável, não é válida, uma vez que outras dimensões essenciais para a vida plena e saudável, que incluem aspectos culturais, condições básicas de vida que dizem respeito à moradia, trabalho, lazer e acesso aos serviços de saúde, também devem ser foco das abordagens em saúde pública.

Estudo realizado em Santa Catarina, com o intuito de descrever as diretrizes necessárias para a formulação de programas e ações de atividade física (AF) para idosos de grupos de convivência, observou que, para melhorar e ampliar a estratégia é necessário: descentralização, contratação de profissionais especializados, conscientização sobre um envelhecimento ativo e os benefícios da prática regular de atividade física, além da necessidade do estabelecimento de parcerias com instituições públicas e privadas (Salin et al, 2011). Esta experiência deve ser levada em conta na elaboração e implementação de estratégias que favoreçam a prática de atividade física orientada, além da supervisão nas denominadas Academias da Terceira Idade alocadas em praças, parques e outros espaços públicos.

Além disso, outra estratégia de grande interesse para grupos de idosos refere-se à Dança, que permite a seus participantes trabalhar a capacidade funcional por meio de coreografias, exigindo assim orientação têmporo-espacial, entre outras possibilidades. O Programa de Atividade Física para Terceira Idade – PRO-FIT da Universidade Estadual Paulista utiliza a dança como atividade regular desde 1997 e passou por reestruturações que favoreceram a dinamização do programa e o alcance de me-

lhores resultados. Na turma de 30 alunos, além do trabalho motor, dos ritmos variados e montagem coreográfica, as aulas propiciam a estes idosos, consciência corporal, prática mental e ritmo. As aulas são divididas em alongamento e aquecimento inicial, parte principal (onde são estimulados os componentes da capacidade funcional) e finalizam com alongamento e volta à calma (Paiva et al, 2011).

Para além disso, um cuidado especializado nos setores primários de saúde devem incluir ações de saúde que estejam ligadas as doenças mais prevalentes; diagnosticar os riscos de doenças e prevenir as internações; traçar o perfil dos idosos e suas reais necessidades; assim como outras questões inerentes ao envelhecimento populacional brasileiro, tais como: geração de renda, relações familiares, lazer e recreação, que constituem outras lacunas de pesquisa e intervenção educativa em saúde com idosos (Silveira et al, 2013).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pelos resultados obtidos por esta análise da produção científica em Educação em Saúde direcionada à população idosa, é possível inferir que se faz necessário um enfoque na integralidade da atenção e no cuidado em aspectos relevantes para esta população, como as questões nutricionais, de atividade física e de lazer, que devem ser trabalhados enquanto objetivos da prevenção e promoção de saúde nos diversos níveis de atenção, sobremaneira na Atenção Primária, porta de entrada para o Sistema de Saúde brasileiro.

Ressalta-se que é essencial e estratégico a multiplicação de oportunidades de formação nesta linha de cuidado em face às demandas sociais crescentes pelo envelhecimento populacional. De mesma relevância, considera-se o apoio informal e familiar na consecução de um aspecto fundamental na atenção à saúde

desse grupo populacional. Diversas estratégias podem ser utilizadas para tais objetivos, tais como: distribuição de cartilhas e folhetos do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde; o desenvolvimento de campanhas em programas populares de rádio; veiculação de propagandas na televisão; treinamento de agentes comunitários de saúde e profissionais integrantes da estratégia de saúde da família para, no trabalho domiciliar, estimular os cidadãos na adoção de comportamentos saudáveis.

O fato é que os idosos precisam lançar mão de algumas estratégias que possibilitem ter uma velhice satisfatória. Isto, implica em estarem atentos à cultivar novos hábitos, engajar-se em atividades produtivas, realizar seus projetos de vida, ingressar em universidade de terceira idade, desenvolver serviços voluntários, dentre tantas outras iniciativas possíveis.

Um envelhecimento bem-sucedido depende de como o idoso vai enfrentar os desafios da vida, lutar pelos os seus direitos de cidadão e colocar em prática projetos viáveis dentro das condições pessoais e do meio ambiente em que vivem. Reforçar essa concepção do papel do enfermeiro como educador e agente de transformação social, portanto, se faz necessária. Esta deve ser uma constante na atuação profissional, visto que a educação permanente em saúde deve ser parte integrante do escopo profissional.

REFERÊNCIAS

- Assis, M., Pacheco, L.C., Menezes, M.F.G., Bernardo, M.H.J., Steenhagen C.H.V.A., Tavares, E.L. y Santos, D.M. (2007). Ações educativas em promoção da saúde no envelhecimento: a experiência do núcleo de atenção ao idoso da UNATI/UERJ. *O mundo da Saúde*, 31, 438-47.
- Bernardo, M.H.J., Menezes, M.F.G., Assis, M., Carvalho, L.C., y Mecenas, A.S. (2009). A saúde no diálogo com a vida cotidiana: a experiência do trabalho educativo com

- idosos no grupo roda da saúde. *Revista APS*, 12(4), 504-9.
- Both, J.E., Leite, M.T., Hildebrandt, L.M., Beuter, M., Muller, L.A., y Linck, C.L. (2014). Qualificação da equipe de enfermagem mediante pesquisa convergente assistencial: contribuições ao cuidado do idoso hospitalizado. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, 18, 486-95.
 - Buranello, M.C., Gomes, N.C., Patrizzi, L.J., Farinelli, M.R., Shimano, S.G.N. (2014). Grupo de Ginástica Orientada na Terceira Idade: condições funcionais e adesão. *Rev. Fam. Ciclos de Vida e Saúde no Cont. Soc.*, 2, 13-9.
 - Campos, C.N.A., Santos, L.C., Moura, M.R., Aquino, J.M. y Monteiro, E.M.L.M. (2012). Reinventando práticas de enfermagem na educação em saúde: teatro com idosos. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, 16, 588-96.
 - Castiel, L.D., y Alvarez-Dardet, C. (2007). A saúde persecutória: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Fiocruz.
 - Combinato, D.S., Vecchia, M.D., Lopes, E.G. Manoel, R.A., Marino, H.D., Oliveira, A.C.S., y Silva, K.F. (2010). "Grupos de Conversa": saúde da pessoa idosa na estratégia saúde da família. *Psicologia & Sociedade*, 22, 558-568.
 - Fernandes, W.R. y Siqueira, V.H.F. (2010). Health education for elderly people in discourse and practice: physical activity as a synonym for health. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, 14, 371-385.
 - Lima, C.A. y Tocantins, F.R. (2009). Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, 62, 367-373.
 - Martins, J.J., Albuquerque, G.L., Nascimento, E.R.P., Barra, D.C.C., Souza, W.G.A. y Pacheco, W.N.S. (2007). Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. *Texto Contexto Enferm*, 16, 254-262.
 - Melo, M.C., Souza, A.L., Leandro, E.L., Mauricio, H.A., Silva, I.D., y Oliveira, J.M.O. (2009). A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. *Ciência & Saúde Coletiva.*, 14, 1579-1586.
 - Motta, L.B., Caldas, C.P., y Assis, M. (2008). A formação de profissionais para a atenção integral à saúde do idoso: a experiência interdisciplinar do NAI-UNATI/UERJ. *Ciência & Saúde Coletiva*. 13, 1143-51.
 - Moutinho, C.B., Almeida, E.R., Leite, M.T.S., y Vieira, M.A. (2014). Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família. *Trab. educ. saúde*, 12, 253-72.
 - Paiva, A.C.S., Hernandez, S.S., Sebastião, E., Quadros-Junior, A.C., Cury, M., Costa, J.L.R. y Gobbi, L.T.B., y Gobbi, S. (2011). Dança e envelhecimento: uma parceria em movimento! *Rev. Brasil. Ativ. Fis. Saúde*, 15, 70-2.
 - Paskulin, L.M.G., Bierhals, C.C.B.K., Valer, D.B., Aires, M., Guimarães, N.V., Brocker, A.R., Lanzotti, L.H. y Moraes, E.P. (2012). Alfabetização em saúde de pessoas idosas na atenção básica. *Acta Paul. enferm.* 25, 129-35.
 - Pinafo, E. y Nunes, E.F.P.A. y González, A.D. (2012). A educação em saúde na relação usuário-trabalhador no cotidiano de equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17, 1825-32.
 - Rodrigues, C.D.S. y Witt, R.R. (2013). Competencies for preceptorship in the Brazilian health care system. *J Contin Educ Nurs.*, 44, 507-15. Recuperado de: doi: 10.3928/00220124-20130903-63.
 - Salin, M.S., Mazo, G.Z., Cardoso, A.S. y Garcia, G.C. (2011). Atividade Física para idosos: diretrizes para implantação de programas e ações. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*; 14, 197-208.
 - Serbim, A., Gerlack, L., Motta, M.D., Gaviolli, C., Cecconello, M., Moreira, L. y Werlang, M. (2012). Oficinas multiprofissionais: educação em saúde para idosos de uma comunidade. *Gestão e Saúde*, 4, 1780-90.
 - Silva, T.O., Glisoi, S.F.N., Ansai, J.H. y Izzo, H. (2014). Grupo de assistência multidisciplinar ao idoso ambulatorial: efeitos da abordagem fisioterapêutica. *Rev Soc Bras Clin.*, 12, 2-7.
 - Silveira, R.E., Santos, A.S., Monteiro, T.S.A. y Sousa, M.C. (2013). Hospitalización de ancianos y el trabajo de enfermería: Análisis de la producción científica brasileña. *Cultura de los Cuidados*, 36, 77-88.
 - Tavares, D.M.S., Dias, F.A. y Munari, D.B. (2012). Qualidade de vida de idosos e participação em atividades educativas grupais. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25, 601-6.
 - Teixeira, M.L.O. y Ferreira, M.A. (2009). Cuidado compartilhado: uma perspectiva de cuidar do idoso fundamentada na educação em saúde. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 18, 750-8.

Análise do conceito de risco ao câncer de mama em mulheres com HIV/Aids: aspectos metodológicos e aplicabilidade adaptada, segundo Walker e Avant

Análisis del concepto de riesgo para el cáncer de mama en mujeres con VIH/SIDA: aspectos metodológicos y aplicabilidad adaptada, según Walker y Avant

Analysis of risk concept of breast cancer in women with HIV/AIDS: Walker and Avant's methodological features and adjusted applicability

Carla Daniele Mota Rêgo Viana¹, Francisco Rafael de Araújo Rodrigues², Grace Anne Andrade Cunha³, Maria Lúcia Duarte Pereira⁴

¹Enfermera. Master en enfermería de la Universidad del Estadual do Ceará. Brasil.

²Enfermero. Master. Estudiante de doctorado en Ciencias de la Enfermería en la Universidad do Porto. Portugal.

³Enfermera. Master. Profesor Asistente de enfermería de la Universidad Federal do Amazonas. Brasil.

⁴Enfermera. Doctora. Profesor Asociado de enfermería la Universidad del Estado de Ceará. Brasil.

Cómo citar este artículo en edición digital: Mota Rêgo Viana, C.D., Araújo Rodrigues, F.R., Andrade Cunha, G.A. y Duarte Pereira, M.L. (2015). Análisis del concepto de riesgo para el cáncer de mama en mujeres con VIH/SIDA: aspectos metodológicos y aplicabilidad adaptada, segundo Walker y Avant. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 19, 42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.15>>

Correspondencia: Francisco Rafael de Araújo Rodrigues. Calle António da Costa Pereira, 26 aptº 103.

São Mamede de Infesta, Portugal. CP: 4465-283. M.: +351 916 021 672.

Correo electrónico: rafaelrodrigues.rfl@gmail.com

Recibido: 15/01/2015; Aceptado: 13/06/2015



ABSTRACT

The objective of this study targets the usage of the concept analysis technique to describe phenomena towards the clarification of the theoretical-practical relationship of constructs applied to nursing. This investigation

suggests the identification of previous, following and defining features of the risk concept of breast cancer in women with HIV/AIDS. A broad literature review was conducted from a theoretical-descriptive analysis grounded on the traditional methodology of concept analysis by Walker & Avant (2005). It was possible the identification of previous risks, such as the increasing of chronic-degenerative diseases and the lack of information about healthy lifestyles, as well as the tracking of four risk features (epidemiological risk factors, socio-cultural characteristics, clinical and anatomical features and environmental, occupational and household characteristics) and their indicators. Nevertheless, it was found that to get more effective care it is important to understand the usage of a concept enabling the

awareness of changes affecting the indicators through time, as these limit alterations in social, economic, political and sanitary sets.

Keywords: Concept Formation, Risk, HIV Infections, Breast Neoplasms, Women's Health.

RESUMEN

El objetivo consistió en identificar historia, consecuentes y atributos definidores del concepto de riesgo al cáncer de mama en mujeres con VIH/SIDA. Se utilizó la técnica de análisis de conceptos para describir fenómenos, para aclarar la relación teórica y práctica de construcciones aplicadas en enfermería. Se realizó revisión de la literatura mediante análisis teórico y descriptivo, basado en la metodología tradicional de análisis de conceptos de Walker y Avant (2005). Como antecedentes de riesgo, obtuvo el aumento de enfermedades crónicas degenerativas y la desinformación acerca de estilos de vida saludables, y la identificación de cuatro atributos de riesgo (Factores de riesgo epidemiológico, Características socio-culturales, Características clínicas y anatómicas y Características ambientales ocupacional y domésticas) y sus respectivos indicadores. En conclusión, es importante comprender el uso de un concepto para percibir cambios que afectan a los indicadores a través de la temporalidad, ya que demarcan cambios de cuadro social, político, económico, y de salud para la atención más eficaz.

Palabras clave: Formación de Concepto, Riesgo, Infecciones por VIH, Neoplasias de la Mama, Salud de la Mujer.

RESUMO

Objetivou-se identificar antecedentes, consecuentes e atributos definidores do conceito de risco ao câncer de mama em mulheres com

HIV/Aids. Utilizou-se a técnica de análise de conceitos para descrição de fenômenos, a fim de clarificar a relação teórico-prática dos constructos aplicados na enfermagem. Realizou-se ampla revisão da literatura a partir de uma análise teórico-descritiva, com base na metodologia tradicional de análise de conceitos, segundo Walker & Avant (2005). Identificou-se como antecedentes de risco o aumento das doenças crônico-degenerativas e a desinformação sobre os estilos de vida saudáveis, assim como a identificação de quatro atributos de risco (Factores de riesgo epidemiológico, Características socioculturais, Características clínicas e anatómicas e Características ambientais, ocupacional e domésticas) e de seus respectivos indicadores. Concluiu-se que é importante comprender o uso de um conceito para que seja possível perceber as transformações que afetam os indicadores através da temporalidade, uma vez que estes demarcam mudanças no quadro social, econômico, político e sanitário, para cuidados mais efetivos.

Palavras-chave: Formação de Conceito, Risco, Infecções por HIV, Neoplasias da Mama, Saúde da Mulher.

INTRODUÇÃO

Os conceitos podem ser definidos como a descrição de fenômenos concretos ou abstratos, discretos ou contínuos e teóricos ou operacionalizados, bases para construção de uma teoria que explica e transmite as formulações mentais ou ideias, através de uma linguagem comum, dentro de uma disciplina (McEwen & Wills, 2009). Essas formulações são apreendidas e utilizadas para esclarecer os acontecimentos do cotidiano, usando estilos próprios do contexto social (Serralheiro, 2005; Tomey & Allgood, 2003).

Muitos dos conceitos em enfermagem são adaptações aos constructos de outras disciplinas (Meleis, 2011; Tomey & Alligood, 2003), através de um processo de transposição e redefinição (Walker & Avant, 2005). A especificidade das características de um conceito é definidora da sua dinamicidade (Rodrigues, Amendoeira, & Pereira, 2013), ao mesmo tempo em que define o uso e o relacionamento com outros conceitos para melhor clareza na prática, no ensino ou na pesquisa (McEwen & Wills, 2009).

O Quadro 1 identifica diferentes métodos utilizados e suas finalidades para análise de conceito em enfermagem, porém ressalta-se que para este artigo, enfatizou-se a metodologia tradicional de Walker & Avant (2005).

Autor	Método	Finalidade
Walker & Avant	Análise de conceito tradicional	Explicar o significado dos termos
Rodgers	Análise evolutiva de conceito	Refinar e esclarecer os conceitos para uso na pesquisa e na prática
Swartz-Barcott & Kim	Modelo híbrido de desenvolvimento de conceito	Contribuir ou melhorar o significado do conceito e/ou desenvolver uma nova maneira para medir um conceito
Meleis	Desenvolvimento de conceito	Definir conceitos teórico e prático, esclarecer ambiguidades, relação entre conceitos e referentes empíricos
Morse	Contemporânea	Esclarecer o significado dos conceitos concorrentes

Quadro 1. Métodos e finalidades de análise de conceito usuais em enfermagem. Adaptado: McEwen & Wills (2009).

A finalidade de analisar um conceito está no esclarecimento, no reconhecimento e na definição do significado do mesmo, para promoção de entendimento, favorecimento de cuidados congruentes.

A motivação para realização deste estudo teve como propósito descrever as etapas da me-

todologia tradicional de análise de conceito de Walker e Avant; demonstrar a aplicação desta metodologia, ao clarificar antecedentes, consequentes e atributos definidores do conceito de risco ao câncer de mama em mulheres com HIV/Aids.

METODOLOGIA

O estudo é uma análise teórico-descritiva da metodologia tradicional de análise de conceito, apresentados na obra *Strategies for Theory Construction in Nursing* (Walker & Avant, 2005).

A descrição da metodologia seguiu como guia explicativo as oito etapas operacionais, definidas por Walker & Avant (2005:65):

- 1) Selecionar o conceito;
- 2) Determinar as metas e os objetivos da análise;
- 3) Identificar a utilização do conceito que se pretende investigar;
- 4) Determinar e definir os atributos;
- 5) Construir o caso modelo;
- 6) Construir os casos limítrofes, relacionados, contrários, inventados e ilegítimos;
- 7) Identificar os antecedentes e os consequentes;
- 8) Definir os referenciais empíricos.

Apresenta-se a aplicabilidade do método adaptado para este artigo, no qual se optou por desenvolver as etapas 1, 2, 3, 4 e 7, a fim de responder ao objetivo para clarificar o significado do conceito de risco ao câncer de mama em mulheres com HIV/Aids.

Para análise, utilizaram-se as diversidades de fontes documentais: livros, artigos científicos

nacionais e internacionais escritos em língua inglesa, manual do Ministério da Saúde do Brasil e dissertações de mestrado que abordassem a temática em estudo.

Na lógica de transição multiparadigmática em saúde, no qual os estímulos permeiam as competências de cuidar na prática clínica de enfermagem (Rodrigues, Pereira, & Amendoeira, 2015), a escolha por exemplificar o método com esse conceito fundamentou-se, desta forma, em uma definição que reflete a validade e fiabilidade, isto é, uma lista de definições, atributos e antecedentes que podem ser utilizadas como base teórica para investigação futura (McEwen & Wills, 2009).

RESULTADOS

A metodologia tradicional de análise de conceito de Walker e Avant foi derivada dos trabalhos de Wilson, filósofo e pedagogo inglês, que nos anos de 1960, “desenvolveu um processo de definição de conceitos com objetivo de melhorar a comunicação e a abrangência dos significados dos termos em uso científico” (McEwen & Wills, 2009:82).

Os passos de Wilson foram aplicados na enfermagem e adaptados por enfermeiros, dentre estes as teóricas Walker e Avant, em 1983, que o utilizaram pela primeira vez com os estudantes de graduação, na finalidade de analisar fenômenos de interesse aos enfermeiros (McEwen & Wills, 2009).

As etapas de análise ocorrem de forma simultânea, em um processo interativo de recolha das informações (Serralheiro, 2005). Analisar um conceito por esse método tem por objetivo clarificá-lo em suas relações com a prática da enfermagem (Mota, Cruz, & Pimenta, 2005), podendo distinguir os atributos mais pertinentes ao conceito em estudo, dos atributos irrelevantes.

Seleção do conceito, determinação dos objetivos ou propostas de análise e identificação do uso do conceito

O contexto é fonte de significado e compreensão (Hinds, Chaves, & Cypess, 1992) e pode determinar a escolha do conceito a ser estudado, fundamentado em uma especificidade e/ou generalização relacionada com a prática de cuidar em enfermagem que seja pouco clarificado e/ou desenvolvido apenas em processos teóricos de pesquisa.

Enfermeiros, ao realizarem o processo de cuidar intencional e contextualizado, permitem que o fenômeno relacionado ao conceito seja compreendido, através de uma perspectiva de contexto imediato, específico, geral e de meta-contexto (Hinds, Chaves, & Cypess, 1992).

Desse modo, a definição do objetivo de análise propõe identificar lacunas no conhecimento da enfermagem, determinando a necessidade de esclarecer múltiplos significados de um conceito e avaliar a adequação em relação aos fenômenos em sua congruência teórica e aplicabilidade prática (McEwen & Wills, 2009). Portanto, faz-se essencial responder à questão: “Por que eu estou fazendo está análise?” (Walker & Avant, 2005:66), para construção de um objetivo congruente e atingir resultados eficazes na transformação da prática de cuidar.

A busca em dicionários, as leituras de diversas fontes e outros campos de interesse, para verificar as diversas maneiras de expressão dos termos semelhantes e usuais para a enfermagem e fora da área da enfermagem (McEwen & Wills, 2009; Walker & Avant, 2005) constituem estratégias para identificar os diversos usos do conceito, tornando-se minuciosamente familiarizado com a literatura existente. Ademais, compreender o uso de um conceito é perceber as transformações que possam ter afetado indicadores através da temporalidade, por demar-

car as mudanças no quadro social, econômico, político e sanitário.

Definição de atributos e construção dos casos

A leitura dos mais distintos contextos, além de apresentar os usos do conceito, é a forma de listar os atributos, características definidoras observadas e utilizadas por muitos autores, assim como sinônimos para descreverem a mesma característica inerente (Rodrigues, Amendoeira, & Pereira, 2013).

O agrupamento dos termos usuais em tópicos de interesse por semelhança lexical facilita a organização dos indicadores em dimensões para identificação do caso modelo (Serralheiro, 2005).

Concomitante à identificação dos atributos, inicia-se um processo criativo de construção de casos exemplificadores do que é o conceito (Quadro 2). Esses foram realizados para auxiliar na decisão de quais eram as características realmente apropriadas para o conceito em questão.

Identificação de casos	Definição
Caso Modelo	Considera-se um exemplo legítimo do conceito. Essa etapa visa ilustração paradigmática do conceito, contemplando todas as características definidoras.
Casos Adicionais	Podem ser exemplificados por um caso limítrofe, caso relacionado, caso contrário, caso inventado ou caso ilegítimo. Não correspondem aos exemplos legítimos do conceito, pois não apresentam todas as características definidoras do caso modelo.

Quadro 2. Identificação e definição do caso modelo e casos adicionais. Fonte: Rodrigues, Amendoeira, & Pereira (2013).

Antecedentes, consequentes e referentes empíricos

Nesta etapa, há identificação dos antecedentes e consequentes do conceito, através do levantamento de incidentes ou eventos que acontecem a priori e posteriori a sua existência, respectivamente (Serralheiro, 2005).

A definição dos referentes empíricos está na etapa final do processo, com intuito de determinar os fenômenos observáveis quando o conceito estiver presente. Os referentes empíricos são muito úteis na prática clínica para orientar o enfermeiro sobre o fenômeno a observar, pois são critérios que servem para diagnosticar a existência do conceito em situações particulares (Walker & Avant, 2005).

EXEMPLO DA APLICAÇÃO DO MÉTODO

Observa-se que há associação entre antecedentes e consequentes. Ao reconhecer como antecedentes do conceito de risco o aumento das doenças crônico-degenerativas e a desinformação sobre os estilos de vida saudáveis, estes favorecem a existência de consequentes, como a intensificação de danos à saúde e o investimento em pesquisas com conclusões de caráter probabilístico, amplas e pouco contextualizadas (Figura 1).



Figura 1. Antecedentes e consequentes do conceito de risco.

Assim, para as doenças crônico-degenerativas, número considerável de fatores de riscos foi identificado. Deste modo, são usados com os seguintes significados: “fator de risco determinante” - quando um atributo ou exposição aumenta a probabilidade de uma doença; “fator de risco modificável” - quando um determinante pode ser alterado por intervenções, reduzindo a probabilidade de um dano à saúde; e “marcador de risco” - que não é necessariamente fator causal (Pereira, 2001: 487).

Nessa perspectiva, a definição dos fatores de risco procede de associações entre causas e eventos, podendo ser patológicos ou não. Porém, a ausência de conhecimento acerca da causalidade das doenças fez com que, a partir de 1950, os países nos quais as doenças crônico-degenerativas eram consideradas problemas prioritários, investissem muitos recursos em pesquisas (Pereira, 2001).

Contudo, segundo Ayres, Calazans, Saletti, & França-Júnior (2012), o risco epidemiológico assume duas características paradoxais: de um lado, o caráter pragmático e probabilístico permite a expansão da investigação da associação causal entre os eventos associados à saúde dos indivíduos, e, por outro lado, a natureza matemática e estatística dos procedimentos gera obstáculos à investigação epidemiológica no que se refere às dimensões individuais, sociais e programáticas do processo saúde doença, tanto no início deste processo quanto para as possíveis intervenções. Assim, a investigação dos fatores de risco lança mão de procedimentos probabilísticos, em que determinadas características, em associação estatística com o agravo, pareçam relevantes.

A mulher vivendo com HIV/Aids expõe-se a fatores que elevam o risco para aquisição de doenças crônico-degenerativas, dentre essas doenças, destaca-se o câncer de mama (Viana, 2009). A aplicação do método apresenta a aná-

lise do conceito de risco ao câncer de mama em mulheres com HIV/Aids.

O conceito de risco surgiu com a constituição das sociedades modernas ocidentais, e desde a sua origem, fez-se associado ao termo incerteza, pressupondo a capacidade de regular, controlar e submeter ao domínio próprio questões relativas ao futuro. Originou-se da palavra italiana *riscare*, cujo significado era: navegar entre rochedos perigosos (Freitas & Sá, 2003).

Nas ciências biomédicas, risco é a probabilidade de pessoas sadias, expostas a determinados fatores, apresentarem agravos à saúde. Tais fatores, que estão associados a um risco aumentado de adoecer, são denominados fatores de risco, incluindo aspectos de caráter hereditário, ambiental, socioeconômico e comportamental (Brasil, 2009).

A Figura 2 apresenta as características identificadas para o conceito de risco, classificando-as em dimensões mais amplas e definindo indicadores específicos.

Dessa forma, os fatores de risco para o câncer de mama são classificados em: estabelecidos, aparentes, controversos e especulativos (Brasil, 2009; Meister, 2008; Morgan & Gladson, 1998).

Os fatores de risco estabelecidos são aqueles comprovados por pesquisas científicas, como idade (a partir dos 40 anos de idade há elevação do risco para o câncer de mama); antecedentes familiares (hereditariedade); história de doenças benignas proliferativas; exposição prolongada a estrógenos endógenos e a radiações ionizantes; obesidade pós-menopausa; menarca precoce (antes dos 11 anos de idade); menopausa tardia (após os 54 anos de idade) (Brasil, 2009; Meister, 2008; Morgan & Gladson, 1998).

Como fatores de risco aparentes, considera-se numa maioria de estudos, como nulipa-

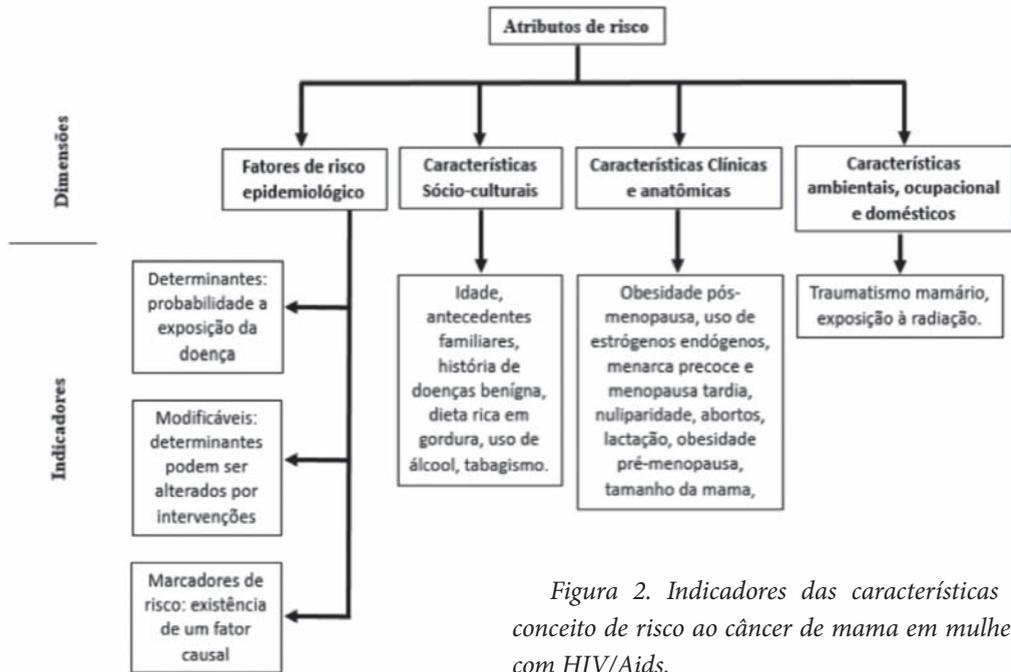


Figura 2. Indicadores das características do conceito de risco ao câncer de mama em mulheres com HIV/Aids.

ridade, terapia de reposição hormonal e uso de contraceptivo oral ou injetável (Brasil, 2009; Meister, 2008; Morgan & Gladson, 1998).

Os fatores de risco controversos são aqueles sobre os quais existem pesquisas que defendem e outras que negam sua relação com câncer de mama, sendo estes: lactação, aborto, dietas ricas em gorduras, álcool e tabagismo (Brasil, 2009; Meister, 2008; Morgan & Gladson, 1998).

Poucos estudos confirmam a relação com o câncer de mama como fatores de risco especulativos. Estam identificados para este fator a obesidade pré-menopausa, tamanho da mama, traumatismo mamário, exposição à radiação eletromagnética, proveniente de exposição ocupacional ou doméstica (Brasil, 2009; Meister, 2008; Morgan & Gladson, 1998).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise é criativa e gera muita exitabilidade durante a pesquisa, por se tratar de um

processo intelectual e possivelmente difícil o entendimento dos significados encontrados. Contudo, deve-se ter a certeza que se atingiu os objetivos esperados.

É importante lembrar que todos os conceitos são dignos de análise e apresentam riqueza de significados. No entanto, todos devem ter uma finalidade, assim como, deve-se saber identificar o momento de encerrar a análise.

Uma das limitações deste método encontra-se na análise de conceitos abstratos, uma vez que existe dificuldade de localizar características explícitas. Além disso, há inexistência de uma ordem cronológica na realização das etapas, podendo-se encontrar os atributos, os consequentes e os antecedentes concomitantemente.

O método tradicional de análise de conceito de Walker e Avant permitiu identificar, organizar e operacionalizar o conceito em estudo, de forma a explorar o significado atribuído ao câncer de mama em mulheres com HIV/Aids.

Para construção conceitual, a metodologia descreve fatos da realidade, através de associação de fenômenos comportamentais, alterações fisiológicas, sensações e autocuidado identificados.

A suscetibilidade e probabilidades aumentam o risco da população em função da exposição aos agentes patogênicos. Em relação à análise do conceito exemplificado, considera-se que para além de investigações científicas adicionais que compreendam a relação entre o HIV/Aids e o câncer de mama, faz-se essencial realização de educação em saúde para incentivar a detecção precoce do câncer de mama e promoção da saúde.

Também prove aos indivíduos meios que permitam o fortalecimento e aumente a capacidade para compreender e usar as informações, além de acesso adequado aos diversos serviços que contribuam para promoção e proteção da saúde. Neste sentido, os fatores de risco para o câncer de mama foram classificados de acordo com a veracidade da prova científica que embasa cada fator.

REFERÊNCIAS

- Ayres, J. R. C. M., Calazans, G. J., Saletti, H. C., & França-Júnior, I. (2012). Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In G. W. S. Campos, M. C. S. Minayo, M. Akerman, M. Drummond-Junior & Y. M. Carvalho (Eds.), *Tratado de saúde coletiva* (pp. 375-497). Rio de Janeiro: Hucitec Fiocruz.
- Brasil, M. S. (2009). *Estimativa de incidência e mortalidade por câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA Conprev.
- Freitas, C. M., & Sá, I. M. B. (2003). Por um gerenciamento de riscos integrado e participativo na questão de agrotóxicos. In F. Peres & J. C. Moreira (Eds.), *É veneno ou é remédio? Agrotóxicos, saúde e ambiente*. (pp. 211-250). Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Hinds, P. S., Chaves, D. E., & Cypess, S. M. (1992). Context as a Source of Meaning and Understanding. *Qualitative Health Research*, 2(1), 61-74. doi: 10.1177/104973239200200105
- McEwen, M., & Wills, E. M. (2009). *Bases teóricas da enfermagem* (2 ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Meister, K. (2008). *Risk Factors for Breast Cancer*. American Council on Science and Health.
- Meleis, A. I. (2011). *Theoretical nursing : development and progress* (Fifth Edition). Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Morgan, J. W., & Gladson, J. (1998). Position paper of the American Council on Science and Health on risk factors for breast cancer. *Breast Journal*, 4(93), 177-197.
- Mota, D. D. C. F., Cruz, D. A. L. M., & Pimenta, C. A. M. (2005). Fadiga: uma análise do conceito. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(3), 285-293.
- Pereira, M. P. G. (2001). *Epidemiologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Rodrigues, F. R. A., Amendoeira, J., & Pereira, M. L. D. (2013). Competência Cultural: análise do conceito segundo a metodologia tradicional de Walker e Avant. *Electronic Journal of Intercultural Studies*, 1, 1 - 10.
- Rodrigues, F. R. A., Pereira, M. L. D., & Amendoeira, J. (2015). A transição paradigmática da saúde e suas reflexões na enfermagem como disciplina. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, 9(1), 1-8.
- Serralheiro, M. (2005). Identificação, organização, operacionalidade, análise e desenvolvimento de conceitos. *Cadernos de apoio à unidade curricular de ciências da enfermagem II do Curso de Mestrado em Ciências da Enfermagem*. Universidade do Porto, Porto.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2003). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem* (5 ed.). Loures: Lusociência.
- Viana, C. D. M. R. (2009). *Fatores de risco e marcadores de vulnerabilidade ao câncer de mama em mulheres com HIV/AIDS*. (Dissertação de Mestrado: Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Saúde e Enfermagem), Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza.
- Walker, L. O., & Avant, K. C. (2005). *Strategies for Theory Construction in Nursing*. New Jersey: Pearson Education.

Pasado, presente y futuro de los diagnósticos de enfermería

Nursing diagnosis: past, present, future

Passado, presente e futuro da enfermagem diagnostics

Marjory Gordon (R.N., PH.D., F.A.A.N.)

(*)Gordon, M. (2000). *Pasado, presente y futuro de los diagnósticos de enfermería*. *Cultura de los Cuidados*. (Edición Digital), 19, 42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.16>

(*)Este artículo se integra en este número con motivo de homenajear a Marjory Gordon (véase obituario) fue publicado en inglés y español en la revista *Cultura de los Cuidados* en el año 2000 (1º y 2º Semestres/ IV (7 y 8): 128-138.



ABSTRACT

In this paper I would like to discuss the Past, Present, and Future of the nursing diagnosis, as a category and as a process. There were a series of events that set the stage for the development of nursing diagnoses and a focus on nurses clinical reasoning skills.

Keywords: Nursing diagnosis.

RESUMEN

Con este trabajo la autora pretende crear una línea de discusión acerca del Pasado, Presente y Futuro de los Diagnósticos de Enfermería contextualizando el término desde dos perspectivas distintas: como una “categoría” y, por otro lado, como un “proceso”. En el desarrollo del artículo se muestran los hechos que han ido sentando las bases para el desarrollo de los Diagnósticos de Enfermería dentro de la práctica clínica.

Palabras clave: Diagnósticos de enfermería.

RESUMO

Com este trabalho o autor tenta criar uma linha de discussão sobre o Passado, Presente e Futuro do Diagnóstico de Enfermagem contextualizar o prazo de duas perspectivas diferentes: como uma “categoría” e no outro lado, como um “proceso”. No desenvolvimento do artigo, os fatos que foram lançando as bases para o desenvolvimento de diagnósticos de enfermagem na prática clínica é.

Palavras-chave: Diagnósticos de enfermagem.

El término diagnóstico de Enfermería hace referencia no sólo a una categoría sino también a un proceso. Cuando hablamos de diagnóstico de Enfermería como una categoría, lo hacemos para referirnos a un juicio diagnóstico. En los últimos 26 años, se han identificado aproximadamente 158 categorías diagnósticas gracias a la NANDA (Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería), además de muchas otras ya existentes en la Clasificación Internacional para la práctica de la Enfermería. Cada una de estas categorías diagnósticas debe ser sometida a una revisión que examine con detenimiento su sensibilidad cultural.

Sin embargo, cuando nos referimos al término diagnóstico de Enfermería en relación

a un proceso, lo hacemos con la intención de mostrar el proceso de razonamiento y juicio clínico que nos llevará a la creación del diagnóstico en sí. En este trabajo me gustaría hablar acerca del Pasado, presente y futuro de los diagnósticos de Enfermería, como una categoría y como un proceso.

De hecho, se han dado a lo largo de la historia una serie de acontecimientos que fueron cruciales para el desarrollo de estos diagnósticos y de las habilidades para el razonamiento clínico de las enfermeras/os.

TRANSICIONES DEL PASADO AL PRESENTE:

Me gustaría sugerir que la práctica enfermera ha experimentado cambios drásticos en todo el mundo a partir de la segunda mitad del siglo XX. Los historiadores han interpretado estos cambios como signos de una revolución cultural o profesional, mientras que para otros ha significado un cambio paradigmático. El aspecto central explicativo de todos estos cambios es el hecho de que las enfermeras reconocen que ellas mismas hacen juicios clínicos paralelamente a aquellos que están asociados directamente con la enfermedad o patología, es decir, los juicios médicos. Los profesionales de Enfermería llevan a cabo actividades en relación a esos juicios propios y en el proceso de desarrollo del diagnóstico de Enfermería aumenta la calidad de la salud de la comunidad o grupo sobre el que se actúa.

Las enfermeras/os día a día desarrollan un lenguaje específico para comunicar estos juicios que determinan sus diagnósticos, sus intervenciones y resultados. Este cambio ha enfatizado la importancia de la atención enfermera y ha hecho hincapié en el tipo de información que la enfermera/o recoge para su diagnóstico, plan de cuidados y evaluación. El

interés puesto en la atención integral de Enfermería y particularmente en los patrones funcionales de salud nos lleva a determinar que los diagnósticos realizados por las enfermeras/os nos parecerán lo suficientemente válidos siempre que la atención prestada al paciente produzca una información, a su vez, válida y de confianza. A continuación consideraremos algunos de los momentos de transición que han originado nuevas formas de práctica enfermera en todo el mundo.

Desde hace 25 años las enfermeras vienen dándose cuenta de la importancia de los juicios clínicos que ellas mismas producen para identificar y clasificar las características de aquello con lo que tratan, es decir, existe la necesidad de dar un nombre a las actividades que mejor responden a la intervención que lleva a cabo Enfermería. Este reconocimiento por parte del colectivo enfermero ha sido el que ha cambiado totalmente la práctica de la Enfermería en muchos países. De hecho, se ha dado un momento de transición en relación con la forma de hablar y expresarse dentro del desarrollo de nuestra práctica y de nuestra forma de pensar como enfermeras/os.

Por ejemplo, actualmente en vez de precipitarnos en el momento de hacer conjeturas sobre el aspecto emocional del paciente, somos más precisos a la hora de crear un diagnóstico diferencial entre miedo y ansiedad. En vez de decir que un paciente necesita que se le enseñe sobre... o que debe aprender esto o aquello..., ahora diagnosticamos un déficit de conocimientos o un problema motivacional; incluso podríamos hablar de un conflicto cultural en relación al tratamiento prescrito. Así, algunos pacientes precisan de cierta educación de la salud en determinados temas y otros no; y esto podría estar relacionado con otro problema latente tal como el de la abnegación o falta de

motivación. Cuando la enfermera juzga que el paciente tiene una ventilación inefectiva, muchas posibilidades le vienen a la mente, tales como: ¿por qué el paciente tiene ese problema?, ¿podría deberse a secreciones espesas por falta de fluidos?, ¿podría deberse a una tos no productiva?, ¿puede que precise la aspiración de secreciones? Por su puesto, todas estas y otras más vienen a la mente de la enfermera.

Puede que algunos de los lectores no crean lo que contaré a continuación, pero en el área de juicio clínico, las enfermeras solían aprender a decir: parece que... está sangrando. Afortunadamente hoy por hoy los juicios diagnósticos, terapéuticos y éticos se incluyen dentro del rol profesional de la enfermera. Otro ejemplo como el anterior sería: parece que... ha fallecido. ¡Realmente ha sido un gran paso el que ha dado la Enfermería! El Consejo Internacional de Enfermeras en Ginebra (ICN) ha apoyado durante años la iniciativa de un equipo que ha servido de impulsor en la creación de una clasificación útil en la práctica enfermera. Los miembros y participantes en este equipo provienen de Dinamarca, Inglaterra y EEUU. El proyecto se ha llamado: El Próximo Avance de la Enfermería. Este equipo actualmente trabaja en la creación de una clasificación internacional que tenga la función de describir y clasificar los diagnósticos, actividades y resultados de la práctica enfermera. Después de la creación del primer informe en 1993, se publicó una versión del sistema de clasificación, denominada versión alfa, así como otro boletín denominado versión beta, que se encuentra en la web de la ICN (<http://www.nethotel.dk/dihnr/Telenurse/ICNP/beta>).

La Clasificación Internacional para la Práctica Enfermera no estuvo basada en ningún modelo conceptual, probablemente debido al pluralismo teórico (término empleado

por Dickoff & James (1968) y que se difundió en la década de los años 70, para describir la coexistencia de muchas teorías sobre Enfermería tales como la del autocuidado, adaptación, patrones vitales, y otras...) existente en la mayoría de los países donde se practica una Enfermería profesional. Los diagnósticos dentro de la clasificación de la ICN se ordenan en relación a los fenómenos causantes. Los resultados se definen como el estado en que se encuentra el diagnóstico de Enfermería en los momentos en los que la intervención enfermera ya se ha llevado a cabo (Consejo internacional de enfermeras, 1999: 4-5). El propósito de la ICN es captar más la atención de la Enfermería en relación a la salud, facilitar las comparaciones entre distintos países y sus formas de Enfermería, así como promover el desarrollo de la Ciencia enfermera (Wake y Coenen, 1998: 112).

Ahora consideraremos los juicios diagnósticos, comenzando por preguntarnos: ¿diagnostican las enfermeras? Es una buena cuestión en nuestra historia, ya que los juicios diagnósticos constituyen una parte importante y duradera, aunque agitada de ésta. Aunque Florence Nightingale diagnosticó y trató déficits nutricionales, además de otros problemas ocasionados por la Guerra de Crimea, este aspecto, dentro de sus múltiples contribuciones, no fue reconocido como parte del concepto de Enfermería profesional. Es bastante reciente cuando se ha incluido el juicio clínico dentro del currículum y prácticas de la formación y educación enfermera. Como hemos visto hasta aquí, existieron una serie de momentos que aumentaron el interés del tema de los diagnósticos de Enfermería. Así, el proceso de Enfermería, donde se incluyen la identificación del problema de salud del paciente y el modelo de cuidados más adecuado para ese proble-

ma, experimentó una nueva fase dentro de la profesión. Ya en los años 50 y 60 toda la atención estaba basada en la enfermedad como tal. Durante los 20 años siguientes se publicaron algunas teorías de Enfermería, las cuales la dotaron de un modelo conceptual que diera base al proceso de Enfermería. Por lo tanto, los modelos teóricos útiles para la práctica pasaron de estar totalmente centrados en la enfermedad como entidad a basarse en los objetivos de Enfermería, donde también se incluía la enfermedad. Además para este período, las enfermeras habían ganado mucho terreno en su área de desarrollo gracias a la autonomía profesional promulgada durante la 2a Guerra Mundial y la Postguerra.

En este contexto socioprofesional, dos facultades de la Universidad de San Luis organizaron la I Conferencia Nacional sobre la Clasificación de Diagnósticos de Enfermería en 1973. Los organizadores fueron: Mary Ann Lavin, especialista en enfermería cardiológica y Kristine Gebbie, especialista en enfermería de salud mental y psiquiátrica. Los objetivos que estas dos enfermeras perseguían con esta conferencia eran: el abordaje informatizado de las historias clínicas en el Hospital universitario y la utilidad de las enfermeras dentro de los cuidados ambulatorios. Otro propósito de la Conferencia fue el identificar y clasificar situaciones que hubiesen sido diagnosticadas y tratadas por enfermeras/os. Tuve el privilegio de presidir un Equipo que comenzó a funcionar en esta conferencia nacional. Callista Roy también formaba parte de este equipo que continuó hasta 1982 cuando la organización formal de la NANDA se incorporó a él. Normalmente las conferencias se repiten cada dos años y de hecho la número 13 se hizo en Abril del 2000, donde participaron muchas enfermeras/os españolas. La NANDA se diferencia

de otros equipos que trabajan en la clasificación de diagnósticos, ya que no sólo observan a las categorías diagnósticas como un conjunto de características y condiciones, sino también como un concepto en su pleno desarrollo. A su vez, dentro de la NANDA existen grupos especializados en el proceso de aceptación, revisión y supresión, que pretenden enrolar al mayor número de enfermeras/os, dentro de los cuales podemos incluir al Comité internacional de revisiones y en los cuales participa España. Ésta es una forma de atender a la sensibilidad cultural de los diagnósticos. Además, este año tuvimos una propuesta de un nuevo diagnóstico proveniente de España. Es el primer país fuera de Norte América que ha propuesto un diagnóstico para la NANDA. Actualmente un miembro del Comité de Revisión de Diagnósticos de la NANDA trabaja con la persona creadora de este nuevo diagnóstico.

¿Cuál es la situación actual de los diagnósticos de Enfermería en Norte América? Los diagnósticos de Enfermería se han integrado de forma extensa dentro de la sociedad desde mediados de 1980. Así, actualmente este tema ocupa una asignatura en la cual se está haciendo investigación y que aparece en todos los libros de textos clínicos y se enseña en todas las escuelas de Enfermería. Los diagnósticos se encuentran integrados en las prácticas clínicas en el 75% de los hospitales (estas afirmaciones están basadas en investigaciones realizadas sobre observaciones personales). Hoy por hoy se han convertido en una parte aceptada y asumida de las prácticas clínicas. Sospecho que su uso será inferior en el caso de que no se les preste una seria atención en cuanto a su incorporación en los lugares de trabajo. El desarrollo de los diagnósticos significaría: una buena gestión de los cuidados, la disminución de los días de estancia en el centro, se verían

los resultados de la enfermedad en el paciente crítico, etcétera. Personalmente dudo mucho que vayamos hacia atrás. Los diagnósticos de Enfermería tienen en cuenta la diversidad, es decir las diferencias entre pacientes que llegan a situaciones graves o críticas y los que no. Normalmente cuando los pacientes no logran unos resultados determinados es porque no se han empleado, ni identificado unos diagnósticos de enfermería o unos factores de riesgo. La Historia clínica informatizada del paciente supone un factor facilitador que influencia la incorporación de los diagnósticos de Enfermería dentro de la práctica clínica. Obviamente la documentación informatizada requiere de términos concisos y no de párrafos. Los diagnósticos de Enfermería empezarán a requerirse cuando las agencias de los cuidados en salud comiencen a emplear sistemas informáticos.

REFLEXIONES SOBRE EL FUTURO

A continuación consideraremos el futuro de los diagnósticos de Enfermería. Existe un número de factores que influenciarán los trabajos futuros que realicen la NANDA, así como otros grupos que se dediquen a la misma tarea, dentro de las naciones o regiones. Considero los siguientes 6 factores como los más importantes desde mi punto de vista:

1) Cambios en el sistema de cuidados en salud. Por ejemplo, existen diferencias o cambios en los cuidados prestados en el Hospital, en el ambulatorio y en la comunidad. Estos cambios incluyen la cirugía diaria llevada a cabo y las prontas altas a los pacientes. Sería importante estudiar los diagnósticos acontecidos en la comunidad. Por ejemplo, todavía no hemos desarrollado los diagnósticos básicos de la educación para la salud, donde se debería tener en cuenta: los conocimientos previos del paciente, la comprensión y la información so-

bre la salud que vamos a dar. De forma similar, no hemos encontrado todavía formas de modificar las conductas de la gente que lleven a cambios dentro de las prácticas sanitarias. ¿Se da esta situación porque realmente no hemos dado un verdadero alcance o comprensión a los problemas o factores facilitadores de los que hablábamos?

2) Cambios demográficos en nuestras poblaciones de pacientes. En muchos países existe una población de avanzada edad. ¿Deberíamos enfocar todos nuestros esfuerzos en buscar la aplicabilidad de los diagnósticos a esta población en concreto?, ¿cuáles son las condiciones de riesgo?, ¿se han identificado? Uno de los diagnósticos en el cual he estado trabajando es el de déficit en el sistema de soporte, desde el punto de vista afectivo e instrumental. ¿Podría ser ésta una de las razones para que exista una depresión en las personas de avanzada edad? Los cuidados a domicilio representan una de las áreas donde más énfasis se ha hecho, debido a los cambios en la forma de llevar a cabo los cuidados y a la edad de la población. ¿Cuáles son los problemas más característicos de este tipo de población? Se han identificado unos cuantos y de hecho, en un estudio en el cual participaron 100 enfermeras que trabajaban en la comunidad se vio que los tres diagnósticos más frecuentes que aparecían eran: déficits en el autocuidado, déficits en los conocimientos e intolerancia a la actividad. ¿Se ha desarrollado alguna línea de trabajo en este tipo de problemas?

3) El desarrollo de la Ciencia enfermera centrando nuestro objetivo en la creación de conceptos y teorías propias. Como dijo Avant, las teorías son sólo explicaciones en nuestra mente de cómo las cosas son y funcionan. Laudan (1977) también nos da una visión del progreso científico muy interesante. Así, afir-

ma que el mérito no es de que las teorías estén bien formuladas per se, sino de la medida de los conocimientos nuevos y del progreso en sí. Todo ello nos es útil para comprobar si estos productos de la actividad científica, contribuyen a resolver problemas relacionados con la práctica clínica. Una vez visto el objetivo que la Enfermería tiene en la sociedad y las obligaciones que se crean a partir de este objetivo, ¿podemos esperar menos de la Ciencia enfermera? Las expectativas se centran en que la Ciencia enfermera produzca nuevos conocimientos que ayuden a resolver problemas, es decir, los problemas que surgen durante el desarrollo de la práctica clínica. Esta Ciencia enfermera tiene sus pilares en los resultados de la intervención de Enfermería mediante los diagnósticos. Cada uno de estos diagnósticos debe ser observado como conceptos básicos y desarrollados como tales. El hecho de emplear conceptos específicos en los razonamientos y juicios clínicos de Enfermería difiere de la actitud que nos muestra la esencia del diagnóstico en cuanto a mareajes o clasificaciones que se extraen de listas de patologías que llevan diagnósticos asociados y que se encuentran en los libros. Si identificamos los problemas de alta prevalencia y que tienen una alta prioridad de tratamiento, ayudaremos en la identificación de los temas prioritarios a la hora de investigar y desarrollar la Ciencia enfermera. En un proyecto que se llevó a cabo con este fin y que se basó en la información aportada por 1300 enfermeras/os que trabajaban en cuidados intensivos de adultos y neonatos, en rehabilitación y en enfermería comunitaria, se identificaron los temas o áreas con mayor prevalencia.

4) Informatización de las historias clínicas. Lo único que dará forma a la práctica enfermera en la recta final de este siglo y por supuesto, en el siguiente será la informatización de las

historias clínicas. Es importante que sigamos trabajando en el desarrollo de los diagnósticos enfermeros para su incorporación en la próxima generación de ordenadores. También será importante el hecho de tener los diagnósticos desarrollados para su incorporación en la Clasificación Internacional WHO, a través del ICN (Clasificaciones Internacionales para la práctica de la Enfermería).

5) Enseñar juicios clínicos y categorías diagnósticas comunes. Las teorías apuntan a que el proceso diagnóstico general a su vez se divide en un proceso analítico (lógico) y un proceso no analítico (intuitivo). El razonamiento analítico utiliza los procesos inductivos y deductivos y se suele referir a un pensamiento lógico, crítico o racional. El entendimiento aparece a partir del análisis e interpretación de la información. El razonamiento no analítico incluye la intuición y otros procesos que conllevan una inmediata comprensión de la situación. El entendimiento aparece directamente, sin necesidad de análisis, sólo a través de la intuición. El hecho de que el razonamiento analítico o no analítico predomine en el razonamiento clínico está normalmente influenciado por 3 factores: la cantidad de experiencia del diagnosticador, los requerimientos situacionales y la tarea diagnóstica en sí. Los principiantes en la Enfermería suelen estar bastante limitados en los procesos más analíticos. Los expertos con una cierta profundidad de conocimientos en la práctica clínica pueden emplear una variedad de procesos cognitivos apropiados para cada situación y juicio clínico. Es obvio que la investigación es necesaria dentro el razonamiento y juicios clínicos de la Enfermería. Además, los esfuerzos deben dirigirse hacia la forma de educar a los nuevos enfermeros/as y en cómo estos estudiantes desarrollan sus habilidades a la hora de hacer juicios y razonamientos. Uni-

do a lo dicho, también se deben desarrollar métodos de examen de las competencias en esta área. En el desarrollo de la intuición clínica, también es importante la selección de las experiencias clínicas.

6) Investigación en colaboración con enfermeras que propongan nuevos diagnósticos relacionados con sus prácticas y experiencias clínicas. La investigación obviamente completará el cuerpo de la nueva Ciencia enfermera. En particular, algunos diagnósticos necesitan ser mucho más precisos, se deben identificar poblaciones de alto riesgo, además de intervenciones y resultados unidos a sus correspondientes categorías diagnósticas. Los estudios en diferentes poblaciones determinarán:

- 1) diferencias culturales en la manifestación de una condición determinada.
- 2) intervenciones diagnósticas específicas que tienen en cuenta las prácticas culturales.

Todavía nos queda un camino largo por delante mientras desarrollamos nuestra Ciencia clínica, el uso de ésta y de los juicios diagnósticos y terapéuticos. Un concepto de diagnóstico no es más que una aproximación a la realidad. Si el concepto supone una aproximación útil, entonces se empleará en la práctica clínica y sobrevivirá en el “mercado de ideas”. Si cambian los conocimientos, propósitos o

valores de la Enfermería, entonces también cambiarán los modelos y teorías. A continuación mostraré los pensamientos de un filósofo de la Ciencia, quien incentivaba a los clasificadores a categorizar su mundo, siempre manteniéndose abierto a nuevas formulaciones, dándose cuenta de que no hay sólo una verdad o una perspectiva y especialmente evitando un enclaustramiento de las categorías (Webster, 1984). Como dijo un miembro del equipo de la ICN: “sin un lenguaje, la Enfermería es invisible en los sistemas de cuidados en salud y su valor e importancia continuarán irreconocibles y no recompensadas. ¿Es invisible la Enfermería en nuestros países?”

(Traducción realizada por M. Lillo Crespo).

BIBLIOGRAFÍA

- Dickoff, J. & James, P. (1968) A theory of theories. A position paper. *Nursing Research*, 17, 197-203.
- Laudan, L. (1977). *Progress and Its Problems*. Berkeley, Calif.: University of California Press.
- Wake, M.M. & Coenen, A. (1998). Nursing diagnosis in the International Classification for Nursing Practice (ICNP). *Nursing Diagnosis: The Journal of Nursing Language and Classification*, 9(3), 111-118.
- Webster, G. (1984). Nomenclature and classification system development. In M. J. Kim, G. McFarland, & A. McLane (Eds.). *Classification of nursing diagnoses: Proceedings of the fifth conference*. St. Louis: Mosby. 14-25.



Miscelánea

Obituario/Obituary/ obituário

**El año en que Marjory Gordon y las Bostonianas desembarcaron en Alicante.
In Memoriam.**

**The year in which Marjory Gordon and Bostonians arrived in Alicante.
In Memoriam**

O ano em que Bostonians e Gordon desembarcou em Alicante: In Memoriam

José Siles González

CEU Facultad Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante

Cómo citar este artículo (reseña) en edición digital: Siles González, J. (2015). El año en que Marjory Gordon y las Bostonianas desembarcaron en Alicante. In Memoriam (Obituario). Cultura de los Cuidados (Edición digital) 19, 42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.17>

Correspondencia: (remitirse al correo electrónico)

Correo electrónico: jose.siles@ua.es.

Recibido: 10/06/2015/ Aceptado: 22/06/2015



Los obituarios siempre son tristes y un amigo mío, al que aprecio como a un hermano y que es un genio, hace malabares con los eufemismos para obviar tal denominación

cuando llega la hora de hacer frente a estas situaciones, pero la realidad es la que es y no me cabe más que asumirla: Marjory Gordon falleció el 29 de abril de 2015 en la ciudad de Boston, Massachusetts (USA). La Dra. Gordon fue una profesora e investigadora estadounidense, que creó una teoría de valoración de enfermería conocida como patrones funcionales de salud (Gordon's functional health patterns). Fue líder internacional indiscutible en esta área de conocimiento en enfermería. Pero para los que la conocimos y tuvimos la suerte de compartir su sabiduría en algún momento del pasado, desde la perspectiva que solo da el tiempo, creo que tan resaltable como su calidad científica era su gran humanismo; algo constatable y de lo que dejó evidencia a lo largo y ancho de su estancia en Alicante en aquel pre-verano del 2000. Nuestra admirada y querida Marjory Gordon, generosa como en ella era costumbre, estuvo con nosotros dando lustre y solvencia científica a las I Jornadas Internacionales de

Cultura de los Cuidados que se celebraron en la Universidad de Alicante durante los días 15 y 16 de junio del año 2000. Eran, aquellos, años muy especiales para la enfermería española dado que había planteado una serie de retos cruciales para el futuro de la disciplina. De hecho, acababa de egresar la primera promoción del Segundo Ciclo de enfermería (aquella titulación tan ilusionante que se extendió por otras universidades españolas y que constituyó todo un hito histórico aún pendiente de valorar en su justa medida).

Así, como si hoy fuera, aún recuerdo como la Dra. Gordon iniciaba su conferencia titulada: “Diagnósticos en Enfermería: Pasado, presente futuro” en el transcurso de aquella calurosa tarde del 15 de Junio a la hora taurina por excelencia (17.00 h.) en el abarrotado paraninfo de la Universidad de Alicante. En realidad aquel encuentro con la Dra. Gordon, fue el encuentro con el privilegiado grupo de “Las Bostonianas”. Tuvimos la suerte de contar con tres leyendas vivientes al mismo tiempo: Callista Roy (que habló sobre su modelo de adaptación cultural), Rachel Spector (que disertó acerca de su modelo de Herencia Cultural) y con Marjory Gordon (que, por supuesto, habló de los diagnósticos de enfermería y de sus “patrones funcionales”).

A pesar del corto espacio de tiempo, la intensidad de las relaciones que se desarrollaron en aquellos días me produjo un hondo impacto y, además, pasado un tiempo, esta relación daría lugar a colaboraciones futuras en la revista Cultura de los Cuidados y en el programa de doctorado del mismo nombre (especialmente gracias a las “buenas artes” de la Dra. Rachel Spector). De todo ello guardo imborrables recuerdos de los que tan sólo destacaré dos anécdotas que delatan el carácter humanístico de la creadora de los “patrones funcionales.”

La primera anécdota tuvo como escenario mi propia casa. Invité a las bostonianas y a unos colegas a una barbacoa y las tres leyendas vivientes de la enfermería, ni cortas ni perezosas, se avinieron al convite con la mayor naturalidad del mundo. La Dra. Gordon se acercaba cada dos por tres a valorar como iban las salchichas o las sardinas y debía estar contenta porque no dejaba de darme consejos y preguntarme por el lugar de donde había sacado aquel sombrero “pavero” que, por entonces, solía llevar sin sonrojo. Su sencillez y desparpajo me sorprendieron, pero lo que más me llamó la atención fue la conexión de complicidad que de inmediato estableció con “Scoty” mi joven perro del que no se separaba ni un momento y con el que no dejaba de jugar. Incluso en alguna ocasión “Scoty” estuvo a punto de tirarla pues era un “Golden Retriever” grande y, ya se sabe...hay cariños que matan. Yo sabía que tenía un perro especialmente sensitivo, muy especial..., ya había dado muestras de ello pese a su juventud, pero lo que no me esperaba era que aquella mujer que venía de tan lejos hablando otro idioma y con otra cultura, fuera capaz de conectar en tan poco tiempo con él. Esta situación tan especial –que entiendo que si no se vive tal vez no se entienda bien del todo- terminó de confirmarme la gran sensibilidad de la Dra. Gordon.

La segunda anécdota tuvo lugar una vez concluido el evento, cuando íbamos camino del aeropuerto. Esforzándose por comunicarse a pesar de las diferencias idiomáticas, la Dra. Gordon me comentó que le había encantado la ciudad y que se había emocionado con el recital musical y poético “Amor-Dolor” realizado e interpretado por dos jóvenes enfermeras en el marco incomparable del Castillo de Santa Bárbara: Carolina Terrés y Esther Ferrero. Como es lógico no me es posible repro-

ducir sus palabras exactas (mi inglés tenía y sigue teniendo sus limitaciones), pero lo que vino a decir la Dra. Gordon es que actos como aquel identificaban el núcleo artístico de la enfermería. Me reptió varias veces que le había emocionado aquella combinación de palabra poética y música. No había entendido en absoluto lo que decían las rapsodas, pero la música y el lirismo vibrante que le transmitieron llegó a impactarle porque aquella mujer poseía un don universal: la sensibilidad.

La Dra. Gordon fue la primera presidenta de la NANDA y fue nombrada “Leyenda Viviente” por la Academia Americana de Enfermería. Asimismo, la doctora Gordon fue profesora emérita de enfermería en el Boston College, en Chestnut Hill, Massachusetts. Fue exalumna de la Escuela de Enfermería del Hospital Monte Sinaí. Obtuvo su licenciatura y máster en el Hunter College de la Universidad

de la Ciudad de Nueva York, y su doctorado en el Boston College. Entre su prestigiosa obra se pueden destacar cuatro libros, incluyendo Manual de diagnósticos enfermeros (Manual of Nursing Diagnosis). Sus libros son publicados en varios países e idiomas. Sin duda, una gran mujer que hizo mucho por la enfermería y a la que siempre podremos seguir recurriendo mediante la consulta de sus escritos. Y como muestra de humilde homenaje, “reestrenamos” su artículo “Pasado, presente y futuro de los diagnósticos de enfermería” adaptación de la ponencia que presentó en las I Jornadas de Cultura de los Cuidados” y que fue publicado en su momento en Cultura de los Cuidados. Este artículo ha sido republicado en la sección “Teoría y Método” de este número como modesto homenaje, muestra de reconocimiento y en recuerdo a sus generosas colaboraciones.

Biblioteca comentada

EL ABANICO DE SEDA

See, L. (2012)

Salamandra (320 pp)

Mari Carmen Solano Ruiz

TU Facultad Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante

Cómo citar este artículo (reseña) en edición digital: Solano Ruiz, M^a.C.. (2015). El Abanico de Seda. (Reseña). Cultura de los Cuidados (Edición digital) 19, 42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.18>

Correspondencia: (remitirse al correo electrónico)

Correo electrónico: carmen.solano@ua.es.

Recibido: 10/05/2015/ Aceptado: 22/6/2015

El abanico de seda es una historia de vida narrada por la propia protagonista durante los últimos años de su vida, se trata de una novela documentada y avalada por diferentes testimonios



de mujeres que conocieron a Lirio Blanco, la protagonista. La escritora Lisa See, una estadounidense de ascendencia China, viajó durante el año 2002 a una provincia de Huan (cuna del lenguaje nu shu, lenguaje secreto de mujeres) donde le permitió recoger los testimonios y estudiar la escritura propia de las mujeres de la época.

La historia narrada con un estilo sencillo y con una gran belleza nos transporta al modo de vida de las mujeres de la China del siglo IX. Es una obra cargada de símbolos iconográficos e identitarios de la época: la vestimenta y sus tejidos, los peinados, los rituales y fiestas, los bordados, los alimentos, las ofrendas a los dioses, todo ello se describe con todo lujo de detalles permitiendo al lector llegar a vivenciarlo, llegando en ocasiones a sentir con la lectura determinados olores.

Lirio Blanco, hija de una familia de campesinos, posee unas características personales que le permitirán hacer un buen casamiento. Previo a ello necesitará ser hermanada con su alma gemela Flor de Nieve, su laotong, una niña de muy buena condición social. Entre ellas nace una profunda amistad y un gran amor, comunicándose a través del nu shu en un abanico, sus emociones y pensamientos más íntimos. Esta relación se romperá cuando Lirio Blanco piensa que Flor de Nieve la ha traicionado.

Uno de los capítulos que más me ha conmovido es cuando la autora hace mención a la práctica que se realizaba del vendado de los pies, ya que se consideraba que una dama de una condición social elevada tenía que tener los pies pequeños (menos de 7 cm de longitud), las mujeres que no lo conseguían estaban predestinadas a trabajar en el campo. “Una verdadera dama debe de eliminar la fealdad de su vida. La belleza solo se consigue a través del dolor. La paz solo se encuentra a través del sufrimiento”. Para conseguir ese tamaño se procede al vendado de los pies a partir de los 5-6 años provocando la fractura del

metatarso y las falanges de los dedos, quedando atrofiadas por detrás del talón. La autora describe el sufrimiento y el dolor que se produce a las niñas y la actitud púnica de la madre durante esta etapa, llegando a producir en muchas niñas la muerte por infección.

En la novela se destaca la importancia de la familia, el culto a los antepasados y el gran respeto hacia la generación de mayor edad. Muestra la actitud de la mujer y el rol de sumisión y buena esposa al que se veía sometida con el varón así como el rol de cuidadora que debía asumir ante sus suegros.

En conclusión, la novela muestra un retrato fidedigno de la sociedad China del siglo IX, los valores, las costumbres y el modo de vida y de pensar de la sociedad de esta época, centrándose en el comportamiento y estilo de vida de la mujer. Utiliza un lenguaje sencillo y de gran belleza emotiva que invita al lector a disfrutar de la lectura trasladándose a los diferentes escenarios expuestos por la gran riqueza descriptiva del entorno.

LA INFLUENCIA DE LA HISTORIA EN LA CONSTRUCCIÓN DEL PENSAMIENTO ENFERMERO

Híades. Revista de Historia de la Enfermería
El Salvador: Imprenta Rilcadone.

José Siles González

CEU Facultad Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante

Cómo citar este artículo (reseña) en edición digital: Siles González, J. (2015). Una nueva joya para la historia de la enfermería española: La influencia de la historia en la construcción del pensamiento enfermero (Híades). (Reseña). Cultura de los Cuidados (Edición digital) 19, 42. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2015.42.19>>

Correspondencia: (remitirse al correo electrónico)

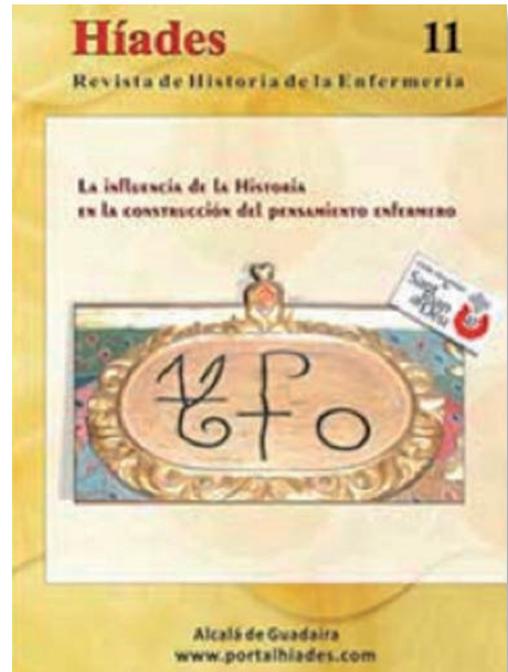
Correo electrónico: jose.siles@ua.es.

Recibido: 10/06/2015/ Aceptado: 22/06/2015

Una nueva joya para la historia de la enfermería española

Gracias a la labor ardua y constante de Antonio Claret García Martínez y su hermano Manuel Jesús García Martínez, nos felicitamos por encontrarnos de nuevo con el último (hasta la fecha) ejemplar de la única publicación monotemática de historia de la enfermería. Efectivamente, acaba de aparecer el número 11 de Híades, “Revista de Historia de la Enfermería”, el cual integra entre sus 896 páginas la mayor parte de las aportaciones que tuvieron lugar durante el XI Congreso Nacional y VI Internacional de Historia de la Enfermería, celebrado en Barcelona entre los días 25 y 27 de noviembre de 2010:

“Bajo el título de La influencia de la Historia en la construcción del pensamiento enfermero este número monográfico de Híades incluye 82 trabajos que abordan un rico y variado espacio de investigación histórica y que muestran las amplias posibilidades de estudio de la Historia de la Enfermería en España y su proyección por el resto del mundo. El contenido científico queda



organizado en cuatro apartados temáticos y los pósteres:

1. Investigación en Historia de la Enfermería y la construcción disciplinar.
2. Precursores y líderes en la consolidación del pensamiento enfermero.
3. Las demandas sociales a lo largo de la Historia como motor de cambio de la praxis enfermera.
4. La Historia de la formación enfermera y su contribución en la profesión.
5. Pósteres.
6. Homenajes y Exposiciones. En conjunto, la investigación de la Historia de la Enfermería en España se ha convertido en uno de los pilares más sólidos de la investigación enfermera y nadie que esté interesado en la misma debe dejar de leer esta interesante compilación”

Fuente: <http://www.portalhiades.com/>

Sin duda, la historia de la enfermería española no sería la misma sin esta publicación ni la actividad incansable de los que la hacen posible. Nuestro agradecimiento y enhorabuena a sus directores y a todos sus colaboradores.



CONSEJO DE ENFERMERÍA DE LA
COMUNIDAD VALENCIANA



ASOCIACIÓN NACIONAL DE HISTORIA
Y ANTROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante
Facultad de Ciencias de la Salud