

CULTURA DE LOS CUIDADOS

2º Cuatrimestre 2013 • Año XVII - N.º 36

SUMARIO

EDITORIAL

- El corporativismo en la profesión enfermera

FENOMENOLOGÍA

- La historia de Enfermería: trascendencia del fenómeno cuidado y su relación con el tiempo

HISTORIA

- Los manuales de formación de la Cruz Roja durante la epidemia de gripe de 1918-1919
- Hôtel-Dieu de París; reformas materiales, estructurales y funcionales entre los siglos XII y XVIII
- San Juan de Dios, la implementación de una cultura de cuidados

ANTROPOLOGÍA

- Autopercepción del bienestar del cuidador familiar del adulto mayor y características sociodemográficas
- El ser humano y la génesis del trabajo enfermero comunitario
- Enfermería y Antropología en Brasil: Relaciones, Dilemas y Desafíos

TEORÍA Y MÉTODO

- Hospitalización de ancianos y el trabajo de enfermería: Análisis de la producción científica brasileña
- La calidad de vida de los ancianos: revisión de literatura
- Nosocomios higienistas: el caso Florence Nightingale

MISCELÁNEA

- BIBLIOTECA COMENTADA
- Historia del Cuidado: Un hito para comprender el pasado, explicar el presente y proyectar el futuro



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	
El corporativismo en la profesión enfermera.....	9
<i>José A. Ávila Olivares</i>	
FENOMENOLOGÍA	
La historia de Enfermería: trascendencia del fenómeno cuidado y su relación con el tiempo	11
<i>Javier Badillo Zúñiga, Ana R. Hernández Morales, Alfredo Bermúdez González</i>	
HISTORIA	
Los manuales de formación de la Cruz Roja durante la epidemia de gripe de 1918-1919.....	19
<i>Alberto González García</i>	
Hôtel-Dieu de París; reformas materiales, estructurales y funcionales entre los siglos XII y XVIII	29
<i>Teresa Morales, Cristina; García Berrocal, Francisco Javier</i>	
San Juan de Dios, la implementación de una cultura de cuidados.....	44
<i>María de los Santos Oñate Tenorio, Antonio Oñate Tenorio</i>	
ANTROPOLOGÍA	
Autopercepción del bienestar del cuidador familiar del adulto mayor y características sociodemográficas.....	50
<i>Aurora Félix Alemán, Rosa M^a. Aguilar Hernández, M^a. de la Luz Martínez Aguilar, Hermelinda Ávila Alpírez, Laura Vázquez Galindo, Gustavo Gutiérrez Sánchez</i>	
El ser humano y la génesis del trabajo enfermero comunitario	59
<i>Jorge Mínguez Arias; José Ramón Martínez Riera</i>	
Enfermería y Antropología en Brasil: Relaciones, Dilemas y Desafíos	66
<i>Lucas Pereira de Melo</i>	
TEORÍA Y MÉTODO	
Hospitalización de ancianos y el trabajo de enfermería: Análisis de la producción científica brasileña	77
<i>Rodrigo Eurípedes da Silveira, Álvaro da Silva Santos, Taciana Silva Alves Monteiro, Mariana Campos de Sousa</i>	
La calidad de vida de los ancianos: revisión de literatura	89
<i>Cinara Maria Feitosa Beleza, Maria do Livramento Fortes Figueiredo, Claudete Ferreira de Souza Monteiro, Maria Eliete Batista Moura, David Bernar Oliveira Guimarães, Vanessa Caminha Aguiar</i>	
Nosocomios higienistas: el caso Florence Nightingale	96
<i>Francisco Javier Castro Molina</i>	
MISCELÁNEA	
BIBLIOTECA COMENTADA.....	106
Historia del Cuidado:	
Un hito para comprender el pasado, explicar el presente y proyectar el futuro.....	107

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

El corporativismo en la profesión enfermera

The corporatism in nursing profession

O corporativismo, profissão de enfermagem

José A. Ávila Olivares

Presidente del Consejo Valenciano de Enfermería.

Doctorado en el programa “Enfermería y Cultura de los Cuidados”. Universidad de Alicante.

Cómo citar esta editorial en edición digital: Ávila Olivares, J.A. (2013) El corporativismo en la profesión de enfermería..Cultura de los Cuidados (Edición digital) 17, 36. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.36.01>>

*Correspondencia: José A. Ávila Olivares,
Colegio de Enfermería de Alicante. C/Capitán Demá 16, 03007 Alicante. Correo electrónico: <ja.avila@wanadoo.es>*



El término <Corporativismo> en nuestra sociedad española de hoy, ha adquirido un matiz desfavorable al aplicarla a nivel periodístico y coloquial a la defensa a ultranza y protección con que una clase profesional blinda a sus miembros contra las reclamaciones de una negligencia o conculcación de derechos, para evitar la pérdida de prestigio, la reparación por los daños causados, la atenuación de penas, etc.

Por supuesto que no es en este sentido peyorativo y degradante en que aquí utilizo el término, sino en el más genuino de la

acción encomiástica y benéfica de la acción corporativa que busca los intereses del grupo y sugiere cambios sociales para sus componentes y para la sociedad en general, en aras del fomento del equilibrio social y del bien común siempre. Es decir, lo que en sentido coloquial llámanos el “Corporativismo bien entendido”

La señalada “acción corporativa”, la podemos denominar de diferentes maneras: asociacionismo, sindicalismo, colegiación, etc., poco importa si el concepto que queremos expresar forma parte de lo que en sociología se denomina <Cuerpos intermedios>. Una de las figuras vitales en las sociedades complejas por ser instrumentos de vertebración social para la defensa de los derechos y libertades de los individuos. Misión que solo es posible si mantienen su autonomía frente al Estado y se desarrolla en un marco jurídico adecuado.

Ese corporativismo bien entendido al que me refiero, esa acción de grupo, el sistema de alianzas frente a la acción unitaria, ha desempeñado un papel transcendental en la evolución histórica de la profesión enfermera. En ella podemos distinguir dos etapas bien diferenciadas. En una primera, la acción

corporativa y su influencia en la evolución de la enfermería podía entenderse como monopolio colegial pues desde mitad del Siglo XIX hasta final de la década de los años setenta, del siglo XX, son los colegios profesionales, y solo ellos, las únicas instituciones que favorecen y promueven el desarrollo de esta profesión.

La segunda etapa de la acción corporativa en la historia de la Enfermería, bajo mi criterio, coincide su comienzo con la entrada de los estudios en la Universidad. Es entonces cuando empiezan a aparecer otros <Cuerpos intermedios> que han llegado hasta nuestros días, tales como Asociaciones y Sociedades Científicas de Enfermería, Escuelas de Enfermería ahora Facultades de Ciencias de la Salud, Sindicatos profesionales, entre otros, y que en estos momentos son importantes e imprescindibles elementos de vertebración social y profesional. Unas entidades, que a partir del último tercio del siglo XX, comparten protagonismo con los Colegios Profesionales en el avance profesional de la Enfermería.

En estos momentos de dificultades socioeconómicas y laborales, urge la necesidad de sugerir la acción conjunta de todas las instancias enfermeras para mejor defensa de los intereses del colectivo en su conjunto. No es la hora de protagonismos estériles, ni de malgastar individualmente esfuerzos que en conjunción colectiva y solidaria conseguirán los frutos apetecidos. La acción corporativa conjunta de Colegios de Enfermería, Sindicatos de Enfermería, Facultades de Ciencias de la Salud, Asociaciones y Sociedades Científicas de Enfermería, y el trabajo solidario en una misma dirección, conservando cada una de estas entidades su independencia y autonomía en aquellas cuestiones ajenas a la problemática de grupo, constituiría una poderosa fuerza de contención de acrecentada efectividad frente a las amenazas, tanto de involución profesional

como de desarrollo que pudiera padecer la Enfermería.

La crisis actual –evoquemos la concepción japonesa de “crisis” (kiki) como “peligro + oportunidad”- esta haciendo resurgir el espíritu corporativo, un tanto apagado en épocas de bonanza, para luchar con nuevos bríos contra la merma de derechos sociales y profesionales adquiridos. Nueva fuerza para los nuevos retos imposibles de abordar desde la individualidad e, incluso, desde las unidades corporativas aisladas. Más que nunca parece hoy imprescindible la vertebración de las distintas corporaciones que buscan los mismo fines profesionales, obviando la diferencias de medios o de cauces para la acción de cada una. Cuando se facilita la acción corporativa grupal se contribuye al fortalecimiento de la reputación de las partes implicadas y a un conocimiento más profundo y exacto del contexto socioprofesional. El crecimiento de la organización profesional de enfermería depende del progreso de su equipo, es decir, de las entidades que vertebran la profesión, por ello, estoy convencido que puede ser de gran utilidad tener, en estos momentos, un pensamiento tendente a promover un verdadero trabajo en equipo donde *“el todo sea mucho más que la suma de las partes”*.

José Antonio Ávila Olivares

Fenomenología

La historia de enfermería: trascendencia del fenómeno cuidado y su relación con el tiempo

Nursing history: transcendence of care phenomenon
and its relationship with time

História da enfermagem: importância do fenômeno
cuidados e sua relação com o tempo

Javier Badillo Zúñiga¹; Ana R. Hernández Morales²; Alfredo Bermúdez González³

¹Alumno de la 10ª Generación del Programa de Maestría en Enfermería, UNAM.
javier_7badillo@yahoo.com.mx, cel. (55) 27329549

²Alumna de la 10ª Generación del Programa de Maestría en Enfermería, UNAM. anyshdzm@gmail.com

³Maestro de Seminario de Epistemología y Enfermería y tutor del PME, UNAM. kandisky56@hotmail.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Badillo Zúñiga, J; Hernández Morales A.R; Bermúdez González, A. (2013) *La historia de enfermería: trascendencia del fenómeno cuidado y su relación con el tiempo. Cultura de los Cuidados (Edición digital)*17, 36. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.36.02>>

Correspondencia: Alfredo Bermúdez González. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia. Unidad de Investigación. Cubículo 1. México. D.F. tel. 5655 2332 ext. 309, Área secretarial 281
Correo electrónico: kandisky56@hotmail.com
Recibido 20/3/2013. Aceptado 11/05/2013



ABSTRACT

History is a discipline that contributes to the nursing to trace the significance of their professional work, caring. The close

relationship with time reminds us of Martin Heidegger as the philosopher who raises an inseparable articulation between time and the being through caring. As we reflect on the philosophical context of caring and its relation to time, which identifies a paradox in nursing professional work, who are serving schedules, routines and activities outside the ethical issue of giving one point for each thing affected by accelerated dynamics, overcrowding of patients in health institutions, making it impossible to provide care as such, as its temporality is to meet the needs for the existence of the person from allowing conceptualize care as a whole being and in that sense, have the time required to perform satisfactorily quality care and encourage the process the construction of discipline.

Key words: history, nurses, care and time.

RESUMO

A História é uma disciplina que contribui para a enfermagem para traçar o significado da sua vida profissional, atencioso. A estreita ligação com o tempo nos faz lembrar de Martin Heidegger como o filósofo que levanta uma ligação inseparável entre o tempo e sendo por carinho. Ao refletirmos sobre o contexto filosófico do cuidado e sua relação com o tempo, o que identifica um paradoxo em enfermagem do trabalho profissional, que estão servindo horários, rotinas e atividades fora a questão ética de dar um ponto para cada coisa afetada pela dinâmica acelerada, a superlotação de pacientes em instituições de saúde, o que torna impossível a prestação de cuidados como tal, sua temporalidade é para atender às necessidades para a existência da pessoa de permitir que o cuidado conceituar como um todo, sendo e, nesse sentido, têm o tempo necessário para realizar atendimento de forma satisfatória a qualidade e incentivar o processo de construção de disciplina.

Palavras-chave: história, enfermeiros, cuidado e tempo.

RESUMEN

La historia es una disciplina que contribuye a la enfermería para dejar huella de la trascendencia de su quehacer profesional, el cuidado. La estrecha vinculación con el tiempo nos remite a Martin Heidegger como el filósofo que plantea una articulación inseparable entre el tiempo y el ser a través del cuidado. Por lo que se reflexiona sobre el contexto filosófico del cuidado y su relación con el tiempo, que permite identificar una paradoja en el quehacer profesional de enfermería, quienes se encuentran cumpliendo horarios, rutinas y actividades fuera de la cuestión ética de otorgar un momento para cada cosa, afectado por

aceleradas dinámicas, sobrepoblación de pacientes en las instituciones de salud, haciendo imposible proporcionar el cuidado como tal, ya que su temporalidad consiste en satisfacer las necesidades para la existencia de la persona a partir de cuidados que permitan conceptualizarlo como un ser completo y en ese sentido, contar con los tiempos necesarios para poder realizar de manera satisfactoria un cuidado con calidad y fomentar el proceso de la construcción de la disciplina.

Palabras clave: historia, enfermería, cuidado y tiempo.

INTRODUCCIÓN

El cuidado está considerado como un proceso de vertebración en la disciplina de enfermería y el tiempo como su principal limitante y posibilitador para la satisfacción de las necesidades del cuidado del ser. Esta ambivalencia se ve reflejada en la práctica clínica de la enfermería, donde además se adjudica actividades ajenas al cuidado del ser, desviando su praxis con repercusión ética.

Considerar a la persona desde la dinámica de un cuerpo social, que al transcurrir en el tiempo va creando la interrelación con su entorno, es un detonador que genera nuevas necesidades por satisfacer, tal como señala Agnes Heller (1998), citando a Marx cuando dice: *La diversa conformación de la vida material depende en cada caso, naturalmente, de las necesidades ya desarrolladas y tanto la creación como la satisfacción de estas necesidades es de suyo, un proceso histórico**. La historicidad del ser tiene necesidades propias derivadas de sí mismo y de su interacción con los demás. 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. La interrelación que se genera en la satisfacción de necesidades es postulada por Heller, señalando que el objeto más elevado de la necesidad humana es el otro hombre, lo que permite ver la compleja interrelación (persona/ enfermero(a)/ tiempo), de ahí la importancia de una reflexión sobre una intuición del tiempo como una aportación para la enfermería desde la investigación histórica.

Con respecto a la interrelación de la enfermería y la persona para la satisfacción de necesidades del hombre se debe reflexionar en la visión de la teoría de Marx cuando escribe que:

La necesidad se refiere en todo momento a algún objeto material o a una actividad concreta. El primer hecho histórico es por consiguiente, la producción de los medios indispensables para la satisfacción de estas necesidades... En la producción de los instrumentos aptos para satisfacer las necesidades fundamentales, la necesidad de los instrumentos es ya una necesidad nueva. La necesidad humana se realiza, en el proceso de objetualización; los objetos <<dirigen>> y <<regulan>> al hombre en el desarrollo de la necesidades respectivas. La capacidad, la actividad concreta es por consiguiente una de las mayores necesidades del hombre. ...dentro de esta estructura de necesidades predominaba la calidad y no la cantidad., Carlos Marx, (1968).

Desde dicha perspectiva el hecho histórico de la creación de la enfermería, se da a partir de un proceso de objetualización de una actividad concreta, la satisfacción de necesidades con el cuidado. La enfermería entonces es un producto y productor de medios para la satisfacción de las necesidades



de la salud, que debe dirigir y regular con el cuidado, haciendo predominar la calidad.

La satisfacción de las necesidades de salud es un elemento indispensable de la calidad del cuidado, surge en 1860 con Florence Nightingale, siendo pionera en el control de la calidad de los cuidados de enfermería de los hospitales militares británicos, refiere en sus escritos que el ambiente físico del paciente es de capital importancia en la calidad asistencial, refiere Zárate (2011).

Al reflexionar sobre lo anterior, se puede decir que históricamente enfermería ha realizado su quehacer profesional cumpliendo con horarios, rutinas y actividades establecidas fuera del contexto del cuidado de calidad, lo cual puede verse en contraposición a la cuestión ética de otorgar un momento para cada cosa, cuando ya no es posible proporcionar una atención con total calidad, ya que su temporalidad consiste en ubicar la esencia de la persona en tiempo, lugar y espacio conceptualizándolo como un ser completo; Ferrer (2011) retoma lo postulado por Edith Stein para mencionar que la persona es: *...en cuanto yo, que abarca el cuerpo y el alma, ilumina por medio del entendimiento y domina por medio de la voluntad como soporte levantado por detrás y por encima de todo lo corporal-anímico o como forma de plenitud que lo une todo***, dichas características planteadas

por Stein constituyen un ser complejo que desde tal plenitud, los fenómenos de salud y enfermedad que vive, cada momento se torna distinto, resaltando así la necesidad de dar un tiempo específico para el cuidado enfermero.

De tal manera que Siles (2007), menciona que Heidegger concibe la cura como una entidad dispensadora de cuidados, que modela al ser durante todo su ciclo de vida (nacimiento hasta su muerte), manteniendo mesura entre pensamiento, valores y conducta al satisfacer las necesidades del ser mediante el cuidado a lo largo del tiempo, cuyo término visto bajo esta perspectiva, debe ser objeto para la construcción del conocimiento en enfermería desde tales núcleos paradigmáticos.

Cabe señalar que es fundamental contar con los tiempos necesarios para poder realizar de manera satisfactoria el cuidado de enfermería con calidad y fomentar el proceso de la estructura en la construcción de la disciplina, ya que si consideramos que el tiempo en la práctica clínica es de vital importancia para el *ser*, que se requiere para satisfacer sus necesidades, por lo tanto, es *a priori* determinar una regulación institucional desde la perspectiva de enfermería para la disciplina.

Actualmente menciona Zárate (2011), que Avedis Donavedian define la calidad de la atención en salud en dos dimensiones: la técnica que se refiere a la aplicación de la ciencia y la tecnología y; la interpersonal que incluye los valores y normas socialmente definidas que gobiernan la interacción de los individuos en general o de forma particular.

En la experiencia real de la práctica de enfermería, se enfatiza la dimensión técnica por encima de la dimensión interpersonal quedando ésta última, relegada; si bien el cuidado es el quehacer de enfermería, entonces la respuesta a las necesidades de la persona

deben encaminarse según Zárate (2011), hacia *un cuidado de calidad que sea seguro, efectivo, centrado en el paciente, oportuno, eficiente y equitativo*.

Es necesario que enfermería busque continuamente estrategias en el ámbito clínico y comunitario que fundamenten una mejor calidad del cuidado dirigidas al bienestar de las personas y a la comprensión de los procesos vitales de la salud y la enfermedad.

OBJETIVOS

- Realizar un análisis hermenéutico de la relación entre el cuidado y el tiempo y su importancia histórico-filosófico
- Mostrar la importancia de la investigación histórica-filosófica como fuente subyacente de y para la epistemología en enfermería, desde el discurso de los documentos analizados para la mejora de la calidad de la atención
- Establecer el contexto de la responsabilidad en el cuidado del ser humano y su proceso histórico, a partir del análisis, como un fenómeno recurrente en el ejercicio profesional de enfermería

METODOLOGÍA

El presente trabajo se realizó bajo el análisis del método histórico-filosófico con la hermenéutica, ya que el objetivo de la revisión documental requiere de la interpretación de los datos que permita mostrar la reflexión del discurso de los artículos abordados, basado en el conocimiento previamente adquirido en el seminario de Epistemología y Enfermería que forma parte del programa de maestría, así como de diversas fuentes documentales consultadas. Estos datos, son expuestos desde el análisis hermenéutico de la información seleccionada, para aprender y aprehender el fenómeno, mismo que pretende ir cobrando

un sentido para la integración de los aspectos que desde el planteamiento de la hermenéutica postulada por Heidegger, debe contemplarse la visión de la existencia del fenómeno y sus significaciones para su comprensión científica.

Tratamiento metodológico

- 1.- Selección de fuentes
- 2.- Revisión documental
- 3.- Selección de información
- 5.- Análisis del discurso
- 6.- Interpretación de los datos

DESARROLLO

Se considera al cuidado como la columna vertebral de enfermería y el tiempo cronológico, entendido como los filósofos griegos emplearon el término “*Crhonos*” para referirse al tiempo cronológico, al origen fenomenológico del cuidado y la importancia del concepto de tiempo en la historia de la enfermería, como su principal limitante; en tanto que, el concepto de momento para cada cosa (*káiros*) es para identificar la importancia del momento vivido oportunamente (Siles y Solano, 2007), entendido a su vez, como posibilitador de la permanencia para la satisfacción de las necesidades de la persona. Desde el punto de vista filosófico definir el tiempo nos remite al constructo: ser con los demás y va más allá de la medición física de la acción, transformación constante, incluso rebasa la presencia secuencial de eventos naturales como el día y la noche. El tiempo, entonces, se refiere al movimiento del ser humano creando relaciones de unos con otros; al respecto escribe Edith Stein que: *no se vive sólo objetivamente en la comunidad popular, sino que se recibe de ella la formalización típica y se desempeñan funciones en ella: es preciso tener la noción de pueblo como tal y saber de la*

propia pertenencia al mismo..., (Ferrer, 2011), Los profesionales de enfermería a través de diversas gestiones, han buscado la forma de otorgar cuidados de calidad a pesar de la gran demanda que existe de los servicios de salud a nivel mundial y de los cortos tiempos que tienen para dar cuidado a las personas que están bajo su responsabilidad; por lo que Stein remite a pensar en un trabajo institucional colectivo, grupal, con el objetivo del dominio de la praxis, en la que se contemple la dinámica del cuerpo social, la persona, y que genere cuidados de calidad. Un ejemplo y oportunidad para llevar a cabo este trabajo grupal, son la implementación colectiva y general de los indicadores de calidad, tales como la prevención de úlceras por presión, las medidas de seguridad personal en pacientes hospitalizados, entre otros múltiples cuidados, colocando a la persona inmersa en la dinámica de un cuerpo social, interrelacionado con su entorno, el cual le genera nuevas necesidades por satisfacer. A propósito de ello y a modo de énfasis, Marx plantea que: *La diversa conformación de la vida material depende en cada caso, naturalmente, de las necesidades ya desarrolladas y tanto la creación como la satisfacción de estas necesidades es de suyo, un proceso histórico...* (Agnes Héller, 1998).

A través del tiempo, las enfermeras han desarrollado la práctica institucional del cuidado con horarios y rutinas establecidas que se contraponen a la cuestión ética de otorgar el espacio y el tiempo requeridos para promover el equilibrio entre los diferentes elementos del paradigma de enfermería: salud, entorno, cuidado y persona. Kuhn desde su percepción de *...paradigma donde se aproxima una comprensión histórica de los cambios producidos en la ciencia a través de los tiempos*, (Toro, 2005), es un referente para considerar

que desde el paradigma de enfermería es posible hacer las reflexiones actuales sobre su propia práctica.

En el acontecimiento histórico se determina al ser como un ente desde su concepción hasta más allá de su muerte; su temporalidad consiste en ubicar la esencia del individuo en tiempo, lugar y espacio, conceptualizándolo no sólo como algo cognoscente, sino como un ser completo (corpóreo – anímico – espiritual) ubicándolo en las dimensiones del haber sido, el devenir y el actual, generando así la conceptualización de enfermería desde la naturaleza misma del ser humano.

Desde que el hombre toma consciencia de su ser como parte de un universo, también conoce su temporalidad, su finitud, y en el intermedio de ese principio y fin, una infinita gama de posibilidades. En relación con el enunciado anterior, la teoría de las necesidades (Héller, 1998), establece que el objeto más elevado de la necesidad humana es el otro hombre, debido a ello, se explica la relación persona/enfermero(a)/tiempo ocupándose incluso de la proporción de cuidados para una muerte digna.

Es preciso entonces, reflexionar sobre dar valor al instante, (*káiros*), con respecto al tiempo, (*Chronos*), como una aportación para la enfermería desde la investigación histórico-filosófica. Dicha historicidad del ser, no sólo se ubica en el tiempo vulgar, sino en el tiempo espiritual de manera contextual, individual y colectiva donde el hombre permanece con su esencia en la naturaleza de su ser.

En este sentido se identifica que el ser humano ha desarrollado conceptos que le sirven como eje rector de su existencia, uno de ellos es el tiempo, y es en la enfermería donde adquiere una dimensión especial, ya que a través del quehacer específico del cuidado enfermero, le



corresponde a sus profesionales ser testigos y partícipes del momento en que se inicia y finaliza el tiempo de las personas: el nacimiento y la muerte, proporcionando cuidados específicos en el devenir de la vida y su final.

A su vez, las convivencias sociales favorecen la adquisición de conocimientos para cuidar de la mejor manera a uno mismo y a los demás, como se ha realizado desde épocas remotas, aprendemos cuidando, pasando de generación en generación; un claro ejemplo es la muerte, fenómeno constante en la práctica enfermera; tal como afirma *Heidegger: la muerte es un fenómeno y una propiedad de la vida*, (Cataldo, 2003). Ocupando un instante irrepetible donde la enfermería debe otorgar los cuidados a la persona en el trance de sus últimos momentos, obedeciendo al ideal que propone Heidegger sobre la libertad para la muerte: “el abandonarse a la no existencia., (Cataldo, 2003)” Contrario a nuestra cultura, donde no se acepta la cotidianidad de la muerte como una etapa de la vida para trascender; al respecto afirma Schopenhauer, que el tiempo no forma parte de las cosas en sí, es fenoménico y superficial.

¿No es desolación y vacío lo que recibiría al niño en el momento de nacer si la provisión de cuidados no le brindara la posibilidad de continuar vivo? ¿No es de la desolación y el vacío de lo que necesita ser rescatado el que está muriendo, el que ya casi no es en el tiempo? Se

puede inferir que ante tales fenómenos que provoca vivir la vida ha dado pie al cuidado como hecho histórico, por lo que no es exclusividad de la enfermería. Sin embargo, Nightingale reflexiona en este discurrir histórico cuando dice que cualquier persona “*en algún momento de su vida. . . tiene a su cargo la salud de alguien...*” (Nightingale, 1991).

El proceso histórico del propio fenómeno de cuidar a quienes no pueden hacerlo por sí mismos, ha dado pie a la evolución hacia una mayor complejidad de cuidados, dando estructuras de identidad a la enfermería con el cuidado, que tiene como objetivo, la sobrevivencia y el estado de bienestar de aquellos que incluso, están por perecer.

Ahora que la enfermería se ha definido en el fenómeno de cuidar y lo ha convertido en una actividad profesional, se guía a través de los principios bioéticos que rigen su actividad ante aquellos que requieren de apoyo. La necesidad del cuidado es la que mantiene una estrecha unión entre los miembros de una sociedad. Identificarnos como seres que necesitamos del próximo y que éste nos necesita requiere de una introspección en la que se delimite los alcances de su significado y de su trascendencia. Las enfermeras son las profesionales, las expertas en cuidar; a propósito del momento histórico y los esquemas de relación social basados en la economía, la actividad del cuidado debería ser encuadrada con la importancia que se merece, demostrando con ello que el cuidado se hace visible en beneficio de la sociedad.

Cabe señalar que ante el contexto de un cuidado encarecido por los sistemas de salud, es fundamental contar con los conocimientos necesarios para poder realizar de manera satisfactoria, efectiva, un cuidado con calidad, actitud positiva, fomentando la interacción

con el ser que requiere del cuidado en naturaleza de la vida.

Puede afirmarse que el ser humano ha desarrollado conceptos que le sirven como eje rector de su existencia, su permanencia en el tiempo, aquello que le va a permitir esa permanencia en el tiempo, el cuidado. La profundidad del fenómeno abarca explicaciones o respuestas teleológicas, filosóficas o estéticas, como en el reflexivo poema, Nocturno muerte. *Quién medirá el espacio, quién me dirá el momento en que funda el hielo de mi cuerpo y consume el corazón inmóvil como la llama fría...* (Xavier Villaurrutia, 1933), esto es un reflejo estético-poético del cuestionamiento ontológico que inquieta al humano: el tiempo y su permanencia en este mundo a través del cuidado.

CONCLUSIÓN

Abarcando el aspecto teleológico y estético, a partir de Heidegger y otras perspectivas filosóficas, se analizaron los términos de ontología fenomenológica del ser y tiempo; reflexionando sobre la existencia del *Sein*, sus actos (cuidado) y su relación con el mundo (lo que podría adecuarse a enfermería). La necesidad del saber estar ahí con sus bases teóricas orientadas al cuidado convirtiéndose en un proceso dinámico y temporal, ubica al profesional de enfermería con la persona bajo un contexto sociocultural donde ejecuta una acción mediante un conocimiento interactivo que conlleva a la enfermería a madurar bajo experiencias previas ante el cuidado individual y colectivo; convirtiéndose en un proceso objetivo manteniendo mesura entre pensamiento, valores y conducta para satisfacer las necesidades del ser mediante el cuidado.

No se debe dejar de lado el contexto filosófico de la persona ninguno de los

profesionales de enfermería, ya que esta persona se encuentra bajo un contexto de necesidades. Se trata de personas que existen, que viven, que necesitan algo o de alguien, que históricamente requiere de cuidado. Es decir; que están ahí, frente a nosotros, junto a nosotros, en el tiempo.

Hegel dice que en el sentir somos la unidad en la diferencia, se entiende entonces que es necesario establecer una clara distinción reflexiva en relación al sujeto-objeto; por otro lado, Aristóteles quiere decir *...mi acto de percibir no es ni mi acto de ser ni el acto de ser del originante de mi percepción...* (Alvira, 1979). No debemos perder de vista que nuestra relación con el sujeto de estudio se basa en la percepción que tenemos del objeto como ser inmerso en el contexto y tiempo en el que se lleve a cabo dicho cuidado.

Estar ahí, es estar en el mundo, en nuestro mundo profesional y humano. El ser humano es proyección con todo lo que contribuye a lograr la felicidad humana, aspiraciones para el cuidado de la persona, el cuidado fundamental de nuestra existencia y de la existencia de los demás.

En el presente trabajo contribuyeron todos los alumnos del grupo del Seminario de Epistemología y Enfermería del Programa de Maestría en Enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvira, R. (1979) Reflexiones sobre el concepto de percepción en la filosofía Aristotélica. VI congreso nacional de Psicología Pamplona. Pamplona.
- Blog: Filosofía e historia. (2009) El tiempo según Martín Heidegger. Concepto del tiempo. Activa en: <http://filosofiahistoricidad.blogspot.mx/2009/04/el-tiempo-segun-martin-heidegger.html>, [Consulta: 2 Marzo, 2012]
- Cataldo, S. G. (2003) Muerte y libertad en Martin Heidegger. En Revista Philosophica No 26, Instituto de Filosofía Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.

- Ferrer Santos, U. (2011) Edith Stein. Philosophica: Enciclopedia filosófica, Fernández Labastida, F. – Mercado, J.A. editores Activa en URL: <http://www.philosophica.info/archivo/2011/voces/stein/Stein.html>, [Consulta: 2 Marzo, 2012]
- Heller, A. (1998) Teoría de las necesidades en Marx, Grupo Martes, Activa en URL: http://grupomartesweb.com.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=152:agnes-heller-teoria-de-las-necesidades-en-marx&catid=45:textos-general&Itemid=58#_ftn1, [Consulta: 1 de marzo, 2012]
- Lorca Gómez, O. (2002) Al hilo de una lectura del 19 de Los problemas fundamentales de la fenomenología de Martín Heidegger, Tesina para grado de Lic. en filosofía. Un acercamiento a la temporalidad. Facultad de filosofía y humanidades, Universidad de Chile. 2002.
- Marx, C. (1968) La ideología alemana. Pueblos Unidos. Montevideo, Argentina.
- Nightingale, F. (1991) Notas sobre enfermería, Salvat, Bacerlona.
- Pifarré Ll. (2007) Heidegger y la pregunta por el ser. El retorno al fundamento. Biblioteca católica digital. Activa en URL: <http://www.conocereisverdad.org/website/index.php?id=3386>, [Consulta: 2 Marzo. 2012]
- Siles, J; Solano R. C. (2007) El origen fenomenológico del “cuidado” y la importancia del concepto de tiempo en la historia de la enfermería. Cultura de los cuidados. 11(21):19 – 26
- Toro, A; Marcano, L. (2003) La categoría paradigma en investigación social. Activa en URL: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/21020/1/articulo1.pdf>, [Consulta: 1 Marzo, 2012]
- Villaurrutia, X. (1933) Nocturno muerto. En: Nocturnos, Ed., Fábula. Miguel N. Lira, México.
- Zárate, G. R. y cols. (2011) La calidad y seguridad del paciente: elementos conceptuales. Enfermería y seguridad de los pacientes, Organización Panamericana de la Salud, Washington.
- Zárate, G., y cols. (2011) La calidad y seguridad del paciente: elementos conceptuales. Enfermería y seguridad de los pacientes, Organización Panamericana de la Salud, Washington.

Historia

Los manuales de formación de la Cruz Roja durante la epidemia de gripe de 1918-1919

Spanish Red Cross' training manuals during the 1918-1919 influenza epidemic

Manuais de formação da Cruz Vermelha Espanhola durante a epidemia de gripe de 1918-1919

Alberto González García

Doctor en Investigación Sociosanitaria.

Facultad de Enfermería de Cuenca, Universidad de Castilla-La Mancha.

Cómo citar este artículo en edición digital: González García, A. (2013) Los manuales de formación de la Cruz Roja durante la epidemia de gripe de 1918-1919. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 17, 36. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.36.03>>

Correspondencia: Alberto González García: Facultad de Enfermería de Cuenca, Universidad de Castilla-La Mancha. Cuenca. Tlfno. 969.17.91.00, extensión 46.33 Correo electrónico: alberto.gonzalez@uclm.es

Recibido 04/03/2013. Aceptado: 14/05/2013.



ABSTRACT

The target of this article is to analyze the training manuals of practitioners, nurses and Spanish Red Cross nurses to assess how far we can place the introduction of educational content related to public health nursing. The reporting period covers from the configuration of the nursing profession to onset of the first figure with real functions of public health

nursing, pediatric nurses. We have selected seven training manuals from the Red Cross, three practitioners training manuals, and three nurses training manuals, published until 1925, to compare the contents of each curriculum. The main conclusions are that the Red Cross stands as one of the protagonists of public health nursing in Spain, due to her performance in times of war and, especially, in times of the influenza epidemic of 1918-1919. Care infectious patients requiring first appeared in the training manuals of the Red Cross nurses following the 1918 influenza epidemic events.

Keywords: Spanish Red Cross, influenza, 1918-1919, training manuals.

RESUMO

O objetivo é analisar os manuais de formação de praticantes, enfermeiras e enfermeiras da Cruz Vermelha Espanhola

para avaliar até onde podemos colocar a introdução de conteúdos pedagógicos relacionados à enfermagem de saúde pública. O período do relatório cobre a partir da configuração da profissão de enfermagem ao início da primeira figura com funções reais de enfermagem de saúde pública, enfermeiras do berçário. Nós selecionamos sete manuais de treinamento enfermeiras da Cruz Vermelha, três manuais de practicantes, e cinco manuais de enfermeiras, publicados até 1925, para comparar o conteúdo de cada currículo. As principais conclusões são que a Cruz Vermelha se destaca como um dos protagonistas da enfermagem de saúde pública em Espanha, em grande parte devido ao seu desempenho em tempos de guerra e, especialmente, em tempos de epidemia de gripe de 1918-1919. Importam pacientes infecciosas que requerem apareceu pela primeira vez os manuais de formação das enfermeiras da Cruz Vermelha após os eventos de 1918 epidêmicas.

Palavras-chave: Cruz Vermelha Espanhola, gripe, 1918-1919, manuais de formação.

RESUMEN

El objetivo es analizar los manuales de formación de practicantes, enfermeras y enfermeras de la Cruz Roja para valorar en qué momento podemos situar la introducción de contenidos didácticos relacionados con la enfermería de salud pública. El periodo analizado abarca desde la configuración de la profesión de enfermera hasta la aparición de la primera figura con funciones reales de enfermería de salud pública, las enfermeras puericultoras. Se han seleccionado siete manuales de formación de enfermeras de la Cruz Roja, tres manuales de formación de practicantes, y cinco manuales de formación de enfermeras, editados hasta

1925, para comparar los contenidos de cada plan de estudios. Las principales conclusiones son que la Cruz Roja se sitúa como una de las protagonistas de la enfermería de salud pública en España, debido en gran parte a su actuación en tiempos de guerra y, sobre todo, en tiempos de la epidemia de gripe de 1918-1919. Los cuidados que requieren los enfermos infecciosos aparecieron por primera vez en los manuales de formación de las enfermeras de la Cruz Roja a raíz de los acontecimientos epidémicos de 1918.

Palabras clave: Cruz Roja, gripe, 1918-1919, manuales de formación.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años XIX y en las primeras décadas del siglo XX nuestra disciplina se encontraba en la búsqueda de su identidad profesional, lo cual permitió que comenzara a dibujarse una conciencia de la praxis que culminaría en la profesionalización de la misma con la formación reglada de los individuos (Herrera Rodríguez, 1996; Feria Lorenzo et al, 2004; Parrilla Saldaña y García González, 2004).

Hasta 1857, la única profesión reconocida relacionada con los cuidados era la de practicante, cuya formación se realizaba en el seno de las Facultades de Medicina. Mediante la Ley de Instrucción Pública de septiembre de 1857, conocida por el nombre del ministro que la impulsó, Claudio Moyano, se dio estatuto legal a la práctica de los cuidados bajo dos denominaciones diferentes, practicante y matrona (Domínguez Alcón, 1986; Camaño Puig y Forero Rincón, 1998; García Martínez y García Martínez, 2004; Ortiz Gómez, 2005).

La Ley Moyano de 1857 regulaba el acceso y estudios de practicante. El plan de estudios

recogía que los practicantes eran varones que suplían aquellas áreas de la medicina que requerían destrezas manuales, en el aspecto más técnico y pericial de la profesión de enfermería (Domínguez Alcón, 1986; Hernández Martín, Pinar García y Moreno Roy, 1996; Parrilla Saldaña y García González, 2004; Fernández Mérida, 2008). Las mujeres no tenían derecho a acceder a estos estudios hasta 1904. En teoría, estas practicantas estaban igualmente habilitadas para el ejercicio la profesión. Sin embargo en la práctica, las practicantas cubrían la atención de las enfermas de cirugía a su cargo, mantenían, esterilizaban y preparaban los aparatos y material quirúrgico, pasaban visita con los facultativos y anotaban los medicamentos que requería cada paciente. Administraban medicinas, observaban los síntomas para informar al médico en caso de complicación, realizaban curas y en las salas de partos (González Canalejo, 2005). Al contrario de lo que ocurrió con los practicantes, en donde su actividad asistencial estuvo limitada a los cuidados más técnicos, las primeras practicantas contemporáneas desempeñaron un papel decisivo en la comunicación con los enfermos y en la educación sanitaria, puesto que también ejercieron la asistencia domiciliaria (González Canalejo, 2007).

Será a partir de 1915 cuando encontremos el intento de poner en marcha una profesión exclusivamente femenina denominada enfermería. El título de enfermera se reconoció como una profesión distinta a la de los practicantes y se estableció el primer programa oficial para su formación según las directrices de la Ley de Instrucción Pública de 1904 (Domínguez Alcón, 1986; Herrera Rodríguez, 1996; Santo Tomás Pérez, 1997; Parrilla Saldaña y García González, 2004; Ortiz Gómez, 2005). La formación práctica tenía lugar en los hos-



pitales, fueran religiosos o no, y las Facultades de Medicina eran las encargadas de acreditar el nivel de conocimientos de las aspirantes, pero no tenían por qué proveer la formación (Sánchez González, Ortega Martínez y Elbal Moreno, 1996; Ortiz Gómez, 2005).

En 1923 las diferencias entre un practicante y una enfermera eran evidentes. El practicante era considerado una persona perita, con un título profesional de esfera limitada pero respetable como cualquier otra carrera oficial, que ejecutaba prescripciones del médico con arreglo a la ciencia. Sin embargo, la enfermera era cualquier persona que hacía lo que el médico ordenaba con arreglo a la práctica (Hernández Martín, Pinar García y Moreno Roy, 1996). La orientación de estas dos categorías profesionales fue diferente, y también lo fue su formación (cf. Domínguez Alcón, 1986). En este sentido, nos centraremos en la formación de practicantes y enfermeras para abordar este aspecto de forma específica.

Los orígenes de la enfermería comunitaria en Europa se sitúan en Gran Bretaña y se remontan a mediados del siglo XIX, desarrollada en Liverpool durante 1859 y promovida por el cuáquero y filántropo William Rathbone, quien contactó con Florence Nightingale para solicitar información acerca de cómo lle-

var adelante su proyecto de formación de enfermeras comunitarias (Siles González, 1999; Bostridge, 2008). En nuestro país, el desarrollo de la enfermería de salud pública vendría de la mano de las ideas de Concepción Arenal, quien publicó en varios volúmenes su exhaustivo análisis de la realidad sociosanitaria visitadora española. El retraso en el tiempo del desarrollo de la enfermería comunitaria en nuestro país en relación con los países de nuestro entorno ha sido atribuido, en primer lugar, al patrón socioeconómico español y a la inexistencia de un movimiento sanitario como el inglés. También, a que el asentamiento de la enfermería comunitaria precisa de un clima democrático para poder desarrollarse con normalidad (Siles González, 1999). Además, en España ha existido siempre una larga tradición profesional de la enfermería en el ámbito hospitalario, materializada con las figuras de los practicantes, en un primer momento, y con las enfermeras, posteriormente. Este hecho condicionaría la idea de que la asistencia extrahospitalaria no fuera entendida como una función ni de los practicantes ni de las enfermeras (Galiana Sánchez, Bernabeu Mestre y García Paramio, 2010).

El principal referente tangible en el origen de la profesionalización de la enfermería de salud pública se encuentra en la Instrucción General de Salud Pública de 1904 (Gaceta de Madrid, 1904a; 1904b). Esta norma permitió la creación de las Juntas Provinciales de Sanidad y estableció la conveniencia de que cada Junta procurara organizar una comisión de señoras para la vigilancia de la asistencia domiciliaria a enfermos pobres, propaganda de la higiene durante la lactancia, higiene de párvulos y protección de embarazadas y púerperas pobres. Estas tareas, ligadas a los cuidados materno-infantiles y a la asistencia domiciliaria, pueden

considerarse el precedente de la labor de la enfermería comunitaria (Domínguez Alcón, 1986; Siles González, 1999; Galiana Sánchez, Bernabeu Mestre y García Paramio, 2010).

Sin embargo, a pesar de que la legislación para practicantes y matronas fue relativamente abundante durante este periodo, no se legisló nada respecto a la formación o enseñanzas de las señoras que debían integrar estas comisiones, y cuando en 1915 la ley estableció la titulación de enfermera, la orientación de los estudios y de las actividades profesionales tampoco contemplaron este aspecto (Fernández Mérida, 1998; Parrilla Saldaña y García González, 2004; Galiana Sánchez, Bernabeu Mestre y García Paramio, 2010). Únicamente encontramos actividad de enfermería de salud pública en el colectivo de las primeras practicas contemporáneas (González Canalejo, 2007). Habrá que esperar veinte años más para retomar formalmente este campo de actuación, cuando en 1925 aparezcan las enfermeras puericultoras, o en 1932 las enfermeras visitadoras, en donde se normativizan las funciones de supervisión y educación sanitaria de las familias y de las amas de casa (Bernabeu Mestre y Gascón Pérez, 1999; Santo Tomás Pérez, 1997; Ortiz Gómez, 2005).

Merece especial atención la Cruz Roja Española, ya que a lo largo de las primeras décadas del siglo XX, la labor llevada a cabo por esta institución y la elaboración de planes de estudio situó a esta institución como protagonista dentro del capítulo de la historia moderna de la enfermería española. La Cruz Roja tuvo una destacada labor de formación de personal sanitario, y en 1920 creó su primera escuela de enfermeras en Madrid, meses después en Barcelona, y en 1927 el Dispensario Central de Madrid (Camaño Puig y Forero Rincón, 1998; Expósito González, 2010).

OBJETIVOS

El objetivo de este artículo es releer y analizar los manuales de formación de practicantes, enfermeras y enfermeras de la Cruz Roja editados hasta 1925 para valorar en qué modo y en qué momento podemos situar la introducción de contenidos didácticos relacionados con la enfermería de salud pública. Este periodo abarca tanto la configuración de la profesión de enfermera como la aparición de la primera figura con funciones reales de enfermería de salud pública, las enfermeras puericultoras.

Nuestra hipótesis de partida es la creencia de que la enfermería de salud pública española alcanzó un importante grado de institucionalización con la epidemia de gripe de 1918-1919, lo cual quedó reflejado en los programas de

formación de enfermeras de la Cruz Roja de 1917 y, posteriormente, en las enfermeras visitadoras de la Cruz Roja de 1923, al tiempo que se conformó un nuevo espacio alejado de los espacios profesionales de los practicantes en el que concentrar a estas mujeres.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha seleccionado una muestra de siete manuales de formación de enfermeras de la Cruz Roja. Además, se han consultado tres manuales de formación de practicantes y, finalmente, cinco manuales de formación de enfermeras, todos ellos editados hasta 1925, para comparar los contenidos de cada plan de estudios. En concreto, los manuales analizados se muestran en las tablas siguientes:

Tabla 1: Manuales de formación de la Cruz Roja

Fecha edición	Título	Autor/a
1917	<i>Manual de la enseñanza de enfermeras</i>	Mariano Fernández-Corredor Chicote
1918 (1ª ed.) 1920 (2ª ed.)	<i>El consultor de la Dama Enfermera</i>	Elena Sánchez de Arrojo
1918	<i>Manual de las Damas Enfermeras de la Cruz Roja</i>	Andrés Martínez Vargas
1920	<i>Curso teórico de la Dama Enfermera</i>	María González-Neira de Terrero
1921	<i>Vademécum de la Dama Enfermera de la Cruz Roja y Auxiliares Sanitarios</i>	Mª Dolores Bas Bonald
1923	<i>Contestaciones al programa de examen teórico para obtener el título de Dama Enfermera de segunda clase</i>	Junta de Damas de Pamplona
1923	<i>Lecciones para las Damas Enfermeras de Cruz Roja de Las Palmas de Gran Canaria</i>	Cruz Roja de Gran Canaria

Tabla 2: Manuales de formación de practicantes

Fecha edición	Título	Autor
	<i>Vademécum del practicante: tratado de cirugía menor</i>	Juan Marsillach Parera
1870	<i>Manual del practicante</i>	Bonifacio Blanco Torres
1916	<i>Manual del practicante</i>	J. Vallory

Tabla 3: Manuales de formación de enfermeras

Fecha edición	Título	Autor/a
1894	<i>Manual de la Enfermera</i>	Miguel A. Seco
1907	<i>Manual práctico de la enfermera hospitalaria y doméstica</i>	J. Vilar
1915	<i>Los cuidados de malalts</i>	Teresa Font et al
1916	<i>Arte de cuidar a los enfermos</i>	L. Grenet
1919	<i>La enfermera moderna</i>	Baltasar Pijoán

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La reina Isabel II fundó la Cruz Roja por Real Orden de 1864, de acuerdo con las bases establecidas en la Conferencia de Ginebra de octubre de 1863, inspirada en la labor realizada por Florence Nightingale durante la guerra de Crimea (Siles González, 1995; Expósito González, 2010). Los estatutos de la Cruz Roja Española se aprobaron en 1868 y, desde ese momento, la Cruz Roja estaría presente en la epidemia de cólera de 1885, en las inundaciones de Gijón en 1903, en la Semana Trágica de Barcelona de 1909, en la epidemia de tifus de Gijón en 1911, en la Huelga General de 1917, o en la epidemia de gripe de 1918-1919 (Chamizo Vega, 2009; Expósito González, 2010).

El Real Decreto de 28 de febrero de 1917, impulsado por la reina Victoria Eugenia de Battenberg, dictó las instrucciones para la organización del Cuerpo de Damas Enfermeras de la Cruz Roja en nuestro país (Siles González y García Hernández, 1995; Herrera Rodríguez, 1996; Chamizo Vega, 2009; Expósito González, 2010). La obtención del título de Dama Enfermera exigía la aprobación de un examen reglamentario ante un tribunal, así como superar las prácticas reglamentarias realizadas en los hospitales correspondientes (Herrera Rodríguez, 1996; Siles González, 2011).

En el caso que nos ocupa, creemos que existe una vinculación entre estas enfermeras y el campo de la salud pública, cuando en la conformación del cuerpo de Damas Enfermeras de la Cruz Roja se explicitaba la idea de que las mujeres burguesas de la alta sociedad española se involucrasen desinteresadamente en iniciativas de carácter preventivo (Siles González y García Hernández, 1995; Herrera Rodríguez, 1996; Chamizo Vega, 2009; Expósito González, 2010), en un momento en el que la que la higiene pública se empezaba a consti-

tuir como un campo científico de la medicina (Rodríguez Ocaña, 2005).

Con motivo de la promulgación del Real Decreto de febrero de 1917, en donde se aprobaba el programa de las enseñanzas, se publicaron los primeros textos didácticos. El programa contaba con treinta y cinco lecciones. Las Damas Enfermeras realizaban dos cursos de formación en periodos de cinco meses por año y realizaban sus prácticas en dispensarios, sin estar sometidas al internado (Expósito González, 2010). Resulta de interés centrarse en la formación de las Damas Enfermeras para valorar, por un lado, cómo se introdujeron conceptos de salud pública relacionados con la higiene y prevención de grandes epidemias a partir de la irrupción de la epidemia de gripe en nuestro país.

Todos los manuales de formación de enfermeras de la Cruz Roja que hemos consultado se caracterizaron por reproducir fielmente las directrices del reglamento de enseñanzas, enfocadas a la clínica y al aprendizaje de técnicas, con una introducción a la historia y organización de la institución, la organización de campañas, así como una referencia a la puericultura y la salud materno-infantil (Chamizo Vega, 2009). Por otro lado, las últimas lecciones de los libros se centraban en la acción de la Cruz Roja en tiempos de paz, detallando aquellas dirigidas a la protección de la infancia, la tuberculosis, la salubridad pública, la higiene social y las enfermedades contagiosas (Galindo Casero et al, 2004).

De igual modo, en todos estos manuales se exponían las condiciones morales, físicas e intelectuales que se les exigía a las mujeres, destacando la discreción, la instrucción, la observación, la subordinación, la fortaleza, la paciencia, la puntualidad, y el secreto profesional (Herrera Rodríguez, 1996). Bajo esta perspec-

tiva, el Manual de las Damas Enfermeras de la Cruz Roja publicado por el primer director de la Escuela de la Cruz Roja de Barcelona, el doctor Andrés Martínez Vargas, se comparaba la enfermera ideal con la Hermana de la Caridad (Martínez Vargas, 1917; Siles González y García Hernández, 1995).

La Dama Enfermera era la encargada de proporcionar cuidados maternos a los heridos de guerra, necesitados de dulzura y ternuras de mujer, siempre en términos de corrección, consuelo y caridad cristianos (Sánchez de Arrojo, 1920). Además, estaba subordinada a las disposiciones de los médicos, sin pretender jamás sustituirle (Sánchez de Arrojo, 1920; Herrera Rodríguez, 1996). Pese a lo reducido del temario comparado con el temario de la formación de enfermeras, a través de este análisis observamos cómo se repiten los mismos valores de filantropía, cuidado maternal y religioso atribuidos a la figura de la enfermera (Keller, 1991; Miqueo Miqueo, 2001; Ortiz Gómez, 2001; Esteban Galarza, 2004).

En 1918 encontramos *El consultor de la Dama Enfermera*, publicado en Guadalajara por una integrante del Cuerpo de Damas Enfermeras, Elena Sánchez de Arrojo (Expósito González, 2010). En 1920 se publicó la segunda edición (Imagen 1).



Imagen 1: Portada del manual *El consultor de la Dama Enfermera*

Elena Sánchez era una mujer viuda de la burguesía alcarreña, que desde su militancia católica tenía inquietudes por las obras sociales. En este sentido, se dedicó al ejercicio de la caridad como Dama de la Junta del Hospital de la Princesa (Calatraveño, 1920). Sus ideas sociales y religiosas llevaron a esta mujer a seguir el curso que para las Damas Enfermeras dictaron los médicos Joaquín García Plaza y Eduardo del Río, realizando el examen ante el primer tribunal que se constituyó. Estamos, pues, ante una de las pioneras de este cuerpo de Damas enfermeras, no sólo en Guadalajara, sino también a nivel nacional (Herrera Rodríguez, 1996; Expósito González, 2010).

La segunda edición del manual de Elena Sánchez de Arrojo introdujo por primera vez conceptos como la infección, el estudio de los principales agentes microbianos, las complicaciones infecciosas de las heridas, las principales epidemias, los conceptos de asepsia y antisepsia, y el uso de los principales desinfectantes, así como consejos concretos sobre especial atención en tiempos de epidemia y durante la visita médica (Sánchez de Arrojo, 1920; Herrera Rodríguez, 1996):

“(...) esta segunda edición corregida y aumentada con materias que aunque no figuran en el programa oficial, me han parecido de suma utilidad. Tales son las que se refieren á la profilaxis contra la gripe, erisipela y sarampión, modo de hacer y aplicar tópicos, sinapismos, vegetatorios, ventosas, etc., de vestir y desnudar á los heridos y mutilados y reeducación de éstos” (Sánchez de Arrojo, 1920: VIII).

La Cruz Roja, por tanto, se sitúa como una de los artífices y protagonistas de la enfermería de salud pública en España, debido en gran parte a su actuación en tiempos de guerra y, sobre todo, en tiempos de la epidemia de gripe de 1918-1919.

Con respecto a la formación de los practicantes, el primer manual que se editó para la formación de practicantes tras la publicación de las enseñanzas fue el Vademécum del practicante: *Tratado de cirugía menor*, del doctor Juan Marsillach Parera. Este manual fue el más completo de todas las enseñanzas de practicante, aunque en esta época existieron casi treinta manuales. Todos los manuales de formación de practicantes consultados, aunque también los de épocas posteriores según las fuentes secundarias (hasta su remodelación en 1955) presentaron una orientación hacia técnicas concretas de cirugía menor, curas y vendajes, incluyendo como únicos aspectos de la salud pública conceptos de asepsia y antisepsia de la infección aplicados a la cirugía menor, así como la técnica de la vacunación (Domínguez Alcón, 1986; Expósito González, 2004; Antón Solanas, Hallett y Wakefield, 2005).

Por otro lado, se observa en los manuales de formación de enfermeras que desde el primer manual publicado en 1894 se advierte expresamente que la intención del manual era contribuir a vulgarizar el método antiséptico. Hasta la publicación del último manual en 1919, todos los volúmenes dedicados a la formación de enfermeras incluyeron contenidos de asepsia, desinfección, esterilización, higiene y prevención de enfermedades (Domínguez Alcón, 1986).

Como puede comprobarse, el practicante tenía una misión más autónoma y extrahospitalaria, mientras que la enfermera dedicaba su actividad tanto al campo hospitalario como a la asistencia a domicilio (Domínguez Alcón, 1986). La orientación de la asistencia de los practicantes, por tanto, fue diferente a la de la enfermera, puesto que no estaba controlada por la institución médica de la misma forma que la enfermería, ni tuvo una orientación ha-

cia la asistencia hospitalaria, sino que su actividad se asemejaba más a aquellas profesiones denominadas liberales o al trabajo por cuenta propia (Ortiz Gómez, 2006). Siguiendo este concepto de asistencia sanitaria, los manuales de los practicantes no incluyeron conceptos de epidemia ni infecciones, sino que sólo incluían formación en materia de vacunación como único contenido relacionado con la salud pública y la higiene (García Martínez, 2004).

Sin embargo, vemos cómo la higiene del paciente, la observación del enfermo en su entorno domiciliario, y los cuidados que requieren los enfermos infecciosos sí están presentes en los manuales de enfermeras. Específicamente, estos contenidos aparecieron por primera vez en los manuales de formación de las enfermeras de la Cruz Roja a raíz de los acontecimientos epidémicos de 1918, momento en el que por primera vez se aplicaron medidas de prevención y aislamiento de enfermos. Se sucederán otros ejemplos posteriores como, en el reglamento para las hermanas enfermeras de los Hospitales militares de 1922, en donde se recogían contenidos relacionados con la evolución de las enfermedades infecto-contagiosas, la infección, el aislamiento, los desinfectantes y los mecanismos de desinfección (Chamizo Vega, 2009).

BIBLIOGRAFÍA

- Antón Solanas, I.; Hallett, C.E.; Wakefield, A. (2005) La influencia de la Guerra Civil sobre el desarrollo de la profesión de enfermería en España: su evolución a través de un siglo de historia. *Temperamentvm* 2. Available <http://www.index-f.com/temperamentum/tn2/t0124.php>
- Bernabeu Mestre, J.; Gascón Pérez, E. (1999) *Historia de la enfermería de salud pública en España (1860-1977)*. Alicante, Universitat d'Alacant.

- Bostridge, M. (2008) Florence Nightingale: the woman and her legend. Londres, Book Jacket.
- Calatraveño, F. (1920) Prólogo. En: Sánchez de Arrojo, E. El consultor de la Dama Enfermera, Guadalajara, Imprenta del Colegio de Huérfanos de la Guerra: IX-XV.
- Camaño Puig, R.; Forero Rincón, O. (1998) Escuelas de Enfermería: de la escasez a la abundancia. Su evolución histórica (1857-1977). *Híades* 5-6: 155-167.
- Chamizo Vega, C. (2009) El proceso de profesionalización de la Enfermería en el Principado de Asturias. Alicante, Universitat d'Alacant, 2009.
- Domínguez Alcón C. (1986) Los cuidados y la profesión enfermera en España. Madrid, Pirámide.
- Esteban Galarza, M.L. (2004) Antropología del cuerpo. Géneros, itinerarios corporales, identidad y cambio. Barcelona, Bellaterra.
- Expósito González, R. (2004) Carrera de Practicante (1916). *Híades* 9: 97-106.
- Expósito González, R. (2010) Los manuales para la formación de las enfermeras de la Cruz Roja española. En: González Canalejo, C.; Martínez López, F. eds. La transformación de la Enfermería. Nuevas miradas para la Historia, Granada, Editorial Comares: 311-324.
- Fera Lorenz, D.J.; León López, R.; Macías Rodríguez, A.C. et al. (2004) Evolución histórica de los cuidados desde el siglo XIX hasta nuestros días. *Híades* 9: 425-451.
- Fernández Mérida, M.C. (1998). La asistencia domiciliaria y la legislación en el siglo XIX. *Híades* 5-6: 145-154.
- Fernández Mérida, M.C. (2008) La función del personal de Enfermería en el Hospital Provincial de Málaga en el siglo XIX según el Reglamento de 1861. *Híades* 10: 583-590.
- Gaceta de Madrid (1904a) Instrucción General de Sanidad, nº 22, 22 de enero, 273-275.
- Gaceta de Madrid (1904b) Instrucción General de Sanidad (continuación), nº 23, 23 de enero, 290-295.
- Galiana Sánchez, M.E.; Bernabeu Mestre, J.; García Paramio, M.P. (2010) Enfermeras para una Nueva Patria. Género e ideología en la Enfermería de Falange. En: González Canalejo, C.; Martínez López, F. eds. La transformación de la Enfermería. Nuevas miradas para la Historia, Granada, Editorial Comares: 203-216.
- Galindo Casero, A. Garvi García, M.; Villa Andrada, J.M.; García Retamar, S. (2004) Curso Teórico de la Dama Enfermera (1920). *Híades* 9: 89-96.
- García Martínez, M.J. (2004) Instrucción del Practicante ó Resumen de conocimientos útiles para la buena asistencia inmediata de los enfermos; y compendio de las operaciones de cirugía menor, arte del dentista y del callista (1870). *Híades* 9: 77-87.
- García Martínez, M.J.; García Martínez, A.C. (2004) Mujer y asociacionismo profesional. El Colegio de Matronas de Sevilla y su labor en la defensa del colectivo durante el primer tercio del siglo XX. *Híades* 9: 607-624.
- González Canalejo, C. (2005) El acceso a la educación universitaria de las primeras practicantes (1900-1931). En: Flecha García, C.; Núñez Gil, M.; Rebollo Espinosa, M.J. dir. Mujeres y educación. Saberes, prácticas y discursos en la historia, Sevilla, Diputación Provincial de Sevilla: 119-133.
- González Canalejo, C. (2007) Cuidados y bienestar: el trabajo sanitario femenino en respuesta a la "cuestión social". *Dynamis* 27: 211-235.
- Hernández Martín, F.J.; Pinar García, M.E.; Moreno Roy, M.A. (1996) Memoria de un centenario. Primera Escuela de Enfermería Santa Isabel de Hungría. *Híades* 3-4: 189-195.
- Herrera Rodríguez, F. (1996) La enseñanza de las Damas Enfermeras de la Cruz Roja (1917-1920). *Híades* 3-4: 197-209.
- Keller, E.F. (1991) Reflexiones sobre género y ciencia. Valencia, Edicions Alfons El Magnànim-Institució Valenciana d'estudis i investigació.
- Martínez Vargas, A. (1917) Manual de las Damas Enfermeras de la Cruz Roja. Barcelona, Jaume Vives.
- Miqueo Miqueo, C. (2001) Semiología del androcentrismo. Teorías sobre reproducción de Andrés Piquer y François Broussais. En: Miqueo Miqueo, C.; Tomás, C.; Tejero, C.; Barral, M.J.; Fernández, T.; Yago, T. eds. Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas, Madrid, Minerva Ediciones: 97-134.
- Ortiz Gómez, T. (2001) El género, organizador de profesiones sanitarias. Miqueo Miqueo, C.; Tomás, C.; Tejero,

- C.; Barral, M.J.; Fernández, T.; Yago, T. eds. *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*, Madrid, Minerva Ediciones: 53-75.
- Ortiz Gómez, T. (2005) *Profesiones sanitarias*. En: Morant Deusa I. (dir.); Gómez-Ferrer Morant, G.; Barrancos, D.; Lavrin, A. coords. *Historia de las mujeres en España y América Latina. Volumen III: Del siglo XIX a los umbrales del XX*, Madrid, Cátedra: 523-543.
 - Ortiz Gómez, T. (2006) *Las mujeres en las profesiones sanitarias (1800-1975)*. En: Morant Deusa, I. dir. *Historia de las mujeres en España y América Latina*, Madrid, Cátedra: 489-507.
 - Parrilla Saldaña, J.; García González, C. (2004) *Análisis de la Enfermería en España desde finales del siglo XIX hasta su integración en la Universidad*. *Híades* 9: 407-424.
 - Rodríguez Ocaña, E. (2005) *Salud Pública en España. Ciencia, profesión y política, siglos XVIII-XX*. Granada, Universidad de Granada.
 - Sánchez de Arrojo, E. (1920) *El consultor de la Dama Enfermera*. Guadalajara, Imprenta del Colegio de Huérfanos de la Guerra.
 - Sánchez González, N.; Ortega Martínez, C.; Elbal Moreno, L. (1996) *Historia de la Enfermería a través de las instituciones de Castilla-La Mancha*. Albacete, Colegio Oficial de Enfermería de Albacete.
 - Santo Tomás Pérez, M. (1997) *Historia de la Enfermería*. En: Fernández Ferrín C.; Garrido Abejar, M.; Santo Tomás Pérez, M.; Serrano Parra, M.D.; Fuentes Chacón, R.M. *Máster de Enfermería. Volumen I: Enfermería Fundamental*, Barcelona, Masson: 3-131.
 - Siles González, J. (1999) *Historia de la Enfermería Comunitaria en España. Un enfoque social, político, científico e ideológico de la evolución de los cuidados comunitarios*. *Index de Enfermería* 24-25: 25-31 Available http://www.index-f.com/index-enfermeria/24-25revisita/24-25_articulo_25-31.php
 - Siles González, J. (2011) *Historia de la Enfermería*. Madrid, Difusión Avances de Enfermería.
 - Siles González y García Hernández (1995) *Estudio documental sobre la influencia de la Cruz Roja en la enfermería española (desde sus orígenes hasta la II República)*. *Enfermería Clínica* 5 (5): 7-13.



Hôtel-Dieu de París; reformas materiales, estructurales y funcionales entre los siglos XII y XVIII

Hôtel-Dieu in Paris; material, structural and functional reforms, between twelve and eighteenth centuries

Hôtel-Dieu em Paris; reformas materiais, estruturais e funcionais entre os séculos XII e XVIII

Teresa Morales, Cristina¹; García Berrocal, Francisco Javier²

^{1,2} Diplomada/o universitaria en enfermería.

Cómo citar este artículo en edición digital: Teresa Morales, C. y García Berrocal, F.J. (2013) Hôtel-Dieu de París; reformas materiales, estructurales y funcionales entre los siglos XII y XVIII. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 17, 36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.36.04>

Correspondencia: Cristina Teresa Morales; Avd. San Antonio nº5, 1ªA; 21004 Huelva. Tf.959222127.

Correo electrónico: cristina.teresa.morales@gmail.com

Recibido 3/03/2013. Aceptado 07/05/2013.



ABSTRACT

The objective of the present study is discover and disclose the history of the Hôtel-Dieu in Paris between twelve and eighteenth centuries, period of time when some big facilities where built the administration system was changed and an Agustinian Sisters functional structure was developed with the implementation of supervisors and some specialist in different areas. The methodology used in this study is cualitative-descriptive that begins with the bibliography research and followed by an

hermeneutic analysis of the documents that were found. The conclusions of this revision relate to the issue of the difficulties faced in order to change from and caritative-religious management of the sanitary assistance to a laic management, loosing in this process it altruistic conception; the development of this high-scale facility for sanitary attention and also the administration, both hierarchy and functional. All this during a wide six centuries

Keywords: Hôtel-Dieu in Paris; Agustinian Sisters Hospital; Medieval Hospital; Nursing Care in the Middle Age.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo conhecer e divulgar a história do Hôtel-Dieu de Paris entre os séculos XII e XVIII, período de tempo no qual se levaram a cabo grandes obras em suas instalações, se mudou o sistema de administração e se desenvolveu uma estrutura funcional das Irmãs Agostinianas com o aparecimento de supervisoras e especialistas em diferentes áreas. A metodologia usada para este estudo

é a de investigação qualitativo-descritiva que se inicia com uma pesquisa bibliográfica e se continua com a análise hermenêutica dos documentos encontrados. As conclusões deste estudo versam sobre a problemática do passo da gestão da assistência sanitária caritativo-religiosa à gestão laica da mesma com a perda do cariz altruísta; do desenvolvimento de superestruturas físicas para a atenção sanitária e das hierarquias organizativas e funcionais dessas superestruturas, tudo isto em um amplo contexto temporário de seis séculos.

Palavras-chave: Hôtel-Dieu em Paris; Hospital Irmãs Agostinianas; Hospitais Medievais; Cuidados de Enfermagem na Idade Média.

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo conocer y divulgar la historia del Hôtel-Dieu de París entre los siglos XII y XVIII, periodo de tiempo en el que se llevaron a cabo grandes obras en sus instalaciones, se cambió el sistema de administración y se desarrolló una estructura funcional de las Hermanas Agustinas con la aparición de supervisoras y especialistas en diferentes áreas. La metodología usada para este estudio es de investigación cualitativo-descriptiva que se inicia con una búsqueda bibliográfica y continúa con el análisis hermenéutico de los documentos encontrados. Las conclusiones de este estudio versan sobre la problemática del paso de la gestión de la asistencia sanitaria caritativo-religiosa a la gestión laica de la misma con la pérdida del cariz altruísta; del desarrollo de súper-estructuras físicas para la atención sanitaria y de las jerarquías organizativas y funcionales de esas súper-estructuras, todo esto en el amplio contexto temporal de seis siglos.

Palabras clave: Hôtel-Dieu de París; Hermanas Agustinas Hospitalarias; Hospitales Medievales; Cuidados Enfermeros en la Edad Media.

INTRODUCCIÓN

Los servicios públicos de asistencia socio-sanitaria de la ciudad de París fueron gestionados, durante muchos siglos, por la Iglesia Católica a través de la Sede Episcopal de dicha villa (Coyecque, 1891), al igual que ocurría en la mayoría de las ciudades europeas durante la Edad Media. Desde los siglos VII hasta el XIII, esta asistencia se prestó en un pequeño hospital, el Hospital de San Cristóbal, ubicado junto a una capilla dedicada al mismo santo, cuyos orígenes ya se pormenorizaron en nuestro estudio previo: “Hôtel-Dieu de París: orígenes y aparición de las primeras enfermeras religiosas de la historia” (Teresa, 2013).

En este hospital episcopal, prestaron sus servicios las Hermanas de San Cristóbal (Mackay, 1923), un pequeño grupo de mujeres que, en un principio, se dedicaban al cuidado de la capilla, al blanqueamiento de las ropas y a la atención de los capellanes (Nutting, 1907) pero que, aproximadamente por el siglo VIII, comienzan a atender a los enfermos del hospital por orden del obispo (Aparicio, 1979). Fueron una congregación secular hasta 1217, fecha en la se establece el primer estatuto de los hermanos y hermanas del hospital (Dubois, 1710) y pasan a ser orden regular, acogidas a la Regla de San Agustín, por lo que cambian su denominación a “Hermanas Agustinas”. Por la misma época se cambia también el nombre del hospital, denominándose Hôtel-Dieu, por lo que la congregación pasa a ser conocida popularmente como “Hermanas Agustinas del Hôtel-Dieu” (Mackay, 1923).

El desarrollo comercial dado en la Baja Edad Media provoca el rápido crecimiento y la emancipación de las ciudades, lo que genera el aumento de población en las mismas (Siles, 2011) y, por lo tanto, también aumenta el número de enfermos, pobres, huérfanos y desprotegidos en general. Esta misma realidad es la que se vive en el París del siglo XII, lo que produce que aquellas primitivas instalaciones junto a la capilla de San Cristóbal sean insuficientes para la demanda asistencial que recibían y exige un aumento de personal (Coyecque, 1891) y de los conocimientos y técnicas que éstos debían poseer. Todo esto hace que nos encontremos, en el s. XIII, con una amplia renovación del Hôtel-Dieu; en lo material, vamos a ver un cambio en la ubicación y una ambiciosa construcción, así como un gran número de reformas y ampliaciones posteriores; en lo estructural, vamos a descubrir cómo va a cambiar su jerarquía interna, tomando cada vez más control el gobierno laico frente al religioso; y en el plano funcional vamos a asistir a la entrada de los médicos y cirujanos al hospital, a la desaparición de los hermanos, al germen de la profesionalización y especialización de las hermanas enfermeras en las diferentes salas y a la aparición de las “supervisoras” de sala.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

En la amplia búsqueda bibliográfica realizada en las diferentes bases de datos, hemos encontrado diferentes artículos científicos, libros, manuales, artículos de prensa... que nos han ayudado en la elaboración de este estudio. En publicaciones de revistas podemos reseñar los siguientes; Castro Molina, F.C. (2012), Álvaro Barra, M.P. (2001), Monje Juárez, M. (1998, 2003), Ferrer Cano, F. (2001), Parrilla Saldaña, J. (1999), Eserverri Chaverri, C. (1996-

1997), García Oro, J. (2001), Aliete Pedrosa (2003), Aparicio (1979), Jehanno, C. (1986), Cheymol, J. (1977), Valentin, M. (1977), Pietra Santa, de P. (1866), Gazette Medicale (1838), Boudon, G. (1903), Gannal, F. (1892) y Coyecque, E. (1988). También acudimos a los siguientes volúmenes: de historia de la enfermería podemos destacar, Nutting, A. (1901), Donahue, M.P. (1985) y Siles González, J. (1999); sobre la historia de París y su relación con la Iglesia Católica: Dubois (1710), Filibien, M. (1725), Mackay, M.L. (1923) y Lebeuf, J. (1754) y sobre la historia específica del Hôtel-Dieu de París; Coyecque, E. (1891), Briele, L. (1870) y Chevalier, A. (1901).

La documentación encontrada nos ha servido para conocer el contexto político, religioso, social y cultural de este estudio, para descubrir los cambios físicos, estructurales y funcionales que acontecieron en el Hôtel-Dieu de París desde el s. XII al XVIII y la labor asistencial de las Hermanas Agustinas durante este vasto periodo de tiempo.

MÉTODOS

La presente investigación se podría definir como de tipo cualitativo descriptivo longitudinal y se ha llevado a cabo en tres fases. Una primera de búsqueda bibliográfica, en la que se utilizaron las siguientes bases de datos: Cuiden, Cochrane Plus, Dialnet, Francofil, Pascal, Refdoc, Biusante, Gallica y Europeana, también hemos usado los Catálogos Generales de la Universidad de Huelva, Extremadura y Biblioteca Digital Cecova. Para esta búsqueda se usaron los descriptores: Hôtel-Dieu/ Hôtel-Dieu de París/ Hermanas Agustinas/ hospitales; medievales, en la Edad Media, en el Renacimiento, católicos, católicos en Francia/ cuidados de enfermería; medieval, en la Edad Media, en el Renacimiento, hospitalarios en



el Renacimiento/ enfermería; medieval, en la Edad Media, en el Renacimiento, hospitalaria en el Renacimiento/ monjas enfermeras/ religiosas enfermeras/ caridad y hospitales/ religión y enfermería.

Después abordamos una segunda etapa de revisión de la documentación reseñada, en la que se descartaron o incluyeron aquellos documentos que se adaptaban a nuestros objetivos, contenidos, temporalidad... previa traducción de la mayoría de los documentos, por lo que debemos hacer hincapié en que las traducciones usadas han sido realizadas por los autores. Posteriormente, se lleva a cabo la fase de análisis hermenéutico en el que se produce la lectura en profundidad, comparativa entre autores, análisis crítico, y reflexión de todos los documentos mencionados. El resultado de todo este proceso es el presente trabajo, en el que se van a desentrañar los aspectos más importantes de la historia del Hôtel-Dieu de París, desde el siglo XII hasta el XVIII, concretamente hasta 1772, año en el que el hospital quedó muy dañado por un gran incendio.

MARCO HISTÓRICO

Esta investigación recorre un amplio marco temporal, partimos de la Baja Edad Media marcada por diversas invasiones, una econo-

mía autárquica, fanatismo religioso, grandes epidemias (Álvaro, 2001), las cruzadas y la guerra de los cien años. A nivel religioso, el cristianismo tiene una gran influencia y “*se contemplan la pobreza, la humildad y la caridad como virtudes necesarias para alcanzar la salvación del alma*” (Ferrer, 2001). Esta filosofía es de la que se impregna la asistencia a los enfermos durante la Edad Media, el enfermo es el vehículo a través del cual poner en práctica la caridad cristiana, el camino para la salvación del alma de aquellos que se dedicaban a asistirlos (Monje, 2003). Esta asistencia se presta en los hospitales medievales, instituciones que eran auspiciadas por la Iglesia se caracterizaban por ser “*pequeños centros de acogida de enfermos y necesitados, con escasas camas y recursos*” (Ferrer, 2001). En ellos prestan sus servicios grupos organizados que se formalizan como familias religiosas acogidas a una regla, con sus propios estatutos y con una clara organización jerárquica (García Oro, 2001). La asistencia que se presta se fundamenta en el empirismo y en el saber intuitivo (Parrilla, 1999).

Continuamos por el Renacimiento, período convulso de la historia en el que toda Europa sufrió grandes cambios sociales, políticos, religiosos e incluso geográficos, con el Descubrimiento de América, y en el que se llevaron a cabo grandes avances científicos, no en vano se ha definido como “*...un tiempo en el que se realizaron progresos sorprendentes no solo en las artes y la escritura, sino también en la arquitectura y en las artes médicas*” (Donahue, 1985). A nivel religioso, la Iglesia Católica sufre fuertes críticas por su gran enriquecimiento y se encuentra con varios movimientos reformistas, el más destacado la Reforma Protestante de Martín Lutero y en contrapartida crea el Santo Oficio. La decadencia de la Iglesia es un

hecho desde el s. XV, y con ella todas sus instituciones, incluidos los hospitales (García Oro, 2001).

La necesidad de saber y descubrir ya no tenía freno, contamos con la aparición y el rápido desarrollo de las Universidades como fuentes de conocimiento, donde se llevaron a cabo grandes avances en Anatomía, Fisiología, Circulación Sanguínea y Cirugía, *“poco a poco se va imponiendo el método experimental a pesar de las intervenciones de la Santa Inquisición”* (Aliete, 2003). Todo esto hace que las virtudes de pobreza y caridad vayan perdiendo valor y ganándolo la creencia de llegar a la virtud y a la salvación del alma a través del trabajo (Monje, 1998), *“Se intenta pasar de una sociedad en la que es virtuoso sufrir por las llagas, la enfermedad y la pobreza, a otra en la que se va adquiriendo cierto status gracias a la capacidad para trabajar y generar riqueza”* (Monje, 2003). Esto deriva en esa decadencia de las instituciones religiosas y en que los Estados pretendan controlar ellos mismos la asistencia social y pretendan desvincular a los religiosos de estas tareas (Monje, 1998).

En este marco histórico se mueve nuestro trabajo, de hecho la mayoría de este contexto histórico es palpable en el pequeño submundo que es el Hôtel-Dieu.

DESARROLLO

Reformas físicas

Los diferentes autores consultados, (Coyecque, 1891; Chevalier, 1901; Valentin, 1977; Aparcio, 1979...) atribuyen el inicio de las reformas del Hôtel-Dieu a Mauricio de Sully, el cual tras, ser nombrado Obispo de París en 1160, comenzó a proyectar la reforma de todos los edificios metropolitanos de su sede; la Catedral, el Palacio Episcopal, el Claustro y el Hôtel-Dieu. Tres son los motivos reseñados para iniciar tales reformas; en primer lugar, la

insuficiencia de los edificios para las necesidades reales de los mismos; en segundo lugar, las infraestructuras estaban anticuadas en cuanto a los servicios que presentaban; y por último, el estilo arquitectónico de la época los identificaba como *“demodé”* (Coyecque, 1891), no en vano debemos tener en cuenta que *“...la forma de construcción de los hospitales responde sin duda a un criterio estético que se identifica con modas y tendencias que no responden a cuestiones prácticas”* (Siles, 2011).

El nuevo Hôtel-Dieu se ubicó, según los documentos e imágenes encontradas, en la Île de la Cité, en la margen izquierda del Sena (Imagen 1), quedando entre el pequeño brazo del río, la nueva Catedral y el Palacio Episcopal. Las obras de construcción del nuevo Hôtel-Dieu de París comienzan según los diferentes autores (Chevalier, 190; Coyecque, 1891; Cheymol, 1977...) en 1165. El hospital se construyó siguiendo el modelo de pabellones consecutivos, imperante en la época y contó en principio con cuatro salas, *“Durante los siglos XII y XIII los mejores hospitales los podemos encontrar en Francia... el mayor y más famoso, será el Hôtel Dieu de Paris compuesto por cuatro grandes salas de dos naves”* (Castro, 2012), aunque fue remodelado, reformado y ampliado en multitud de ocasiones entre los s. XII y XVIII, contando al final con once salas. A continuación vamos a detallar las diferentes salas con los datos que de ellas hemos encontrado (Imagen 2):

- **1195** - Sala de San Denis, el benefactor de esta sala fue el rey Felipe II, tenía 12 m. de ancho y 10 de largo y se dedicó a la atención de hombres enfermos poco graves (Chevalier, 1901).

- **1210** - Sala de Santo Tomás, la benefactora de esta sala fue Blanca de Castilla, hija del rey Alfonso VIII de Castilla y reina consorte de Luis VIII de Francia (Coyecque, 1891). Esta

sala era perpendicular a la anterior, se extendía 12 m. y en ella se atendía a los convalecientes (Chevalier, 1901) así como a peregrinos y necesitados en general (Pietra Santa, 1866).

- **1225-1250** - Sala de la Enfermería, el benefactor fue el rey Luis IX, se construyó a continuación de Saint Denis, estaba dividida longitudinalmente en dos naves, se dedicó a los hombres enfermos más graves (Pietra Santa, 1866).

- **1250-1260** - Sala Nueva, era consecutiva a la Sala de la Enfermería, median entre ambas 122 m. de largo y 24 m. de ancho. Tuvo el mismo benefactor, también estaba dividida en dos naves y atendía a las mujeres (Chevalier, 1901).

- **1250-1260** - “*Salle des Couches*”, que podríamos traducir por sala de maternidad, se encontraba en los sótanos bajo la Sala Nueva (Chevalier, 1901).

En 1260, con toda probabilidad, el nuevo Hôtel-Dieu de París estaba terminado y se llevó a cabo el traslado desde el antiguo, que había estado funcionando hasta este momento (Chevalier, 1901).

En los siglos posteriores, hasta el XVIII, se llevaron a cabo un gran número de reformas y ampliaciones, vamos señalar a continuación las más significativas:

- **1531** - Sala de Santa Marta, (Gazette Medicale, 1838), esta nueva reforma fue obra del Cardenal Antoine Duprat, que fue el primer Presidente del Parlamento Francés y Legado Papal, por esto la sala era más conocida como Sala del Legado. Se destinó a los afectados por la peste, se encontraba entre los edificios conventuales y las salas Nueva y de la Enfermería y contaba con 100 camas (De Pietra Santa, 1866).

- **1634** - Sala del Rosario, (Cheymol, 1977), según las Patentes Reales, Francisco I en 1515, ordenó “*ampliar la construcción sobre el peque-*

ño brazo del Sena, haciendo dos o tres pilares de piedra, con dos vigas en cada extremo para sujetar los arcos, y sobre ellos construir una gran sala de 5 o 6 m. de ancho y 25 de largo” (De Pietra Santa, 1866). Esta nueva reforma no se inició hasta un siglo más tarde. El puente, que se terminó en 1632 (Cheymol, 1977), era conocido popularmente como Puente Doble, aunque en los planos del siglo XVII y XVIII aparece como Puente del Hôtel-Dieu. Dos años más tarde se termina también la sala elevada sobre el puente, que se usó como sala de maternidad.

- **1651** - Sala de San Carlos, elevan una nueva sala en esa ribera izquierda de Sena, se extendía de este a oeste y media 200 m. de largo (Gazette Medicale, 1838). Quedó unida el mismo año a los edificios antiguos, los situados en la Île, por un puente privado, llamado Puente de San Carlos, cubierto posteriormente con una galería de vidrio que permitía el paso de las personas de un lado al otro del hospital sin exponerse al exterior (Cheymol, 1977).

- **1652** - Sala de San Cosme, la Sala de San Denis sufrió reformas que la ampliaron, dando lugar a dos salas; la Sala de San Denis y la Sala de San Cosme. Ésta última, debido al uso que se le dio era más conocida como Sala de los Soldados, ya que allí eran atendidos los heridos y mutilados de guerra.

- **1717** - Sala de Santiago y Sala de San Antonio, se realizaron alargando la Sala de San Carlos hasta el Petit Chatelet, pequeña fortificación que protegía el Petit-Pont y que posteriormente se convirtió en prisión (Cheymol, 1977).

Todas estas obras, reformas y ampliaciones nos hacen preguntarnos cual sería el número de personas que podía llegar a alojar el Hôtel-Dieu pero, lamentablemente, no podemos dar respuesta a esta cuestión, la información encontrada nos ofrece cifras muy variadas, po-

demos citar a Boudon, (1903) que nos habla de 630 pacientes en el s. XV; Chevalier (1901) los cifra en 500 a finales del mismo siglo; Pietra Santa (1866) marca en 2800 los enfermos alojados, tan solo en la parte de vieja del Hôtel-Dieu (los edificios situados en la Île) en el s. XVII; Valentín (1977), aporta la cifra de 1200 camas en la parte nueva (los edificios situados en la orilla izquierda del río); Castro Molina (2012) nos dice que en el s. XVII había alojamiento para 1280 pacientes en todo el recinto... Como decíamos, nos resulta imposible dar una cifra aproximada por no hallar un mínimo consenso entre los diferentes autores.

La noche del 30 de diciembre de 1772, un virulento incendio afectó gravemente todas estas instalaciones, dejando numerosísimas víctimas y grandes pérdidas materiales a su paso, haciendo imprescindible comenzar un nuevo proyecto de reformas del Hôtel-Dieu (Cheymol, 1977).

Reformas estructurales

El hospital estuvo funcionando con una jerarquía (Figura 1) completamente religiosa desde sus orígenes, también contaba desde 1217 con *“Un severo reglamento que mantuvo el buen orden durante mucho tiempo, pero poco a poco los hermanos y hermanas infringieron las reglas y comenzaron a notarse sus negligencias...”* (Filibien, 1725). Con el transcurrir del tiempo se fueron relajando las formas y esto se tradujo en diversos problemas, como son:

- Destitución del Prior en el s. XIII, por una acusación de desvío de capital (Chevalier, 1901).

- En el s. XIV una hermana es acusada y, tras ser hallada culpable, condenada a 14 años de confinamiento por infanticidio, ocurrido dentro de los muros del Hôtel-Dieu (Coyecque, 1891).



- En el mismo siglo la Priora y las hermanas se sublevan contra el Prior por un conflicto sobre las limitaciones de cada uno/a de ellos/as con el personal a cargo del otro/a (Chevalier, 1901).

- En 1482 se realiza un gran Capítulo General con todos/as los/as religiosos/as, desde el Obispo hasta la más nueva de las Filles Blanche, en el que los canónigos exigen un cambio de conducta y un mayor rigor profesional y religioso (Coyecque, 1891).

- En 1497 de nuevo es destituido el Prior, el personal religioso y laico del hospital se alza contra el Capítulo, llegando a atacar físicamente al Prior designado para sustituirlo, que de hecho falleció días más tarde (Aparicio, 1979). El Prior destituido es readmitido en el puesto pero, un año más tarde, es destituido de nuevo por la desaparición de un millar de libras de las cuentas del hospital (Coyecque, 1891).

Los enfermos fueron testigos de todas estas irregularidades, por lo que la opinión pública comienza a alzarse contra la administración de la institución, hasta poco tiempo antes, más querida por los ciudadanos de París. Todo esto conduce a la creación de una Comisión Parlamentaria para el estudio y la propuesta de mejoras en la administración del Hôtel-Dieu, cuya conclusión llega en 1505 (Lebeuf, 1754)

como una Sentencia del Parlamento por la que se retira toda capacidad de gobierno a los Provisores y se sustituyen por una Junta de Gobierno (Figura 2), compuesta originariamente por “ocho simples burgueses de París” (Brielle, 1870). Según esta sentencia, el Preboste y los Concejales de la villa eran los encargados de nombrar a los burgueses designados para administrar el Hôtel-Dieu, si el Parlamento los aceptaba como tal, “debían ser los Receptores y Procuradores de las ganancias del Hôtel-Dieu, de lo que rendirían cuentas todos los años en presencia del Presidente y de dos Consejeros del Parlamento...” (Filibien, 1725). Según el reglamento que establece la sentencia, esta Junta de Gobierno Municipal era elegida cada dos años, así como el Presidente y el Secretario de la misma. Con el transcurrir del tiempo, esos “simples burgueses”, fueron sustituidos por personas socialmente relevantes; nobles, clérigos, eruditos, médicos... Para dar carácter oficial a este hecho, convertido en tradición, se dicta en 1690 una Patente Real que establece cuales serían los cargos municipales que van a llevar a cabo esta labor: “el Arzobispo de París, el Presidente del Parlamento, el Presidente de la Cámara de Cuentas, el Presidente de los Consejeros de la Corte, el Teniente de la Policía y el Presidente de los Comerciantes” (Brielle, 1870)

Este cambio en la administración del Hôtel-Dieu no trajo la paz, las denuncias por desaparición de capital, por negligencias hacia los enfermos o por abusos de poder se siguieron sucediendo. Como ejemplo de esto podemos comentar que, para evitar la congestión del hospital, se decidió durante la segunda mitad del s. XVII, edificar un nuevo hospital para convalecientes, recibieron donativos de tres benefactores diferentes alcanzando una suma total de 130.000 libras pero nunca se edificó ni

se justificó el uso de ese dinero (Gannal, 1892). Además, tenemos que sumar a estos problemas, los ocasionados por las disputas entre el gobierno laico y los Hermanos y Hermanas Agustinas, quienes ya sin capacidad de acción sobre la distribución de las ganancias, los donativos, las compras, los gastos diarios... quedan relegados ellos a las labores religiosas y ellas a las asistenciales.

En lo relativo a la asistencia prestada en el Hôtel-Dieu, este cambio en el sistema de administración, también trajo cambios hacia los enfermos. El hospital estaba permanentemente congestionado por el número de enfermos, a pesar de las múltiples ampliaciones, pero teniendo en cuenta descripciones como:

- *“En el Hôtel-Dieu son recibidos, alimentados y atendidos todos los pobres enfermos, sin importar su país de procedencia ni la enfermedad que les haya traído, incluida la peste...”* (Coyecque, 1888)

- *“En el Hôtel-Dieu no solo se recibían a enfermos y enfermizos, también admitían a pobres, inválidos, indigentes, personas sin hogar y carentes de recursos, peregrinos, viajeros...”* (Chevalier, 1901)

- *“Allí eran recibidos: viajeros y peregrinos; hambrientos, en los sucesivos periodos de hambruna; débiles, incapaces para el trabajo, mutilados de guerra; mujeres embarazadas, huérfanos; mendigos y vagabundos, muchas veces malandrines y taimados y así a todos los enfermos de cuerpo y espíritu”* (Cheymol, 1977)

Podemos entender que uno de los primeros objetivos que se plantean estos administradores laicos es la descongestión del hospital, para lo cual establecen los siguientes criterios de derivación de enfermos:

- Peregrinos y viajeros – deberían acudir a hospedajes o alojamientos privados.

- Pobres, mendigos y vagabundos – en 1656, por la presión de la Junta de Gobierno del Hôtel-Dieu, Luis XIV ordenó el confinamiento de los pobres en dos asilos, Bicêtre para los hombres y Salpêtrière para las mujeres.

- Huérfanos – fueron dirigidos a dos orfanatos Enfants Bleus y Enfants Rouge, creados en la segunda mitad del siglo XVI.

- Convalecientes – fueron derivados primero a la Sanidad de Saint Marcel y posteriormente también a la Sanidad de Sainte Ana.

- Ciegos – fueron derivados a la Casa de Salud Quinze-Vingts.

- Incurables – se enviaban al Hospital de los Incurables, fundado en 1634.

- Enfermos Mentales – los potencialmente “curables” eran atendidos en el Hôtel-Dieu, pero aquellos considerados incurables eran enviados a los asilos de pobres.

- Enfermos de peste, sífilis y otras enfermedades contagiosas – derivados al Hospital de San Luis, cuya construcción se inició en 1607 por deseo de Enrique IV (Castro, 2012).

En este sentido, el último gran cambio que encontramos es que “...a partir del siglo XVIII, el Hôtel-Dieu no aceptará más que a parisinos enfermos o lesionados” (Cheymol, 1977).

Reformas funcionales

La reforma del sistema de administración del hospital también se tradujo en cambios en la estructura jerárquica y funcional de la Orden de Hermanos y Hermanas Agustinas.

LOS HERMANOS – hasta el s. XVI la jerarquía no había variado, el Prior o “Magister” era la máxima autoridad y para facilitar la gestión de un establecimiento de tal importancia eran necesarios los “Officer” (Jehanno, 1986), “Para



llevar a cabo todas sus competencias divide las mismas en siete departamentos funcionales, cada uno de ellos con un “Officer” que luego rendiría cuentas al Magister, éstos son; Maisonnerie – es decir, los dominios parisinos del hospital; Capilla; Bodega; Cocina y carnicería; Despensas; Sala del “Tesoro” y Pouillerie – en una traducción libre sería la “piojosería” (Teresa, 2013). Con los administradores laicos ya gestionando el hospital, los hermanos pierden dos de estos departamentos, la Maisonnerie y la Sala del Tesoro, ya que las cuentas, donativos y ganancias van a ser gestionados por la junta laica. Los problemas entre éstos y el Prior son tantos y tan continuos que, en abril de 1540, el Parlamento decide que, desde esa fecha, el Prior del Hôtel-Dieu, será elegido de entre los religiosos de la Abadía de San Víctor y no entre los agustinos, ya que estaban viciadas las relaciones entre los hermanos y los administradores. Tres meses más tarde, en sentencia parlamentaria, se confirma este punto y, además, la gestión de los Officer de la bodega, las despensas y la cocina pasa a ser laica (Coyecque, 1891). En 1580, les retiran la gestión de la “Piojosería”, otorgándola a la Priora, quien le cambió el nombre por “Despouillerie”, que vendría a ser la “Despiojosería” (Boudon, 1903). Si bien en ningún momento de la histo-

ria habían sido numerosos, en el s. XIII eran entre diez o doce hermanos (Chevalier, 1901) y en el s. XVI eran diez (Boudon, 1903), esta pérdida de autoridad y de competencias les lleva a su fin, desapareciendo completamente en 1661 la congregación masculina del hospital (Aparicio, 1979).

LAS HERMANAS – en el estatuto de 1217 se establece la figura de la “*Magistrae*”, que con el tiempo derivó en Priora, como máxima autoridad entre las hermanas y se marca en veinticinco el número máximo de éstas (Dubois, 1710), divididas en tres categorías; las hermanas profesas, las hermanas en el año de aprobación y las filles blanche (Teresa, 2013). Tres siglos más tarde, en 1580, se establece que “En el Hôtel-Dieu habrá cuarenta religiosas y 25 filles blanche, una será la Señora Priora, otra la Señora Supriora otra la Señora de la Botica, otra la Señora de la “Despiojosería”, otra la Señora de la Gran Lavandería y otra la Señora de la Pequeña Lavandería” (Boudon, 1903). Las atribuciones de la Priora eran de carácter económico, administrativo, punitivo, religioso y de supervisión de la asistencia “*La priora, durante la noche hacia varias rondas, daba la instrucciones pertinentes y se retiraba, antorcha en mano*” (Chevalier, 1901).

La Supriora cuyo cargo era llamado “*Tronchere*”, se ocupaba de las cuentas tanto de la comunidad religiosa como del hospital y del buen funcionamiento general de la casa (Aparicio, 1979).

La Señora de la Botica, debemos decir que durante toda la Edad Media no hubo en el Hôtel-Dieu botica, el Prior compraba los preparados a los físicos de la ciudad (Chevalier, 1901). Fue en 1495 cuando se instauró este servicio, estaba compuesto por una hermana profesas, una fille blanche y un criado que pre-

paraban y repartían las pócimas, ungüentos, emplastes... por las diferentes salas (Aparicio, 1979)

La “*Despiojosería*” era atendida por dos hermanas y una criada, se encargaban de recoger las pertenencias de los enfermos a su llegada, custodiaban sus bienes, tales como dinero y joyas, lavaban y reparaban sus ropas para devolvérselas al alta o para venderlas si fallecían y cada tres semanas iban al mercado con lo acumulado hasta entonces. Otro deber de estas hermanas era controlar la ocupación de las camas, para lo que llevaban un registro diario en el que se anotaba el nombre y el lugar de procedencia del enfermo y se le asignaba un número que se correspondía con el lugar que ocupaba, cama y sala (Chevalier, 1901).

La Gran Lavandería era un significativo evento que se daba una vez por semana, en el se lavaban todas las ropas de las camas del hospital y para llevarlo a cabo se contrataba a jóvenes de la ciudad ya que con las hermanas y las criadas disponibles no era suficiente (Coyecque, 1891). La Pequeña Lavandería era diaria, en ella se lavaban las ropas de los nuevos enfermos, se reparaban y blanqueaban las sábanas, almohadones y otras prendas estropeadas (Coyecque, 1891).

Encontramos tres cargos más entre las hermanas:

- Hermana Portera, encargada de recibir a los enfermos a su llegada, inscribirlos en el registro de entrada y asignarlos a una u otra sala en función de las características de la dolencia que les hubiera llevado allí.

- Hermana “*Cheftaine*” (Chevalier, 1901) o “*Chevetaine*” (Coyecque, 1891), eran las encargadas de cada sala, llevaban la coordinación entre ésta y la botica, la cocina y la pequeña lavandería, para que la sala no se quedara de-

sabastecida de ropa y los enfermos recibieran las medicinas y alimentos prescritos. También asignaban a cada hermana y fille blanche que trabajaban en su sala los enfermos que iban a estar a su cargo (Coyecque, 1891).

- Hermana Partera, los partos eran atendidos por una Partera, externa al hospital y que siempre era acompañada por la misma hermana, la Hermana Partera (Chevalier, 1901).

Cuando una fille blanche ingresaba en la orden, era asignada a una hermana y a la misma sala en la que ésta ejercía sus labores, desde entonces ya no cambiaría de sala hasta que sus condiciones físicas, la edad o la muerte la retiraran del servicio. El único cambio que se producía era el cambio de turno; tenían un año de turno diario, desde las 6h. a las 19h. y un año de turno nocturno, el resto del día, las hermanas y fille blanche del turno nocturno eran llamadas Veladoras. Descansaban cinco días al año, el día de la Ascensión, Pentecostés, Corpus Cristi, San Juan Bautista (patrón del Hôtel-Dieu) y Asunción (Chevalier, 1901).

Según algunos autores, a lo largo de la Edad Media y los principios de la Edad Moderna, el número total de hermanas fue aumentando progresivamente, desde las cuarenta reseñadas anteriormente a doscientas (Aparicio, 1979) y posteriormente a cuatrocientas (Chevalier, 1901).

MÉDICOS Y CIRUJANOS – desde sus orígenes hasta el s. XIII, en el Hôtel-Dieu los enfermos fueron atendidos por aquellos canónigos y hermanos con estudios en medicina. Fue en 1221 la primera vez que el Prior llegó a un convenio con un médico y un cirujano, llamado Maitre Hubert (Mackay, 1923), para que éstos atendieran a los enfermos y al personal del hospital de forma gratuita, aunque en

agradecimiento se les estableció, en 1234, una asignación de cuatro libras anuales (Mackay, 1923). Existen indicios que hacen creer que ya en el s. XIV el hospital era un centro dedicado a la enseñanza de la práctica médica debido a la proximidad de la Universidad de Medicina que se encontraba detrás de la Sala de San Carlos, en la Rue Rats, y a que, según el Reglamento de los Cirujanos de París, éstos recibían “*sus ropas y sus artes*” de “*Maitre Chirurgien*” del Capítulo de Notre Dame. En 1328, en una Patente Real, Carlos IV obliga a que sean dos los cirujanos que trabajen en el Hôtel-Dieu, cobrando doce peniques por día, que serían sufragados por los impuestos abonados por los ciudadanos de París (Chevalier, 1901). Los pagos a los médicos y cirujanos comienzan a aparecer en los libros de cuentas ya a finales del s. XV (Briele, 1870). Según los documentos encontrados, los cirujanos, barberos y maestros sangradores acudían cuando eran solicitados, bien para intervenir a los enfermos, hacer sangrías, curar las heridas quirúrgicas... Los médicos, en cambio, acudían dos veces al día, por la mañana y por la tarde, llevaban a cabo un pase de sala, visitando a diario a todos los enfermos y prescribiendo medicinas purgativas y sanadoras, dietas, baños, electuarios, emplastes y pócimas (Chevalier, 1901).

CONCLUSIONES

En relación a las grandes y múltiples obras del Hôtel-Dieu, podemos entenderlas, contextualizándolas. Estamos en un periodo de tiempo en el que demostrar era más importante que ser; demostrar la nobleza, la riqueza, la religiosidad, la caridad... por lo que es bastante lógico que uno de los motivos para llevarlas a cabo fuera que los edificios no se ajustaban al patrón arquitectónico del momento o la cantidad de donativos que percibían para di-

chas obras, así como que las salas tuvieran benefactores conocidos y que se incluyeran sus escudos de armas o emblemas familiares en las ornamentaciones.

Sobre las diferencias encontradas en el número de pacientes para los que tenía capacidad, creemos que estas diferencias entre autores pueden deberse a que la sobre-ocupación y el uso compartido de las camas eran prácticas habituales en la Edad Media, esto permite que ocurran cosas como que la Sala del Legado, una de las más pequeñas, tenga 100 camas y 200 pacientes. Podemos concluir que el número de enfermos podía ser extremadamente elevado, así como el nivel de hacinamiento de los mismos.

El siguiente punto de interés son los cambios en la administración, nos sorprende que, al menos al principio, los cambios fueran tan sólo a nivel de gestión económica, ya que era evidente la problemática que esto iba a generar; laicos frente a religiosos, beneficencia y caridad frente a gestión económica, altruismo frente a resultados... Este cambio en la orientación de la política de la institución es un gran paso hacia la asistencia sanitaria profesional, es el paso intermedio entre la Casa de Dios, con cabida para todos y un hospital de la Edad Moderna con criterios de inclusión y exclusión. Este hecho lo vemos confirmado en la criba de pacientes que hacen desde el s. XVI, lo que hace también necesaria la coordinación entre el hospital y diferentes instituciones; socio-sanitarias como los asilos de pobres y germen de los primeros manicomios o como las casas de sanidad antecesoras de los hospitales para crónicos; puramente sanitarias como los hospitales para infecto-contagiosos y, por último, las instituciones exclusivamente sociales como los orfanatos. En estos cambios queda claramente manifiesta la modernización de la



atención y la tendencia a la profesionalización de la misma. En tres siglos se observa una clara tendencia renovadora del sistema y en estos cambios vemos los orígenes del actual sistema sanitario francés.

En cuanto a las hermanas enfermeras y su jerarquía hospitalaria, encontramos un gran paralelismo con la actual organización en cualquier centro de asistencia especializada (ver Figura 3). Donde sí hallamos diferencias es en la relación entre los diferentes cargos intermedios y la dirección.

Otro punto que nos parece muy interesante es la figura de la Hermana Portera, la podríamos asemejar a una enfermera de clasificación de urgencias. El médico no iba a ver al paciente hasta el siguiente pase de sala, por lo que el peso de una primera aproximación al diagnóstico recaía sobre ella, lo que se traduce en una enorme responsabilidad y un gran nivel de confianza en sus capacidades como profesional sanitario para el desempeño de este puesto.

Mención especial debe tener lo que nosotros hemos venido a denominar “*especialización de por vida*” de las hermanas. Las hermanas podían pasar en torno a cincuenta años, que son muchos años, en la misma sala atendiendo al mismo tipo de enfermos por lo que es lógico pensar que serían unas excepcionales

especialistas de dicha atención. Ni que decir tiene que la mortalidad más alta entre ellas se daba en la Sala del Legado, dedicada a enfermos de peste.

La Hermana Partera también nos resulta sorprendente, ¿cincuenta años asistiendo partos y era necesaria una partera externa? Hemos encontrado en documentos religiosos referencias a lo “*sucio*” del acto de partear, por lo que suponemos que, aun siendo perfectamente capaz de asistirlos sola, no sería adecuado que una mujer religiosa, sometida a voto de castidad, se enfrentara sola a este proceso. Si bien, con lo impredecible de los partos, suponemos que se verían obligadas a atenderlos, a solas, aunque fuera de un modo encubierto.

Sobre los turnos y los descansos, trabajar trece u once horas diarias, en función de si estaban en el año de turno diurno o de turno nocturno, nos rompe todos los esquemas, y si le sumamos los cinco descansos al año, debía ser completamente agotador, sólo se puede entender si nos recordamos que estamos hablando de la Edad Media.

Estas conclusiones nos hacen surgir nuevas inquietudes; cómo se formaban las hermanas, qué tipos de cuidados aplicaban, cómo fue la llegada de las Hermanas de la Caridad al centro, cómo actuaban ante las grandes epidemias o cómo se gestionaba el aspecto de hospital universitario son algunas de las inquietudes que más nos atraen para trabajos futuros.

BIBLIOGRAFÍA

- Aliete Pedrosa (2003) Os cuidados na doença e os serviços assistenciais desde a Renascença até à Revolução Industrial. Rev. Referência 10:81-90
- Álvaro Barra, M.P.; Morlans Lorient, M.J.; Peña Tejeiro, E.; Gómez Galán, R. y Garrido González, J. (2001) La estructura hospitalaria, los cuidados y cuidadores en los hospitales extremeños en la Baja Edad Media. Rev. Cultura de los Cuidados 5(9):22-26

- Aparicio López, T. (1979) Las Religiosas Agustinas del Hôtel-Dieu de Paris. Rev. Archivo Agustiniano 63 (181):81-108
- Boudon, G. (1903) Le Reglement de l'Hôtel-Dieu de Paris en 1580. Bulletin de la Societe de la Histoire de Paris et de l'Ile de France. (30)
- Briele, L. (1870) L'Histoire de L'Hôtel-Dieu de Paris, Ed. Ernest Thorin, Paris.
- Castro Molina, F.C.; Castro González, M.P.; Megías Lizanco, F.; Martín Casañas, F.V. y Causapie Castro, A. (2012) Arquitectura hospitalaria y cuidados durante los siglos XV al XIX”. Rev. Cultura de los Cuidados 16(32):38-46
- Chevalier, A. (1901) L'Hôtel-Dieu de Paris et le Soeurs Agustines. Libraire de la Societe de l'Histoire de Paris, Paris
- Cheymol, J. et Cesar, R.J. (1977) Hôtel-Dieu de Paris: treize siecles d'histoire... panegyrique ou requisitoire, Historie des Sciences Medicales, 11(4):263-283
- Coyecque, E. (1891). L'Hôtel-Dieu de Paris au Moyen Age, Ed. Daupeley-Gouverneur, Paris
- Coyecque, E. (1888) L'Assistance Publique a Paris Au Milieu Du XVI Siecle. Bulletin de la Societe de la Histoire de Paris et de l'Ile de France. (15)
- Donahue, M.P. (1985) Historia de la enfermería. Doyma, Madrid
- Dubois, G. (1710). Historia Ecelsiae Parisiensis (t2). Societatem Bibliopolarum Parisiensiu, Paris
- Eserverri Chaverri, C. (1996-1997). La Enfermería Medieval. Un documento histórico. Rev. Híades 3-4
- Felibien, M. (1725) Histoire de la ville de Paris. Ed. Desprez y Desessartz, Paris
- Ferrer Cano, F. (2001) El cuidado en la España Medieval. Una aproximación a la enfermería institucional. Rev. Index de Enfermería, 10(34):48-51
- Gannal, F. (1892) Une Page de l'Histoire de l'Hôtel-Dieu (1660-1677). Bulletin de la Societe de la Histoire de Paris et de l'Ile de France. (19)
- García Oro, J.; Portela Silva, Mª J. (2001) La asistencia hospitalaria de las órdenes religiosas durante el Renacimiento. Rev. Initium, 6:715-784
- Gazette Medicale, (1838) Hôtel-Dieu de Paris- Sa Demolition. Gazette Medicale de Paris 6(34)

- Jehanno, C. (1986) Boireà Paris au XV siècle: le vin à l'Hôtel-Dieu. *Revue Historique* (Paris) 559:3-28
- Lebeuf, J. (1754) *Histoire de la ville et de tout le Diocesis de Paris* (tomo 1), Ed. Prault, Paris.
- Mackay, M.L. (1923) *Les hospitaux et la charite a Paris*. Ed. Champion, Paris
- Monje Juárez, M. (1998) Miseria de la economía. La controversia sobre la asistencia social y hospitalaria en el siglo XVI. *Rev. Cultura de los Cuidados* 2 (3):30-40
- Monje Juárez, M. (2003) Los cuidados enfermeros como estrategia de cambio económico y social en el Renacimiento Europeo. *Rev. Index de Enfermería*, 12(43):55-58
- Nutting, M.A. y Docks, L.L. (1907) *A history or nursing. The evolution of nursing systems from of the earliest time to the foundation of the first English and American training school of nursing.* (vol. 2) G.P. Putnam's Sons, New York
- Parrilla Saldaña, J. y Sanchez Nario, A. (1999) Los hospitales de Sevilla en la Baja Edad Media. *Rev. Híades* 5-6:103-114
- Pietra Santa, de P. (1866) *L'Hôtel Dieu de Paris: Son Pas-sé- Son Avenir.* *Rev. L'Union Medicale* 32.
- Siles González, J. (2011) *Historia de la Enfermería.* Ed. DAE, Madrid.
- Teresa Morales, C. y García Berrocal, F.J. (2013) *Hôtel-Dieu de Paris: orígenes y aparición de las primeras enfermeras religiosas de la historia.* *Rev. Cultura de los Cuidados*, 17(35):42-54
- Valentin, M. (1977) *Quelques documents sur L'Hôtel-Dieu,* *Histoire des Sciences Medicales* 11(4):251-262

IMAGEN 1 – “PLAN DE PARIS” DE LA COLECCIÓN “DOCUMENTS OF FRENCH ARCHITECTURE AND TOPOGRAPHY” DE KYOTO UNIVERSITY LIBRARY DIGITAL
DISPONIBLE EN <http://edb.kulib.kyoto-u.ac.jp>

- LEYENDA
A – ÎLE DE LA CITÉ
B – PEQUEÑO BRAZO DEL SENA
C – HÔTEL-DIEU

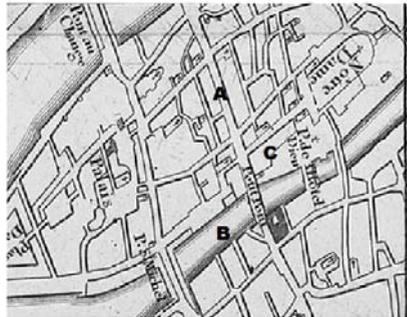
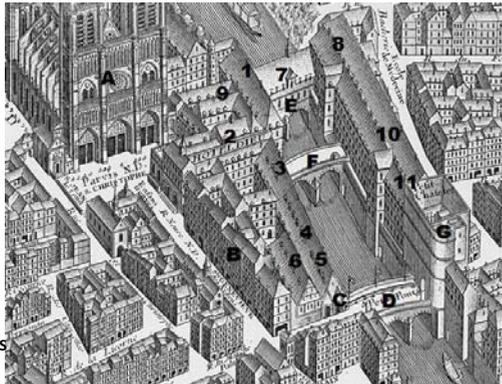


IMAGEN 2 – PLAN DE TURGOT (1734)
DISPONIBLE EN <http://plan.turgot.free.fr>

- LEYENDA
 SALAS
 1 – S. DENIS
 2 – S. TOMAS
 3 – ENFERMERIA
 4 – NUEVA
 5 – “DES COUCHES”
 6 – S. MARTA
 7 – ROSARIO
 8 – S. CARLOS
 9 – S. COSME
 10 – SANTIAGO
 11 – S. ANTONIO

- OTROS EDIFICIOS
 A – NOTRE DAME
 B – EDIF. CONVENTUALES
 C – CAPILLA PETIT-PONT
 D – PETIT-PONT
 E – PUENTE DOBLE
 F – PUENTE DE SAN CARLOS
 G – PETIT-CHATELE



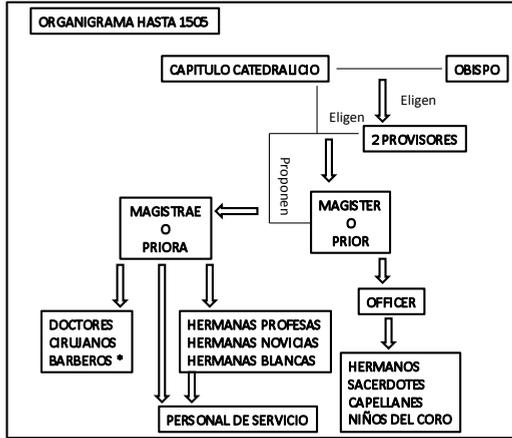


FIGURA 1 ORGANIGRAMA DEL HÔTEL-DIEU HASTA 1505

*ESTE GRUPO PROFESIONAL APARECE EN EL S. XIII

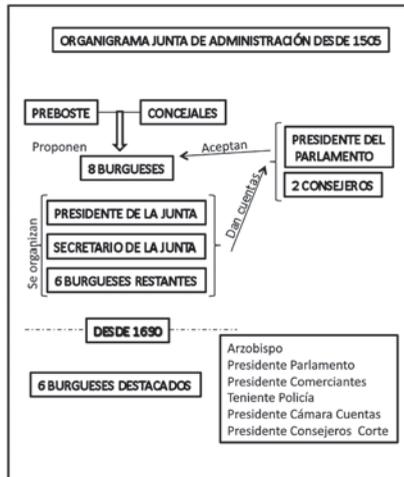
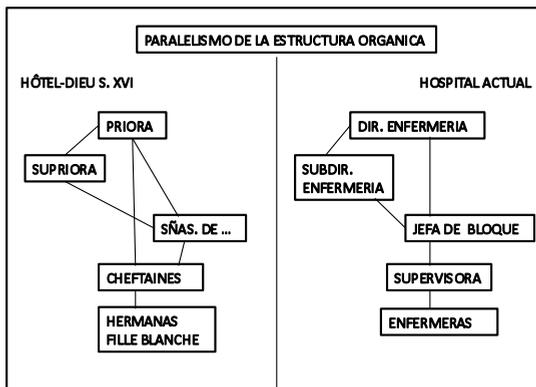


FIGURA 2- ORGANIGRAMA DE LA JUNTA DE GOBIERNO DEL HÔTEL-DIEU DESDE 1505

FIGURA 3 – PARALELISMO ENTRE LA ESTRUCTURA ORGANICA DEL HÔTEL-DIEU DESDE EL S. XVI Y LA ACTUAL EN LOS CENTROS DE ASISTENCIA HOSPITALARIA



San Juan de Dios, la implementación de una cultura de cuidados

San Juan de Dios, implementationa culture of care

S. João de Deus, a implementação de uma cultura da care

María de los Santos Oñate Tenorio¹. Antonio Oñate Tenorio²

¹ DUE del Servicio de Nefrología del Hospital Regional Universitario General Carlos Haya de Málaga. Diplomada Universitaria en Podología. Master Universitario en Innovación e Investigación en Cuidados de la Salud: Enfermería Avanzada.

² Técnico Superior en Documentación Sanitaria, Administrativo y Celador-Conductor de la Unidad de Atención a la Ciudadanía del Área de Gestión Sanitaria Norte de Cádiz.

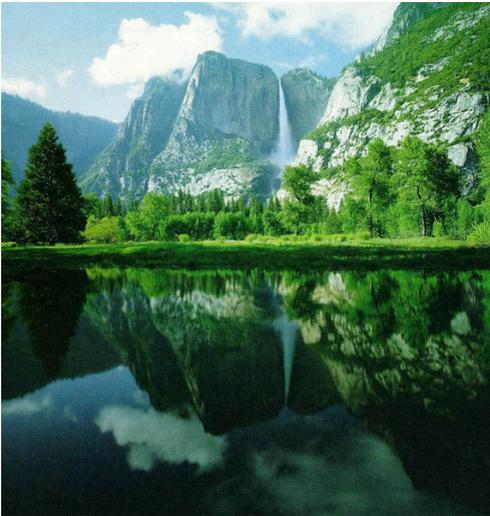
Cómo citar este artículo en edición digital: Oñate Tenorio, M^a de los S. y Oñate Tenorio, A.. (2013) San Juan de Dios, la implementación de una cultura de cuidados. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)* 17, 36.

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.36.05>

Correspondencia: María de los Santos Oñate Tenorio. Avenida de Europa nº 1 2ºH, 29003. Málaga.

Teléfonos: 626631706 / 646460335. Coreo electrónico: arcos112@hotmail.com

Recibido 30/01/2013. Aceptado 23/04/2013



ABSTRACT

Throughout this paper we analyze the influence of St. John of God in healing, because in different and multiple databases appear manifest and publications which mentioned the Holy of St. John of God as a contributor to the care of the sick.

Objective:

Describe the contributions and impact of San Juan de Dios in the care of the sick, it

made for an analytical reflection on them and evaluating whether there is a parallel with the current reality health.

Methodology:

Performing a literature review through a systematic search of the terms: St. John of God, Care, Culture and Sick in databases: ENFISPO, Dialnet, PubMed, Cochrane Library SciELO and Virtual Andalusian Public Health System, and subsequent reflective analysis of existing documentary research.

Conclusions:

The contributions of San Juan de Dios involve the implementation of a new culture of care, concerning both organization and to changes in the ways of conceiving the disease, which even today still existing today.

Keywords: San Juan de Dios, Care, Culture, Sick.

RESUMO

Ao longo deste trabalho, analisar a influência de S. João de Deus na cura, porque em bancos de dados diferentes e múltiplas aparecer manifesto e publicações que

mencionaram o Santo de São João de Deus, como um contribuinte para o cuidado dos doentes.

Objetivo:

Descrever as contribuições e impacto de San Juan de Dios no cuidado dos enfermos, feita para uma reflexão analítica sobre eles e avaliar se existe um paralelo com a atual realidade da saúde.

Metodologia:

Realizar uma revisão bibliográfica através de uma pesquisa sistemática dos termos: São João de Deus, Cuidado, Cultura e Doentes das bases de dados: ENFISPO, Dialnet, PubMed, SciELO e Cochrane Biblioteca Virtual da Andaluzia Sistema Único de Saúde, e posterior análise reflexiva de pesquisa documental existente.

Conclusões:

As contribuições de San Juan de Dios envolvem a implementação de uma nova cultura de atendimento, tanto em termos de organização e às mudanças nas formas de conceber a doença, que ainda hoje existente hoje.

Palavras-chave: San Juan de Dios, Cuidado, Cultura, Sick.

RESUMEN

A lo largo de este trabajo analizaremos la influencia de San Juan de Dios en la sanidad, ya que en diferentes y múltiples bases de datos aparecen publicaciones donde se manifiesta y menciona al Santo de San Juan de Dios como un contribuidor de los cuidados a enfermos.

Objetivo:

Describir las aportaciones y repercusiones de San Juan de Dios en los cuidados de los enfermos, realizando para ello una reflexión analítica sobre los mismos y valorando si existe un

paralelismo con la realidad actual sanitaria.

Metodología:

Realización de una revisión bibliográfica mediante una búsqueda sistemática de los términos: San Juan de Dios, Cuidados, Cultura y Enfermo, en las bases de datos: Enfispo, Dialnet, PubMed, Cuiden, Cochrane Plus, Scielo y Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público Andaluz, y posterior análisis reflexivo de la investigación documental existente.

Conclusiones:

Las contribuciones aportadas por San Juan de Dios suponen la implementación de una nueva cultura de cuidados, referentes tanto a organización como a cambios en las formas de concebir la enfermedad, que aún hoy en día en la actualidad siguen vigente.

Palabras clave: San Juan de Dios, Cuidados, Cultura, Enfermo.

INTRODUCCIÓN

Este es un trabajo analítico que pone de manifiesto la cultura de San Juan de Dios con respecto a las formas de establecer el cuidado de los enfermos.

Independientemente de los aspectos religiosos y del contexto histórico y social que predominan en ésta época, en este trabajo nos centraremos más básicamente en los cuidados que San Juan de Dios prestó a los enfermos en los siglos XV y XVI.

Aunque son muchos los autores y los biógrafos que nos han descrito la figura de San Juan de Dios, en éste estudio nos basaremos en descripción del mismo pero desde una perspectiva sanitaria.

Resalta y predomina de San Juan de Dios el humanismo que transmitía a los enfermos, expresado por nexos de unión entre el enfermo y/o paciente y su cuidador, en una época

donde la enfermedad era concebida y se entendía como un pecado, hasta tal extremo que cuando una persona enfermaba llamaban al sacerdote y posteriormente y como una tarea subordinada o secundaria llamaban al médico.

San Juan de Dios aportó además grandes reformas en la organización hospitalaria, entre ellas tendremos que resaltar la creación de salas en las que los pacientes eran agrupados no sólo en razón de su sexo sino también por patologías, y en sus escritos se recogen y protocolizan las obligaciones de médicos y enfermeros.

Desde nuestro punto de vista es preciso conocer y analizar a San Juan de Dios ya que aportó una visión humanista al cuidado de los enfermos, aplicando nuevas técnicas y cambios organizativos que contribuyeron a la aparición de una nueva cultura de cuidados a los enfermos y que todavía hoy perdura y permanece en nuestros tiempos siglos después.

Hipótesis de trabajo:

- San Juan de Dios contribuyó a la implementación trascendental de una cultura de cuidados que aportó una nueva forma de ver y tratar al enfermo, realizando una serie de reformas hospitalarias que siguen vigentes en el actual sistema sanitario.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Juan Ciudad Duarte o Juan de Dios nace al sur de Portugal en Montemayor el Nuevo “Monte Mor o Novo” en 1946 en el seno de una familia humilde.

Con apenas ocho años de edad se traslada a España, su primera infancia discurre en Oropesa (Toledo) donde ejerce el oficio de pastor y otras labores del campo. Posteriormente se dedica a diversos y distintos oficios sin que ninguno de ellos satisfaga sus inquietudes.

A los veintisiete años de edad se alista en el ejército, posteriormente y una vez retirado del mismo se desplaza a Sevilla, Ceuta y después a Granada, donde ejerció trabajos como albañil y librero.

En Granada, un 20 de Enero escucha un sermón del Maestro Juan de Ávila en la Ermita de los Mártires que lo convierte y lo transforma (Larios, 1998), hasta tal punto que es tomado por loco y es ingresado en el Hospital Real de Granada, durante su estancia en éste recibió una serie de cuidados. Es a partir de ese momento y una vez demostrada su cordura, cuando se dedica hasta el resto de sus días al cuidado de enfermos, pobres y más necesitados (González, 2002).

En la prestigiosa Escuela de Medicina y Cirugía y al amparo de los Monjes Jerónimos conoció y aprendió técnicas que posteriormente pondría en marcha, hasta tal punto que abrió su primer hospital y a continuación fundó muchos más, creando una Orden Hospitalaria (Martínez, 2006; Blasco y Espejo, 1995).

San Juan de Dios fue capaz de aportar una visión cristiana al humanismo renacentista (Miralles, 2006), ya que reconoció la grandeza de las personas, y su intención era la de proporcionar y mantener la dignidad de la persona también cuando está enferma.

Fue precisamente en 1535 cuando San Juan de Dios (Martínez, 2006) empieza a ejercer su hospitalidad desde una perspectiva muy distinta a la de la época en que vivía, para él la persona enferma era el elemento clave de todo el sistema sanitario y social, y para atenderla se precisaba de cualidades como capacidad de escucha y dialogo (Morales, 1997), y estar a disposición del enfermo.

Hay autores (Rodríguez, Arribas y Gantes, 2004) que analizan los siguientes valores y principios que definen la cultura institucional



de San Juan de Dios: humanización, hospitalidad, solidaridad, amor, caridad, justicia, libertad, dignidad, comunicación, escucha, considerándolos fundamentales e imprescindibles para el desarrollo de cuidados transculturales y la práctica enfermera. Otros autores reflexionan sobre la construcción social de la historia de la enfermería analizando y describiendo sus ideologías sobre el cuidado (Siles, 2004).

San Juan de Dios fue el fundador de la Orden Hospitalaria de los Hermanos de San Juan de Dios (Benavides, 2010; Miralles, 1995), que aún hoy perdura y sigue en nuestros tiempos. Los principios principales de la misma están basados en el humanismo, considerando al enfermo lo más importante y privilegiado de la Institución, por lo que se le respetará y será tratado con dignidad y con el objetivo final de ofrecerle una asistencia integral mediante la aplicación de todos los avances técnicos ofreciéndole la mejor asistencia técnica, mediante la humanización de sus cuidados, respetando en todo momento los derechos humanos y dándole prioridad a los derechos del enfermo.

Algunos autores han reflexionado sobre el concepto de cuidado y han analizado históricamente el origen fenomenológico de éste (Siles y Solano, 2007). Según Siles (2008) por cuidado se puede entender el producto de las siguientes reflexiones:

- Reflexión teórica: la reflexión sobre las ideas relativas a los cuidados incluye el plano de las creencias y valores que impregnan todo, la atmósfera en la que tienen lugar los cuidados.

- Reflexión práctica: la reflexión sobre los hechos se refiere sobre todo a la valoración de las conductas y eventos observables.

- Y reflexión situacional-contextual-temporal: es la reflexión sobre las circunstancias y se ocupa tanto del marco espacio-temporal como del contexto histórico cultural.

Siles (2001) definió el concepto de cultura como el conjunto de los comportamientos (visibles), pensamientos (ocultos o no), sentimientos (patentes o latentes) y significados (simbólicos) implicados en el proceso de satisfacción de necesidades de un grupo humano. De esta manera, el concepto de cultura no se reduce sólo a los estilos de vida y las conductas evidentes, palpables y fácilmente medibles, sino que es necesario ir a las raíces de esos comportamientos que cuidan en las capas profundas de la sociedad e identificar los factores históricos culturales que determinan los estilos de vida.

Cuando hablamos de la implementación de una cultura de cuidados por parte de San Juan de Dios nos referimos por tanto a la instauración de una concienciación y educación sobre la forma de ejercer y aplicar la asistencia sanitaria al paciente de una forma global y teniendo en cuenta todos los aspectos que pueden influir en el bienestar del mismo.

En este trabajo nos planteamos como objetivo principal conocer la contribución de San Juan de Dios en los cuidados de los enfermos, así mismo también los describiremos y realizaremos una reflexión analítica sobre los mismos, valorando si hay semejanza o correspondencia con los actuales.

METODOLOGÍA

La técnica escogida para la realización de este trabajo ha sido la revisión bibliográfica y el análisis de la investigación documental existente. Para ello, y una vez que identificamos las palabras claves y los conceptos fundamentales en DECs y Mesh, se realizó una búsqueda bibliográfica sin límites de fechas de publicación durante los meses de Noviembre y Diciembre de 2012 en las siguientes bases de datos: Enfipto, Dialnet, PubMed, Cuiden, Cochrane Plus, Scielo y Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público Andaluz.

La estrategia de búsqueda fue la realización de una búsqueda sistemática de estudios realizados y relacionados con San Juan de Dios, siguiendo el mismo método que el recomendado para la búsqueda de otras evidencias clínicas, a través de las distintas bases de datos se seleccionaron artículos en cuyo título o resumen se mencionaba algún dato expreso referente a San Juan de Dios.

RESULTADOS

Tras realizar un análisis minucioso de toda la información recogida podemos decir que todos los autores coinciden en resaltar la visión humanista y la atención holística que San Juan de Dios aportó al cuidado de los enfermos, haciendo hincapié en los nexos de unión entre paciente y cuidador, reconociendo la dignidad de los enfermos y considerando a éstos como elemento clave (Fernandes de Freitas y Siles, 2008).

Se resalta de San Juan de Dios en la bibliografía revisada la formación que adquirió en nuevas técnicas y habilidades y la creación de protocolos a seguir por el personal sanitario dedicado al cuidado de los enfermos, además la introducción de nuevas reformas en la organización hospitalaria tales como la sectori-



zación de los hospitales por patologías, coincidiendo con otros autores que lo consideran como un reformador (Ventosa, 1995).

Fundó una Orden Hospitalaria y fueron muchos los que siguieron y continuaron con su obra, ofreciendo satisfacción a las necesidades de los pacientes y hospitalidad humanitaria en su asistencia.

DISCUSIÓN

A lo largo de este trabajo vemos como San Juan de Dios no sólo aportó una visión humanista, sino que cambió el concepto de enfermedad, haciendo que ésta no se considerará como un pecado, sino como se conoce actualmente una alteración estructural o funcional que afecta negativamente al estado de bienestar.

La trascendencia de las aportaciones de San Juan de Dios radica no sólo en la modificación de la cultura de impartir los cuidados a los enfermos, sus formas y la concienciación, proporcionando dignidad y humanización a los cuidados, sino también a nivel organizativo hospitalario, creando en los hospitales una división o sectorización según las patologías, hoy en día podemos comprobar como las especialidades siguen vigente y de hecho todos los hospitales están dividido según este criterio.

Actualmente los cuidados a los enfermos han adquirido una relevancia muy importante, y para ello se apuesta por la formación de los profesionales y la protocolización de los cuidados, aspectos que San Juan de Dios tuvo muy presentes y que llevó a la práctica.

CONCLUSIONES

Con esta revisión bibliográfica analítica confirmamos nuestra hipótesis planteada y cumplimos con el objetivo que nos propusimos, ya que este trabajo nos permite conocer las contribuciones aportadas por San Juan de Dios no sólo al cuidado de los enfermos, sino a la sanidad en general.

Al analizar múltiples fuentes de información hemos llegado a la conclusión de que el trabajo realizado por San Juan de Dios supuso la implementación de una cultura de cuidados, ya que aportó e implementó una nueva forma de ver y de tratar al enfermo, y no sólo eso, también realizó grandes reformas hospitalarias que hoy en día siguen vigentes.

Por tanto, podemos afirmar que existe un paralelismo entre las aportaciones y reformas realizadas por San Juan de Dios en el siglo XVI con el actual sistema sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

- Benavides, F. (2010) El concepto de Patrimonio Cultural en la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Origen y evolución histórica. *Archivo Hospitalario* 8, 261-285.
- Blasco, C. y Espejo, D. (1995). La Orden de San Juan de Dios en Córdoba. Labor asistencial en el hospital de San Lázaro en 1570. *Index Enfermería* 14, 36-39.
- Fernández, G. y Siles, J. (2008) Antropología y cuidados en el enfoque de San Juan de Dios. *Index de Enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades* 17, 2, 144-148.
- González, A. (2002) San Juan de Dios, un apóstol a los enfermos y moribundos. *Fundación* 5, 107-130.
- Larios, J. (1998) San Juan de Dios, de aventurero a santo. *Comunió: Revista semestral publicada por los Dominicos de la provincia de Andalucía* 31, 2, 285-324.
- Martínez, J. (2006) Proceso de beatificación de San Juan de Dios. *Biblioteca Autores Cristianos*. España.
- Martínez, J.L. (2006) Sobre el nacimiento y procedencia de San Juan de Dios y su obra. *Hispania Sacra, Estudios de Edad Moderna* 58, 69-100.
- Miralles, MT (1995) San Juan de Dios y su Orden en la Filatelia. *Index Enfermería* 14, 59-61.
- Miralles, T. (2006) El milagro de San Juan de Dios, de Murillo. *Cultura de los Cuidados* 20, 50-54.
- Morales, M. L. (1997) Aportaciones psicológicas de Juan Ciudad Duarte (San Juan de Dios). *Revista de historia de la psicología* 18, 1-2, 227-234.
- Rodríguez, R.M; Arribas, J.M; Gantes, J.C. (2004) Cuatro siglos de cuidados transculturales. *Cultura de Cuidados* 16, 20-26.
- Siles, J. et al. (2001) Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. *Cultura de los Cuidados* 10, 72-87.
- Siles, J. (2004) La construcción social de la historia de la enfermería. *Index de enfermería*. 13/ 47: 7-10.
- Siles, J. (2008) Historia de la enfermería: una aportación epistemológica desde la perspectiva cultural de los cuidados. *Cultura de los Cuidados* 24, 5-6.
- Siles, J. y Solano, C. (2007) El origen fenomenológico del cuidado y la importancia del concepto de tiempo en la historia de la enfermería. *Cultura de Cuidados* 21,19-27.
- Ventosa, F. (1995). Juan Ciudad, reflejos de la personalidad humana de un reformador. *Index Enfermería* 14,15-18.

Antropología

Autopercepción del bienestar del cuidador familiar del adulto mayor y características sociodemográficas*

Self-Perception of the well-being of the family caregiver of the elderly and sociodemographic characteristics

Autopercepção do bem-estar do cuidador familiar do idoso e características sociodemográficas

*Este trabajo se deriva del proyecto Bienestar del cuidador familiar del adulto mayor: una perspectiva de género, con financiamiento del Programa Integral de Fortalecimiento Institucional/2008 otorgado al Cuerpo Académico Salud y Comportamiento Humano de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros-UAT.

Dra. Aurora Félix Alemán¹, Dra. Rosa Ma. Aguilar Hernández², Dra. Ma. de la Luz Martínez Aguilar³, Dra. Hermelinda Avila Alpírez⁴, Dra. Laura Vázquez Galindo⁵, Dr. Gustavo Gutiérrez Sánchez⁵

¹⁻⁵ Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, Universidad Autónoma de Tamaulipas, México. Ave del Maestro y Marte s/n Col. Alianza. C. P. 87410, Matamoros Tamaulipas México. Tel. Fax (868) 812 27 16

Cómo citar este artículo en edición digital: Félix Alemán, A; Aguilar Hernández, R.M^a; Martínez Aguilar, M^a de la L; Avila Alpírez, H; Vázquez Galindo, L, ; Gutiérrez Sánchez, G. (2013) Autopercepción del bienestar del cuidador familiar del adulto mayor y características sociodemográficas.. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital) 17, 36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.36.06>

Correspondencia: Aurora Félix Alemán Playa Miramar No. 22 e/Playa Mocambo y Priv. Ciro R. de la Garza. Col. Playa Sol. C. P. 87470. Matamoros, Tamaulipas México. Tel. (868) 812-27-16 afelix@uat.edu.mx.

Recibido: 12/01/2013. Aceptado: 03/05/2013



ABSTRACT

Introduction

Self-perception dimensional well-being is related to characteristics of caregivers.

Objective

To establish association of self-perception in dimensions of well-being and characteristics of caregivers.

Method

Descriptive, analytical and correlational study. Sample 300 caregivers. Matamoros Tamaulipas, México.

Questionnaires

Sociodemographic data, Barthel Index and Quality Life: dimensions physical, psychological, social; and spiritual, this, with alpha of Cronbach 0.69. Test Chi-square and Pearson's correlation coefficient.

Results

Features most them women, aged 42, married, daughter, literate, work home, low education levels, without work or income limited. Self-perception with significance general well-being, literacy and kinship; physical dimensions, age and gender;

psychological, schooling, social, and spiritual kinship literacy, employment status, occupation and marital status.

Discussion

Characteristics harm to caregivers to adverse effects of care and determine greater perception of load that alters dimensional well-being.

Key Words: Self-perception, well-being, family caregiver, elderly

RESUMO

Introdução

A autopercepção do bem-estar dimensional relaciona-se com características de cuidadoras.

Objetivo

Estabelecer associação de autopercepção em dimensões de bem-estar e características de cuidadores.

Método

Estudo descritivo, analítico e correlacional. Mostra 300 cuidadores. Matamoros Tamaulipas, México.

Questionários

Dados Sociodemográficos, Índice Barthel, Qualidade de vida: dimensões física, psicológica, social; e espiritual, este com alpha de Cronbach 0.69. Provas Qui-quadrado e coeficiente correlação de Pearson.

Resultados

Características maioria mulheres, 42 anos, casadas, filha, alfabetizadas, donas de casa, baixa escolaridade, sem emprego ou empregos limitados. Autopercepção com significância em bem-estar geral, alfabetização e parentesco; dimensões físicas, idade e gênero; psicológica, escolaridade; social, parentesco e espiritual alfabetização, situação de trabalho, ocupa e estado civil.

Discusión

Características vulneran a cuidadoras a efectos adversos del cuidado y determinan maior percepção de carga que altera seu bem-estar dimensional.

Palabras clave: Autopercepção, bem-estar, cuidador familiar, idoso.

RESUMEN

Introducción

La autopercepción del bienestar dimensional se relaciona con características de cuidadoras.

Objetivo

Establecer asociación de autopercepción en dimensiones de bienestar y características de cuidadores.

Método

Estudio descriptivo, analítico y correlacional. Muestra 300 cuidadores. Matamoros Tamaulipas, México.

Cuestionarios

Datos Sociodemográficos, Índice Barthel, Calidad Vida: dimensiones física, psicológica, social; y espiritual, éste con alpha de Cronbach 0.69. Pruebas chi-cuadrada y coeficiente correlación de Pearson.

Resultados

Características mayoría mujeres, 42 años, casadas, hija, alfabetizadas, labores hogar, baja escolaridad, sin trabajo o ingresos limitados. Autopercepción con significancia en bienestar general, alfabetización y parentesco; dimensiones física, edad y género; psicológica, escolaridad; social, parentesco y espiritual alfabetización, situación laboral, ocupación y estado civil.

Discusión

Características vulneran a cuidadoras a efectos adversos del cuidado y determinan

mayor percepción de carga que altera su bienestar dimensional.

Palabras clave: Autopercepción, bienestar, cuidador familiar, adulto mayor.

INTRODUCCIÓN

Los adultos mayores son un difícil compromiso para el sistema de salud, debido a su declive biofisiológico y transformaciones de sus posiciones en las estructuras sociales, culturales y económicas

(Zabalegui, Rodríguez, Ramírez, Pulpón, López, Izquierdo, et al, 2007 & Nigenda, López-Ortega, Matarazzo, Juárez-Ramírez, 2007), ya que su condición de cronicidad y dependencia conlleva un cuidado sostenido que obliga a la familia a implicarse y le expone cambios que afectan su dinámica y relaciones interpersonales (Bover-Bover 2006). Entre las disciplinas de la salud, enfermería aborda el cuidado familiar desde la atención primaria con énfasis en grupos vulnerables como es el del adulto mayor cuya condición de dependencia amerita el cuidado de un familiar para atender sus necesidades. El cuidador familiar que cuida a un adulto mayor, está en condición de riesgo de perder su bienestar porque en la medida que cuida posterga sus necesidades (Velasco, 2010 & Aldana-González, García-Gómez, 2011), con el agravante de falta de apoyo familiar (Zabalegui et al, 2007 & Robles, Vázquez-Garnica, 2008) e inexistencia como sujeto del cuidado en instancias sociales (Administración Pública Federal. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2010) y de salud (Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud, 2007-2012).

La asunción del cuidado del adulto mayor sucede en un contexto de crisis familiar que finalmente recae en una persona con relación



de parentesco, comúnmente esposa/o, hija/o (Bover-Bover, 2006; Robles, Vázquez-Garnica, 2008 & Méndez-Luck, Kennedy, Wallace, 2008) denominado cuidador familiar que es definido como la persona,... atiende sus necesidades básicas de la vida diaria y lo apoya o supervisa en estas tareas; asume su cuidado de salud integral... sobre su cuidado” (Félix, Aguilar, Martínez, Avila, Vázquez, Gutiérrez, 2011) y que puede responder y adaptarse a las condiciones del cuidado de muy diversas formas (Zabalegui et al. 2007 & Aldana-González, García-Gómez, 2011), razones y circunstancias, en cómo el cuidado se asume y se sostiene (Pessuto, Ferreira, 2008 & Méndez-Luck et al., 2008). Si el cuidado se realiza con disposición, puede ser una experiencia gratificante y estimulante, ya que al cuidar se descubren cualidades, aptitudes y talentos mientras se convive con sentimientos como amor, cariño, agradecimiento y voluntad (Bover-Bover, 2006 & Méndez-Luck et al., 2008).

Si el cuidado se realiza por imposición y con altas demandas de atención, limitaciones personales, económicas y de apoyo familiar, puede originar sentimientos ambivalentes como frustración, impotencia, desesperanza, angustia, tristeza, enojo y coraje que conduce a pérdida del bienestar (Robles-Silva, 2007 & Méndez-Luck et al., 2008). La adaptación a la situación del cuidado determina la percepción que el cuidador familiar tenga de su bienestar.

Lo que resulta del proceso de clasificar, interpretar, analizar e integrar las demandas del cuidado de manera que el cuidador familiar logre transformar y adaptar las circunstancias del mundo físico en la realidad psicológica (Feldman, 2006), que se traduce en la satisfacción de sus necesidades en forma holística: físicas, psicológicas, sociales y espirituales.

El Bienestar del Cuidador/a Familiar de Adultos Mayores con Dependencia Funcional se ha definido como la adaptación e integración del cuidador familiar, como ente holístico, en las dimensiones, física, psicológica, social y espiritual en el continuum salud-enfermedad” (Félix, Aguilar, Martínez, Avila, Vázquez Gutiérrez, 2012). El sentido de responsabilidad de los cuidadores familiares de adultos mayores los compromete a centrar en ellos la atención y los recursos (Dueñas, Martínez, Morales, Muñoz, Viáfara, Herrera, 2006) e incluso cuando los requerimientos del cuidado aumentan en exigencias y se prolonga en el tiempo, conlleva al autoabandono de proyectos, anhelos, motivaciones y en general del cuidado de su bienestar (Mier, Romeo, Canto, Mier R., 2007; DiGirolamo, Salgado, 2008; Roberto, Jarrott, 2008) así como la pérdida de sus redes sociales (Arroyo, Lancharro, Morillo, Romero, Pérez-Godoy, Moreno-Guerín, 2013), por lo que la autopercepción del bienestar puede ser en diferentes grados de intensidad.

Para lograr y mantener el bienestar en las cuatro dimensiones, los cuidadores de adultos mayores requieren tener habilidades para cumplir, independientemente de las circunstancias, con las demandas de su papel; en tanto que se compensen sus dificultades para satisfacer las necesidades físicas, psicológicas, sociales y espirituales. De ahí la importancia de considerar las definiciones que para este efecto se elaboraron.

Autopercepción del Bienestar es la satisfacción que manifiesta el cuidador/a familiar del adulto mayor en cuanto a la atención de sus necesidades como alimentación, eliminación, sueño, entre otras (Físico); amor, cariño, comprensión, apoyo, entre otras (Psicológico); relaciones personales, familiares, de pareja, laborales, financieros, actividades del hogar, entre otras (Social); valores, fe, esperanza, relación con un ser supremo, entre otras (Espiritual). Las necesidades que subyacen a la autopercepción pueden estar alteradas por el cumplimiento de su papel como cuidadoras. Quienes, sin embargo, pueden responder positivamente en la medida en que logren compensar los problemas derivados y afrontarlos (Pessuto, Ferreira, 2008).

El ser mujeres en su mayoría, como característica peculiar en el grupo de cuidadores familiares conlleva a la referencia en este estudio como “cuidadoras familiares”. Su caracterización es que el cuidado les es socialmente asignado tanto en los países con alto nivel de desarrollo (Koerner, Kenyon, 2007; Vellone, Piras, Talucci, Cohen, 2008; Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Cuidadores de Mayores, 2010 & Yonte, Urién, Martín, Montero, 2010) como en países Latinoamericanos (Rojas, 2007; Espinosa, Mendez, Lara, Rivera, 2009) y en México (Zabalegui et al., 2007; Di Girolamo, Salgado, 2008 & Lara, González, Blanco, 2008; Lagarde, 2011) con edad media de 45 años y más (Nigenda et al., 2007; Lara et al., 2008; Rodríguez, Pascual, Abreu, 2008; Yonte et al., 2010 & Velasco, 2010), hijas del adulto mayor en su mayoría casadas (Nigenda et al., 2007; Lara et al., 2008; Rodríguez et al. 2008; Espinosa et al. 2009 & Yonte et al., 2010), dedicadas al hogar, de recursos limitados y de baja escolaridad (Nigenda et al., 2007 & Yonte et al., 2010), la mayoría alfabe-

tizadas (Espinosa et al., 2009; Velasco, 2010 & Yonte et al., 2010) sin trabajo remunerado y con limitaciones para realizarlo (Nigenda et al., 2007; Rodríguez et al., 2008; Espinosa et al., 2009 & Velasco, 2010). Se mantienen en el cuidado sin preparación, el que adquieren en condiciones de estrés (Nigenda et al., 2007; Robles, Vázquez-Garnica, 2008 & Espinosa et al., 2009), como algo ineludible, como única opción y preferencia del adulto mayor de ser cuidado en el hogar (Nigenda et al., 2007) y en la disyuntiva de dar prioridad a la satisfacción de las necesidades del adulto en perjuicio de su salud (Velasco, 2010 & Aldana-González, García-Gómez, 2011). La peculiaridad de las cuidadoras familiares de adultos mayores las convierte en sujetos en riesgo de perder el bienestar y pueden pasar de ser cuidadoras a ser personas con necesidades de recibir cuidado (Rojo-Pérez, Fernández-Mayoralas, Forjaz, Delgado-Sanz, Ahmed-Mohamed, Martínez-Martín et al., 2008).

Los estudios que han abordado la situación de cuidadoras familiares en cuanto a los efectos adversos lo han hecho desde enfoques diversos: salud física y psicológica (Dueñas et al., 2006), sobrecarga (Velasco, 2010; Yonte et al., 2010; Espinosa et al., 2009) y morbilidad (Luengo, Arandeda, López et al., 2010; Alpuche, Ramos, Rojas, Figueroa, 2008 & Lara et al., 2008), cuyos resultados evidencia la afectación de la salud en las dimensiones física, psicológica y social sin considerar la espiritual como una dimensión importante, en algunos casos la consideran parte de lo psicológico o social.

Asimismo la autopercepción del bienestar en forma holística: física, psicológica, social y espiritual y su relación con sus características, no ha sido estudiada por profesionales de enfermería en México. En la práctica de enfermería el cuidado debe ser holístico, en éste; lo

espiritual cobra importancia debido a la crisis existencial que por la enfermedad y el cuidado se vive (Beca, 2008; Sánchez-Herrera, 2009 & Coward, 2010). Además "... las prácticas espirituales están relacionadas con una mejor salud mental, una mejor salud física y una mejor adaptación a la enfermedad y la discapacidad" (Pinedo, 2011), lo que anima a hacer frente a este desafío.

Se realizó el presente informe a partir de la pregunta de investigación ¿Cuál es la relación de la autopercepción del bienestar y las características sociodemográficas de la cuidadora familiar del adulto mayor de Matamoros Tamaulipas, México? El objetivo fue establecer la asociación de autopercepción en las dimensiones de bienestar y características de las cuidadoras familiares de adultos mayores; cuyos resultados servirán de base para planear el cuidado de enfermería en sus necesidades dimensionales que conlleve a mejorar su bienestar y la autopercepción positiva que le permita cuidar de su familiar adulto mayor.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, analítico y correlacional. Muestra por conveniencia de 300 cuidadores/as principales de un adulto mayor con dependencia funcional, residentes en diferentes sectores del área urbana de Matamoros Tamaulipas, México, mayores de 18 años, con más de seis meses de manera continua en el cuidado y sin pago.

Instrumentos: Cuestionario Datos Sociodemográficos y del Cuidado, elaborado ex profeso; Índice de Barthel, para medir la dependencia funcional del adulto mayor (Cid-Ruzafa, Damián-Moreno, 1997), quienes encontraron alpha de Cronbach de 0.86 -0.92 y Calidad Vida QOL (por sus siglas en inglés), (Ferrell, Grant, 2010), con alpha de Cronbach



0.69. Es un instrumento ordinal, escala tipo Likert de 37 reactivos, organizados en cuatro secciones que corresponden a las dimensiones de la calidad de vida: física, psicológica, social y espiritual. Para este informe se consideró el último reactivo de cada sección que mediante su análisis permite identificar la autopercepción de la calidad de vida, el que se considera en este estudio como bienestar.

Procedimientos: se elaboró instructivo de cada instrumento para la capacitación y conducción de encuestadores: prestatario de servicio social y alumnos de la carrera de enfermería de la Unidad Académica Multidisciplinaria Matamoros, de la Universidad Autónoma de Tamaulipas (UAMM-UAT). La retroalimentación de la prueba piloto permitió uniformar la comprensión de las preguntas. Mediante visita domiciliaria se eligieron a cuidadores/as con los criterios establecidos, previa firma del consentimiento informado para su participación. Para el procesamiento y análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS, versión 15, se aplicaron las pruebas estadísticas: chi-cuadrada y coeficiente de correlación de Pearson. El estudio se realizó apegado a lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 1988) y con la aprobación del Comité de Investigación y Ética de la UAMM-UAT.

RESULTADOS

El grupo estudiado se caracterizó como: mujeres (85.0%), en etapa media de la vida (42) o próximas a la etapa adulta mayor, casadas o en unión libre (65.0%), hijo/a (61.4%), alfabetizados (96.0%), baja escolaridad (7.7), labores del hogar (66.3%), sin actividad productiva (49.3%) o con ingresos limitados (50.7%). Se encontró significancia estadística en la autopercepción del bienestar en general de cuidadoras familiares de adultos mayores con la alfabetización y parentesco. La significancia de auto percepción en las dimensiones de bienestar del cuidador familiar del adulto mayor fue: en la física con edad y género, en la psicológica con escolaridad, en la social con parentesco y en la espiritual con alfabetización, situación laboral, ocupación y estado civil (Tabla 1).

DISCUSIÓN

El parentesco, principalmente las hija, son las que como asignación social asumen el cuidado y como lo refiere Lagarde (2011), es considerado una actividad propia de la mujer. Quienes son además, las preferidas por parte del adulto mayor para cuidarlos en el hogar, como encontraron Robles, Vázquez-Garnica (2008). Este componente relacional conlleva, como también encontraron, Aldana-González, García-Gómez (2011); Robles (2006), responsabilidad y fidelidad ineludible hasta el final del proceso de cuidado. La etapa media de la vida en la que se encuentran las cuidadoras conlleva cambios biológicos, psicológicos y sociales que ameritan autocuidado, lo cual postergan por el cuidado de su familiar, esto también fue encontrado por Velasco (2010); Aldana-González, García-Gómez (2011). Las cuidadoras del estudio, en su mayoría casadas, viven esta condición con redes sociales: amis-

tades, familiares o laborales, lo que alternan, por el cuidado, con un proceso de disolución de sí mismas, lo que también es referido por Aldana-González, García-Gómez (2011).

Las mujeres alternan su papel de cuidadoras con su ocupación en el hogar lo cual representa una doble jornada, hallazgo también referido por Méndez-Luck et al. (2008), lo que les limita para tener trabajo remunerado. El alto nivel de alfabetización de las cuidadoras del estudio les permite tener mayor conciencia en las circunstancias del cuidado, sin embargo el bajo nivel de escolaridad les impide o limita su percepción sobre las circunstancias del cuidado como las necesidades y gestión oportuna de apoyo que les facilite su papel como cuidadoras: comprensión de la enfermedad, aplicación de tratamientos, habilidades para el cuidado, técnicas de afrontamiento, entre otras; condición también encontrada por Del Prette, Del Prete (2002).

Estas características vulneran a las cuidadoras familiares de adultos mayores a los efectos adversos del cuidado y determina mayor percepción de la carga, así como es referido por Bover-Bover (2006); Méndez et al. (2008), dato similar al hallazgo de este estudio donde las cuidadoras familiares autoperciben alterado su bienestar físico, psicológico, social y espiritual. Circunstancia que en el contexto mexicano se acentúa debido al imperante sistema de organización familiar y del cuidado tipo patriarcal que establece para la mujer actividades del cuidado del hogar, la familia y de las personas dependientes; y a la falta de apoyo para el cuidado: familiar, social y sanitario como lo refiere Nigenda et al. (2007). Lo anterior resta a las

cuidadoras de adultos mayores oportunidades de desarrollo y crecimiento personal, social, laboral y profesional y lo más significativo, la autopercepción negativa de su bienestar.

CONCLUSIÓN

Las características de las cuidadoras familiares de adultos mayores resultaron asociadas en su mayoría con la autopercepción del bienestar espiritual y una o dos con las dimensiones física, psicológica y social. Enfermería como profesión debe reconsiderar el cuidado holístico que involucra la dimensión espiritual y considerar a las cuidadoras familiares como un grupo vulnerable que requiere atención, de tal manera que les permita adaptarse a la dependencia de su familiar, afrontar la adversidad del cuidado y lograr la autopercepción física, psicológica, social y espiritual favorable y por efecto favorezcan y mantengan el bienestar del adulto mayor.

Tabla 1
Niveles de significancia para autopercepción del bienestar en cuidadoras familiares del adulto mayor con dependencia funcional

Características	Autopercepción	Dimensiones del bienestar				
		Salud general	Física	Psicológica	Social	Espiritual
Estado Civil	Casada	-----	-----	-----	-----	0.0353
Alfabetización	Alfabetada	0.0344	-----	-----	-----	0.0091
Ocupación	Hogar	-----	-----	-----	-----	0.0276
Situación Laboral	No trabajan	-----	-----	-----	-----	0.0200
Género	Femenino	-----	0.0209	-----	-----	-----
Edad	\bar{X} 42	-----	0.0003	-----	-----	-----
Escolaridad	Baja	-----	-----	0.0021	-----	-----
Parentesco	Hija	0.0460	-----	-----	0.0820	-----

Fuente: Encuesta

n=300

BIBLIOGRAFÍA

- Aldana-González, G. & García-Gómez, L. (2011). La experiencia de ser cuidadora de un anciano con enfermedad crónica. *Revista Aquichán*, 11 (2), 158-72.
- Alpuche, VJ., Ramos, B., Rojas, ME. & Figueroa, CG. (2008). Validez de la entrevista de carga de Zarit en una

- muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y salud*. 18 (2), 237-45.
- Administración Pública Federal. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Programas por derechos sociales. 2010. Disponible en: <<http://www.coneval.gob.mx/sipf//busquedas/busqueda.action?idDerBas=7>> [Consultado el 8.05.2012].
 - Arroyo, A., Lancharro, I., Morillo, M^a S., Romero, R., Pérez-Godoy, E. & Moreno-Guerín, A. (2013). Etnografía del cuidador varón en una Unidad de lesionados medulares: análisis de los roles y redes sociales con una perspectiva de género. 17, 35. Disponible en: ><http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.35.07>> [Consultado el: 15.06. 2013].
 - Beca, JP. (2008). El cuidado espiritual del enfermo como responsabilidad del profesional de la salud. *Ética de los Cuidados*. 1(1). Disponible en: <<http://www.index-f.com/eticuidado/n1/et6734.php>> [Consultado el 6.07.2012].
 - Bover-Bover, A. (2006). El impacto de cuidar en el bienestar percibido por hombres y varones de mediana edad: una perspectiva de género. *Enferm Clin*, 16 (2), 69-76.
 - Coward, D. (2010). Teoría de la Autotranscendencia. En: Tomey, Ann Mariner; Raile Allgood Martha (6^a ed.). *Modelos y Teorías de Enfermería* (pp. 647-67). España. Elsevier Mosvy.
 - Cid-Ruzafa, J. & Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública*, 71(2), 127-37.
 - Dueñas, E., Martínez, MA., Morales, B., Muñoz, C., Viáfara, AS. & Herrera, JA. (2006). Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colomb Med*. 37(2Suppl 1), 31-38.
 - DiGirolamo, AM. & Salgado, N. (2008). Women as primary caregivers in México: challenges to well-being. [Las mujeres como cuidadoras principales en México: retos para su bienestar]. *Salud Pública Méx*. 50 (6), 516-22.
 - Del Prette, Z. & Del Prete, A. (2002). *Psicología de las habilidades sociales: terapia y educación*. Manual Moderno, (2^a ed.).
 - Espinosa, E., Mendez,V., Lara, R. & Rivera, P. (2009). Factores asociados al nivel de sobrecarga de los cuidadores informales de adultos mayores dependientes, en control en el consultorio “Jose Durán Trujillo”, San Carlos, Chile. *Theoria. Revista Redaly* 18(1):69-79.
 - Félix, A., Aguilar, RM., Martínez, ML., Avila, H., Vázquez, L. & Gutiérrez, G. (2011). Dependencia funcional del adulto mayor y caracterización del cuidador familiar. *Paraninfo Digital*. 2011. 5:14. Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n14/013d.php>> [Consultado el: 15.01. 2012].
 - Félix, A., Aguilar, RM., Martínez, ML., Avila, H., Vázquez, L. & Gutiérrez, G. (2011). Bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género. *Cul Cuid*. XVI(33):81-88.
 - Ferrell, B. & Grant, M. (s.f). *Quality of Life Family Version*. National Medical Center and Beckman Research Institute. Disponible en : <[http://prc.coh.org/pdf/Quality of Life Family Version.pdf](http://prc.coh.org/pdf/Quality%20of%20Life%20Family%20Version.pdf)> [Consultado el 18.01.2010].
 - Feldman, S. (2006). *Psicología con aplicación en países de habla hispana*. México. McGraw-Hill. (6^a ed.).
 - Feldman, S. (2007). *Desarrollo Psicológico a través de la vida*. México. Pearson Educación. (4^a ed.).
 - Instituto de Mayores y Servicios Sociales. *Cuidadores de Mayores. La escasez de cuidadores informales, unido a la elevada demanda de asistencia, supone un amplio reto para los sistemas sociales y políticos* (España). IMSERSO, 2010. Disponible en: <<http://www.imserso-mayores.csic.es/documentacion/especiales/cuidadores/index.html>> [Consultado el 22.02.2011].
 - Koerner, S. & Kenyon, B. (2007). Understanding “Good Days” and “Bad Days”: Emotional and Physical Reactivity Among Caregivers for Elder Relatives. *Family Relations*. 56 (1):1-11.
 - Lara, G., González, A. & Blanco, LA. (2008). Perfil del cuidador: sobrecarga y apoyo familiar e institucional del cuidador primario en el primer nivel de atención. *Rev Esp Med Quir*. 13 (4):159-166.
 - Luengo, CE., Araneda, G. & López, MA. (2010). Factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado. *Index de Enfermería*. 19(1):14-18.
 - Lagarde, M. (2011). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. Madrid. horas y Horas.
 - Mendez-Luck, CA., Kennedy, DP. & Wallace, SP. (2008).

- Concepts of Burden in Giving Care to Older relatives: A Study of Female Caregivers in a México City Neighborhood. *J Cross. Cult Gerontol.* 23:265-82.
- Mier, I., Romeo, Z., Canto, A. & Mier, R. (2007). Interpretando el cuidado. Por qué cuidan sólo las mujeres y qué podemos hacer para evitarlo. *ABENDUA*, p. 29-38.
 - Nigenda, G., López-Ortega, M., Matarazzo, C. & Juárez-Ramírez, C. (2007). La atención de los enfermos y discapacitados en el hogar. Retos para el sistema de salud mexicano. *Salud Publica Mex*, 49(4): 286-94.
 - Pinedo, MT. (2011). La humanización de los cuidados: reto de la enfermería del siglo XXI. España. Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.
 - Pessuto, J. & Ferreira, C. (2008). Estratégias de coping desenvolvidas por cuidadores de idosos portadores de doença crónica. *Rev Esc Enferm USP.* 42(1):19-25. Disponible en: <www.ee.usp.br/reeusp/> [Consultado el: 13.12.2011].
 - Robles-Silva, L. (2007). La designación de cuidadoras de padres enfermos: la última genitura femenina en un sector popular urbano de Guadalajara. En: Robichaux D., Editor. *Familias mexicanas en transición: unas miradas antropológicas*, p. 353-69. México Universidad Iberoamericana.
 - Roberto, A. & Jarrott, E. (2008). Family Caregivers of Older Adults: A LifeSpan Perspective. *Family Relations.* 57(1): 100-111.
 - Rojas, MV. (2007). Asociación entre la habilidad de cuidado del cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor que vive situación de enfermedad crónica, en la ciudad de Girardot. *av. enferm.* XXV (1):33-45.
 - Rodríguez, M., Pascual, LM., & Abreu, A. (2008). Relación de la alteración de las necesidades básicas de cuidadoras informales de ancianos dependientes y las dimensiones de calidad de vida (Huelva, España). *Rev Paraninfo digital.* 5 Disponible en: <<http://www.index-f.com/para/n5/o053.php>> [Consultado el 15.09.2011].
 - Rojo-Pérez, F., Fernández-Mayoralas, G., Forjaz, M^ªJ., Delgado-Sanz, M^ªC., Ahmed-Mohamed, K. & Martínez-Martín, P. (2008). Población mayor, Calidad de Vida y redes de apoyo: demanda y prestación de cuidados en el seno familiar. *Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III-Ministerio de Ciencia e Innovación*, 127p. Madrid. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-publicaciones-isciii/fd-documentos/Poblacion_mayor.pdf> [Consultado el 6.08.2011].
 - Robles, L. & Vázquez-Garnica, EK. (2008). El cuidado a los ancianos: las valoraciones en torno al cuidado no familiar. *Texto contexto enferm.* 17(2):225-31.
 - Robles, L. (2006). El cuidado a los ancianos: la feminización de la obligación filial. En: Coordinadores. Robles, L., Vázquez, F., Reyes, L., Oroscó, I. *Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico.* México: Ed. Plaza y Valdez, 2006 p. 247-98.
 - Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud (2007-2012). Por un México sano: Construyendo alianzas para una mejor salud. Disponible en: <http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/pns_version_completa.pdf> [Consultado el 8.07.2012].
 - Sánchez, B. (2009). Bienestar espiritual en personas con y sin discapacidad. *Revista Aquichán.* 1):8-22
 - Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud México. Secretaría de Salud, 1988. Disponible en: <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>> [Consultado el 18.01.2012].
 - Velasco, A. (2010). Cuidador familiar del adulto mayor. Características y perfil de salud. de Portales Médicos [Revista Electrónica] 5:21. Disponible en: <<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/2598/1/Cuidador-familiar-del-adulto-mayor-Characterísticas-y-perfil-de-salud.html>> [Consultado el 11.02.2012].
 - Vellone, E., Piras, G., Talucci, C. & Cohen, MZ. (2008). Quantity of life for caregivers of people with Alzheimer's disease. *J Adv Nurs.* 61(2): 222-31.
 - Yonte, F., Urién, Z., Martín M. & Montero, R. (2010). Sobrecarga del cuidador principal. *Nure Investigación.* 48:1-7.
 - Zabalegui, A., Rodríguez, E., Ramírez, AM., Pulpón, A., López, L., Izquierdo, MD. et al. (2007). Revisión de evidencias: cuidadores informales de personas mayores de 65 años. *Evidentia*, 4(13). Disponible en <<http://www.index-f.com/evidentia/n13/291articulo.php>> [Consultado el 15.05.2012].

El ser humano y la génesis del trabajo enfermero comunitario

The the human being and the genesis of community nursing work

O homem ea gênese do trabalho de enfermagem comunidade

Jorge Mínguez Arias¹; José Ramón Martínez Riera²

¹Doctor por la Universidad de Alicante. Enfermero Centro de salud de Arnedo. Licenciado en Antropología Social y Cultural. Profesor de Enfermería Comunitaria

²Doctor por la Universidad de Alicante. Enfermero. Master en Ciencias de la Enfermería. Vicedecano de Coordinación Académica de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud Campus de San Vicent del Raspeig. Universidad de Alicante.

Cómo citar este artículo en edición digital: Mínguez Arias, J. y Martínez Riera, J.R. (2013) El ser humano y la génesis del trabajo enfermero comunitario. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)* 17, 36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.36.07>

Correspondencia: Jorge Mínguez Arias. Escuela Universitaria de Enfermería de La Rioja. C/ Donantes de Sangre s/n 26004 Logroño. La Rioja. Correo electrónico: Jorge.minguez@eue.unirioja.es. Tel: 941261443

Recibido: 20/12/2012. Aprobado: 11/05/2013



ABSTRACT

It describes the origin of nursing work and its relationship with human beings according to cultural context where it is performed. It exams terms that are socially interpreted and accepted and that are full of meanings according to Western hegemonic medical model. It also discusses the concept of man and the apparent contradiction between universality and particular diversity . Concepts, from the point of care, beyond the purely biological that allow to build a network of meanings with a psychological and social origin and continually reinvent themselves.

Keywords: Care, Labor Nurse, People, Origin nursing.

RESUMO

Ele descreve a origem do trabalho dos enfermeiros e sua relação com os seres humanos de acordo com o contexto cultural em que ele executa. Ele examina os termos são interpretados e socialmente aceites e são cheias de significados de acordo com o modelo médico hegemônico ocidental. Ele também discute o conceito de ser humano ea aparente contradição entre universalidade e diversidade particular. Conceitos que, do ponto de atendimento, além do puramente biológico e permitir-lhe construir uma rede de significados psicológicos e sociais e reinventou continuamente.

Palavras-chave: Cuidado, Enfermeiro do Trabalho, Pessoas, enfermagem Origin.

RESUMEN

Se describe el origen del trabajo enfermero y su relación con el ser humano de acuerdo al contexto cultural donde se realiza. Se examinan términos que son interpretados y aceptados socialmente y que están repletos de significados de acuerdo al modelo médico hegemónico occidental. Así mismo se analiza

el concepto de ser humano y la aparente contradicción entre universalidad y diversidad particular. Conceptos que, desde la óptica del cuidado, trascienden lo puramente biológico y permiten construir toda una red de significados de orden psicológico y social y que se reinventan continuamente.

Palabras clave: Cuidados, Trabajo enfermero, Ser humano, Origen enfermería.

INTRODUCCIÓN

En el análisis del origen del trabajo enfermero y su relación con el ser humano se ha de examinar términos meta-paradigmáticos que frecuentemente son omnicomprendidos y por ello están repletos de importante significación mítica, que actúan como auténticos arcanos que hacen difícil su comprensión ante la falta de concreción. De ahí que sea necesario explorar, la relación particular que existe entre diferentes términos que constituyen el núcleo de la discusión (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, Major, 1995). Esto nos ayudará a reconocer el contexto cultural en el que se desarrolla, el tipo de constructo humano, sus propias connotaciones de universalidad y de diversidad particular, que a continuación se describe y analizan.

DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO ENFERMERO

Para poder conocer la actividad cuidadora profesionalizada, es necesario determinar los referentes culturales y sus influencias sobre las formas de comportarse tanto los individuos como los grupos profesionales que lo conforman. Para ello es preciso describir el contexto que muestre su globalidad incluido el proceso de construcción, pues como bien indican algunos autores al referirse a salud mental “el

contexto en que se ejecutan los roles tienen más influencia sobre la salud mental de las personas, que los verdaderos roles que ésta ejecuta” (Dennerstin, 1994).

Como bien indica López y Peña, la trama de las ideas donde se sustenta la enfermería comunitaria, es “la plataforma conceptual y práctica denominada salud colectiva, que reconoce los procesos de salud-enfermedad-representaciones-respuestas sociales, donde es necesario explicar hechos histórico-sociales que determinan los procesos más allá de la causalidad biológica” (López, Peña, 2006). Así mismo, Eseverri afirma que “la enfermería de hoy, aunque permanece enfocada hacia el futuro, paradójicamente se apoya en el pasado. Porque la enfermería siempre es de ayer, de hoy y de mañana. La enfermería de siempre y para siempre se cimienta en la historia” (Eseverri, 2006). Así es conveniente no olvidar el texto y el contexto donde ésta se desarrolla, que no es otro que el camino abierto junto con otras profesiones del ámbito de la salud, y que está en consonancia con lo que el propio Comelles indica al referirse a la consolidación corporativa de las profesiones sanitarias “ya en el siglo XVIII (la medicina entre otras), intenta buscar y asegurarse el monopolio de la gestión de la salud mediante un pacto con la burocracia estatal para excluir administrativa y jurídicamente cualquier alternativa, para recuperar para sí, campos propios de los auto-cuidados, y medicalizar la sociedad basándose en la idea de universalidad que sustenta al modelo médico hegemónico” (Comelles, Doura Arnau, Martín, 1991). Esto debe de ser tenido en cuenta junto con el concepto de profesionalización, ya que hasta entonces el pensamiento prevalente era la negación de lo infinito, y a partir de ese momento se adquieren los poderes de lo positivo, pues la estructura antropológica que surge, es la de mostrar el

rol crítico del límite, el del origen, siendo ello la esencia de la medicina positiva (Foucault, 1996). La estrategia seguida después del siglo XVIII, según el citado Comelles “*se centra en dividir la atención a la salud en un sector gestionado por los médicos con criterios técnico científicos y un cajón de sastre de prácticas tradicionales o folk que deberían ser aculturadas por asistemáticas, irracionales y supersticiosas. Así la hegemonía médica se construye por parte del Estado, desde el concepto de beneficencia del Renacimiento de Luis Vives y posteriormente con el concepto de bienestar social*” (Comelles, 1994). A sí mismo, también hemos de añadirle algo que en el subconsciente colectivo de nuestra cultura pervive y es la representación judeo-cristiana de la idea de enfermar como castigo divino, que va unida a la tekhené griega, con la cual se ve legitimada por parte del poder político, como bien confirma Iruzubieta en su investigación sobre La Casa de Socorro de Logroño; “*la higiene pública tradicional había defendido la trascendencia profiláctica de las instituciones benéficas en la medida en que partían de la concepción cristiana o caritativa*” (Iruzubieta, 2006), mostrando así el arraigo histórico social en el que se sustentan.

EL PROCESO DE CODIFICACIÓN SIMBÓLICA Y SU CONSTRUCTO

Todo ello llega a construir una red de codificaciones simbólicas, que actúan de columna vertebral que sustenta a la medicina hegemónica como algo aparentemente homogéneo, como Fdez-Rufete sostiene, “*conceptos tales como biológico, natural, empírico, racional, científico, objetivo o verdadero, sustentan todo un edificio ideológico y limitativo que confiere a la medicina y a la práctica médica un estatuto ontológico que le permite reservar el monopolio de un tipo particular de violencia simbólica y*

legítima” (Fernández-Rufete, 2000). A pesar de referirse explícitamente a la medicina, dentro de éste amplio manto conceptual, también se incluye por motivos de reflexión y análisis a la enfermería, como consecuencia del proceso de enculturación al que ha estado sometida durante años, dada su adscripción fundamentalmente al paradigma racional tecnológico. De esta forma, donde se limita a aplicar técnicas, como auxiliar subordinada a la figura del médico, siendo mera manipuladora externa de las necesidades y problemas de salud de los pacientes. Por todo esto desarrolla su labor como sub-disciplina auxiliar de otra ciencia, de la cual depende para renovar sus conocimientos técnicos, y paralelamente reproducir y ser copartícipe, por puro mimetismo de los principios que sustentan al modelo médico hegemónico occidental. Este argumento está arraigado en la sociedad, como bien mantienen De Pedro y Morales “*se ha concebido tradicionalmente a la enfermera como una profesional que desempeña tareas de eminente corte práctico, para las cuales una buena formación empírica era más que suficiente. De hecho su formación siempre ha estado muy condicionada por este fenómeno, generando múltiples instituciones docentes vinculadas a hospitales que, realmente, eran centros de formación y provisión de masa laboral adiestrada a imagen y semejanza de la institución. Por tanto, el rol del conocimiento ha estado ajeno durante mucho tiempo a las enfermeras, permaneciendo incrustado en las organizaciones y en los agentes que las componen*” (De Pedro, Morales, 2004). Cotidianamente se subordina la profesión enfermera frente a la profesión médica. El médico, es el referente de acción y el modelo biomédico es el camino a seguir, influidos por el imaginario colectivo en el que la entrega y dedicación es prioritaria frente a la práctica fundamentada en la cienti-



ficidad propia, donde se pueda implantar un espacio profesional con identidad enfermera (Cano, 2004).

EL MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO EN ESPAÑA

En la España de los años sesenta, el modelo médico hegemónico, se convierte por su creciente tecnificación, en el instrumento fundamental que proporciona vida y salud en el sistema sanitario. No es coincidencia que en ese momento comiencen a surgir los primeros análisis críticos sobre el citado modelo, aunque si es cierto, que no tienen demasiada repercusión en el colectivo sanitario, a pesar de ser tan cotidianos en la actualidad, como lo muestra Ivan Illich en su obra *Némesis Médica* (Illich, 1974) donde acuña el término de Iatrogenesis Social, asumiendo con el citado concepto los múltiples daños que la medicalización produce (Gervás, Segura, 2007) y por tanto, como remarca Gálvez, ya se puede “*escribir sobre la expropiación de la salud en la propia historia contemporánea*” (Gálvez, 2002). Domingo Palacios sintetiza perfectamente estas ideas y su repercusión en la profesión, cuando afirma

que “*la modernidad junto con el pensamiento positivista marcaron y determinaron la manera de construir y entender el mundo entre el siglo XVII y principios del XIX. Siendo sus principales instrumentos la tecnología, la razón y la ciencia convirtieron la eficacia lo objetivo, lo pragmático, y lo tangible en elementos imprescindibles y necesarios en nuestra forma de vivir y percibir nuestro entorno y nuestras relaciones*” (Palacios, 2007). La enfermería como disciplina y los cuidados como objeto de estudio, estuvieron marcados por esta influencia, impregnados de este pensamiento moderno y positivista.

EL SER HUMANO COMO ENTIDAD QUE SE DICE

Existe una estrecha relación entre la historia y el ser humano, el ser humano es un ser histórico, desde que nace hasta se muere. Amparo Nogales afirma que su historia, está encadenada a la historia de la enfermería (Nogales, 2006). López mantiene que el objeto que sostiene la esencia de la actividad enfermera es el cuidado de la salud del individuo familia o comunidad. Este planteamiento tiene un amplio consenso, casi unánime entre los profesionales cualquiera que sea el cuadro paradigmático que éstos adopten “*Cada corriente filosófica aborda al hombre desde una perspectiva conceptual, y fija su interés en alguna de las múltiples facetas que lo constituyen (ontología, fenomenología, cósmica..)* Cada profesión, por otra parte, se acerca al hombre con una visión específica que responde al servicio que le presta y a las demandas particulares que la sociedad requiere de ella” (López, 1992).

Este concepto de cuidado del ser humano es amplio y complejo, se diversifica tanto como los modelos de sistema socioculturales divergentes existen, siendo éstos, el escenario

de referencia que condiciona su forma de ser y estar, y por tanto su comportamiento. De ahí que, para comprender el tipo de cuidado que se aplica, sea necesario analizar el concepto de ser humano desde el cual se parte.

En la historia contextual de lo humano, aparentemente existen algunos rasgos que son comunes en los distintos sistemas socioculturales, como es su constitución biológica. También existen otras características comunes que van más allá de lo puramente material, siendo este planteamiento reconocido y aceptado universalmente en todas las culturas.

DESCRIPCIÓN DE LO HUMANO

Para describir el concepto de ser humano, en principio se hará a través de esa aparente primera característica común que es su estructura morfo-biológica. Por ello, se puede afirmar que es un animal y forma parte del conjunto de los seres orgánicos vivientes, perteneciente a alguno de los linajes de los grupos biológicos, incluido en el de los grandes monos antropoides. Eso significa, que pertenece al grupo de los grandes mamíferos, dado que la hembra de la especie mantiene una relación especial con su descendencia, que es darles de mamar.

Desde este punto de vista de la realidad zoológica tiene mucha importancia ser mamífero, pues éstos, son los animales que han desarrollado comportamientos complejos de organización y de conducta, que implican una dependencia de la prole de forma prolongada en el tiempo. Este hecho tan cotidiano, la dependencia prolongada de la prole, significa que el carácter orgánico y las capacidades psicológicas con las que nace son similares a las de los seres que nacen prematuros. Todos los partos de los grandes mamíferos de acuerdo a este concepto son prematuros, esto condicio-

na que tenga un largo proceso de aprendizaje, cuanto más aprendizaje, más compleja es la conducta que puede desarrollar y más complejos son los sistemas de organización en los que ajustan la vida en común de esos individuos y en el vértice de dicha complejidad está la especie humana. Esto genera un hecho que hace singular al ser humano, común en todas las culturas y que les hace diferentes al resto de las especies, y resulta que es un ser que se dice, que se cuenta, eso si, de acuerdo al escenario donde se desarrolla. Esta propiedad tan característica, nos distingue drásticamente del resto de mamíferos, pues ellos no se dicen.

El ser humano, es el animal que tiene el Don de la Palabra, con la cual se dice, se cuenta, es el animal que habla que cuenta historias. Éste reside en otro orden además del puramente biológico y es el orden narrativo, con el cual sobrevive y trasciende a la propia realidad biológica, con la que traspasa el mismo momento. Con ese otro orden permanece aunque no esté físicamente y por tanto la realidad no la vive si no la cuenta, porque así la hace comprensible, y si la comprende la posee. De ahí se puede decir que el ser humano es aquel ente biológico que habita, que está en el orden narrativo.

Esto es el hecho diferencial típicamente humano, que lo distingue de los grandes mamíferos, los monos antropoides. Constantemente se cuentan para saberse. Por eso podemos decir que el ser humano es un ente biológico psicológico y social, un todo tridimensional unificado sometido a la fuerza de la naturaleza. Capaz de reflexionar sobre los hechos colaterales y su propia experiencia, con capacidad de simbolizar y de decirse. Es un animal que sabe que tiene historia y que la dice. Se dice a través de símbolos que son elementos fundamentales para poderse comunicar (Marín, 1997).

A MODO DE CONCLUSIÓN

Como se menciona en el comienzo en el origen del trabajo enfermero se plantean complejas situaciones que aunque omnicomprendivas necesitan ser desmenuzadas para descifrar algunos determinantes inherentes al ser humano, tales como la múltiple y compleja situación que es la comunicación, condicionada por la actitud del que trasmite, el medio utilizado para transmitir, así como el que recibe el mensaje, todo ello arropado en un contexto que condiciona y determina la propia realidad, y presidido por la implícita capacidad de simbolizar que le asiste y guía en el vasto proceso interpretativo que realiza mediante la definición de objetos, situaciones e interpretaciones que interrelaciona lo físico con lo intelectual (Ibarra, Siles, 2006).

De ahí la importancia que tiene el considerar y conocer, desde la óptica del cuidado enfermero, la complejidad que entraña el concepto de ser humano, que va más allá de lo puramente biológico, que por su morfo-biología necesita relacionarse con los demás, lo cual permite generar toda una red muy compleja, que no habita en el orden biológico sino en el psicológico y en el social. Por eso debemos tener en cuenta, como indica Medina que *“la persona es un ser bio-psico-social como un todo irreductible, en congruencia con valores y epistemologías propiamente enfermeras”* (Medina, 1994), aunque la medicina hegemónica fundamenta su *“perspectiva analítica, empírica y experimental muy adecuada para el estudio de los procesos biológicos y biopatológicos que como fenómenos naturales que son, presentan una cierta estabilidad, regularidad, constancia y cierta independencia del contexto, pero han reducido lo humano a lo biológico”* (Medina, 2006), de ahí la necesidad de seguir profundizando sobre la génesis de lo humano en el tra-

bajo enfermero comunitario, dada su capacidad de auto invención de acuerdo al contexto histórico en el que se encuentra.

BIBLIOGRAFÍA

- Cano Caballero, M.D. (2004) Enfermería y género. Tiempo de reflexión para el cambio. *Index Enferm.* XIII (46):34-39.
- Comelles. J.M, (1994) Atención Primaria: El difícil maridaje entre atención integral y atención institucional. *Jano*, XLVI (1073): 79-84.
- Comelles, Doura, Arnau, Martín. (1991) L’Hospital de Valls. Asaig sobre l’estructura i les transformacions de les institucions d’assistència. *Vals: Institut d’Estudis Vallencs.*
- De Pedro Gómez, J.E; Morales Asensio, J.M. (2004) Las organizaciones ¿favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia?. *Index de Enfermería*; 13 (44-45):32-36. Disponible en: http://www.index-f.com/enfermería/44revista/44_articulo_26-33pht (Artículo revista)
- Dennerstein, L. (1994) Salud mental, trabajo y sexo. *Quaderm CAPS*; (21):62-68.
- Eserverri Chavarri, C, (2006) Hospitalidad-Enfermería, conceptos unívocos. *Cultura de los cuidados*. 10(20):32-38.
- Fernández-Rufete, J. (2000) El afecto perdido. En *Perdiguero E. Y Comelles J.M..Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina.* Edicions Bellaterra, Bcelona: 277-303
- Foucault, M. (1996) El nacimiento de la clínica. Siglo Veintiuno de España Editores, Madrid: 277.
- Gálvez Toro, A. (2002) La medicina bajo sospecha, Seis ejercicios especulativos. *Fundación Index.*:16-17.
- Gervás, J; Segura Benedicto, A. (2007) Cooperación entre salud pública y atención clínica en un contexto de cambio de la utilización del sistema sanitario. *Atención Primaria*; 39. (6):319-322.
- Ibarra Mendoza, X; Siles González, J. (2006) Rol de enfermo crónico: Una reflexión crítica desde la perspectiva de los cuidados enfermeros. *Cultura de los cuidados*, 10,(20):128-13.

- Illich, I. (1974) Némesis médica: la expropiación de la salud. Barral Editores, Barcelona.
- Iruzubieta Barragán, F.J. (2006) La Casa de Socorro de Logroño, 1923-1936: Origen y desarrollo. Logroño:Instituto de Estudios Riojanos:21.
- Kérouac, S; Pepin, J; Ducharme, F; Duquette, A; Major, F. (1996) El Pensamiento Enfermero. Masson, Barcelona.
- López Arellano, O, Peña Saint Martín, F, Salud y Sociedad. (2006) Aportaciones del pensamiento latinoamericano. Medicina Social. Diciembre; I (3):82-102.
- López Ruiz, J. (1992) Aproximación al concepto hombre-persona, objeto de los cuidados de enfermería. Enfermería Clínica.2 (5):132-36.
- Marín Pedreño, H. (1997) De Dominio Público Ensayo de teoría social y del hombre. Las Historias que somos. Pamplona: Eunsa:38-51.
- Medina Moya, J.L. (1994) Fundamentos epistemológicos de la teoría del cuidado. Enfermería Clínica. 5 (4):221-32.
- Medina Moya, J.L. (2006) La complejidad del cuidado y el cuidado de la complejidad: Un tránsito pedagógico de los reduccionismos fragmentales a las lógicas no lineales de la complejidad. Texto Contexto Enferm, Florianópolis,15(2):312-9.
- Nogales Espert, A. (2006) Pensamiento enfermero e historia. Necesidad de vertebración filosófica e historia en enfermería. Cultura de los Cuidados. 2º Semestre X. (20):14-20.
- Palacios Ceña, D. (2007) La Construcción Moderna de la Enfermería. Cultura de los cuidados. 2º Semestre;11(22):26-32.



Enfermería y Antropología en Brasil: Relaciones, Dilemas y Desafíos

Nursing and Anthropology in Brazil: Relations, Dilemmas and Challenges

Enfermagem e Antropologia no Brasil: Relações, Dilemas e Desafios

Lucas Pereira de Melo

¹*Doutorando do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem dos campi São Paulo e Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Professor da Faculdade de Enfermagem, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo, Brasil.*

Cómo citar este artículo en edición digital: Pereira de Melo, L. (2013) Enfermagem e Antropologia no Brasil: Relações, Dilemas e Desafios. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 17, 36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.36.08>

Correspondencia: Lucas Melo. Rua Teresa Bonatto Signori, 51, Jd. Santa Genebra II. Campinas-SP-Brasil. CEP 13084 777.

Correo electrónico: lucasenf@yahoo.com.br

Recibido: 10/04/2013. Aprobado: 22/06/2013



ABSTRACT

Taking as a starting point to finding the invisibility of nursing scientific production in anthropological perspective on the literature reviews on anthropology of health in Brazil, the aim of this essay is to make a brief critical discussion of nursing and anthropology punctuating the particularities of the Brazilian context compared with countries like United States, England and Spain, and especially discuss the dilemmas (problems and limits) in the relations existing between the two disciplines and indicate some challenges to its development and consolidation. Finally, the

enrollment of the arguments and comparative analysis of building this relationship in different countries allowed viewing certain hypotheses that aim to contribute to future discussions and studies in Brazil.

Keywords: Nursing. Anthropology. Specialities, Nursing. Transcultural Nursing. Philosophy, Nursing.

RESUMEN

Tomando como punto de partida la invisibilidad de la producción científica de enfermería, en la perspectiva antropológica, en las revisiones de la literatura sobre antropología de la salud en Brasil, el objetivo de este artículo es realizar un breve análisis crítico de la relación entre enfermería y antropología puntuando las particularidades del contexto brasileño en comparación con países como Estados Unidos, Gran Bretaña y España y, en especial, discutir los dilemas (problemas y límites) en las relaciones existentes entre las dos disciplinas y señalar algunos desafíos para su desarrollo y consolidación. Por último, los argumentos y análisis comparativo de la construcción de esta relación en los diferentes países permiten ver

ciertas hipótesis que apuntan a contribuir a los futuros debates y estudios en Brasil.

Palabras clave: Enfermería. Antropología. Especialidades de Enfermería. Enfermería Transcultural. Filosofía en Enfermería.

RESUMO

Tendo como ponto de partida a constatação da invisibilidade da produção científica da enfermagem na perspectiva antropológica nas revisões da literatura sobre antropologia da saúde no Brasil, o objetivo deste ensaio crítico é fazer uma breve discussão sobre enfermagem e antropologia pontuando as particularidades do contexto brasileiro em comparação com países como Estados Unidos, Inglaterra e Espanha e, principalmente, problematizar os dilemas (problemas e limites) existentes nas relações entre as duas disciplinas e indicar alguns desafios para seu desenvolvimento e consolidação. Por fim, o arrolamento dos argumentos e a análise comparativa da construção dessa relação em diferentes países permitiram visualizar algumas hipóteses que visam contribuir para estudos e discussões futuras no Brasil.

Palavras-chave: Enfermagem. Antropologia. Especialidades de Enfermagem. Enfermagem Transcultural. Filosofia em Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O estudo das relações entre antropologia, saúde e doença, bem como das instituições de saúde e seus agentes de cura é um campo já consolidado, tanto no Brasil quanto em outros países, desde meados do século XX. No Brasil, há uma extensa produção acadêmica que aborda as contribuições da antropologia para as disciplinas da área de saúde, a institucionalização da chamada Antropologia da Saúde, revisões das pesquisas desenvolvidas

nesse campo e suas questões e desafios atuais. Porém, há uma incipiente produção sobre as relações entre enfermagem e antropologia.

Durante minha formação de pós-graduação na Universidade Estadual de Campinas (mestrado) e na Universidade de São Paulo (doutorado), fui orientado e tive contato direto, por meio de cursos, seminários e encontros informais, com alguns dos precursores da Antropologia da Saúde brasileira e, conseqüentemente, com parte considerável da literatura antropológica sobre saúde, doença e cura. Por estar inserido em Programas de Pós-graduação em Enfermagem, transitei, paralelamente, dentro das interfaces que relacionam a enfermagem e a antropologia, sobretudo com as pesquisas em enfermagem com referencial antropológico. Com o olhar atento ao desenvolvimento desses conjuntos de produções (da antropologia da saúde e da enfermagem na perspectiva antropológica), pude constatar uma invisibilidade da produção científica da enfermagem nas revisões da literatura sobre antropologia da saúde no Brasil, realizadas por pesquisadores vinculados aos Departamentos de Antropologia ou de Saúde Coletiva/Saúde Pública.

Diante disso, passei a investigar as relações entre essas disciplinas, bem como suas contribuições e influências. Além disso, serviu de contraponto nessas análises a participação em eventos e/ou como associado na *Transcultural Nursing Society* (Estados Unidos), na *Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados* (Espanha), na *Medical Anthropology Young Scholars (MAYS)* uma rede de pesquisadores da *European Association of Social Anthropologists* e na *Associação Brasileira de Antropologia (ABA)*.

Nesse sentido, o objetivo deste ensaio crítico é fazer uma breve discussão sobre enfermagem e antropologia pontuando as particularidades

do contexto brasileiro em comparação com países como Estados Unidos, Inglaterra e Espanha e, principalmente, problematizar os dilemas (problemas e limites) existentes nas relações entre as duas disciplinas e indicar alguns desafios para seu desenvolvimento e consolidação. Parte-se do pressuposto que para inverter essa economia de invisibilidade faz-se necessária uma reflexão e uma análise do que se tem produzido até o momento; processo este que deve incluir os pesquisadores da enfermagem, da antropologia em geral e da antropologia da saúde em particular.

RELAÇÕES ENTRE ENFERMAGEM E ANTROPOLOGIA: OS CASOS AMERICANO, INGLÊS E ESPANHOL

As relações entre enfermagem e antropologia têm sido discutidas em diversas publicações nacionais e internacionais (Noble, 1964; Leininger, 1970; 2001; Dougherty & Tripp-Reimer, 1985; Littlewood, 1989; Mulhall, 1996; Cartana & Heck, 1997; Martorell Poveda, 2001; Siles et al., 2001). A enfermagem norte-americana pode ser considerada o berço das relações entre as disciplinas de enfermagem e antropologia. Nos Estados Unidos (EUA), a IIª Guerra Mundial foi um marco na construção das relações entre as duas disciplinas (Dougherty & Tripp-Reimer, 1985). Antes da IIª Guerra Mundial já havia alguns trabalhos de enfermeiras de saúde pública sobre as dimensões culturais implicadas no cuidado publicados na *Public Health Nursing Quarterly*. No entanto, apenas depois da IIª Guerra Mundial, devido a experiência das enfermeiras que serviram nos campos de batalha, a ênfase nas diferenças culturais entre grupos étnicos puderam ser mais bem percebidas e, posteriormente, ensinadas em cursos de Enfermagem.

Cumprе destacar que, desde 1937, a *National League of Nursing* havia tornado obrigatório o oferecimento de pelo menos 10 horas-aula de Ciências Sociais, por semestre, nos cursos de graduação em Enfermagem. Nesse processo, a antropóloga Esther Lucille Brown teve uma importância particular (Dougherty & Tripp-Reimer, 1985).

Nos anos 1950 o projeto da *Russell Sage Foundation* realizado na *Cornell University School of Nursing* entre os anos 1954 e 1957 convidaram vários professores renomados para oferecer cursos de Antropologia e Sociologia naquela universidade. Dentre eles destacam-se: Margaret Mead, Renee Fox, Rhoda Metraux e August Hollingshead. Já nos anos 1960, com o *Nurse Scientists Program*, de abrangência nacional, aumentou-se o incentivo para que enfermeiros obtivessem o grau de Doutor. Nesse contexto, alguns enfermeiros cursaram Doutorado em Antropologia, sendo a Dra. Madeleine Leininger (1925-2012) a primeira enfermeira profissional do mundo a obter o título de Doutora em Antropologia, em 1965, pela *University of Washington* (Dougherty & Tripp-Reimer, 1985).

O pioneirismo da Dra. Leininger na consolidação da relação entre Enfermagem e Antropologia deve-se, principalmente, à criação de um subcampo dentro da Enfermagem: a Enfermagem Transcultural. Herdeira de uma tradição própria do Culturalismo Americano (ela recebeu grande influência de Ruth Benedict e Margaret Mead), Dra. Leininger dedicou-se ao estudo das diferenças e similaridades culturais entre grupos étnicos que vivem nos EUA e em outros países, como forma de desenvolver o que ela chamou de “cuidado culturalmente congruente”. Para a identificação desses traços culturais, a autora estabeleceu um método de

pesquisa qualitativo específico para este fim, fortemente fundamentado na Etnografia: a Etnoenfermagem.

Em 1968, Dra. Leininger fundou e foi a primeira presidente do *Committee on Nursing and Anthropology* (CONAA) ligado à *Society for Medical Anthropology* órgão da *American Anthropological Association*. Nos anos 1970, Leininger sentiu-se descontente com a perspectiva da Antropologia Médica que vigorava no CONAA: os antropólogos e enfermeiros no CONAA estavam interessados em doenças específicas (sintomas e tratamentos) e no modelo médico, sem levar em consideração as bases teóricas do conhecimento da enfermagem sobre o cuidado e a saúde (Leininger, 2001). Nessa época a Enfermagem Transcultural já era uma área de estudo e prática clínica academicamente reconhecida, com cursos e programas oferecidos nos EUA e em outros países. Essas divergências fizeram com que a Dra. Leininger fundasse e presidisse, em 1974, a *Transcultural Nursing Society* e o *Journal of Transcultural Nursing* do qual ela foi a primeira editora.

Destaca-se ainda a criação, em 1980, da *American Nurses' Association's Council on Inter-Cultural Diversity*. Além disso, é notório o papel dessas organizações na introdução de disciplinas de Antropologia e Enfermagem Transcultural nos currículos dos cursos de Enfermagem americanos (Dougherty & Tripp-Reimer, 1985).

Diferente da enfermagem norte-americana, o desenvolvimento de relações entre enfermagem e antropologia na Inglaterra se dá por outra via. A enfermagem britânica recebeu influências da Antropologia Social. A tradição da Antropologia Social britânica inaugurada por Malinowsky e Radcliffe-Brown

introduziu uma perspectiva de totalidade do fato psicológico e social. Nessa perspectiva, “o fato social só tem sentido no interior do contexto cultural que lhe conjuntura” (Queiroz, 2003). Posteriormente, autores como Gluckman, Leach e Turner inserem uma abertura teórica para incluir o indivíduo e a dimensão cotidiana do fato social e psicológico, em contraposição à postura funcionalista de Malinowsky, incluindo a noção de conflito e agência individual.

Dessa forma, o campo de estudo da antropologia social são os comportamentos e relações sociais dentro de um dado contexto como a família, o sistema de parentesco, as situações de trabalho, as organizações políticas, os grupos religiosos. Dada sua orientação funcionalista, o antropólogo social estuda as instituições sociais como partes interdependentes de um sistema social total e acredita que o estudo de uma situação social qualquer fora do seu contexto social pode distorcer o significado da situação estudada (Noble, 1964).

As enfermeiras britânicas produziram críticas contundentes à ênfase dada pela Enfermagem Transcultural às minorias étnicas (imigrantes, refugiados, estrangeiros em geral). As inglesas criticam as americanas nos seguintes pontos: o entendimento de cultura como significado de minorias étnicas e um fenômeno reificado e isolado; o uso de questionários, de tipo checklists, para “catalogar” as práticas de cuidado de pessoas de culturas diferentes; a dificuldade em analisar as relações de saber-poder existentes entre enfermeiro-paciente durante a produção do cuidado; a consideração superficial das forças sociopolíticas presentes nas interações sociais, principalmente nos encontros clínicos; e o desenvolvimento de análises que pouco

desafia a dominância do sistema político e cultural do Ocidente (Mulhall, 1996).

Em contrapartida, na enfermagem britânica, vê-se a produção de modelos teóricos e empíricos que incorporam os saberes produzidos pela antropologia médica no Processo de Enfermagem, valorizando a compreensão dos fenômenos de saúde, doença e cuidado dentro do sistema simbólico do indivíduo adoecido (Littlewood, 1989). Nesse sentido, a visão contextualizada do indivíduo e de seus problemas atuais ou potenciais de saúde é bastante enfatizada. Além disso, chama-se a atenção para a necessidade de se desenvolver pesquisas sobre o papel do enfermeiro na comunidade e no hospital, a partir da visão da antropologia social (Noble, 1964).

Na Espanha, devido às particularidades do seu sistema de ensino superior, os cursos de Enfermagem são oferecidos apenas no nível de primeiro ciclo ou diplomatura, o que não habilita o profissional ao ingresso em cursos de pós-graduação *strictu sensu* (mestrado e doutorado). Nesse sentido, muitos enfermeiros têm cursado a licenciatura em Antropologia como forma de completar o nível de segundo ciclo e poderem ingressar em mestrados e doutorados (terceiro ciclo). Esta particularidade tem favorecido o fortalecimento da relação entre enfermagem e antropologia na Espanha, o que pode ser evidenciado pela constituição de um subcampo específico: a Antropologia dos Cuidados (González Gil, Martínez Gimeno & Luengo González, 2006).

A Antropologia dos Cuidados guarda as influências da obra de Madeleine Leininger e da Antropologia Cultural norte-americana. No âmbito nacional, destacam-se as figuras dos professores Manuel Amezcua e José Siles González. O país conta com as revistas



“*Index de Enfermería*” criada em 1988 e com a revista “*Cultura de los Cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades*” especializada em Antropologia dos Cuidados e publicada pela Universidade de Alicante, desde 1997. A Antropologia dos Cuidados tem ampla penetração nos países ibero-americanos, notadamente nos de língua espanhola da América Latina e, pouca circulação em países de outras línguas, principalmente a inglesa.

O foco de atenção da Antropologia dos Cuidados é o estudo tanto do setor especificamente profissional, como dos cuidados informais/domésticos, dos cuidados derivados de interpretações mágicas, religiosas ou, simplesmente, fundamentadas nos usos e costumes de uso repetido através do tempo em um mesmo lugar até adquirir o caráter de tradição normativa ou prescritiva. Os autores defendem, também, o paradigma sociocrítico como base epistemológica da Antropologia dos Cuidados, com destaque especial à obra de Jürgen Habermas (2002).

Nesse sentido, a Antropologia dos Cuidados possui três especialidades: 1) a Enfermagem Transcultural que enfatiza o

estudo comparativo e sistemático intercultural para identificar as diferenças culturais que dão lugar às distintas formas de praticar e sentir o cuidado; 2) a Antropologia Clínica, mas preocupada com os contextos de prática profissional oficiais; e 3) a Antropologia Educativa dos Cuidados, relacionada aos estudos sobre educação em saúde (Siles González & Solano Ruiz, 2009).

Cumprido salientar que, assim como nos EUA, a enfermagem espanhola tem uma importante coesão sociocorporativa, o que tem fortalecido a Antropologia dos Cuidados e suas influências em vários países de língua hispânica através das atividades da *Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados*, com sede em Alicante. Esta associação promove jornadas e congressos anuais e bienais, e tem se constituído como um importante fórum de discussão sobre temas relacionados à história, à fenomenologia e à antropologia em suas relações com a enfermagem.

Conforme se observa, o desenvolvimento da relação entre enfermagem e antropologia nesses países em muito reflete os estímulos que moveram os primeiros antropólogos na condução dos seus estudos: o interesse pelo Outro. Tanto nos Estados Unidos, como na Espanha e Inglaterra, as mudanças no perfil demográfico ocasionadas, principalmente, pela migração, confluíram para a existência de uma diversidade cultural na população em geral. Em última instância e, sobretudo, recentemente, temas como transculturalismo, multiculturalismo e migração têm ocupado importantes espaços na agenda política, econômica e social desses países. Nesse contexto, a tradição culturalista norte-americana tem-se mostrado uma ferramenta teórica e metodológica acessível e de fácil operacionalização pelos enfermeiros no

intuito de compreenderem esse pluralismo humano e orientar suas práticas.

Além disso, a própria história e organização da disciplina e profissão de enfermagem nesses países, tanto no nível de formação acadêmica como na inserção no mercado de trabalho, se reflete na produção de uma identidade profissional aparentemente mais bem delineada, com maior clareza do foco de atuação e maior domínio e utilização dos referenciais teóricos da enfermagem. Penso que esses aspectos influenciem na postura do enfermeiro nas suas inserções acadêmicas e na prática assistencial. No que tange ao campo acadêmico, por hora a melhor expressão que se poderia utilizar seria uma postura “empreendedora”, no sentido de conseguirem visualizar lacunas e propor avanços condizentes com a realidade, pensamento estratégico, visão de futuro, criatividade, articulação política dentro e fora do país, para citar algumas características.

O que quero salientar é o pioneirismo e a tendência ao desenvolvimento de um pensamento que, mesmo mantendo suas ligações com as correntes teóricas e suas tradições, propõe avanços na pesquisa, no ensino e na prática assistencial por meio de criações de novos modelos teóricos, novos instrumentos de avaliação clínica e novas metodologias e estratégias de ensino, por exemplo. Nesse sentido, pretendo contrastar com o caráter reprodutivo que ainda se insinua, principalmente, nas pesquisas em enfermagem no Brasil. Talvez essa condição reflita uma interpretação às avessas do estímulo à internacionalização tão presente no discurso dos órgãos governamentais brasileiros, o que, no meu entender, manifesta-se por meio de um mimetismo das tendências internacionais sem, contudo, realizar as

devidas “traduções” e adaptações para o nosso contexto e a valorização das potencialidades do pensamento e da produção científica nacional.

Relações e Dilemas entre Enfermagem e Antropologia no Brasil

No Brasil, o contexto social, político e educacional no qual se inicia a aproximação e relação entre Enfermagem e Antropologia foram os anos 1980. Uma década marcada pelo movimento de redemocratização do país e pela organização da sociedade civil. Na área de saúde, especificamente, havia o Movimento da Reforma Sanitária com ressonâncias tanto na formação quanto no trabalho em saúde como um todo. Na enfermagem, os programas de pós-graduação *strictu-sensu* passavam por um importante processo de consolidação, caracterizado, sobretudo, pela criação do primeiro Programa de Doutorado em Enfermagem da América Latina, na Universidade de São Paulo (USP). Nesse caldo político e cultural, as enfermeiras brasileiras, principalmente as docentes das escolas e faculdades de enfermagem, iniciaram uma reflexão para compreender a crise da enfermagem brasileira e sua inserção no campo do trabalho em saúde. É nesse período que se busca a realização de pesquisas qualitativas em enfermagem, tendo como referencial teórico-metodológico o materismo histórico-dialético.

O marco da aproximação entre enfermagem e antropologia foi a vinda da Dr^a Madeleine Leininger por ocasião do “1º Encontro Interamericano de Pesquisa Qualitativa em Enfermagem”, realizado em 1988 na cidade de São Paulo, por meio da parceria entre a Escola de Enfermagem da USP e o Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). As idealizadoras desse

evento foram a Dr^a Ingrid Elsen (UFSC) e a Dr^a Maguida Stefanelli (USP).

Leininger, em seu pioneirismo, tinha uma visão sobre a enfermagem, a antropologia e o cuidado cultural – conceito central de sua teoria – que veio de encontro às necessidades das enfermeiras brasileiras da época. O evento possibilitou a ida de doutorandas e docentes aos EUA para aprender o processo de pesquisa qualitativa e as bases da Enfermagem Transcultural. De volta ao país, elas continuaram a usar o método com alunos e colaboradores, disseminando assim o conhecimento adquirido e abrindo espaço para a pesquisa qualitativa na enfermagem com forte inspiração na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, publicada anos depois por Leininger no livro *Culture Care Diversity and Universality: a theory of nursing* (Leininger, 1991).

Paralelamente, nos programas de pós-graduação em Antropologia Social e em Saúde Pública/Saúde Coletiva, desenvolviam-se os primórdios da Antropologia da Saúde brasileira. Nesses campos era comum a influência de pesquisadores formados em universidades estrangeiras, a exemplo de Marcos de Souza Queiroz e de Maria Andrea Loyola, com doutorados cursados na Inglaterra e França, respectivamente (Langdon & Follér, 2012). Na enfermagem, esse mesmo processo ocorre por meio da Dr^a Ingrid Elsen cujo doutorado foi feito nos EUA.

A influência da teoria de Leininger nas pesquisas brasileiras foi maior entre a segunda metade da década de 1990 e a primeira metade dos anos 2000. Contrariamente aos enfermeiros norte-americanos e espanhóis, os brasileiros não se organizaram em associações, comitês, sociedades ou conselhos para o fortalecimento dos estudos antropológicos

ou transculturais em Enfermagem. Podemos ainda questionar o porquê de não termos relações nem representatividade dentro da *Transcultural Nursing Society*. Esta é uma indagação inquietante, uma vez que esta Sociedade tem como objetivo consolidar e disseminar a Enfermagem Transcultural em todo o mundo e os convênios entre universidades e institutos de pesquisa são estimulados.

Ao mesmo tempo, dada a dificuldade de introduzir cursos de Enfermagem Transcultural nos cursos de graduação e pós-graduação, à obra de Leininger passou a circular em espaços isolados e principalmente entre pesquisadores que desenvolviam estudos transculturais. Pode-se cogitar que um fator impeditivo à consolidação da Enfermagem Transcultural no Brasil tenha sido o enfoque dado por Leininger nas minorias étnicas, imigrantes, estrangeiros. Nos anos 1990, por exemplo, na população brasileira não havia número significativo de imigrante ou estrangeiro. Por outro lado, o debate sobre transculturalismo era incipiente, como ainda o é, valorizando-se a cultura brasileira como uma unidade apesar das diferenças internas e regionalismos.

Portanto, o debate transcultural marcado pelos enfoques em imigrantes não fazia sentido no contexto brasileiro de então. Ainda assim, produziram-se alguns estudos realizados por pesquisadores da Universidade Federal de Santa Catarina, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e da Universidade Federal do Paraná. Outras universidades (Universidade de São Paulo e Universidade Federal do Ceará, principalmente) também contam com pesquisas realizadas com este referencial teórico-metodológico (Oriá, Ximenes & Alves, 2006). Mas, esse tipo de pesquisa tem

diminuído e, o mais intrigante, seus resultados e reflexões têm tido pouco impacto na prática assistencial da enfermagem nos variados tipos de serviços de saúde.

Na verdade, as grandes influências da Dra Leininger no Brasil foram: i) disseminação da pesquisa qualitativa em enfermagem; e ii) posteriormente, aproximação das enfermeiras com o campo da Antropologia. Porém, é justamente nesse contato com a Antropologia que as enfermeiras começam a trilhar um caminho próprio e concatenado com o desenvolvimento das Ciências Sociais e Saúde no Brasil.

Os cursos oferecidos na pós-graduação sobre teorias e métodos da antropologia e outras ciências sociais pôs os pesquisadores da Enfermagem em contato com o campo da Antropologia da Saúde brasileira que vinha se consolidando desde os anos 1970. Da relação com antropólogos especializados em saúde, tanto nos cursos quanto em bancas examinadoras de dissertações e teses, as enfermeiras, gradativamente, passaram a se interessar por outros referenciais teóricos que vinham sendo trabalhados por aqueles pesquisadores. Nesse sentido, nos últimos sete anos pode-se perceber a influência da Antropologia Cultural norte-americana (principalmente as obras de Byron Good, Arthur Kleinman e Clifford Geertz), do Interacionismo Simbólico e a permanência da Teoria do Cuidado Cultural de Leininger, em menor escala.

Esse “caminho” que vem sendo construído pelos enfermeiros brasileiros nas suas relações com a antropologia ou, mais especificamente com a antropologia da saúde ou médica, apresenta, todavia, alguns “riscos” ou “descaminhos”. Se pararmos para analisar a produção brasileira de estudos

culturais ou antropológicos na enfermagem, provavelmente nos depararemos com dois grupos de pesquisas: 1) estudos que tomam como objetos o processo de cuidar em enfermagem nas diversas fases do ciclo vital e em diferentes cenários de prática, bem como o processo de trabalho em enfermagem; e 2) os estudos que abordam aspectos mais gerais do processo saúde-doença sem uma vinculação direta com o processo de cuidar em enfermagem, as instituições de cura, seus práticos e o processo de trabalho em saúde.

No primeiro grupo de estudos há um delineamento parcial de uma *Anthropology of nursing* (Antropologia da enfermagem), uma vez que trabalham com as características socioculturais que definem a profissão: suas práticas, tradições e rituais. O segundo grupo desenvolve uma *Anthropology in or for nursing* (Antropologia em ou para enfermagem) já que estão mais preocupados com as formas pelas quais os conceitos e teorias antropológicas podem ser aplicados à prática da enfermagem (Holden & Littlewood, 1991). Ainda como uma especificidade brasileira, o segundo grupo é mais influenciado pela antropologia da saúde geralmente por serem orientados por antropólogos especializados em saúde e credenciados nos Programas de Pós-graduação em Enfermagem. Enquanto o primeiro grupo é orientado, principalmente, por enfermeiros mestres e/ou doutores em Antropologia ou Ciências Sociais ou que desenvolveram sua formação e suas pesquisas com referenciais antropológicos mesmo vinculados a Programas de Pós-graduação em Enfermagem.

Feita essa “classificação”, cabe salientar as potencialidades dessas investigações e o quanto esse tipo de conhecimento tem se revertido em práticas de cuidado profissionais mais

congruentes com a realidade sociocultural dos usuários dos serviços de saúde e em uma perspectiva crítica das condições e da maneira como o processo de trabalho é organizado e executado. Por outro lado, cumpre igualmente destacar que esses grupos não têm promovido um debate sobre as relações da enfermagem com a antropologia no ensino, na pesquisa e na prática assistencial. Ou seja, embora haja um número significativo de estudos empíricos, seus resultados têm trazido poucos avanços epistemológicos, uma vez que, em geral, nem fazemos uma Antropologia da enfermagem nem uma Antropologia em ou para enfermagem.

Nessa perspectiva, o “descaminho” que a enfermagem brasileira tem trilhado na sua relação com a antropologia consiste no distanciamento das questões próprias da prática, do ensino e da pesquisa em enfermagem e na aproximação dos temas mais ligados à doença, seus sintomas, tratamentos e os sistemas médicos – preocupações da Antropologia da Saúde ou Médica.

Diferentemente do movimento ocorrido em países como Estados Unidos, Inglaterra e Espanha que desenvolveram suas relações com a antropologia de forma a atender as necessidades da enfermagem, com institucionalização e permeabilidade no meio acadêmico e assistencial, no Brasil, vê-se uma vinculação à Antropologia da Saúde. O que há de problemático nessa vinculação é a invisibilidade da produção acadêmica dentro da própria enfermagem e, principalmente na Saúde Coletiva e nas Ciências Sociais.

Portanto, pode-se afirmar que as relações entre enfermagem e antropologia no Brasil: nem se aproximaram de tradições já existentes em países como Estados Unidos (Enfermagem Transcultural) e Espanha (Antropologia dos



Cuidados); nem desenvolveu uma tradição teórico-metodológica própria ou que, de alguma maneira, se relacionasse com as já existentes fora do país; nem se inseriu nas agendas de pesquisas propriamente antropológicas ligadas, sobretudo, aos departamentos de Saúde Coletiva e Antropologia.

Dessa forma, alguns questionamentos precisam ser feitos no intuito de instigar reflexões e práticas. Estes dilemas na relação entre enfermagem e antropologia no Brasil:

1) Seria algo relacionado à subjetividade produzida no enfermeiro em sua formação profissional?

2) Seria devido à “crise” de identidade profissional do enfermeiro?

3) Seria devido ao “fetiche” do brasileiro pelo estrangeiro que, em alguma medida, acentua as consequências do processo de colonização que também impacta o desenvolvimento cultural e científico do país?

4) Seria despreparo do enfermeiro para uma visão empreendedora na profissão, principalmente no tocante ao estabelecimento de relações internacionais que promovam verdadeiros intercâmbios e não apenas um movimento unidirecional do que vem de fora do país para dentro dele?

5) Seria falta de ousadia, criatividade intelectual e organização política do enfermeiro?

6) Seria a dificuldade em desenvolver um pensamento crítico e reflexivo independente de outros profissionais, mas sem perder de vista a interdisciplinaridade?

7) A aproximação com a *Transcultural Nursing Society* e com a *Asociación de Historia y Antropología de los Cuidados* seria uma forma eficaz e estratégica de fortalecer esse subcampo no Brasil?

Desafios ou encaminhamentos

O objetivo deste ensaio foi promover uma breve discussão sobre enfermagem e antropologia pontuando as particularidades do contexto brasileiro em comparação com Estados Unidos, Inglaterra e Espanha e, principalmente, problematizar os dilemas (problemas e limites) existentes nas relações entre as duas disciplinas e indicar alguns desafios para seu desenvolvimento e consolidação. Nesse sentido, o arrolamento dos argumentos e a análise comparativa da construção dessa relação em diferentes países permitiram visualizar algumas hipóteses que visam contribuir para estudos e discussões futuras.

Como desafios podem ser apontados: a premência da constituição do subcampo da Antropologia da Enfermagem no Brasil, bem como seu delineamento epistemológico; a sistematização da produção acadêmica já existente no tocante à relação entre enfermagem e antropologia com vistas a identificar as potencialidades, limites e lacunas desse conhecimento; a proposição de modelos teóricos ou teorias de enfermagem com essa perspectiva teórica e metodológica e suas interfaces com o processo de enfermagem,

de maneira que se possam produzir impactos significativos na prática de enfermagem em diversos cenários de atuação profissional; a representação política dos pesquisadores e estudantes desse subcampo por meio da organização de associações e redes (networks); e a introdução de disciplinas específicas com abordagem sociocultural do cuidado, da saúde e da doença, bem como dos processos de trabalho em enfermagem, nos cursos de graduação (além das disciplinas básicas de Sociologia e Antropologia), por exemplo, Enfermagem Transcultural ou Antropologia dos Cuidados (ou com outras denominações), ministradas por enfermeiros com formação e/ou experiências assistenciais e de pesquisas nesse subcampo profissional.

REFERÊNCIAS

- Cartana, M.H.F. & Heck, R.M. (1997) Contribuições da antropologia na enfermagem: refletindo sobre a doença. *Texto & Contexto Enfermagem*, 6 (3), 233-40.
- Dougherty, M.C. & Tripp-Reimer, T. (1985) The interface of nursing and anthropology. *Annual Review of Anthropology*, 14, 219-41.
- González Gil, T; Martínez Gimeno, I; Luengo González, R. (2006) Antropología de los cuidados en el ámbito académico de la enfermería en España. *Texto & Contexto Enfermagem*, 15 (1), 155-61.
- Habermas, J. (2002) *Teoría y praxis*. Tecnos, Barcelona.
- Holden, P. & Littlewood, J. (1991) *Anthropology and nursing*. Routledge. London.
- Langdon, E.J. & Follér, M. (2012) Anthropology of health in Brazil: a border discourse. *Medical Anthropology*, 31 (2), 4-28.
- Leininger, M.M.(1970) *Nursing and anthropology: two worlds to blend*. Wiley, New York.
- Leininger, M.M. (1991) *Culture care diversity and universality: a theory of nursing*. National League for Nursing. New York.
- Leininger, M.M. (2001) Current issues in using anthropology in nursing education and services. *Western Journal of Nursing Research*, 23 (8), 795-806.
- Littlewood, J. (2001) A model for nursing using anthropological literature. *International Journal of Nursing Studies*, 26 (3), 221-9.
- Martorell Poveda, M.A. (2001) ¿Antropoenfermería o enfermeantropología? *Cultura de los Cuidados*, 5 (9), 5-9.
- Mulhall, A. (1996) Anthropology, nursing and midwifery: a natural alliance? *International Journal of Nursing Studies*, 33 (6), 629-37.
- Noble, M. (1964) Social anthropology and nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 1, 159-63.
- Oriá M.O.B; Ximenes, L.B; Alves, M.D.S. (2006) Utilização da Teoria do Cuidado Cultural na pós-graduação em enfermagem: a realidade brasileira. *Revista de Enfermagem UERJ*, 14 (2), 245-52.
- Queiroz, M.S. (2003) *Saúde e doença: um enfoque antropológico*. Bauru: Edusc.
- Siles González, J; Cibanal Juan, L; Vizcaya Moreno, M.F; Gabaldón Bravo, E.Mª; Domínguez Santamaría, J.M; Solano Ruiz, Mª.C., et al. (2001) Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. *Cultura de los Cuidados*, 5 (10), 72-87.
- Siles González, J. y Solano Ruiz M.C. (2009) Clarificación epistemológica de tres especialidades de la antropología de los cuidados: antropología clínica, enfermería transcultural y antropología educativa de los cuidados. En: Siles González, J. y Solano Ruiz, M.C. (coordinadores). *Antropología educativa de los cuidados: una etnografía del aula y las prácticas clínicas*. Universidad de Alicante; Editorial Marfil, Alicante:11-66.

Teoría y Método

Hospitalización de ancianos y el trabajo de enfermería: Análisis de la producción científica brasileña

Elderly hospitalization and the nursing work: analysis of the Brazilian scientific production

Hospitalização de idosos e a atuação da enfermagem: análise da produção científica brasileira

Rodrigo Eurípedes da Silveira¹; Álvaro da Silva Santos²; Taciana Silva Alves Monteiro³; Mariana Campos de Sousa⁴

¹ Enfermeiro. Mestre em Ciências da Saúde pelo Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual de São Paulo (IAMSPE). Professor da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

² Enfermeiro. Especialista em Saúde Pública. Pós Doutorado em Serviço Social. Professor Adjunto de Graduação e do Mestrado em Atenção à Saúde da UFTM.

³ Cirurgiã Dentista. Graduanda em Enfermagem pela UFTM. Bolsista de Iniciação Científica pela Fundação de Apoio a Pesquisa de Minas Gerais, Brasil (FAPEMIG).

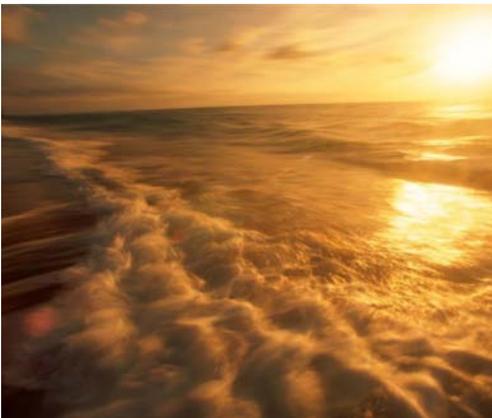
⁴ Graduanda em Enfermagem pela UFTM. Bolsista de Iniciação Científica pela FAPEMIG.

Cómo citar este artículo en edición digital: da Silveira, R.E; da Silva Santos, A; Silva Alves Monteiro, T; Campos de Sousa, M. (2013) Hospitalização de idosos e a atuação da enfermagem: análise da produção científica brasileira. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)* 17, 36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.36.09>.

Correspondência: Rodrigo Eurípedes da Silveira. Rua Campos Sales, 840 B. Abadia, Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

CEP: 38026-260. E-mail: rodrigo_euripedes@hotmail.com

Recibido 12/02/2013. Aceptado: 23/06/2013.



ABSTRACT

This is an integrative review that aims to assess the scientific literature related to the hospitalization of the elderly and nursing activities in Brazil, between 2007

and 2011, in the universe of Virtual Health Library, Redalyc and Scielo, from crossing of the descriptors: elderly, hospitalization and nursing. Were shown three thematic categories: Profile of morbidity and mortality of elderly, Nursing work front of the elderly hospitalized and Perception of elderly hospitalized about aging and death. The results showed the need for more research that address the process of health and illness, death and dying from the perspective of the elderly hospitalized, in addition to the family participation in care and the interaction of the hospital with the services of primary health care.

Palabras clave: Elderly. Nursing. Hospitalization. Health of the Elderly.

RESUMEN

Esta es una revisión integrativa que tiene como objetivo evaluar la producción científica relacionada con la hospitalización de los ancianos y actividades de enfermería en Brasil, entre 2007 y 2011, en las publicaciones de la Biblioteca Virtual en salud-BVS Redalyc y Scielo, por el cruce de los descriptores: anciano, hospitalización y enfermería. Fueran evidenciadas tres categorías temáticas: Perfil de morbilidad y mortalidad de los ancianos, Actuación de la enfermería frente al anciano hospitalizado y Percepción de ancianos hospitalizados sobre el envejecimiento y la muerte. Los resultados mostraron la necesidad de más investigaciones que aborden el proceso de salud y enfermedad, la muerte y el morir desde la perspectiva de los ancianos hospitalizados, además de la participación familiar en el cuidado y la interacción del hospital con los servicios de atención primaria en salud.

Palabras clave: Anciano. Enfermería. Hospitalización. Salud del Anciano.

RESUMO

Esta é uma revisão integrativa que tem como objetivo avaliar a produção científica relacionada à hospitalização de idosos e a atuação da enfermagem no Brasil, entre 2007 e 2011, nas publicações da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, Redalyc e Scielo, a partir do cruzamento dos seguintes descritores: idoso, internação hospitalar e enfermagem. Foram evidenciadas três categorias temáticas: Perfil de morbidade e mortalidade de idosos, Atuação da enfermagem frente ao idoso hospitalizado e Percepção do idoso internado sobre o envelhecimento e a morte. Os resultados apontaram a necessidade de mais pesquisas que abordem o processo de saúde e doença, a morte e o morrer na perspectiva do idoso

internado, além da relação da participação familiar no cuidado e a interação do hospital com os serviços de atenção primária à saúde.

Palavras-chave: Idoso. Enfermagem. Hospitalização. Saúde do Idoso.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional no Brasil tem sido fator de preocupação e objeto de investigação para pesquisadores dos campos de Ciências Sociais, Humanas e de Saúde, condicionado pelo processo de transição demográfica, decorrente da redução das taxas de mortalidade e de fecundidade do país (Lebrão, 2007). O número de idosos brasileiros passou de três milhões em 1960, para vinte milhões em 2007 e estimativas para o ano de 2025 consideram que se atinja o número de 32 milhões de pessoas com 60 anos e mais (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010)

De maneira geral, concomitante ao processo de transição demográfica, vem ocorrendo alterações no perfil epidemiológico da população brasileira, sobretudo com diminuição de prevalência das doenças infecto-parasitárias e aumento das doenças crônicas não transmissíveis. Neste contexto, há que se considerar o impacto econômico de grande magnitude para o país, referente às hospitalizações e a elevada média de permanência dos idosos em hospitais da rede pública de saúde (Veras, 2012).

A hospitalização do idoso interfere na sua autonomia, o que faz com que sua relação com a equipe de saúde seja mais próxima, relacionado a seu contexto de fragilidade. Fica a cargo do enfermeiro, o estabelecimento de um cuidado mais objetivo, integral e humanizado, através de planejamento e



estabelecimento de condutas baseadas em normas e protocolos de atendimento, além de um acompanhamento de maneira a promover o autocuidado, melhorar a qualidade de vida relacionada à saúde e a reduzir os custos dos cuidados de saúde ao idoso (Carretta, Bettinelli e Erdmann, 2011).

Em outra perspectiva, considera-se o meio social adverso do hospital e o significado dado a ele como fatores que podem intervir na adesão ao tratamento e no autocuidado do idoso. Neste sentido, a hospitalização da mulher idosa pode ser mais prejudicada, pela conotação social da mulher como cuidadora e as representações socialmente aceitas do que é ser mulher que refletem em baixo autocuidado das pacientes e criam um importante eixo de cuidado a ser explorado pela Enfermagem (Barón-Castro e Soto Charquir, 2012).

Tais fatos sugerem um questionamento acerca das reais dimensões deste fenômeno, mais especificamente a respeito do que tratam as publicações brasileiras relacionadas à internação de idosos e a prática da enfermagem? Nesta perspectiva este estudo tem como objetivo avaliar a produção científica relacionada à hospitalização de idosos e a atuação da enfermagem no Brasil, entre 2007 e 2011, através de revisão integrativa da literatura.

METODOLOGIA

A revisão integrativa é considerada a mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, ao permitir a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais, cujos propósitos incluem: definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, e análise de problemas metodológicos acerca do tópico analisado (Souza, Silva e Carvalho, 2010).

A revisão integrativa é um método de pesquisa que fomenta a Prática Baseada em Evidências (PBE), possibilitando a incorporação de novas perspectivas e metodologias na clínica, cujas diretrizes científicas foram introduzidas no âmbito da enfermagem por Ganong em 1987. O produto final desta investigação contempla o estado atual do conhecimento do tópico de interesse, bem como a identificação de lacunas que direcionam para o desenvolvimento de futuras pesquisas (Fernandes e Galvão, 2013).

Considerou-se o universo de publicações da: Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, Redalyc e Scielo, a partir do cruzamento dos seguintes descritores: idoso, internação hospitalar e enfermagem.

Os limites de refinamento considerou: artigos originais e completos oriundos de trabalhos desenvolvidos no Brasil, nos idiomas português, espanhol e inglês, publicados entre 2007 e 2011. Foram excluídos artigos duplicados, de revisão, editoriais, opiniões e resenhas/capítulos de livro. Entre as 79 referências encontradas, seis foram excluídas por estarem duplicadas, 12 por se tratarem de editoriais, artigos de opinião e resenhas de livros e outros 48 estudos que não respondiam à pergunta norteadora e ao objetivo desta revisão.

A amostra final foi composta assim, de 12 artigos científicos, que 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 E DISCUSSÃO

I - Estudos incluídos na revisão integrativa

Três periódicos abarcaram o maior número de publicações sobre a temática no período estudado. São eles: Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, Revista Latino-Americana de Enfermagem e Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Pode-se inferir que tal prevalência esteja alinhada ao escopo das referidas revistas, uma vez que as primeiras se ocupam com temas relativos à Enfermagem e a última se destina a publicar estudos sobre o envelhecimento. Ainda figuraram periódicos ligados à Medicina, Epidemiologia e Saúde

Coletiva, fato este que pode significar o entendimento de uma visão multidimensional acerca da saúde da população idosa.

Das publicações do período, houve predomínio de publicações nos anos de 2008 e 2010, que somados representam 75%. Foram registradas duas publicações em 2011, uma em 2007, sem que houvesse referências ao ano de 2009. Com relação aos descritores, o termo Idoso aparece em 100% das publicações, seguido por Saúde do Idoso, 69,8%, Hospitalização em 65,4% e Enfermagem em 52,6%.

Com relação ao delineamento metodológico dos estudos, 75% dos estudos tinham abordagem quantitativa, como se observa no quadro 1. Entre os autores, 83,5% eram enfermeiros, vinculados majoritariamente a departamentos e instituições de saúde ou educação. Entre institutos, departamentos e centros de referência nas áreas de ciências sociais, circularam 25,7% dos autores. As instituições a que pertenciam estavam em sua maioria localizadas nas regiões sudeste e sul do país, denotando maior produção científica neste eixo, sobretudo nos estados de São Paulo (47,4%), Rio de Janeiro (21%) e Rio Grande do Sul (15,8%).

Destaca-se que investigações recentes tem se preocupado com os aspectos bibliométricos da produção científica da enfermagem na área geronto-geriátrica. Em estudo de revisão sistemática, realizado em 2011, identificou-se relações significativas nas produções sobre o tema pelos fatores: nível de evidência ($p=0,010$), abordagem de análise ($p<0,001$), acompanhamento da amostra ($p<0,001$), titulação dos autores ($p=0,008$), quantidade dos mesmos em cada artigo ($p<0,001$), ano de publicação ($p<0,001$) e quantidade de referências ($p<0,001$) (Medeiros et al, 2012).

Quadro 1 – Distribuição dos artigos quanto ao ano de publicação, periódico, título e tipo de estudo/método. Brasil, 2007-2011.

Ano	Periódico	Título	Tipo de estudo/Método
2007	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	Perfil dos idosos internados no hospital geral em Belém (Pará)	Estudo quantitativo. Análise documental (prontuários).
2008	Arquivos Catarinenses de Medicina	A percepção da equipe de saúde e do idoso hospitalizado em relação ao cuidado humanizado	Estudo qualitativo. Utilizou-se questionário e entrevistas. Análise de Conteúdo.
2008	Rev Latino-am Enfermagem	Diagnósticos de enfermagem e intervenções prevalentes no cuidado ao Idoso hospitalizado	Estudo quantitativo. Análise documental (prontuários).
2008	Estud. interdiscip. envelhec	Processo de envelhecimento e sua relação com a morte: percepção do idoso hospitalizado em unidade de cuidados Semi-intensivos	Estudo qualitativo. Entrevistas gravadas. Análise de discurso temática.
2008	Rev Latino-am Enfermagem	Morbidade hospitalar em idosos antes e após vacinação contra influenza no estado do Paraná	Estudo quantitativo. Pesquisa em base de dados secundários (DATASUS).
2008	Rev. Bras. Epidemiol.	Idosos do Município do Recife, Estado de Pernambuco, Brasil: uma análise da morbimortalidade hospitalar	Estudo quantitativo. Pesquisa em base de dados secundários (DATASUS).
2010	Revista Ciência & Saúde Coletiva	Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil	Estudo quantitativo. Pesquisa em base de dados secundários (DATASUS).
2010	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem	Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos hospitalizados: associação com as síndromes geriátricas	Estudo quantitativo. Análise documental (prontuários).
2010	Rev. Bras. Geriatr. Gerontol	Análise temporal das internações hospitalares e óbitos causados por doenças do aparelho respiratório em idosos, Minas Gerais	Estudo quantitativo. Pesquisa em base de dados secundários (DATASUS).
2010	Rev. Bras. Geriatr. Gerontol	Morbidade e mortalidade da população idosa de Florianópolis: um estudo comparativo entre homens e mulheres	Estudo quantitativo. Pesquisa em base de dados secundários (DATASUS).
2011	Rev. Eletr. Enf	A dimensão ética do cuidado de enfermagem ao idoso hospitalizado na perspectiva de enfermeiros	Estudo qualitativo. Utilizou-se de um questionário e entrevistas. Análise de Conteúdo.
2011	Enfermagem em Foco	Internação de idosos por causas externas em um hospital público de trauma	Estudo quantitativo. Análise de prontuários dos idosos internados.

II – Construtos apresentados

Os artigos foram analisados, codificados e tabulados em 3 categorias temáticas, com o intuito de elucidar a síntese das informações emergentes sob o aspecto descritivo e corroborar na construção do conhecimento sobre o tema pesquisado, como se apresenta a seguir:

- Perfil de morbidades e mortalidades em idosos

Grande parte dos sete estudos desta categoria descrevem que no Brasil, a morbidade hospitalar em idosos mantém o predomínio das doenças do aparelho circulatório e respiratório, ao mesmo tempo em que se observa a redução das doenças infecciosas e parasitárias; e ainda

sinaliza-se o aumento recente e acentuado das neoplasias. A identificação das causas da morbidade hospitalar pode contribuir para o estabelecimento de medidas preventivas e a potencialização do cuidado ao idoso.

Estudo retrospectivo que se propôs a identificar o perfil dos idosos atendidos em um hospital geral da rede pública de saúde em Belém (Pará) identificou maior frequência de internações por doenças respiratórias (53,7%); cujos sintomas evidentes eram dispnéia, hipertemia e hipertensão; e o tempo médio de permanência foi de 16 dias (Santos, 2007). Discute-se acerca do tempo de internação prolongado enquanto fator de risco para o desenvolvimento de incapacidades e infecções oportunistas, pela imobilidade no leito, complicações como úlceras de decúbito e demais iatrogenias. Ainda, os idosos pesquisados apresentavam dificuldades para realização de atividades básicas da vida diária, como alimentação (84,3%), deambulação (79,5%) e higiene (70,7%), requerendo avaliação e cuidados específicos pela equipe de enfermagem.

Destaca-se que as doenças respiratórias, sobretudo a pneumonia, representam a primeira causa em número de internações e em dias de permanência no hospital; e a quarta, em valores pagos pelo sistema de saúde (Dutra et al, 2010). Estudo realizado no Paraná objetivou avaliar a morbidade hospitalar por doenças respiratórias em maiores de 60 anos, antes e após o início das campanhas de vacinação contra influenza. Como resultados, fora observada uma tendência à diminuição das internações após início da vacinação em ambos os sexos, com padrões diferentes entre as faixas etárias, sexo, meses do ano e macrorregionais de saúde, o que reflete o fator positivo associado à vacinação contra



Influenza, que pode prevenir a hospitalização por pneumonia e influenza em até 70%. Contudo, ainda prevaleceram maior número e risco de internações entre os homens e entre os mais idosos (Ferrer, Marcon e Santana, 2008).

Já em Pernambuco, as seis principais causas de internação em idosos foram doenças do aparelho circulatório, seguidas das doenças do aparelho digestivo, doenças do aparelho respiratório, neoplasias e causas externas, que, juntas, representaram 68,1% das causas de morbidade hospitalar. Verificou-se um coeficiente de mortalidade hospitalar da população idosa masculina 3,3 vezes superior ao dos adultos e quanto as mulheres a diferença alcançou cinco vezes (Santos e Barros, 2008).

As informações obtidas pelos dados secundários disponíveis no Sistema de Internações Hospitalares (SIH/SUS), respondentes por cerca de 80% das internações hospitalares do país, foram utilizados em outro estudo, que comparou as sete maiores frequências de morbidade hospitalar em idosos no ano de 1994 com o ano de 2005. Como resultados, fora identificado que as doenças do aparelho circulatório se mantiveram predominantes em 1994 (32%)

e em 2005 (28%); houve o aumento em dobro das neoplasias de 1994 (4%) para 2005 (8%), e as doenças infecciosas e parasitárias apresentaram a manutenção basicamente do mesmo percentual de 7%, em 1994 e em 2005 (Góis e Veras, 2010).

Com dados da mesma base relativos ao município de Florianópolis (Santa Catarina), identificou-se que a doença isquêmica do coração, seguida da cerebrovascular e do câncer de pulmão representam os maiores coeficientes de mortalidade nos idosos. Entre as causas mais prevalentes de morbidade, destacaram-se as doenças circulatórias, neoplasias e doenças respiratórias. Os homens apresentaram maior risco para câncer de pulmão e as mulheres, para desenvolverem doenças do aparelho circulatório (Souza et al, 2010).

Em outra pesquisa, acerca das causas externas que resultaram em internações de idosos em um hospital de trauma em Porto Alegre (Rio Grande do Sul), foi identificado que as quedas foram os agravos mais frequentes, a maioria ocorrendo no domicílio. A fratura proximal de fêmur representou 43%, seguida de traumas crânio-encefálicos em 14,4% (Melo, Leal e Vargas, 2010).

Para a suavização do impacto econômico e social que as causas apresentadas nos estudos referidos na morbimortalidade em tais internações podem ter para o idoso, seus familiares e para o sistema de saúde do país, destacam-se as estratégias de avaliação e acompanhamento, bem como de educação em saúde e orientação para o autocuidado tendo como ponto de partida a Atenção Primária à Saúde (APS). Além disso, a criação de programas prioritários para a diminuição dos riscos de internação e a classificação desta população quanto ao risco alto, médio e baixo,

podem auxiliar na redução de internações e reinternações da população idosa.

Uma importante lacuna na literatura analisada se refere à falta de estudos ligados a complicações decorrentes do diagnóstico de base em relação ao número de dias de internação por diferentes patologias, bem como a interpretação dos dados a luz de agravos sensíveis e preveníveis à atenção primária à saúde, que tem se apontado pelo Ministério da Saúde e outras agências públicas.

Aspecto também importante se diz respeito à inexistência de pesquisas ligadas a relação entre a articulação do hospital e a APS, sobretudo nas causas mais frequentes de morbimortalidade na internação do idoso, na possibilidade de partir de resultados deste porte de uma ação conjunta entre os dois níveis de atenção. Fala-se aqui não só da referencia e contra referencia, mas também de ações conjuntas na atenção a estes agravos, para reduzir as internações e também em ações integradas no sentido de reduzir as reinternações, incluso ai, o importante papel da família num cuidado efetivo ao idoso que evite frequentes internações.

- Atuação da Enfermagem frente ao idoso hospitalizado

Nesta categoria foram incluídos quatro artigos, o que reflete as ações de enfermagem no cuidado em momento de internações na população idosa.

O cuidado dispensado ao idoso por si só, traduz a expressão de uma série de alterações físicas, psicológicas e sociais, que requerem do profissional atenção e especificidade, sobretudo do profissional de enfermagem, que está em maior contato com o paciente. Ao se considerar o ambiente hospitalar, a situação é agravada pela falta de recursos da pessoa idosa

para lidar com o estresse, dificultando sua adaptação ao ambiente e podendo em alguns casos gerar depressão (Martins et al, 2008).

Em estudo que objetivou identificar a percepção da equipe de saúde (22 pessoas) e de seis idosos submetidos à cirurgia cardíaca sobre o cuidado humanizado, aponta-se que o resgate da humanidade no atendimento em saúde ao idoso hospitalizado pode ser uma primeira aproximação com o cuidado almejado, articulando assistência, tecnologias e relações humanas entre usuários e profissionais (Martins et al, 2008).

Com objetivo de identificar os diagnósticos de enfermagem (DE) prevalentes na prática assistencial de idosos hospitalizados através dos registros de 1665 prontuários em Porto Alegre, identificou-se quatro diagnósticos principais: Déficit no Autocuidado – banho/higiene, Nutrição Desequilibrada: menos do que as necessidades corporais, Risco de Infecção e Padrão Respiratório Ineficaz, com uma média de 14 a 17 dias de hospitalização. Os principais cuidados foram auxiliar no banho de leito, comunicar aceitação da dieta, implementar rotinas de cuidado na punção venosa e vigiar padrão respiratório, considerados adequados, apesar de outros cuidados serem passíveis de aplicação (Almeida et al, 2008).

Outro estudo, realizado em Niterói (Rio de Janeiro), buscou identificar e analisar os diagnósticos de enfermagem associados à presença das síndromes geriátricas em idosos hospitalizados. Tendo incluído 66 idosos internados nas unidades clínicas e cirúrgicas, foram identificados 394 diagnósticos de enfermagem correlacionados às cinco principais síndromes geriátricas: Isolamento Social com 129 (32,8%), Iatrogenia em 113 (28,6%), Instabilidade Postural em 81 (20,6%), Insuficiência cerebral por 44 (11,1%) e

Incontinência urinária em 27 dos pesquisados (6,9%) (Souza et al, 2010).

Já outro estudo, que entrevistou oito enfermeiros de um hospital público, objetivou compreender como estes percebem a dimensão ética do cuidado ao idoso. Identificaram-se as categorias: Valores éticos no cuidado ao idoso e Problemas éticos no cuidado ao idoso; tendo sido observada a importância dos valores, principalmente o respeito e a responsabilidade e identificaram problemas éticos, como a violação dos direitos do idoso e conflitos nas relações de cuidado (Almeida e Aguiar, 2011).

Esta pesquisa demonstrou ainda que a equipe de enfermagem é responsável por promover ações profissionais que auxiliam o idoso a obter um atendimento mais humanizado e personalizado. Os cuidados continuados são essenciais para que o paciente não sofra nova internação, pois o planejamento estruturado pela equipe de enfermagem diminui o risco de agravamentos (Almeida e Aguiar, 2011).

Os estudos dimensionam a fragilidade, os medos, as condições nas quais estes pacientes estão sendo expostos e que apesar da modernização e das tecnologias atuais, estão sendo pouco desenvolvidas ações de humanização com estes pacientes o que têm causado constrangimento e interferência na assistência dada a eles.

Por tais perspectivas discute-se que o cuidado de enfermagem direcionado à identificação dos riscos potenciais pode contribuir para a promoção da independência e autonomia do idoso hospitalizado, além de colaborar para a redução de complicações e do tempo de hospitalização e futuras reinternações.

Os direitos do indivíduo hospitalizado e do idoso devem ser divulgados entre os pacientes e



familiares, a fim de garantir no conhecimento, o exercício dos direitos e deveres de todos os atores envolvidos no cuidado.

Como lacunas nesta categoria verifica-se que o reconhecimento e a comparação entre o volume de cuidados, bem como a maior necessidade de profissionais de enfermagem e tempo, além de comparação com outras faixas etárias são evidentes. Por sua vez, estudos que possam incluir a família no cuidado hospitalar também parece uma lacuna. Tal inclusão não só reduziria a carga de trabalho, mas poderia preparar o familiar para o momento da alta e no cuidado no domicílio, ou seja, o aprendizado dos cuidados possíveis de serem desenvolvidos pelo familiar no domicílio, com aprendizado iniciando no próprio momento de internação.

Investigações que incluam a ação da enfermagem da APS e do hospital, acrescido ai serviços de Atenção Domiciliar ao Idoso (ADI), parecem necessários por si só, numa relação que intersecciona a atenção, de forma a manter a continuidade e rápida recuperação do idoso.

- Percepção do idoso internado sobre o envelhecimento e a morte

O adoecimento e a internação da pessoa idosa carrega consigo uma sobrecarga de preocupações. Pouco se tem de informações

e estudos sobre o que o paciente pensa sobre o seu estado físico e mental, no ambiente hospitalar, como aqui se apresentou apenas um artigo. O estado psico-sócio-emocional do paciente pode ser delineado como sendo de enfrentamento das doenças terminais de forma positiva ou negativa. O olhar que cada paciente terá em relação as suas vivencias pessoais é que ira desencadear o sentimento de encarar a doença com sofrimento ou não, com esperança, dor ou negação.

Nesta direção, estudo que entrevistou os pacientes de uma unidade semi-intensiva de um hospital universitário do estado de São Paulo descreve as percepções destes pacientes ao lidar com os temas envelhecimento e morte (Zinn e Gutierrez, 2008). Dois eixos temáticos foram identificados: o processo de envelhecimento (colhendo os frutos do trabalho, envelhecimento feliz, aquisição de sabedoria, sinônimo de sofrimento, medo do abandono, família e desvalorização do velho pelo novo) e morte (desejo pela boa morte, a vida continua, sofrimento pós-perda de um ente querido, negando a morte, a morte como alívio do sofrimento e amparo na religiosidade).

Neste contexto é imprescindível para um tratamento mais humanizado considerar a necessidade de se conhecer os medos, as angustias e as frustrações vividas pelos pacientes idosos que passam por internações hospitalares. O ambiente hospitalar é hostil e desagradável para o paciente internado e a equipe de enfermagem deve estar preparada para o desenvolvimento de uma assistência humanizada, efetiva e de qualidade garantindo que o paciente receba de forma holística o seu tratamento.

Observa-se como lacuna a necessidade de mais estudos que possam compreender o

envelhecimento e o processo saúde e doença do idoso internado, a considerar o seu momento de maior fragilidade e dependência, conotada pela internação hospitalar. Em outras palavras, entender as percepções do idoso internado em diversas patologias e ambientes de um hospital, e não só as terminais parece importante para olhar o outro lado da moeda, o usuário idoso internado, e possivelmente ai incluindo a família nestes estudos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção científica relacionada à hospitalização de idosos e a ação da enfermagem no período considerado exprime a preocupação com o direcionamento da equipe de enfermagem a se qualificar para prestar uma melhor assistência a esta população que cresce progressivamente.

Valorizou-se em primeiro lugar, nos estudos levantados a morbimortalidade relativa aos idosos internados, e em segundo lugar a assistência de enfermagem, e apenas um estudo abordando a percepção dos idosos sobre o processo saúde e doença e a morte, bem como o processo de morrer e seus significados para o idoso.

Mesmo que a busca se voltasse à relação da atuação da enfermagem ao idoso internado, esta não foi a principal categoria evidenciada, o que reflete um número baixo de estudos que avaliem a assistência de enfermagem ao idoso hospitalizado, mesmo considerando que saber as questões de morbimortalidade sejam importantes, até no planejamento da assistência. Por sua vez, entender com maior profundidade como os idosos estão sendo assistidos no ambiente hospitalar é de suma importância, num momento cronológico da qual há maiores riscos de agravos, sobretudo os crônicos.



O estudo do tempo de internação por agravos mais frequentes, relacionando com aqueles preveníveis pela APS, é outra importante contribuição necessária e que não aparece nenhum estudo. Há que se dizer que pesquisas que entendam a necessária integração dos diferentes pontos de atenção do sistema de saúde para os idosos também seja importante lacuna de estudos.

A equipe de enfermagem possui uma importância estratégica para atuar nesses contextos, tanto no que se refere ao cuidado quanto na prevenção de agravos e complicações; bem como para um cuidar que se mantenha nos padrões condicionais do idoso (econômicos, sociais, familiares e outros), a melhor qualidade de vida possível, com a melhor terapêutica do cuidado, na busca da cura quando possível; da estabilização do que não tem cura, evitando complicações; bem como na prevenção de iatrogenias; além da reabilitação quando necessário. Para fazer a diferença no que tange a assistência à saúde e a equipe de enfermagem, é imprescindível vincular o conhecimento oriundo de pesquisas e da prática clínica. A necessidade de investigações que fale destas temáticas contribuirá na melhoria do cuidado prestado ao paciente idoso e seu familiar.

A assistência e o cuidado hospitalar ao idoso devem garantir o amparo aos familiares que recebem estes pacientes ao retornarem para casa, além da integração com as unidades de atenção primária para garantir que o tratamento seja efetuado em casa com a mesma qualidade que ele recebia no hospital. A presença de pesquisas que relacionem a participação familiar no cuidado ao idoso ainda no hospital e daí para a residência e na integração com o serviço de atenção primária se mostrou uma lacuna no período pesquisado.

Garantir ações de saúde que estejam ligadas as doenças mais prevalentes; diagnosticar os riscos de doenças e suas reinternações; traçar o perfil dos idosos e suas reais necessidades; assim como entender seus medos e dificuldades durante as internações perante o risco de morte são os pontos de destaque no levantamento e período considerado.

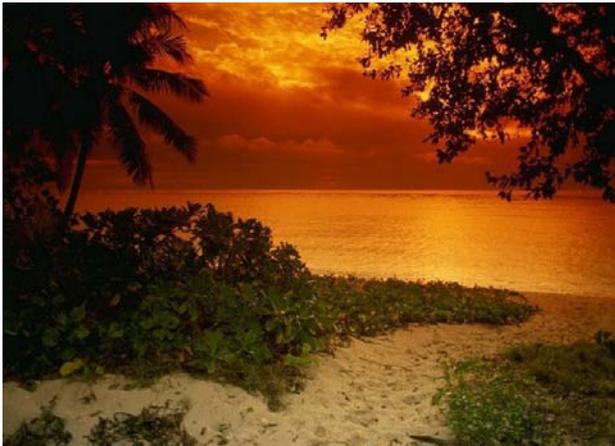
Compreender o fenômeno da internação para o idoso parece ser importante por si só, uma vez que em aspectos gerais, trata-se do grupo que está condicionado a um maior tempo de internação, além das alterações bio-psico-fisiológicas decorrentes do avançar da idade, somadas à presença de agravos já instalados. Delineia-se assim, um quadro complexo, que apesar da percepção do setor saúde sobre a necessidade de mais estudos, no âmbito da saúde coletiva brasileira, trata-se de uma temática ainda pouco explorada na literatura científica.

REFERÊNCIAS

- Almeida ABA, Aguiar MGG. (2011) A dimensão ética do cuidado de enfermagem ao idoso hospitalizado na perspectiva de enfermeiros. *Rev. Eletr. Enf.* 13, 42-9.
- Almeida MA, Aliti GB, Franzen E, et al. (2008) Prevalent nursing diagnoses and interventions in the hospitalized

- elder care. *Rev Latino-am Enfermagem* 16, 707-11.
- Barón Castro MM, Soto Chaquir M. (2012) Ser Mujer Hipertensa: una experiencia silenciosa en la familia y en la sociedad. *Cultura de los cuidados* 16, 32-43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.34.04>
- Carretta MB, Bettinelli LA, Erdmann AL. (2011) Reflexões sobre o cuidado de enfermagem e a autonomia do ser humano na condição de idoso hospitalizado. *Rev Bras Enferm* 64, 958-62.
- Dutra GF, Pereira AM, Brito ES, et al. (2010) Análise temporal das internações hospitalares e óbitos causados por doenças do aparelho respiratório em idosos, Minas Gerais. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 13, 121-32.
- Fernandes AFC, Galvão CM. (2013) Métodos de revisão: não podemos banalizar! *Rev. RENE* 14, 1-2.
- Ferrer ALM, Marcon SS, Santana RG. (2008) Hospital morbidity among elderly patients, before and after influenza vaccination in the state of Paraná. *Rev Latino-am Enfermagem* 16, 832-7.
- Góis ALB, Veras RP. (2010) Informações sobre a morbidade hospitalar em idosos nas internações do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva* 15, 2859-69.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010) Observações sobre a evolução da mortalidade no Brasil: o passado, o presente e perspectivas. IBGE: Rio de Janeiro (Libro).
- Lebrão ML. (2007) O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Coletiva* 17, 135-40.
- Martins JJ, Schneider DC, Bunn KR, et al. (2008) A percepção da equipe de saúde e do idoso hospitalizado em relação ao cuidado humanizado. *Arquivos Catarinenses de Medicina* 37, 30-7.
- Medeiros KKAS, Costa GMC, Coura AS, et al. (2012) Associações entre o Qualis/Capes e aspectos bibliométricos da produção científica da enfermagem gerontogerátrica. *Rev RENE* 13, 958-68.
- Melo SCB, Leal SMC, Vargas MAO. (2011) Internação de idosos por causas externas em um hospital público de trauma. *Enfermagem em Foco* 2, 226-30.
- Santos JS, Barros MDA. (2008) Idosos do Município do

- Recife, Estado de Pernambuco, Brasil: uma análise da morbimortalidade hospitalar. *Epidemiol. Serv. Saúde* 17, 177-86.
- Santos MIPO. (2007) Profile of the Elderly Admitted in a General Hospital at Belém (Pará - Brazil). *Esc. Anna Nery Rev. Enf.* 11, 23-9.
 - Sousa RM, Santana RF, Espírito-Santo FH, et al. (2010) Diagnósticos de enfermagem identificados em idosos hospitalizados: associação com as síndromes geriátricas. *Esc. Anna Nery Rev.* 14, 732-41.
 - Souza MT, Silva MD, Carvalho R. (2010) Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein* 8,102-6.
 - Veras RP. (2012) Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Ciência e Saúde Coletiva* 17, 231-8.
 - Virtuoso JF, Balbé GP, Mazo GV, et al. (2010) Morbidade e mortalidade da população idosa de Florianópolis: um estudo comparativo entre homens e mulheres. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* 13, 215-23.
 - Zinn GR, Gutierrez BAO. (2008) Processo de envelhecimento e sua relação com a morte: percepção do idoso hospitalizado em unidade de cuidados semi-intensivos. *Estud. interdiscip. envelhec.* 13, 79-93.



La calidad de vida de los ancianos: revisión de literatura

Quality of life of elderly: literature review

Qualidade de vida de idosos: revisão da literatura

Cinara Maria Feitosa Beleza¹; Maria do Livramento Fortes Figueiredo²; Claudete Ferreira de Souza Monteiro³; Maria Eliete Batista Moura⁴; David Bernar Oliveira Guimarães⁵; Vanessa Caminha Aguiar⁶

¹Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Piauí/UFPI. Mestranda do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da UFPI. Bolsista CAPES. Teresina, PI.

^{2,3,4}Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora da Universidade Federal do Piauí da Graduação e do Programa de Mestrado em Enfermagem. Teresina, PI.

⁵Acadêmico do 5º período do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Teresina, PI.

⁶Acadêmica do 6º período do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí. Teresina, PI.

Cómo citar este artículo en edición digital: Feitosa Beleza, C.M^a; Fortes Figueiredo, M^a do L; Ferreira de Souza Monteiro, C; Batista Moura, M^aE; Oliveira Guimarães. D.B; Caminha Aguiar, V. (2013) *Qualidade de vida de idosos: revisão da literatura Cultura de los Cuidados (Edición digital)*17, 36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.36.10>.

Correspondencia: Cinara Maria Feitosa Beleza. Rua Luís Domingues 424, Centro, CEP: 65630-110, Timon (MA).

E-mail: cinara.maria@hotmail.com, tel. (86)8802-5726.

Recibido: 20/05/2013. Aceptado: 3006/2013



ABSTRACT

This is a literature review that investigated scientific production on quality of life of seniors. The articles were collected in SciELO database and identified the following variables: most studied topics, year and methodological approach of the publications. We identified 56 articles, of which 23 related quality of life to other health indicators, the greatest year of publication was 2011 and the quantitative approach was prevalent in the sample. The studies led to apprehend that the assessment of

quality of life should be merged into nursing glimpsing the optimization of physical and mental health in the elderly.

Key words: Quality of Life, Elderly, Literature Review.

RESUMEN

Se trata de una revisión de la literatura que investigó la producción científica en la calidad de vida de los ancianos. Los artículos fueron recogidos en la base de datos SciELO y se identificaron las siguientes variables: los temas más estudiados, el año y el enfoque metodológico de las publicaciones. Se identificaron 56 artículos, 23 de los cuales la calidad de vida relacionada a los indicadores de salud, el mejor año de publicación fue 2011 y el enfoque cuantitativo era frecuente en la muestra. Los estudios llevaron a aprehender que la evaluación de la calidad de vida deberían fusionarse en enfermería vislumbrando la optimización de la salud física y mental de los ancianos.

Palabras clave: Calidad de Vida, Anciano, Revisión de la Literatura.

RESUMO

Trata-se de uma revisão da literatura que objetivou investigar produções científicas sobre qualidade de vida de idosos. Os artigos foram levantados no banco de dados SciELO e delimitou-se as seguintes variáveis: temáticas mais estudadas, ano e abordagem metodológica das publicações. Foram identificados 56 artigos, dos quais 23 relacionavam qualidade de vida a outros indicadores de saúde, o ano de maior publicação foi 2011 e a abordagem quantitativa foi a prevalente na amostra. Os estudos propiciaram apreender que a avaliação da qualidade de vida deve ser incorporada pela enfermagem vislumbrando a otimização da saúde física e mental em idosos.

Palavras-chave: Qualidade de Vida, Idoso, Revisão da Literatura.

INTRODUÇÃO

O cenário mundial está no centro de um processo de transição demográfica única e irreversível que em conjunto com a transição epidemiológica, resulta em um dos principais acontecimentos do século 20, o envelhecimento populacional. Um fenômeno que provoca grande impacto social, ao exigir mudanças desde o nível de políticas públicas até o núcleo familiar. Dentro desse contexto torna-se, então, promissor a realização de estudos e intervenções sobre a qualidade de vida (QV) de idosos, afinal, o prolongamento da vida só pode ser considerado como uma real conquista da sociedade a medida que agrega qualidade aos anos adicionais de vida (Nasri, 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, QV é a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive,

e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente (Organização Mundial de Saúde, 1994).

Na idade madura, essa QV excede os limites da responsabilidade pessoal e deve ser vista como um empreendimento de caráter sociocultural. Ou seja, uma velhice satisfatória não é um atributo do indivíduo biológico, psicológico ou social, mas resulta da qualidade de interação entre pessoas (Freitas, 2011).

O ato de envelhecer implica em mudanças constantes e saber lidar com as perdas, buscando novas aquisições durante todo o processo de envelhecimento, é o que o torna saudável. Afinal, este será cada vez mais satisfatório quanto maior for o poder do indivíduo de assimilar e não renunciar às mudanças físicas, psicológicas e sociais, adaptando-se aos novos papéis sociais que desempenhará no decorrer de sua vida (Brêtas et al, 2010).

Assim, entender como os idosos percebem o processo de envelhecimento, atrelado à noção de QV, permite aos profissionais de saúde pensar em estratégias de ações de saúde para além do enfoque na doença. Compreender o que os idosos valorizam, e como vivenciam as suas questões de saúde, relações sociais, convívio familiar, lazer, trabalho e, ainda, o acesso às suas necessidades básicas, remete ao oportuno momento de trabalhar na perspectiva da promoção da saúde e na implantação de ações que concretizem a mudança do modelo de assistência à saúde no Brasil (Paskulin et al, 2010).

Nessa perspectiva, pretendeu-se o desenvolvimento desta revisão bibliográfica,

com o objetivo de investigar em produções científicas nacionais estudos sobre a qualidade de vida de idosos.

METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão bibliográfica das produções científicas em saúde no Brasil, através de um levantamento na biblioteca eletrônica SciELO. Foram encontradas 120 referências ao empregar os descritores “qualidade de vida” e “idoso”. Contudo, com o objetivo de ampliar a qualidade da busca e identificar o número real de publicações cujos sujeitos de estudo eram pessoas com idade de 60 anos ou mais, os resumos dos 120 artigos foram rastreados em busca das produções que discutiam exclusivamente a QV de idosos.

Foram excluídos os estudos que abordavam QV de populações não brasileiras. A exclusão desses artigos, que tratavam do tema a partir de experiências em outros países, deu-se em função da necessidade de estabelecer uma aproximação exploratória com a situação das pesquisas brasileiras.

Na análise empreendida, considerou-se a maneira como os autores e os sujeitos definiam QV, a utilização ou não de instrumentos específicos para determinadas patologias referidas a segmentos da população idosa, ou ainda instrumentos genéricos ligados à saúde da mesma população, contudo, sem nenhuma patologia identificada. Interessou-nos também observar o processo de utilização de instrumentos validados ou não para a língua portuguesa. Foram incluídos apenas os artigos originais, devido, sua maior circulação no meio acadêmico e profissional, excluindo assim, teses de doutorado, dissertações de mestrado, monografias e artigos que não continham “qualidade de vida” como descritor, o que totalizaram 56 produções.

RESULTADOS

Denota-se, no gráfico 1, que o interesse dos pesquisadores por esse assunto é recente no Brasil, ao demonstrar o crescimento das pesquisas somente a partir de 2002, com aumento significativo em 2007 (5) e 2008 (7), observando-se uma baixa no ano de 2009 (3). Entretanto, em 2010, os artigos publicados sobre o tema em questão quase que quadruplicaram (11), com destaque para 2011 que obteve o maior número de publicações (18), de caindo em 2012 (8).

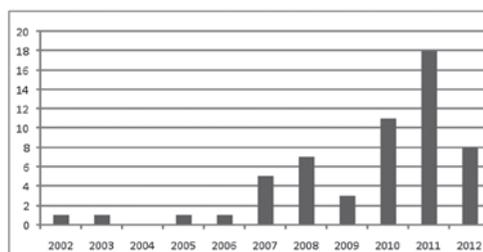


Gráfico 1. Distribuição da frequência dos artigos sobre qualidade de vida de idosos segundo o ano de publicação. Teresina/PI, 2012.

No gráfico 2 demonstra que as categorias de artigos mais frequentemente encontradas representam às pesquisas de abordagem quantitativa (85,7%), abordagem qualitativa (8,9%), teórico-conceitual (3,6%) e revisão bibliográfica (1,8%).

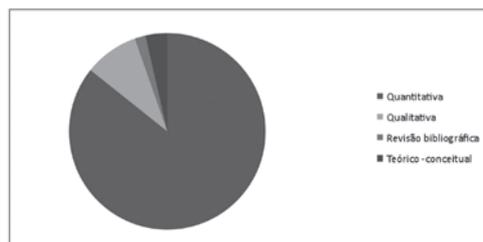


Gráfico 2. Distribuição dos artigos sobre qualidade de vida de idosos segundo abordagem metodológica. Teresina/PI, 2012.

Quanto às temáticas mais encontradas, a Tabela 1 demonstra o expressivo interesse dos pesquisadores para a relação entre variáveis independentes diversas e QV (41,1%) e a avaliação da própria QV (35,4%). Destacou-se ainda, as avaliações de intervenções para melhorar a QV (12,5%), os significados de QV (10,7%) e, em menor percentual, (7,1%) a elaboração e análise de instrumentos de coleta de dados para a avaliação da QV em idosos.

Temática das publicações	N	%
QV x Variáveis independentes	23	41,1
Avaliação da própria QV	15	26,8
Significados de QV	06	10,7
Metodologia de pesquisa	05	8,9
Intervenções para melhorar a QV	07	12,5
Total	56	100,0

Tabela 1. Distribuição dos artigos sobre qualidade de vida segundo as temáticas das publicações. Teresina/PI, 2012.

DISCUSSÃO

Ao analisar as publicações quanto ao ano, os dados mostraram (Fig. 1) o recente e crescente aumento do número de publicações em estudo sobre a temática QV de idosos. Ao realizar um corte temporal entre 2002 a 2008, observa-se que a quantidade de artigos sobre o assunto foi setuplicada em 2008, tendo em vista o ano de 2002. E, em destaque têm-se os últimos três anos (2010, 2011 e 2012) que, em suma, compreendem 66,1% dos artigos publicados.

A medição de QV na velhice tem sido grandemente valorizada nas últimas décadas, em função da necessidade de se conhecer os resultados e a eficiência da aplicação de intervenções de saúde, análise de políticas públicas e avaliação de cuidados prestados, principalmente no domínio da funcionalidade

e bem-estar (Lima; Portela, 2010. Paskulin et al, 2010). Além de ser, constantemente, usada como um importante parâmetro na busca dos fatores relacionados à maior expectativa de vida e os determinantes da boa QV – para estimular -, e os de má qualidade – para intervir (Maués, 2010).

Assim também, os pesquisadores têm dado ênfase a essa temática motivados pela busca de estabelecer as razões e os padrões do envelhecimento disfuncional, buscando a descrição sistemática das condições que antecederiam e contribuiriam para mudanças provocadas pelo envelhecimento e para a determinação da QV de idosos (Beckert; Irigaray; Trentini, 2012).

Para avaliar os estudos relativos às abordagens metodológicas, a Figura 2 demonstra maior índice de pesquisas quantitativas. Este tipo de estudo utiliza a coleta e análise de dados para responder às questões de pesquisa e testar hipóteses estabelecidas previamente, e confia na medição numérica, na contagem e frequentemente no uso de estatística para estabelecer com exatidão os padrões de comportamento de uma população. A abordagem quantitativa associa-se aos experimentos, as pesquisas com questões fechadas ou a estudos em que se empregam instrumentos de medição padronizados (Sampieri; Collado; Lucio, 2006).

Identificou-se também o interesse pela pesquisa qualitativa, a qual se aplica o estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos



fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos. As abordagens qualitativas conformam-se melhor nas investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e de documentos (Minayo, 2008).

A abordagem metodológica de estudos teórico-conceituais tem como característica abrangente, discussões conceituais a partir da literatura, revisões bibliográficas. Assim como, modelagens conceituais, baseadas na percepção e experiências do autor (Berto; Nakano, 1999).

Por fim, a revisão de literatura apresenta como proposta o processo de levantamento e análise do que já foi publicado sobre um tema ou um problema de pesquisa escolhidos. A revisão contribui para obter informações sobre a situação atual do tema pesquisado; para conhecer as publicações existentes sobre este e os aspectos que já foram abordados e para verificar as opiniões similares e diferentes relacionadas ao mesmo (Silva; Menezes, 2005).

Corroborando com este estudo, uma pesquisa desenvolvida em 2007, com corte temporal 2000-2005 e temática sobre a produção científica na área de saúde sobre QV no Brasil, observou que grande parte dos estudos encontrados pretendeu avaliar a QV de

grandes grupos ou populações e, instrumentos quantitativos de avaliação de QV foram utilizados, por isso, a abordagem quantitativa foi a mais utilizada pelos autores, seguida da abordagem qualitativa (Oliveira, 2007).

Com base no estudo de Lopes e Rabelo (2006), que apresentou um panorama geral de artigos nacionais e internacionais sobre QV e velhice, foi considerado o agrupamento dos artigos em cinco grupos e suas respectivas análises.

Na Tabela 1, observou-se que a maioria dos artigos versava sobre pesquisas que investigavam a relação entre QV e variáveis independentes diversas, as quais estavam relacionadas à saúde física, mental e psicológica e a aspectos sociais e ambientais. Essa temática reflete a preocupação em avaliar quais fatores influenciam de maneira positiva ou negativa os vários domínios de vida dos idosos. Dos 23 artigos componentes desse grupo, alguns investigaram a influência de variáveis relacionadas à saúde física sobre a QV desse grupo etário, como, por exemplo, capacidade funcional, tratamento hemodialítico, doença crônica, fratura vertebral, estado nutricional, insuficiência cardíaca, tontura, osteoartrite de joelho, déficit visual. Outros artigos analisaram as relações entre QV e variáveis relacionadas à saúde mental e psicológica, tais como, depressão, sintomas neuropsiquiátricos, sintomas psicossomáticos, sono e religiosidade. Por fim, os demais estudos examinaram a influência de variáveis relacionadas a aspectos sociais e ambientais como a institucionalização, tipos de comportamentos, nível de instrução, status socioeconômico e fatores socio-sanitários.

Em segundo lugar, aparecem as pesquisas que objetivaram avaliar a QV de populações específicas, dentre as quais foram descritas

as de idosos octagenários, idosos com insuficiência cardíaca, idosos com doença de Alzheimer, idosos na comunidade, idosos participantes de grupos de lazer e idosos com doença pulmonar obstrutiva crônica. Nessa categoria, a QV foi analisada mediante avaliação subjetiva de domínios específicos previamente estabelecidos. As conclusões dos trabalhos classificados nessa temática indicam que o intuito de tais avaliações é o de conhecer os caminhos a serem percorridos e os pontos em que as intervenções devem ser feitas para possibilitar uma QV ótima aos idosos.

As pesquisas presentes na terceira categoria investigaram os significados relacionados à QV segundo os participantes dos estudos. Isto é, foi analisado o que o idoso define como QV e o que considerava importante para tê-la, e não uma avaliação sobre a satisfação com determinados domínios de vida preestabelecidos. Os artigos presentes nesse grupo demonstraram o interesse em analisar os elementos que os idosos julgam significativos para ter ou manter uma QV satisfatória.

Em quarto lugar, ficaram os estudos relacionados à metodologia de pesquisa, incluindo nessa categoria investigações que objetivavam o desenvolvimento e a validação de instrumentos, a avaliação de instrumentos já existentes e a comparação entre as medidas das percepções de idosos e cuidadores sobre a QV dos primeiros. O número de artigos englobados nessa categoria indica a ocorrência do processo de construção do saber sobre o assunto e o reconhecimento da importância de medidas fidedignas e consistentes nesse processo.

Por fim, a última categoria engloba as pesquisas sobre a avaliação de intervenções para melhorar a QV. Os artigos da temática 5 reforçam a ideia de que existe uma preocupação dos profissionais envolvidos com os idosos

relacionada à prática de como melhorar a QV, ao revolver as investigações em torno de intervenções, seja através de programas de apoio social, seja através de intervenções cirúrgicas.

CONCLUSÃO

Foi possível assinalar pontos importantes a serem considerados como a necessidade de direcionar a atenção para a manutenção da QV da população idosa. De modo geral, os resultados dessa investigação corroboram o reconhecimento de que o construto QV demarca um avanço significativo na inclusão do processo saúde-doença na perspectiva ampliada e situacional do sujeito.

Os levantamentos realizados não tiveram a intenção de efetuar uma pesquisa bibliográfica aprofundada sobre o tema QV, e sim apresentar uma visão geral sobre a produção científica nacional. E, dentre esta, o enfoque prevalente foi a da relação entre QV e variáveis independentes diversas.

Em referência ao período compreendido entre 2002-2012, foram encontrados 120 artigos que abordavam o referido tema, publicados, em sua maioria, nos anos de 2010, 2011 e 2012.

Ao categorizar os artigos, evidenciou-se a predominância da pesquisa de abordagem quantitativa seguida da abordagem qualitativa. Uma minoria referiu-se à pesquisa teórico-conceitual e revisão da literatura.

A tarefa em avaliar a QV de idosos vem sendo realizada, visto o crescimento de artigos desenvolvidos nos últimos três anos. Logo, espera-se que a divulgação dos resultados desse estudo seja veículo de motivação para os profissionais de saúde a trabalharem essa temática na sua prática cotidiana, vislumbrando a otimização da saúde mental e da aptidão física em idosos, bem como

à intervenção voltada para os benefícios individuais e sociais que podem sobrevir da melhoria da QV.

REFERÊNCIAS

- Beckert M, Irigaray TQ, Trentini CM. (2012) Qualidade de vida, cognição e desempenho nas funções executivas de idosos. *Est. psicol. (Campinas)*, 29(2), 155-162. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2012000200001&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0103-166X2012000200001.
- Berto RMVS, Nakano DN. (1999) A produção científica nos anais do encontro nacional de engenharia de produção: um levantamento de métodos e tipos de pesquisa. *Prod.* 1999, 9(2): 65-76. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65131999000200005&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0103-65131999000200005.
- Brêtas ACP et al. (2010) Quem mandou ficar velho e morar na rua? *Rev. esc. enferm. USP*, 44(2): 476-81. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200033&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0080-62342010000200033.
- Freitas VFFS. (2011) Qualidade de vida do idoso no município de Herval. *Rev. enferm. saúde*, 1(1): 156-63. Disponível em: <http://www.ufpel.edu.br/revistas/index.php/enfermagemesaude/article/viewFile/54/39>.
- Lima MJB, Portela MC. (2010) Elaboração e avaliação da confiabilidade de um instrumento para medição da qualidade de vida relacionada à saúde de idosos independentes. *Cad. Saúde Pública*, 26(8): 1651-62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000800018&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0102-311X2010000800018.
- Lopes ESL, Rabelo DF. (2006) Qualidade de vida na velhice: indicadores nacionais e internacionais. *Rev. Kairós*, 9(2): 209-26. Disponível em: [http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=561602&indexSearch=ID](http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&nextAction=lnk&lang=p&indexSearch=ID&exprSearch=469437&label=Qualidade%20de%20vida%20na%20velhice:%20indicadores%20nacionais%20e%20internacionais).
- Maués CR. (2010) Avaliação da qualidade de vida: comparação entre idosos jovens e muito idosos. *Rev. Soc. Bras. Clín. Med*, 8(5): 405-10. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=561602&indexSearch=ID>.
- Minayo MCS. (2008) O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitua.
- Nasri F. (2008) O envelhecimento populacional no Brasil. *Einstein*, 6(1): 4-6. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=516986&indexSearch=ID>.
- Oliveira CJ. (2007) Análise da produção científica na área da saúde sobre qualidade de vida no Brasil entre 2000 e 2005: um estudo bibliográfico. *Rev. eletrônica enferm*, 9(2): 496-505. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n2/v9n2a16.htm.
- Organização Mundial de Saúde. (1994) Declaração Elaborada pelo Grupo de Trabalho da Qualidade de Vida da OMS: glossário de Promoção de Saúde da OMS de 1998 in: OMS/HPR/HEP/ 98.i Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1994.
- Paskulin LMG et al. (2010) Percepção de pessoas idosas sobre qualidade de vida. *Acta paul. Enferm*, 23(1): 101-07. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000100016&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0103-21002010000100016.
- Sampieri RH, Collado CF, Lucio PB. (2006) Metodologia de Pesquisa. 3ª ed. São Paulo: McGraw-Hill.
- Silva EL, Menezes EM. (2005) Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. 4ª ed. rev. atual. Florianópolis: UFSC.

Nosocomios higienistas: el caso Florence Nightingale

Nosocomial hygienists: Florence Nightingale case

Nosocomial higienistas: Florence Nightingale caso

(Ponencia leída en la X Jornada Canaria de Historia de la Medicina, Colegio Oficial de Médicos de Santa Cruz de Tenerife, 1 de diciembre de 2012)

Dr. Francisco Javier Castro Molina

Enfermero de salud mental. Historiador del Arte. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias. Servicio Canario de Salud.

Cómo citar este artículo en edición digital: Castro Molina, F.J. (2013) Nosocomios higienistas: el caso Florence Nightingale. Cultura de los Cuidados (Edición digital)17, 36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.36.11>

*Correspondencia: Francisco Javier Castro Molina. Calle Las Trebinas 24-San Miguel de Geneto-San Cristóbal de La Laguna.38296-Santa Cruz de Tenerife. Correo electrónico: tenerifejavier@gmail.com
Recibido: 11/02/2013.Aceptado: 23/06/2013*



ABSTRACT

The dramatic changes that emerged after the start of the Industrial Revolution helped that solutions be sought repeatedly to different problems that were happening, one after another, as a result of overcrowding and sociopolitical and economic changes. Advances in the field of science, and particularly in the health sciences, were innumerable, settling in society marked by a concern to solve the problems of the lower classes. In the field of health, were gradually leaving positions anchored in the models based on the “miasma”, moving to build on

the model's hand microbial Pasteur and Lister. These findings were taken to the architecture gradually giving way to buildings that sought to maintain a hygienic environment that disease exiled inside the “walls of hospitals.” Example of this struggle was conducted by the nurse Florence Nightingale, thanks to the observation and their knowledge acquired in the *Kaiserswerth Deaconess Institute* in Germany and the *Maison de la Providence* of the Sisters of Charity of Paris, managed to establish a set of guidelines that applied to the establishment managed, *Scutari Hospital* during the Crimean War.

Key words: Nightingale, hospital, hygiene, architecture, Scutari.

RESUMO

As dramáticas mudanças que surgiram após o início da Revolução Industrial ajudou a que as soluções ser procurado várias vezes para diferentes problemas que estavam acontecendo, um após o outro, como resultado de mudanças superlotação e sócio-político e econômico. Os avanços no campo da ciência, e em particular nas ciências da saúde, foram inúmeros, fixando-se em sociedade marcada por uma preocupação de resolver os

problemas das classes mais baixas. No campo da saúde, foram deixando gradualmente posições ancoradas nos modelos baseados na “miasma”, movendo-se para construir na mão microbiana Pasteur do modelo e Lister. Estes resultados foram levados para a arquitetura gradualmente dando lugar a edifícios que procurou manter um ambiente higiênico que a doença exilado dentro das “paredes dos hospitais.” Exemplo dessa luta foi conduzida pela enfermeira Florence Nightingale, graças à observação e os conhecimentos adquiridos no *Instituto Deaconess Kaiserswerth* na Alemanha e na *Maison de la Providence* das Irmãs da Caridade de Paris, conseguiu estabelecer um conjunto de diretrizes que se aplicam ao estabelecimento gerenciado, *Scutari* Hospital durante a Guerra da Criméia.

Palavras-chave: Rouxinol, hospital, higiene, arquitetura, Scutari.

RESUMEN

Los impresionantes cambios surgidos tras el inicio de la Revolución Industrial ayudaron a que de manera reiterada se buscaran soluciones a los diferentes problemas que se sucedían, uno tras de otro, como resultado del hacinamiento y las modificaciones sociopolíticas y económicas. Los avances en el campo de la ciencia, y en particular en las ciencias de la salud, fueron innumerables, estableciéndose en la sociedad una preocupación marcada por solucionar los problemas de las clases más desfavorecidas. En el campo de la sanidad, progresivamente se fueron dejando atrás posturas ancladas en los modelos basados en los «miasmas», para pasar a fundamentarse en el modelo microbiano de la mano de Pasteur y Lister. Estos descubrimientos fueron trasladados a la arquitectura progresivamente, dando paso a edificios que bus-

caban mantener unas condiciones higiénicas adecuadas que exiliaran las enfermedades del interior de los «paramentos de los hospitales». Ejemplo de esta lucha fue la llevada a cabo por la enfermera Florence Nightingale, que gracias a la observación y a sus conocimientos adquiridos tanto en el *Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth* en Alemania como en la *Maison de la Providence* de las Hermanas de la Caridad de París, logró establecer una serie de pautas que aplicó al establecimiento que gestionó, el Hospital *Scutari*, durante la Guerra de Crimea.

Palabras clave: Nightingale, hospital, higiene, arquitectura, Scutari.

El siglo XIX vino marcado por tres hechos trascendentales para la disciplina médica y la Humanidad. La publicación en 1859 de las teorías evolutivas de Charles Darwin reavivó el interés por la ciencia de la anatomía y la fisiología comparadas. A ello, se unieron los experimentos sobre el cruce de plantas del biólogo austriaco Gregor Johann Mendel que tuvieron un efecto semejante, ya que estimularon y favorecieron los estudios sobre la genética humana y la herencia.

El segundo suceso fue el estudio del químico y microbiólogo francés Louis Pasteur sobre la fermentación que acabó con el concepto de la generación espontánea y fomentó un marcado interés en la teoría de que *...la enfermedad es el resultado de un contagio específico*. A este hecho se unió el trabajo inédito sobre la fiebre puerperal del médico estadounidense Oliver Wendell Holmes y del obstetra húngaro Ignác Fülöp Semmelweis. Demostraron que la elevada tasa de mortalidad en mujeres después del parto era debida a agentes infecciosos transmitidos por las manos contaminadas de los médicos. El último, y de semejante calado

que las contribuciones de Pasteur, fueron las del médico y bacteriólogo alemán Robert Koch en el campo de la bacteriología; el desarrollo de este campo se considera el avance individual más importante de la medicina¹.

Todos los progresos realizados en el diagnóstico, tratamiento de la enfermedad y de los métodos quirúrgicos durante el siglo XIX, fueron el resultado de los descubrimientos del siglo anterior. Un ejemplo claro fue el desarrollo de los procedimientos diagnósticos de las enfermedades torácicas realizadas por el médico austriaco Leopold Auenbrugger, para lo que empleó el método de la percusión, descrito por primera vez en 1761. Su trabajo, sin embargo, fue ignorado hasta 1808 cuando se publicó una traducción francesa por el médico personal de Napoleón².

Un importante avance vino marcado por los nuevos métodos de diagnóstico de enfermedades que favoreció el etiquetado de muchas de ellas: el médico Thomas Addison descubrió el trastorno de las glándulas suprarrenales; Richard Bright diagnosticó la nefritis; Tomas Hodgkin describió una enfermedad maligna del sistema linfático; el cirujano y paleontólogo James Parkinson describió la enfermedad crónica del sistema nervioso; y el médico irlandés Robert James Graves diagnosticó el bocio exoftálmico tóxico³.

Gracias a estos avances, en pocos años, se lograron aislar y concretar las causas de procesos y enfermedades como el carbunco, la difteria, la tuberculosis, la lepra o incluso la temida peste⁴. En el ámbito del combate contra las infecciones que causaban estragos en la población, mediante la prevención se superaron grandes escollos que producían numerosas muertes y dejaban secuelas de considerable importancia en los individuos. El ginecólogo alemán Karl Sigismund Franz Credé desarrolló un método que consistía en administrar gotas de una solución antiséptica de nitrato de plata en los ojos de los neonatos para prevenir la oftalmia gonocócica, de tal eficacia que se ha continuado empleando hasta la actualidad. También destaca el método de inmunización de Pasteur mediante el cual se inyectaba virus atenuados y que se empleó con éxito en el tratamiento de la rabia. Además se avanzó en el campo de la investigación del sistema inmunitario, cuando el bacteriólogo ruso Iliá Mechnikov fue el primero en describir los fagocitos destructores de bacterias y otros elementos extraños al organismo⁵. En 1898 el médico británico Ronald Ross demostró el papel del mosquito como transmisor del parásito de la malaria y dos años después, en 1900, el médico, cirujano y bacteriólogo del ejército estadounidense Walter Reed y sus colaboradores, tras trabajar

¹ Mendoza-Vega, J. M. D. (2003). *Lecciones de Historia de la Medicina. Segunda edición aumentada y corregida*. Centro Editorial Universidad del Rosario, Bogotá, Colección Ciencias de la Salud (Libro).

² Tendría que esperarse hasta 1819, para que el médico francés René Théophile Hyacinthe Laënnec inventara el fonendoscopio, instrumento muy utilizado por los profesionales sanitarios hasta la actualidad.

³ Jaramillo Antillón, J. (2005). *Historia de la filosofía de la medicina*. Editorial Universidad de Costa Rica, San José- Costa Rica (Libro).

⁴ *Ibidem*. Entre los primeros bacteriólogos que destacaron en este momento, se encontraba el fisiólogo alemán Edwin Theodore Albrecht Klebs, quien logró aislar el bacilo causante de la difteria e investigó la bacteriología del ántrax y la malaria. A esto se unieron los trabajos llevados a cabo por el bacteriólogo alemán Friedrich August Johannes Löffler, que descubrió la bacteria causante de la gonorrea, y los del médico noruego Gerhard Henrik Hansen, que logró hallar el bacilo causal de la lepra.

⁵ Sánchez González, M. A. (2002). *Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico*. Editorial Masson, Barcelona (Libro).

Dentro de estas líneas de investigación debe incluirse la del bacteriólogo alemán Emil Adolph von Behring quien desarrolló sueros inmunizantes contra la difteria y el tétanos.



sobre una sugerencia realizada por el biólogo cubano Carlos Juan Finlay, demostraron que el mosquito era el vector de la fiebre amarilla⁶.

Debe destacarse que todos estos adelantos en la Microbiología favorecieron considerablemente a la Cirugía, que se benefició de manera significativa de la *teoría de los gérmenes*. El cirujano británico y biólogo Joseph Lister adoptó el uso del ácido carbólico como agente antiséptico con resultados importantes en el descenso de la mortalidad debida a la infección de las heridas. Las pruebas y estudios aportados por Lister, que demostraban que las bacterias se transmiten a través del aire, permitieron más tarde, comprender dicha transmisión por medio de las manos y los instrumentos (fómites), cuya esterilización introdujo la era de la cirugía aséptica, a lo que se unió el descubrimiento y empleo de los anestésicos, evolucionando progresivamente hasta lo que conocemos actualmente⁷.

Con el progreso de la física y la química, se produjo un enorme avance de la fisiología

durante el siglo XIX. Entre los más conocidos fisiólogos de este periodo se encuentra el químico alemán Justus von Liebig, que desarrolló los métodos analíticos de la química orgánica y la química de los alimentos, el llamado metabolismo. A ellos se unió el trabajo del histólogo español Santiago Ramón y Cajal que contribuyó al conocimiento moderno de la estructura y función del sistema nervioso⁸. Además, el fisiólogo francés Claude Bernard, fundador de la medicina experimental, realizó importantes descubrimientos sobre las funciones del páncreas, el hígado y el sistema nervioso simpático que revolucionaron la concepción que existía hasta este momento sobre estos órganos del cuerpo humano. En 1803, el biólogo estadounidense John Richardson Young describió el proceso de la formación del ácido en la digestión gástrica. Años más tarde, el cirujano estadounidense William Beaumont publicó sus interesantes estudios sobre los jugos gástricos y la fisiología de la digestión basados en la observación de un paciente que padecía de una fístula gástrica. Otro destacado hallazgo fue el trabajo de Bernard sobre la interacción del aparato digestivo y el sistema vasomotor, que se centraba en el control del tamaño de los vasos sanguíneos, y que sirvió de base para el desarrollo de la teoría del reflejo condicionado, base posterior del conductismo defendida por el fisiólogo ruso Iván Petróvich Pavlov⁹.

⁶ *Ibidem*.

⁷ Molina Jiménez, I.; Acuña Acosta, V. H.; Gutiérrez, J. M.; Jaramillo Antillón, J.; Páez, J.; Jiménez, M. (2004). *Balances del siglo XX: historia, microbiología, medicina y física*. Editorial de la Universidad de Costa Rica, Escuela de Estudios Generales (Sección de Historia de la Cultura), Serie Cuadernos de Historia de la Cultura n° 11, San José-Costa Rica (Libro).

⁸ Por otro lado, el físico y fisiólogo alemán Hermann Ludwig Ferdinand von Helmholtz, quien inventó el oftalmoscopio y el oftalmómetro, investigó la velocidad de los impulsos nerviosos y de los procesos reflejos, y llevó a cabo estudios relevantes sobre óptica y acústica.

⁹ Sánchez González, M. A. (2002). *Opus cit, (Libro)*.

Entre los otros fisiólogos del siglo XIX destacan el médico franco-estadounidense y fisiólogo Charles Edouard Brown-Séquard, que investigó la función de varias glándulas del sistema endocrino, y Carl Friedrich Wilhelm Ludwig, fisiólogo alemán que exploró la actividad cardíaca y renal.

Una ayuda de incalculable valor diagnóstico fueron los rayos X, hallados de forma accidental por el físico alemán Wilhelm Conrad Roentgen y que permitieron grandes avances en esta parte de la disciplina médica; a ello se unió el descubrimiento del radio por los físicos franceses Pierre y Marie Curie con el que se pudieron tratar algunas formas de cáncer. En el capítulo de la ginecología, el médico y cirujano estadounidense, Ephraim McDowell, realizó la primera extirpación quirúrgica de un tumor de ovario. Otro logro destacado fue el del ginecólogo James Marion Sims quien salvó la vida de muchas mujeres con la corrección quirúrgica de la fístula véscicovaginal realizada por primera vez en 1845¹⁰.

En el campo de la Enfermería, éste es el momento en el que se produce una modificación considerable en las competencias de los practicantes con la creación de la titulación de cirujano dentista. Además, se establecen para los estudios de comadrona, una serie de requisitos considerablemente estrictos: haber aprobado la primera enseñanza elemental; tener veinte años cumplidos, y ser viudas o casadas. En el caso de éstas últimas, las casadas, tenían que presentar un documento donde el marido las autorizase a trabajar, y poseer certificado de buenas costumbres expedido por su párroco. Este nuevo reparto de tareas constituyó una desestructuración de

las actividades de enfermería que benefició considerablemente tanto a practicantes como a comadronas que llevó aparejado una disminución de la calidad de la asistencia hasta llegar a niveles en los que estas tareas eran desempeñadas por mujeres que no sabían leer ni escribir, carentes de preparación académica alguna¹¹.

En los hospitales civiles donde no existía una gestión eclesiástica, el panorama era considerablemente deprimente, a diferencia de los religiosos, donde su situación era algo mejor, ayudada por la formación suministrada por las monjas veteranas que se dedicaban a formar a las enfermeras nuevas¹². Concepción Arenal en su reforma del sistema penitenciario y sanitario señaló la necesidad de *crear escuelas para formar enfermeras como antes*, pero este intento no tuvo éxito, lo que ocasionó que la profesión no fuera de elección a la hora de incorporarse al mundo laboral, ya que entrañaba una mala consideración a nivel social y profesional¹³.

En este contexto propicio a los cambios, surge la figura de Florence Nightingale, quien trabajó en el *Instituto de Diaconisas de Kaiserswerth* en Alemania y en la *Maison de la Providence* de las Hermanas de la Caridad de París¹⁴, donde se nutrió, permitiéndole adquirir la formación que llevó al *Hospital de Scutari*, en Turquía, durante la Guerra

¹⁰ Mendoza-Vega, J. M. D. (2003). *Opus cit*, p. 195-207.

El médico danés Niels Ryberg Finsen desarrolló una lámpara de rayos ultravioletas, hecho que mejoró el pronóstico de algunas enfermedades de la piel.

¹¹ García Martín-Caro, C. y Martínez Martín, M. L.. (2007). *Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero*. Editorial Elsevier, Madrid (Libro).

Las enfermeras eran relegadas a tareas de sirvienta y tenían sueldos muy inferiores a los de los enfermeros.

¹² Castro Molina, F. J. (2012). *Arquitectura y Medicina en Canarias. Dispositivos asistenciales y recursos sanitarios en Tenerife* (s. XVI-XX). Tesis doctoral-Universidad de La Laguna bajo la dirección de María Isabel Navarro Segura y Jesús Pérez Morera; La Laguna: [s.n.], (Tesis doctoral).

¹³ Salas Iglesias, P.M. (2012). *El reformismo social y sanitario de Concepción Arenal. Una contribución a la identidad de la enfermería contemporánea*. Editorial Club Universitario, Alicante (Libro).

¹⁴ Castro Molina, F. J.; Rodríguez Gómez, J. A. (2012). *Uniformes e imagen social de los cuidadores profesionales. Colección Centenario del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Santa Cruz de Tenerife. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Santa Cruz de Tenerife, Santa Cruz de Tenerife* (Libro).



de Crimea, como superintendente de un grupo de enfermeras, en octubre de 1854¹⁵. Tras observar la preparación que tenían los soldados que estaban encargados del cuidado de los enfermos, a la vuelta de la Guerra de Crimea utilizó su influencia para abogar a favor de la formación de los soldados y los médicos militares británicos. Pese a que las competencias de Florence cuando viajó a Crimea eran limitadas, en el momento más crítico de la guerra destacó la falta de experiencia práctica de muchos de los jóvenes cirujanos, para lo que propuso que recibieran lecciones sobre patología y cuestiones afines sin esperar a que acabara el conflicto¹⁶. Más tarde, este interés de Florence por este tema,

se vería reconocido por la *Comisión Real sobre Sanidad Militar*, que hizo de la instrucción sanitaria de sus miembros una de sus cuatro áreas de estudio. Además, entre sus actividades, se incluyó la realización de una relación de pruebas sobre la «mala administración de los hospitales», a lo que se unieron diferentes estadísticas que abordaban la mortalidad; y elaboró una serie de planes educativos que centraban su atención en la sanidad, la eficacia y la administración de los hospitales militares británicos¹⁷. Sus importantes aportaciones favorecieron la creación de la primera *Escuela de Medicina Militar del Reino Unido* en Fort Pitt en 1860, donde se estableció una enseñanza orientada hacia el ejército, oficiales y tropa¹⁸.

Tras su regreso a Inglaterra aquejada de una grave enfermedad, destacó, entre otras cosas, por su formación en matemáticas y estadística, situación que demostró al hacer públicos los resultados de las actuaciones acometidas en Turquía. A ello se le unió la publicación de sus conocidas *Notas sobre la enfermería* en 1859, cuyo texto sirvió como referente en la escuela de enfermeras que fundó con la ayuda de los donativos de civiles y soldados, formando «profesionales de los cuidados» para hospitales, domicilios y enseñanza.

¹⁵ *Ibidem*.

Instruyó a toda prisa 38 enfermeras dispuestas a ir a un hospital de guerra en la otra punta del mundo, donde atendieron entre 3.000 a 4.000 soldados heridos e ingresados en condiciones higiénicas deplorables. Los mandos militares a cargo del destacamento mostraron una actitud de rechazo, ya que no estaban nada predispuestos a ser mandados por una civil que encima era mujer. El índice de mortalidad que se estimaba por encima del 40 % logró disminuirlo casi un 3 % a base de aplicar mejoras en la calidad asistencial, tanto médica como humana de los pacientes.

Mostró, durante su estancia en este hospital, dotes de administradora que con los recursos básicos organizó salas de hospitalización limpias y confortables, asistencia de enfermería adecuada, cocinas eficientes, salas de recreo y medios para distraer a los enfermos, lavandería... Debe destacarse la situación, que posteriormente la ha identificado, que fue el uso de la lámpara durante sus rondas nocturnas por el hospital para ver el estado de los pacientes más graves. Organizó distintos hospitales de la zona hasta que enfermó gravemente y tuvo que volver a Inglaterra en 1856.

¹⁶ Se instaló un laboratorio de patología en el Hospital de Scutari como resultado de la importancia que le dio Florence Nightingale a esta área.

¹⁷ Este ideario formó parte de su obra más conocida, *Notas de Enfermería*, donde recoge gran parte de la experiencia que adquirió durante su estancia en la Guerra de Crimea, donde sus fascinadores razonamientos fueron empleados por médico y cirujanos.

¹⁸ Mostró ideas considerablemente avanzadas para su época. Planteó formar al soldado en diferentes áreas, instruyéndolo en hábitos saludables, como por ejemplo la ingesta excesiva de alcohol, o en cuestiones como la prostitución.

Pero, ¿cuál fue la influencia de Nightingale en la arquitectura hospitalaria del momento? ¿Estableció una nueva forma de ver el «espacio asistencial»? No es de sorprender que las mayores mejoras se logren durante las contiendas bélica, momento en el que se persigue la eficiencia económica. Para poder atender a las tropas inglesas presentes en la Guerra de Crimea, Isambard Brunel diseñó un hospital en barracas en 1855, que se instaló en el pueblo turco de Renkioi, por las características tan favorables que presentaba la zona: agua potable, proximidad al mar, ligeramente elevado, y dotado de un suelo poroso¹⁹. Como solución arquitectónica se empleó un modelo de cabaña prefabricada de madera donde se le dio prioridad a la economía y a su fácil transporte. Se pretendía la autosuficiencia de las instalación, creando interiormente dos espacios claramente definidos: dos salas para los enfermos, y un área destinada al personal sanitario, que estaba conformada por: local para enfermeras, local para médicos, almacén de pequeñas dimensiones, cuarto de baño, retrete y lavabo. El modelo que se seleccionó contaba con una óptima ventilación que se lograba mediante la abertura de ventanas a lo largo de todo el alero y ventanas estrechas en el paramento opuesto, y protección solar mediante sistema de persiana que facilitaban la circulación del aire. Bajo el cerramiento superior, se dispuso la instalación de un ventilador que proporcionaba un flujo artificial adicional, logrando así que todo el aire introducido en el barracón saliera al exterior

mediante aperturas ubicadas bajo las mesas y las dos filas de camas dispuestas en las salas²⁰.

Entre julio de 1855 y marzo de 1856, la población enferma alojada en el nosocomio creció, de 300 a 2.200, lo que obligó a adaptarse a las nuevas demandas: se dispusieron cabañas para el personal de enfermería con características idénticas, lavanderías próximas a los nacientes, cocinas independientes para abastecer de alimentos por cada 500 enfermos, servicios sanitarios anexos a las salas colocadas sobre una acequia principal de drenaje, calefacción de salas mediante caldera de mínimas dimensiones ubicadas sobre la lumbre de cada sala, e iluminación artificial con velas dentro de lámparas especiales. Mientras el *Hospital de Renkioi*, con sus 2.200 enfermos presentaba un mortalidad del 3%, el de Scutari, con 2.500 pacientes presentaba la considerable cifra del 42.7%. *Scutari* era el *Hôtel Dieu* de la enfermera Florence Nightingale y su efecto sobre ella era comparable al de París sobre Jaques-René Tenon. Con la misiva de igualdad en la «actividad cuidadora» entre enfermeros y enfermeras, Nightingale llegó con una treintena de «cuidadoras profesionales», unas treinta y ocho, que pusieron su empeño para dejar atrás los nefastos resultados que habían sesgado la vida a tantos soldados en Scutari. Describía el lugar como sucio y habitado por roedores, donde «se flotaba en un mar de basura acumulada en las alcantarillas que había debajo y que se había desmoronado», facilitando la aparición de la fiebre de hospital y la disentería²¹. Esta situación ocasionó que, a

¹⁹ Castro Molina, F. J; Castro González, M^a P; Megias Lizancos, F; Martín Casañas, F. V; Causapié Castro, A. (2012). *Arquitectura hospitalaria y cuidados durante los siglos XV al XIX. Cultura de los Cuidados. (Edición digital)* 16, 32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.32.05>.

²⁰ Brunel, I. (1870). *The life of Isambard Kingdom Brunel, civil engineer. Longmans, Green & Co., Londres (Libro)*.

Los materiales empleados para su construcción fueron madera recubierta de planchas delgadas de estaño (aislamiento térmico) y forrado interior con material refractario.

²¹ Woodham-Smith, C. (1992). *Florence Nightingale. Constable, Londres (Libro)*.

Pevsner, N (1979). Historia de las tipologías arquitectónicas. Gustavo Gili, Barcelona (Libro).

partir de ese momento, en su ideario siempre estuviera presente un marcado interés por la limpieza, la eficiencia y la adecuación de las instalaciones para drenaje.

A su regreso a Inglaterra, el «Ángel de Crimea» centró todos sus esfuerzos en publicar dos libros: *Notas sobre hospitales* (1858) y el ya nombrado, *Notas sobre la enfermería* (1859). Ambas obras, unidas al prestigio adquirido durante la Guerra de Crimea, ayudaron a «idolotrar la labor de Nightingale», convirtiéndola en una experta asesora para nosocomios militares y civiles, aunque su lugar estuvo en segunda línea, propio de una mujer inserta en la sociedad inglesa de ese momento. Pesó considerablemente dentro de su ideario el concepto de «sala operativa» que había adquirido gracias a su experiencia personal y a la visita tanto a hospitales ingleses civiles de Dublín, Londres y Edimburgo, como a hospitales militares y navales. Además conoció otros nosocomios franceses, alemanes, italianos, holandeses, turcos y egipcios, de los que destacó las *barracas de Renkioi*, el *hospital Laribosière* y el *hospital militar de Vincennes*. En contraposición, recogió en sus *Notas sobre hospitales* el horrible ejemplo del *Royal Victoria de Netley*, un pasillo-hospital de semejantes características al *hospital de Bamberg*, caracterizado por camas en filas paralelas a las ventanas y construcciones privadas entre cada dos salas. Los revolucionarios planteamientos de Nightingale, se centraban en el entorno sanitario y la facilidad de observación-supervisión, que chocaban con el plano tipo corredor y con las dobles salas adosadas tan apreciadas en este momento²².

«Miasmátista acérrima», Nightingale desechaba la idea de una posible existencia de gérmenes que causarían enfermedades, estableciendo una rápida putrefacción de las materias orgánicas, que junto al vapor de agua, eran exhaladas por los individuos tanto enfermos como sanos. Estas «exhalaciones mórbidas» debían ser exiliadas, rápida y eficazmente, de las salas donde se atendía a los pacientes, proporcionando aire puro mediante sistemas constructivos que portaran un basamento de hormigón o un abovedado, aislado de las salas, junto a patios abiertos de muros bajos carentes de vegetación que propiciara la penumbra. El nosocomio debía articularse a partir de varios edificios exentos dispuestos en superficies grandes, en dos alturas como máximo, cuyas características facilitarían el soleamiento y ventilación en todo momento. Tollet aboga por estos planteamientos, como nos hace llegar en alguno de sus discursos: *es falta de toda lógica construir grandes edificios de mucha altura, simplemente para halagar el mal gusto de los Comités o de los Gobernantes*²³. Para departamentos tales como la cocina, lavandería y oficinas destinadas a la administración, se propusieron edificios anexos: el primero debía estar centralizado, el segundo alejado de las salas donde se alojara a los pacientes, y el último, próximo para favorecer una adecuada supervisión.

Esta sala destinada a enfermos, que en un primer momento se denominó «Sala Nightingale», era el producto de la aplicación del pensamiento y la experiencia de los conocimientos adquiridos por las corrientes

²² Las dobles salas adosadas no permitían una adecuada observación de los pacientes, a lo que se le unía la ubicación de ventanas y puertas que interferían, en el modelo de plano tipo corredor, en la ventilación natural de la sala.

²³ Tollet, C. (1894). *Les hospitaux Modernes XIXme siècle. Description des principaux hopitaux français et étrangers: les plus récemment édifiés divisés en dix sections par contrées: études comparatives sur leurs principales conditions d'établissement: mémoires divers se rapportant à l'hygiène et à l'économie des constructions hospitalières*. Chez L'Auteur, Paris (Libro).

higienistas a lo largo del siglo XIX, que se centraban en un reconocimiento empírico de la relación existente entre enfermedad y suciedad. Florence, defendía una sala articulada a partir de vanos dispuestos a lo largo de los paramentos, con mayor espacio para los enfermos en la entrada, y un habitáculo destinado a la jefa de enfermeras en la cabecera de la sala, con ventana panorámica orientada hacia ésta que se enfrentaba a otra de semejantes condiciones abierta al exterior; en la parte opuesta se disponía un local con fregadero para el menaje de mesa²⁴. Contraria a esta habitación, a ambos lados del pasillo, un baño con un aseo-retrete.

El edificio en cuestión, «construido de aire puro», idealmente debía presentar entre 35-39 metros de largo por 9 de ancho, techo entre 4.80 y 5.10 metros, y las ventanas, de dimensiones considerables, a 0.30 metros del cerramiento superior y el alfeizar entre 0.60 y 0.90 metros del suelo. El calor de la estancia se lograba mediante chimenea ubicada en el centro, lo que favorecía el bienestar de los 32 enfermos alojados en la sala. Este número de aquejados era el idóneo para la correcta supervisión de la enfermera, facilitando las condiciones higiénicas, además de establecer un «territorio individual» de unos 2.50 por 3.60 metros para cada uno de los alojados. Su disposición espacial debería permitir un aprovechamiento del mayor número de horas solares, donde el eje de la sala debería ser norte-sur, consiguiendo que en el paramento se destinara un tercio de su superficie para las ventanas, logrando así una disposición de un vano por cada dos camas. Para el revestimiento interior se empleó roble lacado para el suelo, paredes de hormigón pulimentado carente de capacidad absorbente, de color rosa preferentemente, a los que se

unían los colores de las flores y plantas que la decoraban, ubicadas en la zona media de la sala junto a motivos decorativos, seculares o profanos, e instrumentos, como el piano, para los actos religiosos.

Esta propuesta, pese a que se generalizó en los Estados Unidos de Norteamérica, progresivamente fue sustituyéndose por modelos diferentes, conservándose tan solo en Inglaterra, como bien se demuestra en las salas, escasamente modificadas del *hospital St. Thomas* de Londres. Miss Nightingale logró desarrollar plenamente sus ideas en el *Herber Hospital* entre 1859 y 1864. Dispuso las salas, de 26 camas, en tres niveles, hasta un total de 658, cuyos pabellones se interconectaban a partir de un corredor central, de única altura, logrando evitar la penumbra que hubiera provocado un edificio elevado, estableciendo una planta en «espina de pescado», que sirvió de modelo a otras, como la empleada para el Hospital Militar de Santa Cruz de Tenerife. Los pabellones, paradójicamente, presentaban una orientación muy distante al tan admirado *hospital Laribosière*, estableciendo un lenguaje arquitectónico con marcado gusto francés para el edificio destinado a los servicios administrativos. Tras un «visible vestido neogótico», en su interior se abogó por un mantenimiento de la sala larga-exigencias sanitarias con igual habilidad que la empleada para la sala larga-capilla medieval.

Esta novedosa forma de articular el nosocomio se repitió por numerosas ciudades europeas y estadounidenses, como el *hospital Moses Taylor de Scratsn* en Pennsylvania. Otros como el *Hospital Civil de Antwerp* con 388 camas, construido en 1878, el plano básico cambia completamente el esquema.

Finalmente, en Francia, la *Sala Tollet* se

²⁴ Florence Nightingale pone énfasis en el empleo de platos de cristal o loza, abandonando el uso de materiales tales como el estaño para este tipo de utillaje.

convirtió en un referente. El proyecto estaba desarrollado a partir del modelo establecido por la Academia Francesa y el plano de la sala doble de Tenon, al que se le adicionó un balaustre en el margen de los lados más largos, formando habitaciones de dos camas para aislamiento. Mientras, el primer nivel empleaba los extremos para alojar comedores o convalecientes, presentando un uso de recreo o ventilatorio. Ésta última era lograda gracias a conductos que tomaban del basamento aire para introducirlo posteriormente en las salas a través del suelo, que posteriormente salía al exterior mediante un tiro que se ayudaba de la distribución de la cubierta superior en arcos apuntados, que conectaban con chimeneas con caperuza²⁵.

BIBLIOGRAFÍAS

- Brunel, I. (1870) *The life of Isambard Kingdom Brunel, civil engineer*. Longmans, Green & Co., Londres.
- Castro Molina, F. J. (2012) *Arquitectura y Medicina en Canarias. Dispositivos asistenciales y recursos sanitarios en Tenerife (s. XVI-XX)*. Tesis doctoral-Universidad de La Laguna bajo la dirección de María Isabel Navarro Segura y Jesús Pérez Morera; La Laguna: [s.n.].
- Castro Molina, F. J.; Rodríguez Gómez, J. A. (2012) *Uniformes e imagen social de los cuidadores profesionales*. Colección Centenario del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Santa Cruz de Tenerife. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Santa Cruz de Tenerife, Santa Cruz de Tenerife.
- Castro Molina, F. J.; Castro González, M^a P.; Megias Lizancos, F.; Martín Casañas, F. V.; Causapié Castro, A. (2012) *Arquitectura hospitalaria y cuidados durante los siglos XV al XIX*. *Cultura de los Cuidados*. (Edición digital) 16, 32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.32.05>.
- Fernández Caro, Dr. (1891) *Hospitalización*. Sociedad Española de Higiene-Tema discutido durante los Curso Académico 1890-1891. Establecimiento tipográfico de Enrique Teodoro, Madrid.
- García Martín-Caro, C. y Martínez Martín, M. L. (2007) *Historia de la enfermería: evolución histórica del cuidado enfermero*. Editorial Elsevier, Madrid.
- Jaramillo Antillón, J. (2005) *Historia de la filosofía de la medicina*. Editorial Universidad de Costa Rica, San José- Costa Rica.
- Mendoza-Vega, J. M. D. (2003) *Lecciones de Historia de la Medicina*. Segunda edición aumentada y corregida. Centro Editorial Universidad del Rosario, Bogotá, Colección Ciencias de la Salud.
- Molina Jiménez, I.; Acuña Acosta, V. H.; Gutiérrez, J. M.; Jaramillo Antillón, J.; Páez, J.; Jiménez, M. (2004) *Balances del siglo XX: historia, microbiología, medicina y física*. Editorial de la Universidad de Costa Rica, Escuela de Estudios Generales (Sección de Historia de la Cultura), Serie Cuadernos de Historia de la Cultura nº 11, San José-Costa Rica.
- Pevsner, N (1979) *Historia de las tipologías arquitectónicas*. Gustavo Gili, Barcelona.
- Salas Iglesias, P. M. (2012). *El reformismo social y sanitario de Concepción Arenal. Una contribución a la identidad de la enfermería contemporánea*. Editorial Club Universitario, Alicante.
- Sánchez González, M. A. (2002) *Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico*. Editorial Masson, Barcelona.
- Thomson, J.; Goldin, G. (1975) *The Hospital: a Social and Architectural History*. New Haven and London. Yale University Press.
- Tollet, C. (1894) *Les hospitaux Modernes XIXme siècle. Description des principaux hopitaux français et étrangers: les plus récemment édifis divisés en dix sections par contrées: études comparatives sur leurs principales conditions d'établissement: mémoires divers se rapportant à l'hygiène et à l'économie des constructions hospitalières*. Chez L'Auteur, París.
- Woodham-Smith, C. (1992) *Florence Nightingale*. Constable, Londres .

²⁵ Fernández Caro, Dr. (1891) *Hospitalización*. Sociedad Española de Higiene-Tema discutido durante los Curso Académico 1890-1891. Establecimiento tipográfico de Enrique Teodoro, Madrid (Libro).

Miscelánea

Biblioteca comentada

EXPERIENCIAS ETNOGRÁFICAS

ANASTASIA TELLEZ INFANTES.

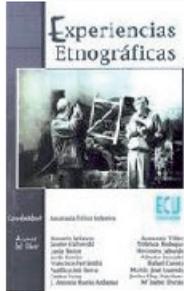
CLUB UNIVERSITARIO, 2004

ISBN 9788484543701

Este libro se caracteriza por ser un texto de consulta básico para la investigación y trabajo de campo para profesionales no sólo antropólogos, si no de otras disciplinas como la enfermería, sociología, los trabajadores sociales que emplean en sus investigaciones estudios etnográficos.

El objetivo principal es mostrar a través de distintos trabajos de investigación en ámbitos muy dispares la aplicación práctica del trabajo de campo. Los colaboradores del texto en sus investigaciones, plantean cuestiones metodológicas para introducirse en la realidad de una comunidad poniendo de manifiesto cómo se logra el rapport o la empatía, así como los roles que se debe de adoptar, los contactos necesarios a establecer, la elección de los participantes de la forma más adecuada, cómo luchar entre el etnocentrismo y el relativismo cultural etc...todo ello expuesto de una forma autocrítica tanto en los aciertos como en los errores a la hora de llevar a la práctica sus diseños de investigación.

Los trece capítulos que lo componen presentan un gran abanico tanto de la temática como del objetos de estudio (movimientos religiosos, inmigración, género, ciudad, cambio sociocultural, concepción de riesgo, salud, pesca, estrategias familiares, bienes comunales,...), así como diferentes enfoques teóricos y metodológicos. El lector podrá encontrar las propias reflexiones metodológicas de los autores sobre investigaciones realizadas en diversos contextos culturales (ámbito urbano, pesquero, rural, industrial, agrícola, etc.) y en diferentes países (Colombia, España, México, Venezuela).



M^a Carmen Solano Ruiz

Vivencias de las personas que han padecido un infarto de miocardio

Un estudio desde la perspectiva de la fenomenología social

Vivencias de las personas que han padecido un infarto de miocardio

El padecimiento de una dolencia cardiaca implica importantes cambios en la persona que lo padece, no sólo en cuanto a su estilo en su forma de vida si no además en cuanto a la calidad de la misma. A través de este libro se puede conocer y comprender las experiencias vividas por las personas que han padecido un infarto de miocardio después de un año de evolución, así como la repercusión de la enfermedad desde la perspectiva del cónyuge. El análisis de las historias de vida de los participantes y la aplicación de la Teoría de acción Social de Alfred Shutz ha permitido elaborar unas tipologías de acuerdo al grupo social al que pertenecen. La interpretación de las narraciones y la experiencia vivida por el cónyuge favorece el conocimiento en profundidad de una patología muy estudiada desde diferentes ópticas pero poco trabajada desde la perspectiva propia de la persona que lo padece. En este trabajo los profesionales dedicados al campo de la salud pueden encontrar la respuesta a las necesidades detectadas por este grupo de personas, con la finalidad de aplicar unos cuidados holísticos y dotados de gran calidad acorde a las necesidades manifestadas.



M^a Carmen Solano Ruiz
Enfermera y Licenciada en Antropología Social y Cultural. Doctora por la Universidad de Alicante. Profesora Titular del Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante.



978-3-8473-5983-8

editorial académica española



PROGRAMA CIENTÍFICO

JUEVES 10 OCTUBRE

MAÑANA

9:00 h. Entrega de documentación.

9:30 h. Colocación de Póster (Patio principal del Antiguo Palacio de Medicina).

10:00 h. Acto de apertura.

10:30 - 11:30 h. Conferencia Inaugural: “Epistemología y Estética de los cuidados como brújulas orientadoras en la adopción de teorías y modelos en historia de la Enfermería: La Historia Cultural el modelo estructural dialéctico”

Dr. José Siles González (Universidad de Alicante, España)

Presentador: Dr. Alejandro Higashi Díaz (Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa, México)

11:30 h. Pausa - Café.

12:00 - 13:00 h. Conferencia: El Estado de la Ciencia en la Historia de la Enfermería.

Dra. Patricia D’Antonio (Universidad de Pennsylvania, USA)

Presenta: Dra. Taka Oguisso (Universidad de Sao Paulo, Brasil)

13:00 h. Mesa Redonda N° 1 Las Historias del Cuidado en Iberoamérica.

- Dra. Beatriz Morrone Argentina
- Dra. Xochitl Martínez Barbosa México
- Dra. Yariela González Ortega Panamá
- Dr. Genival Fernandes de Freitas Brasil
- Dra. Julia Huaiquian Silva Chile
- Dra. Ana Luisa Velandía Mora Colombia

Modera: Mtro. Alfredo Bermúdez González (Eneo-UNAM)

14:30 h. Comida de trabajo

TARDE

16:30 h. Presentación de Comunicaciones.

18:00 - 20:00 h. Talleres

20:00 h. Acto lúdico

VIERNES 11 OCTUBRE

MAÑANA

9:00-10:00 h. Conferencia: Las Rebeldes
Dra. Mónica Lavín (Universidad Autónoma de la Ciudad de México)

Presentan:

- Dr. Manuel Solórzano (España)
- Dra. Ana Luisa Velandia Mora (Colombia)

10:30 h. Pausa Café.

11:00 h. Conferencia: La imagen enfermera a través de los documentos filatélicos y su correspondencia ideológica-educativa. Dra. M^a Teresa Miralles Sangro Universidad de Alcalá. Madrid Presenta: Maestra Lucia Guzmán de Malo (DELEFyL UNAM)

12:00 h. Presentación de Comunicaciones.

14:00 h. Comida de trabajo

TARDE

16:00 - 17:30 h. Mesa redonda N° 2: Las propuestas Historiográficas desde los alumnos de

Postgrado.

Modera: Dra. Xochitl Martínez Barbosa (Archivo Histórico Facultad de Medicina - UNAM)

17:30 - 19:30 h. Presentación de Comunicaciones.

17:30 - 19:30 h. Taller.

17:30 - 19:30 h. Espacio para presentación de Libros.

SABADO 12 OCTUBRE

MAÑANA

10:00 h. Conferencia de Clausura:

La historiografía del conocimiento.

Dra. Juana Hernández Conesa

(Universidad de Murcia España).

Presenta: Maestra Susana Salas Segura (Eneo-UNAM)

11:00 h. Comunicaciones libres

11:00 h. Taller

11:00 h. Reunión Constitución Federación Iberoamericana de Historia de la Enfermería

13:00 h. Conclusiones y clausura

Talleres:

Del caso a la teoría: retos de la redacción académica en la filosofía del cuidado

Dr. Omar Alejandro Higashi Díaz Universidad Autónoma Metropolitana Iztapalapa, México

La Partería Trascendiendo la Vida

LEO y Partera Tradicional Certificada Janet Alarcón Hernández

Eneo-UNAM / Programa Oportunidades Jurisdicción Cuautla Morelos, México

LEO Javier Badillo Zúñiga

PME-UNAM



Historia Cultural y modelo estructural dialéctico de los cuidados

Dr. José Siles González (Universidad de Alicante España)

Fuentes Iconográficas para el estudio de la historia de la Enfermería

Dra. M^a Teresa Miralles Sangro Universidad de Alcalá. Madrid

Los diferentes Métodos en Historia de la enfermería

Dra. Patricia D'Antonio Universidad de Pensilvania, EUA

La historia de la Enfermería Moderna a través de los Clásicos

Dr. Manuel Amezcua Universidad de Granada, España

REVISTA DE ENFERMERÍA Y HUMANIDADES

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos

Domicilio

Población Cód. Postal Provincia

Teléfono Actividad profesional

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

Deseo suscribirme por un año (tres números) al precio de 12 euros que abonaré mediante:

- Cheque bancario nominativo adjunto n.º _____
- Transferencia a BANCAJA, cuenta N.º **2077 0482 16 3100 518783**
- Domiciliación bancaria

*Departamento de suscripción: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
C/. Xàbia, 4 - 3º Pta. 10 - 46010 Valencia*

Cultura de los Cuidados

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

Banco o Caja de Ahorros

Domicilio de la Sucursal

Población Cód. Postal Provincia

Cuenta Corriente. Libreta de Ahorros N.º

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Clave del Banco	Clave y n.º de control de la sucursal	N.º de Cuenta Corriente

Ruego a ustedes se sirvan tomar nota del recibo que deberé abonar anualmente en mi cuenta con esta cantidad cuyo recibo será presentado para su cobro por el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).

Nombre del titular de la cuenta o libreta

Fdo.:



CONSEJO DE ENFERMERÍA DE LA
COMUNIDAD VALENCIANA



ASOCIACIÓN NACIONAL DE HISTORIA
Y ANTROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante
Escuela Universitaria de Enfermería