

CULTURA DE LOS CUIDADOS

2º Cuatrimestre 2012 • Año XVI - N.º 33

SUMARIO

EDITORIAL

- Redimensionar la historia: un diálogo provocador con nuestro pasado

FENOMENOLOGÍA

- Ethic and bioethic dilemmas on palliative care for hospitalized elderly: nurses' experience

HISTORIA

- El rol enfermero. Cambios más significativos entre Ayudante Técnico Sanitario y Diplomado Universitario en Enfermería
- Inicios de la Enfermería militar en la aviación militar española
- Epidemia de peste en 1649. Enfermería en el Hospital de las Cinco Llagas
- Florence nightingale y federico rubio: reformadores de la enfermería moderna española
- Naturalis historia de plinio: concepción y terapéutica. A propósito de los cuidados de la mujer

ANTROPOLOGÍA

- Los significados de la paternidad para los hombres jóvenes en los alrededores de São Paulo-Brasil
- La expresión de la sexualidad durante la gestación y el puerperio

TEORÍA Y MÉTODO

- Ser-aluno de enfermagem e a experiência do cuidado: revisão integrativa
- Bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género

MISCELÁNEA

- BIBLIOTECA COMENTADA
- OBITUARIO. Fallecimiento de la doctora Madelaine Leininger



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

Juan Mario Domínguez Santamaría

M^a Mercedes Rizo Baeza

Mercedes Nuñez del Castillo

Miguel Castells Molina

Rosa Pérez-Cañaveras

Manuel Lillo Crespo

Isabel Casabona Martínez

Cristián Ortega Rojo

Rodrigo Santos Gómez

Departamento de Enfermería.

Universidad de Alicante

COORDINADOR INFORMÁTICO Y PÁGINA WEB

Pablo Díez Espinosa

DIRECCIÓN FINANCIERA

Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana

- José Antonio Ávila Olivares. Enfermero, Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).

- 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 Tejeiro

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

Cecilio Eseverri 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 Asocio. 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: Publicaciones: 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 Nº 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	
Redimensionar la historia: un diálogo provocador con nuestro pasado.....	9
BEATRIZ MORRONE	
FENOMENOLOGÍA	
Ethic and bioethic dilemmas on palliative care for hospitalized elderly: nurses' experience.....	14
JULIANA BEZERRA DO AMARAL; MARIA DO ROSÁRIO DE MENEZES; MARIA ANTONIA MARTORELL-POVEDA; SIMONE CARDOSO PASSOS	
HISTORIA	
El rol enfermero. Cambios más significativos entre Ayudante Técnico Sanitario y Diplomado Universitario en Enfermería.....	22
NURIA MARTÍNEZ CADAYA; M ^a LUZ FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ	
Inicios de la Enfermería militar en la aviación militar española.....	30
JAIME E. SAUMELL BONET; SUSANA RODRÍGUEZ GONZÁLEZ; FRANCISCO VELO SERRANO; MANUEL DAVÓ DEVESA; HÉCTOR BERNABÉ JIMÉNEZ	
Epidemia de peste en 1649. Enfermería en el Hospital de las Cinco Llagas.....	38
JOSÉ ROBLES CARRIÓN; FRANCISCO JAVIER VEGA VÁZQUEZ; ESTEFANÍA PACHÓN MARÍA	
Florence nightingale y federico rubio: reformadores de la enfermería moderna española.....	43
ELENA SANTAINÉS BORREDÁ; FRANCISCO FAUS GABANDÉ; RAMÓN CAMAÑO PUIG; FERNANDA SARTURI	
Naturalis historia de plinio: concepción y terapéutica. A propósito de los cuidados de la mujer.....	50
MERCEDES FRAILE BRAVO; FRANCISCO TIRADO ALTAMIRANO; JESUS PRIETO MORENO; LUIS MARIANO HERNÁNDEZ NEILA; EDURNE MAGDALENO BRAVO; LUIS SÁNCHEZ SOLÍS	
ANTROPOLOGÍA	
Los significados de la paternidad para los hombres jóvenes en los alrededores de São Paulo-Brasil.....	55
EDEMILSON ANTUNES DE CAMPOS; LUCAS PEREIRA DE MELO; DANYELLE FERREIRA FARIAS	
La expresión de la sexualidad durante la gestación y el puerperio.....	67
SAGRARIO GÓMEZ CANTARINO; M. MORENO PRECIADO	
TEORÍA Y MÉTODO	
Ser-aluno de enfermagem e a experiência do cuidado: revisão integrativa.....	75
SILVANA SILVEIRA KEMPFER; TELMA ELISA CARRARO	
Bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género.....	81
AURORA FÉLIX ALEMÁN; ROSA MARÍA AGUILAR HERNÁNDEZ; M ^a . LUZ MARTÍNEZ AGUILAR; HERMELINDA AVILA ALPIREZ; LAURA VÁZQUEZ GALINDO; GUSTAVO GUTIÉRREZ SÁNCHEZ	
MISCELÁNEA	
- BIBLIOTECA COMENTADA.....	89
- OBITUARIO. FALLECIMIENTO DE LA DOCTORA MADELAINE LEININGER.....	94

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: Cibana, I. 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: Cibana, I. 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 experiência clínica 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 contacto 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: Cibana, I. 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

Redimensionar la historia: un diálogo provocador con nuestro pasado

Resizing the history: a provocative dialogue with our past

Redimensionar a história: um diálogo provocativa com o nosso passado

Beatriz Morrone

Licenciada en Enfermería. Magister en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Doctoranda en Comunicación UNLP Titular de las Cátedras Deontología y Problemática Profesional y Enfermería Comunitaria. Investigadora Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Nacional de Mar del Plata Su libro "Soltando amarras. Claves para comprender la historia pendiente de la enfermería argentina", presentó la 2ª edición.

Cómo citar este artículo en edición digital: Morrone B. (2012) Redimensionar la historia: Un diálogo provocador con nuestro pasado. Cultura de los Cuidados. (Edición digital) 16, 33. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.33.01>>

Correspondencia: Beatriz Morrone bmorrone@infovia.com.ar

Recibido 20/01/2012/ Aceptado: 17/03/2012

En varias oportunidades en los últimos diez años compartí junto a Nydia (Melita) Hernández, Gloria Gallego Caminero, Alma Carrasco y Ana Luisa Velandia Mora conversaciones en las cuales invariablemente llegábamos al punto donde la necesidad de realizar investigación histórica interpelaba mis líneas de trabajo en ese período. Esto se profundizó en 2006 cuando, durante un encuentro en Buenos Aires, decidimos, junto a otros colegas, fundar la Red Iberoamericana de Historia de la Enfermería.

Una reflexión de Jorge Luis Borges afirma que *"todo encuentro casual es una cita"*, en mi caso esas conversaciones "casuales" en medio de otras actividades eran una cita con mi deber personal y profesional. Aceptar ese desafío me posibilitó avanzar sobre una línea de investigación que intenta comprender el camino de la profesionalización de la enfermería argentina dentro de la historia del país y la región.

Centrarme en el estudio de la enfermería en la historia, en lugar de la historia de la enfermería. A partir de esto se editó parte de mis investigaciones en septiembre de 2011, a través del libro *"Soltando amarras. Claves para comprender la historia pendiente de la enfermería argentina"*, presentado en el mes noviembre pasado durante el III Simposio Iberoamericano de Historia de la Enfermería en la Universidad de Alicante.

Fueron múltiples los obstáculos de para concretar el libro. La principal barrera, quizás, fue atravesar la idea instalada en el colectivo de "una historia", la verdad revelada a través de la única publicación disponible editada en el año 1969 en Argentina.

El revisionismo histórico es inicialmente perturbador, según O'Donnell (2006) *"si se insiste en que hay una historia imparcial es porque esa corriente detenta el poder historiográfico. No quiere que se cuestione su versión, la que es dada como natural, intachable. Y el*

que no lo acepte molesta y hay que denostarlo e ignorarlo...”.

La ubicación y hallazgo de las fuentes documentales fueron un desafío mucho más complejo de lo esperado. Como así también las entrevistas, su compleja técnica en sí y los tiempos de negociación para poder acceder a que los protagonistas tuvieran disponibilidad y deseo de volver al pasado y compartirlo. Trabajar en parte la historia oral y fundirla, contrastarla con las fuentes documentales “duras”. La inexistencia de archivos accesibles relativos al planteo del problema requirió múltiples búsquedas y en lugares insospechados, en donde se hallaron piezas del rompecabezas. .

El libro “*Soltando amarros. Claves para comprender la historia pendiente de la enfermería argentina*”¹ plantea las falacias, los mitos y los prejuicios de la enfermería argentina haciendo un recorte temporal, seleccionado cinco momentos claves en la historia del país. El trabajo construye puentes para entender cómo y por qué este colectivo invisibiliza la participación política partidaria de sus integrantes, la militancia y la resistencia en los gobiernos dictatoriales, sus desaparecidos, la participación y secuelas de la guerra de Malvinas y la lucha por el poder en la formación y el ejercicio; las excusas con las que disfrazan sus errores y la debilidad profesional que dicen padecer por decisiones que toman otros grupos en su nombre.

Pone en debate y tensión, tramos de la historia de la enfermería argentina atravesada por cuestiones de género, colonización, procesos de medicalización, religión, luchas de clase, ocupación e instituciones de formación de mujeres, con una mirada ampliada de las tensiones, logros y frustraciones, puntos y contrapuntos de la enfermería argentina en clave sudamericana. También avanza en la interpe-

tación de las tensiones y cambios en el mundo del trabajo, las consecuencias de las dictaduras y la violación a los Derechos Humanos. En suma, un trayecto donde confrontaron intereses corporativos por la hegemonía y el control económico y simbólico del país.

Los capítulos analizan: “*La colonización y la atención de la salud: ¿encuentro de culturas?*”, “*La revolución sanitaria. Tensiones y ruptura: la enfermería en la gestión Carrillo*”, “*La militancia política de los enfermeros: resistencia y lucha en la segunda mitad del siglo XX*”, “*La actuación de los enfermeros argentinos en la guerra del siglo XX*”, “*Los mecanismos de invisibilización de la hegemonía en la formación y el control del ejercicio*”, y un apartado final analizando las falacias argumentales y sus consecuencias denominado “*Para abrir la cuestión: ¿débiles? sofismas y subalternidad*”.

El hilo conductor en los períodos seleccionados es la colonización intelectual, las tensiones que operaron favoreciendo la subordinación, la negación de las acciones emancipadoras por parte de integrantes de la profesión y la invisibilización de todo aquello que pone en riesgo el relato ingenuo.

Constituyeron una importante motivación para encarar este proyecto las infructuosas búsquedas relacionadas con producciones que pudieran dar cuenta y responder alguno de los interrogantes que surgen frente a momentos históricos ricos en participación social y política de los integrantes de la profesión.

A solo tres meses del lanzamiento el libro se agotó y comenzó el trabajo para la segunda edición que se presentó el 18 de mayo de 2012, (cuatro meses después de la primera), corregida y ampliada. El acto –convocado por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos– se realizó en el auditorio de la ex Alcaldía en la Plaza Cívica de Rosario, Centro Clandestino

de Detención en la última dictadura, por lo que se dio énfasis a revalorizar los contenidos del capítulo 3º, con la presencia de enfermeros y enfermeras ex presos políticos y detenidos clandestinos sobrevivientes, así como Madres de Plaza de Mayo y familiares de estudiantes de enfermería y enfermeros desaparecidos. El director provincial de Investigación y Reconstrucción de la Memoria Histórica Lic. Juan Nóbile encabezó, en ese contexto, el acto en homenaje a los trabajadores de la salud víctimas del terrorismo de Estado.

Este hecho que no puede, ni debe leerse como anecdótico, habla en principio de la necesidad de re-visitar lugares clausurados. Asimismo permite reconocer el valor que cobran las prácticas socializadoras contribuyendo a los procesos de revisión colectiva y en ese sentido también, promover un efecto dominó, como podríamos especular que constituyó para muchos la lectura del libro.

Fue y es alentador observar que el cometido del libro se cumple cuando no solo es leído por enfermeras/os, sino por profesionales de la salud en general y profesionales vinculados a las ciencias sociales.

En numerosos colegas, según los comentarios que me han hecho llegar, se desencadenó la decisión de iniciar y/o retomar proyectos de investigación grupales sobre la historia de la enfermería en Argentina, así como también en muchos estudiantes que nunca se habían acercado al tema, interesarse por la historia. En sus comunicaciones manifiestan sentir un momento de renovación y crítica en este aspecto escasamente problematizado, tanto en la formación como en el ejercicio profesional. Florecen preguntas sobre ideas hasta ahora selladas a fuego. Este o aquél momento de nuestro recorrido histórico comienza a desandarse a partir de interpelarnos por la parálisis que nos inmoviliza.

¿Qué nos sucede como profesión que la mera semblanza de Florence Nightingale parecería satisfacer y acotar la explicación de nuestro pasado y el camino recorrido desde 1860 hasta nuestros días?

No pecaré de soberbia afirmando que este libro produjo un efecto tan profundo que revirtió esta carencia, pero algo se agitó, ya que en diversos espacios, muchos colegas fueron manifestando que han podido revalorizar otras visiones, e inclusive algunos avanzar, considerando algunos aspectos de la historia de la profesión en sus proyectos de investigación.

Con colegas de la Región sucedió algo similar. Los libros, que intuyo cobran vida cuando salen de la imprenta y cumplen con su destino, posibilitó iniciar en tan breve lapso un proyecto colaborativo muy auspicioso que nos hermana y fortalece.

Lo antes mencionado marca un punto de inflexión para entender que nuestra historia comenzará a ser mejor interpretada a partir de una lectura latinoamericana de los sucesos que acontecieron en la Región, sus múltiples semejanzas en la génesis de los conflictos y en los avatares políticos que sacudieron la patria grande, y esa quizás sea la clave para desenredar la madeja.

Desligar el recorrido histórico de una profesión de las inscripciones ideológicas subsumidas en sus decisiones es vaciar de sentido cualquier análisis. Haber eliminado, en los planes de estudios de la formación profesional en Argentina la asignatura Historia de la Enfermería, considero que es proscibir, tanto para los estudiantes como para los graduados, el derecho de conocernos y re-interpretarnos. Por lo tanto se hace imprescindible democratizar este espacio para avanzar. Propiciar el debate historiográfico, la coherencia y fundamentación de los análisis, y la explicitación de la línea

historiográfica e ideológica en que se sostienen las respuestas.

A partir de lo antedicho y convencida que mediante el análisis histórico del camino de la profesionalización, seleccionando períodos en los cuales la enfermería generó y afianzó en sus prácticas políticas explícitas, ponerlas en contexto dentro de la historia del país y del continente en la cual sucedieron, podremos encontrar la llave que nos permitirá abrir los frágiles supuestos que se desvanecen ante la mínima refutación.

Estos supuestos históricos siguen siendo utilizados como válidos en el discurso

cotidiano en los espacios de formación y reproducen andanadas de nuevos colegas con desconocimiento de su rica herencia y de esa manera se los condena al destierro de su copioso linaje de luchas.

Dado que es constante identificar la anulación-ausencia de interrogantes sobre el pasado y esta señal cobra lógica a partir de estudiarlo en perspectiva histórica-social, económica y cultural de nuestros procesos democráticos y sus interrupciones dictatoriales, se hace imperioso el estudio de estos períodos.

Por lo tanto propongo repensar qué factores operaron en estas transformaciones y como se reproduce en la formación y en el ejercicio profesional la idea que necesitamos “una solución”, “una verdad” –cerrar y clausurar– en lugar de entrenarnos en formularnos preguntas –dudar y revisar– y a partir de esto identificaremos las amarras que contiene nuestra potencia.

En las etapas que re-visita del libro se pueden identificar los mismos nudos que traban, en la formación y en el ejercicio, la construcción de espacios de libertad, saboteando la autonomía profesional. Estos nudos han intentando fundir e incorporar en cada enfermero la neutralidad, la “des-ideologización” de las

prácticas, borrando la identificación de que toda acción profesional constituye un acto político. Anulando la reflexión sobre la ideología que subsume la práctica y por lo tanto como influye ésta en las consecuencias, emancipadoras o no, que se generan.

Celebro todos los debates que se originaron a partir de la publicación del libro, incluso para impugnar lo que esta investigación pone en cuestión, quizás pensando que sería posible convencer nuevamente que la historia de la Enfermería Argentina ya estaba relatada y es suficiente todo lo dicho. Parecería que las intenciones de avanzar sobre líneas de investigación que rasgan la clausura continúa inquietando.

El camino señalado como correcto en una historia de la enfermería argentina sin revisión tiene las huellas de la influencia del positivismo, esgrimiendo como válida la neutralidad, la mirada objetiva y el funcionalismo, supuestos roles inmutables que juegan a favor de no abrir nuevas sendas. Se sigue reduciendo finalmente la práctica concreta a una cuestión técnica que produce alienación.

Por todo esto considero imprescindible repensar los momentos negados, borrados del relato, espacio en donde la micropolítica –disputa, conflictos, capitales en juego– nos permiten considerar la subjetividad y desencadenar otros procesos. Abrir una huella para desmantelar la identidad de esa cultura residual.

Escribir, investigar y publicar es la materialización de un acto de libertad y también de valentía, ya que quedamos expuestos a lo que acontezca con la obra, pero también es un acto de reparación colectiva, y de creatividad saludable.

Acompaña a esta sensación la motivación y preocupación por hacerme cargo de la responsabilidad histórica personal y profesional que me cabe, como parte de una generación que me cabe, como parte de una generación atravesada por las dictaduras, terrorismo de

Estado, terrorismo económico, crímenes de lesa humanidad, una guerra en el Atlántico Sur de nuestro país y ruptura de los lazos de solidaridad social.

Intentaron suprimir en nosotros el sujeto colectivo y transformarnos en individuos mezquinos. Desde diversas, improvisadas y hasta erráticas maneras resistimos, como pudimos y como venía, pero resistimos y tenemos la obligación de estudiar y dejar registro de la etapa que vivimos y de las consecuencias que padecemos por el contexto previo que posibilitó que acontecieran.

Muchos de nosotros, profesionales de la salud, arrinconamos al temor con militancia colectiva, que incluyó un duro trabajo para erradicar las huellas de la desolación del terrorismo de Estado y del terrorismo económico, porque entendimos que no arriesgarnos a fracasar era el fracaso. Si de esa resistencia aprendimos algo en principio es, como señala Galasso (2010), que la historia también es un arma de combate. La utilizaron con nosotros mediante mecanismos de colonización para nuestros deseos y energía, y en tanto no la revisemos críticamente estaremos favoreciendo que nada cambie al no fisurar la lógica que la sostuvo.

Para transformarnos colectivamente es indispensable dudar, no temer a la incertidumbre en dejar estos ropajes que nos encorsetan pero seguimos usando y en ese amasijo inicial no amedrentarse ante la desestabilización de todo lo establecido como verdad histórica, atravesarla, interpelarla y recrear diferentes lecturas. Producir en consecuencia una democratización de los vínculos profesionales en base a la honestidad intelectual generando un nuevo diálogo, permanente y provocador, con nuestra historia.

La naturalización invariablemente taponó la transformación. Es hora de soltar amarras,

atreverse a navegar, que entraña menos riesgo que permanecer anclado en aguas estancadas. En ese sentido, la deficitaria producción de material relacionado con la historia de la enfermería argentina es un indicador de la subordinación con que se disciplinó a sí misma.

En palabras de Rodolfo Walsh, que valen para el análisis de lo que le sucede también a la enfermería argentina, *“nuestras clases dominantes han procurado siempre que los trabajadores no tengan historia, no tengan doctrina, no tengan héroes y mártires. Cada lucha debe empezar de nuevo, separada de las luchas anteriores: la experiencia colectiva se pierde, las lecciones se olvidan. La historia parece así como propiedad privada cuyos dueños son los dueños de todas las cosas”*.

Mar del Plata, julio de 2012

Agradecimientos: al Dr. José Siles González por la invitación a participar de Cultura de los Cuidados a través de esta nota editorial, así como también por prologar la primera edición del libro y a la Dra. Ana Luisa Velandia Mora por hacerlo en la segunda edición.

¹ Datos del libro Morrone, Beatriz “Soltando amarras. Claves para comprender la historia pendiente de la enfermería argentina”. - 2a ed. - Mar del Plata: Suárez, 2012. 235 p.; 21x15 cm. ISBN 978-987-1732-72-2

Fenomenología

Ethic and bioethic dilemmas on palliative care for hospitalized elderly: nurses' experience.

Dilemas éticos y bioéticos en los cuidados paliativos de mayores hospitalizados: vivencia de enfermeras

Dilemas éticos e bioéticos nos cuidados paliativos de pessoas idosas hospitalizadas: vivencia de enfermeras

Juliana Bezerra do Amaral¹, Maria do Rosário de Menezes², Maria Antonia Martorell-Poveda³,
Simone Cardoso Passos⁴.

¹ RDoctoranda en Enfermería - Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. (Brasil). Bolsista de la Fundación Carolina en la Universidad Rovira i Virgili, Tarragona (España). Profesora Asistente de la Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador - Bahia (Brasil).

² Profesora adjunta nível 3 de la Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica e Administração de Enfermagem, Salvador-Bahia (Brasil).

³ Profesora Titular, Departamento de Enfermería, Universidad Rovira i Virgili, Tarragona (España).

⁴ Maestra en Enfermería - Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador - Bahia (Brasil). Profesora Asistente de la Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador - Bahia (Brasil).

Cómo citar este artículo en edición digital: Bezerra do Amaral J; Menezes M^aR; Martorell-Poveda M^aA; Cardoso Passos S. (2012) *Ethic and bioethic dilemmas on palliative care for hospitalized elderly: nurses' experience. Cultura de los Cuidados. (Edición digital)* 16, 33. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.33.02>>

Correspondencia: Juliana Bezerra do Amaral. Avenida General Severino Filho, nº 1029, Condomínio Aldeiotta, 16C, Itapua, CEP: 41.600-096. Correo eletrônico: julianabamaral@yahoo.com.br
Recibido: 21/11/2011/ Aceptado: 13/4/2012



RESUMEN

Objetivo: analizar los dilemas éticos y bioéticos vivenciados por enfermeras que ofrecen cuidados paliativos a mayores hospitalizados en una unidad de cuidados paliativos

geriátrica de la ciudad de Salvador - Brasil, de mayo a agosto de 2005.

Metodología: Estudio cualitativo, exploratorio, descriptivo. Para la recogida de datos se utilizó la entrevista y la historia oral temática. Los datos fueron sometidos al análisis de contenido.

Resultados: del discurso surgieron dilemas como: Prolongando artificialmente la vida; Alimentando pacientes en condiciones terminales; Negando informaciones; y obteniendo un efecto indeseado - doble efecto.

Conclusión: Las enfermeras vivencian algunos dilemas éticos y bioéticos, conflictos de valores y contradicciones, pues es imposible dissociar los aspectos históricos y culturales

del cotidiano de los profesionales de salud. Sin embargo, la profundización teórica sobre la temática contribuirá para la plena implantación de los cuidados paliativos, promoviendo una transformación de la visión cultural sobre el proceso de muerte y morir.

Palabras clave: enfermería, cuidados paliativos, mayores, bioética.

RESUMO

Objetivo: Analisar os dilemas éticos e bioéticos vivenciados por enfermeiros que prestam cuidados paliativos a idosos internados em uma unidade geriátrica de cuidados paliativos da cidade de Salvador - Brasil, no período de maio a agosto de 2005.

Metodologia: estudo qualitativo, exploratório e descritivo. Para a coleta de dados foi utilizado entrevista temática da história oral. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo.

Resultados: dos discursos emergiram dilemas, como: prolongando a vida artificialmente; alimentando pacientes em condições terminais, negando informações, e obtendo um efeito indesejado - duplo efeito.

Conclusão: As enfermeiras vivenciam dilemas éticos e bioéticos, conflitos de valores e contradições, pois é impossível dissociar os aspectos históricos e culturais do cotidiano dos profissionais de saúde. No entanto, o estudo teórico sobre o assunto irá contribuir para a plena implementação dos cuidados paliativos, promovendo uma transformação cultural da visão cultural sobre o processo de morte e morrer.

Palabras claves: enfermera, cuidados paliativos, idosos, bioética.

ABSTRACT

Objective: analyzing ethic and bioethics dilemmas experienced by nurses who take palliative care for hospitalized elderly.

Method: quality study, exploring, descriptive, using the interview as technical for collecting oral history from ten nurses. The context was a geriatric palliative care unit from the city of Salvador – Brazil, in the period between May and August 2005. Content was used for speech analyzing.

Results: the speeches arose dilemmas like: artificially prolonging of life; feeding terminal condition patients; neglecting information; and obtaining an undesired effect – Double effect.

Conclusion: the nurses experienced some ethic and bioethics dilemmas, values conflicts and contradictions, for it is impossible to dissociate the historical and cultural aspects inserted in the daily life of the Health Professionals. However, the theoretical study about this theme Will contribute to complete deployment of the basics of palliative care by enabling cultural point of view transformation concerning to the process of dying and death.

Keywords: nursing, palliative care, elderly, bioethics.

INTRODUCTION

Medicine and nursing are sciences in constant renovation due to the advances in the investigation of diseases, development of new therapies, improvement in technical measures for diagnosis which lead to the discovery and treatment of many problems, promoting, this way, a great benefit to humanity by collaborating with the increase in life expectancy and improvement in the health situation of the population.



Nevertheless, progress does not always have the same meaning for the elderly who present non-transmissible and incurable diseases, since most of them are condemned to live with intense suffering and abandonment (Villamizar, 1992). Without granting them the benefits of hard technology, but offering the light form of treatment centered in the reception, attentive listening, and in the promotion of comfort and affection.

The western culture, based on the biological model of health and illness, hospital-centered care, often favors suffering and abandonment faced by many of the elderly with incurable diseases, since life is understood as being the greatest benefit and it is the responsibility of the medical professional to maintain life, even when life is prolonged through artificial means.

There is no doubt that technologies will totally change the ways of living and dying. However, it must be acknowledged that it is not possible to avoid death. It is possible to delay, but not avoid death (Gracia, 2005). Once this is the unchangeable destiny of all living creatures, death and the process of dying, as well as the quality of living, should be thought and discussed openly in all spaces of health area as well as in educational and health care institutions, since there are feelings that accompany the process of death, such as pain, fear, frustra-

tion, inequity, sadness, loneliness, among others (Vega and Juan, 2011; Gonçalves, 1999).

Therefore, with the purpose of changing healthcare towards patients with incurable and progressive diseases, the principles and philosophies of palliative care with the purpose of identifying, evaluating and controlling symptoms resurge, considering the physical, social, physiological and spiritual dimensions of the person to be cared for, providing quality to the death process of the patient as well as support to the family (Pessini, 2004).

Nonetheless, despite the strengthening of debates raised by the philosophy of palliative care, which favors comparison with the patient, families and health professional, the latter faces ethical and moral dilemmas for decision making when caring for patients with non-transmissible and progressive illnesses due to the prevailing culture and biomedical model.

In this perspective, this article, product of a masters dissertation by one of the authors, entitled "The meaning of health care/palliative care for hospitalized elderly: oral accounts of nurses", has the purpose of discussing ethical and bioethical dilemmas faced by nurses in the palliative care of hospitalized elderly patients, confirming the permanent necessity of the discussion within our professional environment.

METHODOLOGY

This paper is of explanatory-descriptive nature with a qualitative approach in the analysis of the information. The context was a palliative health care unit in a Geriatric Center in the city of Salvador-Bahia, in the period of May to August, 2005.

The thematic oral accounts were used on the basis that the true story is investigated from those who experienced a certain event

or who at least have a version that is debatable (Meihy, 1998). Therefore, though semi-structured interviews of 10 nurses were collected in the age group between 25 and 45 years, who had experienced palliative care of hospitalized elderly patients.

The stipulations of the National Ethics Commission in Investigation observing the ethical aspects of Resolution 196/96 of the National Health Council were complied (National Health Council, 1997). The performance of the investigation was approved by the Ethics Committee of the Santo Antonio Hospital, registered under number 021 on March 28, 2005.

The interviews were previously established, in accordance with the availability of the collaborators, and recorded in a recorder after the clarification of the confidentiality and anonymity of the interviews and the possession of a written authorization, permitting the recording and use of the information after transcription and contextualization.

To assist in the analysis of the narratives of the interviewed parties the Bardin content analysis was used, being "indicated in the study of motivations, attitudes, values, beliefs, tendencies" (Leopardi, 1999).

RESULTS AND DISCUSSION

From the accounts of the nurses four categories arose relating to ethical and bio-ethical dilemmas experienced on caring for the elderly hospitalized for palliative care. These were coded as: 1) Prolonging life – dysthanasia; 2) Feeding patients in terminal conditions; 3) Denial of information – autonomy and 4) Obtaining an undesired effect - double effect.

1) Prolonging life artificially – dysthanasia

Seemingly, in the testimony of some of

the interviewed parties, the reality of artificial prolongation of life drives us to reflect on the necessity of palliative care in our society. For example, one of the nurses commented:

(...) every one of them can be reanimated, so I do not make any distinction (...). Look! During my shift, the patient does not go into cardiac arrest, because before even imagining that he may, I will take all nursing (...) actions (...). Ent. 9.

These words illustrate the behavior of some professionals in the face of the inevitability of death of people in the final phases of illness, causing great suffering to these by taking unnecessary measures which do not grant the patients their human dignity. To talk about this behavior we use the term Dysthanasia, which refers to a painful death and which is the antonym of Euthanasia, which is defined as a practice in which the life of a patient, with a recognizably incurable disease, is abbreviated without pain or suffering (Bueno Silveira, 1980).

Ortotanasia is defined as death on its own time, without any disproportional abbreviation or prolongation of the process of death. The name ortotanasia comes from the Greek "orthos" (upstanding, correct) and "thanatos", which denotes death (Pessini, 2001). The practice of ortotanasia tends to avoid dysthanasia.

Nevertheless, despite the possibly unconscious conduct of the professional faced with the process of death of patients, in their accounts it was possible to identify the understanding of the meaning of palliative care as a comfort care, as demonstrated below:

(...) to me, palliative care would be the comfort of the patient where nurses can perform their complete activities (...), she also contradicts herself by informing that "during my turn (work shift), the patient does not go (cardio-respiratory arrest), because before imagining that

the patient will go (...) I will take all the nursing actions and, after that, he may go (die), but in another shift, not in mine, so as no-one can say, ah! (...) confirmed". Ent. 9.

One can infer, from a bioethical point of view, there was an infringement of the non-maleficance, one of the principles of the ethics trinity which implies in not causing unnecessary damage or suffering to patients throughout the treatment given, which is the obligation of the health professionals.

One should recollect also that in Chapter V, article 46, of the Nursing Professionals' Code of Ethics, there is a guidance against euthanasia and dysthanasia, prohibiting professionals of "promoting euthanasia or cooperating in practices leading to the anticipation of the client's death" (Federal Council of Nursing, 2004)

In a study about dying with dignity the author reflects that the presence of a routine in which there are various duties and a lot of responsibility, nursing professionals associate that the correct attitude is not to let the patient die (Esslinger, 2003).

Hence, the assertions of the collaborating nurse reflects her desire to maintain life, not performing actions that would be characterized as dysthanasia, because the team of this Geriatric Center has been offering to its professionals study groups about palliative care and awareness workshops for caring for the terminally ill elderly.

2) Feeding patients in terminal conditions

Food and beverages consumed in a community are an essential part of the culture, apart from being related to a means of subsistence and to an agreeable experience, also collaborate towards promoting comfort, communication and social interaction. Neverthe-

less, despite exercising one of the main roles in peoples' lives, which does not change as time passes or in the presence of a serious illness, when the latter occurs, food is marked by its absence or by the difficulties of ingestion (Esslinger, 2003).

Nurses working in palliative care often present loss of weight or anorexia due to multiple causes. Anguish is caused to family members and caretakers due to the absence of food which will not alter the course of the illness (Esslinger, 2003). From the words of one of the nurses interviewed, the difficulty of the professionals emerges in relation to accepting the denial of nutritional support by the elderly, despite their technical-scientific knowledge revealed in the accounts.

Time goes by and the patient does not wish to eat, but I tell the patient, you will go without eating. According to the literature, if the patient does not wish to eat, one must not give them food. I ask myself: "Will they die of hunger?" (...) It is necessary to mature this idea of palliative care. Ent. 7.

The traditional opinion in the hospices is that "when a patient no longer wishes to be fed, the patient should not be forced" (Pessini, 2004). And, that in the "last days of life, the metabolism is altered and the energy used for digestion, even when in small quantities, is very difficult for the patients", because the acetonemia (abnormal increase of ketone bodies in the blood) present at the final moments of life, offering, among other things, relief to pain. In this manner, the forced diet therapy could lead to prolonged suffering to patients (Pinto, 2009).

While nutritional support through artificial feeding (enteral or parenteral) in the context of the terminal situation, many complications can occur due to the central venous

catheters and enteric tubes, such as: infections, pneumothorax, nausea, gastric ecstasia, abdominal extension, diarrhea, among others (Pinto, 2009).

Therefore, considering that the continued refresher courses performed with professionals of services for healthcare of patients in palliative care could lead to a modification in the culture that it is necessary to keep feeding these patients, when the loss of appetite and cachexia of the ill are due to the progression of the illness.

3) *Denial of information - autonomy*

This category was thus denominated because nurses revealed that they do not issue and do not accept to inform patients on their state of health and closeness of death.

According to Chapter IV, articles 26 and 30, of the Nursing Professionals' Code of Ethics it is informed that it is the duty of the professionals to "render adequate information to the client and family members in relation to the nurse-care, possible benefits, risks and consequences which could occur, as well as collaborating with the health team in clarifying to the client and family members about the state of health and treatment, possible benefits, risks and consequences which could occur" (Federal Council of Nursing, 2004).

Hence, the patient and family members should receive clear, objective and comprehensible information, adapted to their cultural condition, on the actions, diagnosis and therapies, whereby the patient has the right to consent or refuse the procedures to be performed.

The patient does not need to know that he/she has a terminal illness, does not need to know that he/she has only a few days to live, does not need to know that there is no cure for his/her illness, does not need to know any of this. Ent. 7.

It is true [pause], patients, I believe, should not be informed about their clinical symptoms, (...) they do not have the knowledge, although maybe they do have an idea, (...), (...). Since they are wise people, I believe they are aware of when they are close to dying. Ent. 10.

This situation of not informing the patients about their state of health, apart from violating the principle of autonomy, recognized as the principle of right and will of the persons governing themselves, it can also be related to cultural and paternalist attitudes, characteristic of Latin American countries, protecting their patients. In Anglo-Saxon countries, on the other hand, objectivity of information is valued and performed by the professionals (Pessini, 2004).

Nonetheless, in extreme situations, when there are fair reasons for imagining that the truth is incompatible with respect to human dignity, the breach of truth can be conceived (Gracia, 2005). Working with the elderly in terminal conditions, for example, makes possible to identify situations in which the principle of autonomy may be totally or partially disregarded, since there are patients that suffer from neuropsychiatric disorders which make comprehension of the information difficult, as in the case of dementia, and others are abandoned by their families and dear ones in institutions, impeding that they, as legal responsible, have any right to know or decide.

However, no matter how difficult communication of the truth is in this situation, the principle of veracity should always be respected, because this is the basis of trust in interpersonal relationships, because it benefits the elderly and the family (principle of beneficence) permitting participation in decision making (autonomy) (Pessini, 2004).

4) *Obtaining an undesirable effect - double effect*

The principle of the double effect is characterized as an action of care which when performed entails in negative effects to the patient. A common event in palliative care occurs when there is the necessity of analgesia and sedation for patients in intense pain, as difficulty in breathing, anxiety, agitation and acute confusion and, after the administration of drugs such as morphine, which can produce effects such as a decrease in blood pressure or respiratory depression, the patient deceases. This is an example of an undesired effect.

This situation is evidenced in the following comment, in which the nurse emphasizes that the main objective was to alleviate suffering and promote quality of life, where accompaniment was offered to the patient.

There was one patient who was in a lot of pain and had morphine prescribed in case necessary. Therefore morphine was administered, and the patient went (...), the blood pressure was inaudible, and slowly the elderly patient deceased, but we were giving all the due assistance, knowing that these were palliative care, all of us were accompanying, giving all the assistance. Ent. 3

So, the double effect principle occurs when a therapy represents the best possible (good action), used with the direct purpose of causing a positive effect, and its consequences (collateral effect) can lead to negative situations (Pessini, 2004).

Finally, it is understood that adequately structured palliative care, with guidelines established for difficult decision making, is of fundamental importance to elderly patients in terminal conditions, because it “does not avoid euthanasia, but decreases appreciably the request for euthanasia” (Gracia, 2005).

FINAL CONSIDERATIONS

The results obtained and presented permit the affirmation that nurses are still in full construction of the comprehension of nursing assistance/care in terminal process of hospitalized elderly patients. Consequently, some ethical and bioethical dilemmas, conflicts of values and contradictions are identified in the comments of the interviewed nurses in the practice of nurse-care to patients with non-transmittable and incurable diseases, because it is impossible to disassociate the historical and cultural aspects in the daily lives of health professionals.

It is considered that the influence of the curative formation is still strongly linked to the difficulties found for the credible comprehension of the principles and philosophies of palliative care, a reality which is already consolidated in European countries and originated from the modern hospice movements.

Lastly, palliative care renders attention during the final moments of the patients' lives, because its philosophy proposes an integral vision of the individual in the presence of an incurable pathology and in all the derived circumstances, and the professionals put forth debates about terminal sedation, analgesic therapy, feeding, blood transfusions and reanimation.

In this context, health professional should become aware of the bioethical principles that fundament and accompany the professional practice, in a process of continuous reflection and ample discussion about health and the specificity of each service (Germano, 1993).

BIBLIOGRAPHY

- Bueno Silveira, F. (1980) Dicionário escolar da língua portuguesa. 11. Ed.. Rio de Janeiro: FENAME.
- Carvalho, R; Taquemori, L. (2008) Nutrição e Hidratação in: OLIVEIRA AYER, R. et al(col) Cuidados Paliativos. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (2004) IV do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem [disponible en: http://www.coren-rj.org.br/codigo_etica.htm] (consultado en mayo de 2005).
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (1997). Resolução CNF nº. 196, de 10 out. Resolve aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Brasil.
- Esslinger, I. (2003) O paciente, a equipe de saúde e o cuidador: de quem é a vida afinal? Um estudo acerca do morrer com dignidade. São Paulo, Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 397 p.
- Germano, R. (1993) A ética e o ensino de ética na enfermagem do Brasil. São Paulo: Cortez.; 73-78.
- Gonçalves, LHS. (1999) Aprendendo a cuidar de pessoas em condição terminal. In: Py, P (org). Finitude: uma proposta para reflexão e prática em gerontologia. Rio de Janeiro: NAU.
- Gracia, D. (2005) Uma reflexão sobre a autonomia contemporânea em relação à morte. Revista IHU On-Line. 8-11 [disponible en: [http://www.saofrancisco.edu.br/itatiba/uploadAddress/Eutanasia_entrevistas\[9495\].pdf](http://www.saofrancisco.edu.br/itatiba/uploadAddress/Eutanasia_entrevistas[9495].pdf)] (consultado en noviembre de 2005)
- Leopardi, M. (1999) Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática. Florianópolis (SC): Papalivros.
- Meihy, J. (1998) Manual de história oral. 20. ed. São Paulo (SP): Loyola, 86pp.
- Pessini, L. (2004) A filosofia dos cuidados paliativos: uma resposta diante da obstinação terapêutica. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. (Org.). Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Loyola.
- Pessini, L. (2001) Distanásia: até quando prolongar a Vida? São Paulo: Centro Universitário São Camilo.
- Pinto, C. (2009) Procedimentos sustentadores de vida em Cuidados Paliativos: uma questão técnica e bioética. En: Manual de cuidados paliativos / Academia Nacional de Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro: Diagraphic, 195-201
- Vega, M. Juan, L. (2011) Perspectiva de la enfermera ante el paciente oncológico en fase terminal en Tampico, Tamaulipas, México. [disponible en: <http://www.index-f.com/cultura/30pdf/30-052.pdf>]
- Villamizar, E. (1992) Síntomas Gastrointestinales. En: Bejarano, P.F; Jaramillo, I. Morrir com dignidad – fundamentos del cuidado paliativo – atención interdisciplinaria del paciente terminal. Colombia: Amazonas Editores.



Historia

El rol enfermero. Cambios más significativos entre ayudante técnico sanitario y diplomado universitario en Enfermería.

Nurse role. Most significant changes between ATS (sanitary technician) and DUE (university diploma in nursing).

Da enfermeira role. Alterações mais significativas entre ATS (assistência técnica paramédico) e DUE (diploma universitário em enfermagem)

Nuria Martínez Cadaya¹, M^a Luz Fernández Fernández²

¹ Diplomada en Enfermería. Servicio Cántabro de Salud.

² Licenciada en Historia. Máster Interuniversitario de Historia Contemporánea. Diplomada en Enfermería. Profesora E.U.E. "Casa de Salud Valdecilla" U. de Cantabria.

Cómo citar este artículo en edición digital: Martínez Cadaya N; Fernández Fernández, M^a L. (2012) El rol enfermero. Cambios más significativos entre Ayudante Técnico Sanitario y Diplomado Universitario en Enfermería. *Cultura de los Cuidados*. (Edición digital) 16, 33. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.33.03>>

Correspondencia: Nuria Martínez Cadaya. C/ Joaquín Bustamante N^o 5, 10^o B. C.P. 39011 Santander. Cantabria. Dirección de correo: nuria_mc85@hotmail.com. Telf.: 646426920.

Recibido 11/12/2011/ Aceptado: 15/02/2012



ABSTRACT

The health needs of the population have conditioned the professional role of nursing throughout history, and hence nursing functions have been redesigned, which is reflected in the professional practice. Presented below is a descriptive study carried out by a literature review that covers the period between 2000 - 2010, which objective is to identify the evolution of the nurse's role in Spain in the transition from "Sanitary Technical Assistant" qualification to Nursing degree. Through the analysis of

the social, legal and formative context of the literature, it is evidenced the change in the nurse's role, changing its orientation towards the management of comprehensive care to the individual, expanding its roles to welfare, educational, management and researcher fields and using a scientific methodology based on the knowledge of their own discipline. However, these changes can be noticed more in the educational field than in the welfare field. It is concluded that the nurse's role has suffered significant changes since the implementation of the university studies although it does not achieve its real effectiveness. It is essential to deeply reflect on the reasons that prolong this situation and adopt the needed measures to fully assume the autonomous role.

Key words: Nurse's Role; Nursing Care; History of Nursing.

RESUMO

As necessidades de saúde da população condicionaram o papel do profissional de enfermagem ao longo da história, de modo que foram remodelando as funções de enfermaria refletindo assim na prática profissional. A continuação apresenta-se um estudo de carácter descriptivo através de uma revisão bibliográfica que abrange o período entre os anos 2000-2010 e cujo objetivo é identificar a evolução do papel do enfermeiro na Espanha durante a transição de ayudante técnico-sanitario (A.T.S.) a diplomado universitario em enfermaria (D.U.E.). Através da análise do contexto social, legal e informativo da bibliografía se demonstra a mudança do papel do enfermeiro modificando sua orientação com relação à administração dos cuidados integrales do individuo, expandindo as suas funções ao nível asistencial, docente, de gestão e investigação e aplicando um método científico baseado nos conhecimentos da própria disciplina. No entanto, essas mudanças são mais visíveis no plano educacional que no plano asistencial. Concluimos que o papel do enfermeiro sofreu mudanças significativas desde o inicio dos estudos universitários, mas não chegou à verdadeira eficácia do mesmo. É imprescindível analisar profundamente sobre as razões que prolongam esta situação e tomar as medidas necessárias para assumir plenamente o papel autónomo.

Palavras-chave: Papel do Profissional de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem; História da Enfermagem.

RESUMEN

Las necesidades de salud de la población han condicionado el rol profesional de la enfermería a lo largo de la historia, de manera

que se han ido remodelando las funciones enfermeras reflejándose en la práctica profesional. Se presenta a continuación un estudio de carácter descriptivo realizado mediante una revisión bibliográfica que abarca el periodo establecido entre los años 2000-2010 cuyo objetivo es identificar la evolución del rol enfermero en España en la transición de A.T.S. a D.U.E. A través del análisis del contexto social, legal y formativo de la bibliografía se evidencia el cambio en el rol enfermero modificando su orientación hacia la administración de cuidados integrales al individuo, ampliando sus funciones al ámbito asistencial, docente, de gestión e investigador y empleando una metodología científica basada en los conocimientos de la propia disciplina. Sin embargo, estas modificaciones son más visibles en el plano docente que en el asistencial. Se concluye que el rol enfermero ha sufrido cambios significativos desde la puesta en marcha de los estudios universitarios aunque no se alcanza la verdadera efectividad del mismo. Es imprescindible reflexionar en profundidad a cerca de los motivos que prolongan esta situación, y adoptar medidas necesarias para asumir plenamente el rol autónomo.

Palabras clave: Rol de la enfermera; Atención de Enfermería; Historia de la Enfermería.

INTRODUCCIÓN

La promulgación en 1857 de la Ley de Instrucción Pública supuso la primera referencia legal en la construcción la disciplina enfermera al reconocerse los estudios de Practicante y Matrona, no así los de enfermera, que deberían esperar a inicios del siglo XX concretamente por la Orden de 7 de Mayo de 1915.

Pero sin lugar a dudas, uno de los cambios trascendentales para la Enfermería español-

la sería la unificación de las tres titulaciones existentes, Practicante, Matrona y Enfermera, en una sola, Ayudante Técnico Sanitario en 1953, cuando tras la adhesión de España a la OMS, nuestro país debió asumir las directrices en materia sanitaria marcadas por este Organismo. Esta nueva titulación marcaría un hito para la Enfermería española ya que entre otras modificaciones, se elevaría el nivel de estudios de acceso a Bachillerato Elemental y la formación se estructuraría en tres años. Aún así, la función enfermera seguía quedando condicionada a las directrices médicas, como así lo marcaba la propia titulación al especificar la palabra “Ayudante”, sin olvidar además, que la formación continuaba en manos de los facultativos de la Medicina.

El advenimiento de la democracia a mediados de los años setenta del pasado siglo, supondría una metamorfosis trascendental para la sociedad española que obviamente alcanzaría a la Enfermería. Por fin, y como ya ocurría en los países anglosajones, los estudios enfermeros se integrarían en la Universidad en 1977 bajo la titulación de Diplomado en Enfermería y los profesionales tomaban las riendas de su formación. A partir de este momento, comenzaban a establecerse las funciones independientes y los cuidados se centrarían en el ser humano como una entidad holística, abriéndose nuevas expectativas para la profesión.

En los últimos años, los distintos cambios educativos y legislativos han dado lugar a la aparición de nuevas funciones y competencias que sin duda modificarán la práctica profesional. En la actualidad, los estudios de Grado obligarán a los profesionales enfermeros a plantearse la redefinición de su rol, sin duda, una cuestión que no es sencilla de resolver.

Estas reflexiones sobre nuestras actuaciones y el resultado de las mismas, constituyeron

el punto de partida para llevar a cabo un trabajo cuyo objetivo ha sido identificar el desarrollo y evolución del rol enfermero en España, más concretamente en la transición que sufrió de la titulación de Ayudante Técnico Sanitario a la integración en la Universidad para obtener la titulación de Diplomado en Enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

Este estudio es de carácter descriptivo y se ha llevado a cabo mediante una revisión bibliográfica que abarca el periodo establecido entre los años 2000 y 2010 utilizando para ello tanto fuentes primarias como secundarias.

La búsqueda bibliográfica se realizó utilizando las siguientes palabras clave: Rol de Enfermería; Atención de Enfermería; Historia de la Enfermería.

Para la realización de este trabajo se establecieron cinco fases:

1ª Fase.- Búsqueda sistemática en cuatro bases de datos: *Bibliografía española de Historia de la ciencia y de la técnica*; *CiberIndex*; *CUIDENplus* y *Dialnet*; y dos catálogos bibliotecarios pertenecientes a la Biblioteca de la Universidad de Cantabria y Biblioteca Central de Cantabria.

2ª Fase.- En esta etapa se analizaron manualmente los sumarios de los volúmenes publicados en los diez años establecidos para este estudio de seis revistas de enfermería publicadas en España con alto factor de impacto: *Enfermería Clínica*; *Index de Enfermería*; *Cultura de los Cuidados*; *Metas de Enfermería*; *Revista Rol de Enfermería e Híades*. Con respecto a estas dos últimas publicaciones se siguió un criterio diferente, así, en el caso de la Revista Rol de Enfermería se amplió el periodo de estudio, ya que no hay que olvidar que fue la primera publicación enfermera en nuestro país, por lo que se inició la revisión

en el primer número publicado en 1978 hasta 2010. Por su parte, *Híades* es la única revista cuya temática se centra en la Historia de la Enfermería y por esto se realizó una revisión completa de todos los volúmenes publicados entre 1995 y 2008.

3ª Fase.- Establecimiento de una serie de indicadores bibliométricos que permitieran realizar un posterior análisis de los datos expresados literalmente en los artículos:

- Revista en la que está publicado.
- Año de publicación.
- Nombre y apellidos de los autores.
- Número de autores por artículo.
- Titulación de los autores.
- Institución a la que pertenecen los autores.
- Zona geográfica a la que aparece vinculado el artículo.
- Existencia de palabras clave.
- Existencia de bibliografía.

4ª Fase.- Las referencias legales que aparecen en los distintos artículos analizados se cotejaron en la base de datos de la Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado (B.O.E.) y en su colección histórica, Gaceta de Madrid.

5ª Fase.- La búsqueda bibliográfica se complementó con las aportaciones de fuentes primarias facilitadas por familiares y compañeros de profesión.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El total de números de revistas analizados ha sido de 638, de los cuales se han seleccionado para el estudio 82 artículos en los que se refleja una temática muy variada. Por ello, y dadas las peculiaridades del estudio, se ha procedido a mostrar de manera conjunta los resultados y la discusión estableciéndose en la misma dos tipos de análisis, uno bibliométrico y otro temático.



ANÁLISIS BIBLIOMÉTRICO

El primer indicador a tener en cuenta es la revista de publicación. Es necesario destacar, tal y como se muestra en la gráfica, el abundante número de artículos encontrados en la *Revista Rol de Enfermería*, que sobrepasa en mayoría absoluta a la suma de todos los artículos revisados de las otras cinco revistas investigadas. (Gráfico 1)

Este hecho puede explicarse dado que el periodo analizado de esta revista triplica el periodo analizado de las demás publicaciones.

El segundo dato analizado es el año de publicación del artículo. Los primeros años tras la integración en la Universidad (1978-1980) son de los de mayor productividad bibliográfica, pero en el año 2004, y sin coincidir con ninguna fecha especial, se publicó el mayor número de artículos relacionados con el tema a estudio. (Tabla 1)

Los siguientes indicadores establecidos son los autores y el número de autores por artículos. Existe una gran variabilidad de autores entre los que destaca Rosa María Alberdi Castell por ser la que más artículos ha firmado. Sin embargo, como se observa en el gráfico, el 60% de los artículos están firmados por un solo autor. (Gráfico 2)

Para continuar con el estudio, se tuvieron en cuenta la titulación de los autores y la ins-

titulación a la que pertenecen. Las titulaciones más repetidas son enfermera y profesor de universidad. Hay que remarcar la presencia tan importante del ámbito docente en la producción de literatura científica enfermera. La universidad es la institución más destacada, pues se referencia en el 60% de los artículos; seguida de los hospitales, que se corresponden con el 10%.

Otro de los indicadores analizados es la zona geográfica a la que se encuentran vinculados los autores del artículo, así se aprecia que las comunidades autónomas más productivas son Andalucía, Cataluña y Madrid.

Además, se ha valorado la existencia de palabras clave, siendo la más repetida *Enfermería* seguida de *Cuidados*, *Identidad* y *Poder*.

El último indicador bibliométrico establecido fue la existencia de bibliografía, en este sentido es interesante reseñar que solamente el 60% de los artículos contempla este apartado. Este resultado es extrapolable al resto de indicadores anteriormente expuestos en los que predomina un alto porcentaje de incumplimiento de las normas generales de publicación de las revistas.

ANÁLISIS TEMÁTICO

El 40% de los artículos estudiados muestran la evolución formativa y legal de las distintas titulaciones de enfermería y el 60% de los artículos tiene una temática centrada en el rol enfermero pero abarcan una gran variedad de subtemas como las competencias, funciones, reconocimiento social, identidad, o perfil profesional.

En la actualidad, la profesión de enfermería va camino de completar la cuarta década dentro de la universidad, una situación, de notable mención cómo se refleja en una gran cantidad de los artículos revisados en los que



queda patente la sospecha y preocupación porque los cambios esperados no han surtido en la realidad el efecto deseado. Esta cuestión puede apreciarse en los diferentes documentos en los que se plasman algunos de los problemas que impiden según los autores, el avance profesional como es el caso de la falta de especificidad de las funciones y competencias, la ausencia de poder efectivo o la identidad no consensuada, además del reconocimiento infravalorado y la inadecuada imagen social. Es interesante reseñar que estos factores aparecen de manera recurrente indistintamente del año de publicación del artículo, ya sean de finales de los años setenta o hayan sido publicados en la actualidad. Aun así, pocos son los autores que se implican en proponer una solución a la controversia planteada, y si lo hacen, se trata de vagas indicaciones sobre el objetivo que se quiere conseguir pero sin explicar los pasos precisos para alcanzarlo.

En relación a la función asistencial que ejercen las enfermeras, son varias las teorías que sostienen que no se ha desligado del modelo biomédico centrado en la enfermedad, cuestión que reflejan varios autores como Miró (2010) quién señala que *“el rol enfermero está conformado por dos dimensiones profesionales, la cuidadora o independiente y la curativa o interdependiente”* y otros autores indican que *“ambas son complementarias: No sería posible curar sin cuidar”* (García, Sainz y Botella, 2004).

Con respecto a lo anteriormente expuesto, debe tenerse en cuenta que en la etapa de Diplomado, al adquirir una visión integral de la persona, se pretendía enfatizar el rol independiente, pero se observa, que esta modificación no es asumida por todo el colectivo ya que como explican García y Buendía (2001) *“los profesionales enfermeros se consideran en una gran mayoría, la máxima autoridad y responsables de los cuidados básicos del paciente, pero todavía no asumen de forma clara los cuidados relacionados con las necesidades básicas como la esencia de la profesión, incorporando a los cuidados de tratamiento como una parte de ella”*. Además, apuntan que *“los enfermeros siguen organizando el trabajo por tareas y, en su mayoría, no utilizan el diagnóstico enfermero ni trabajan con sus pacientes en base a un plan de cuidados”*. Es cierto, que esta situación podría verse condicionada por ciertas condiciones laborales como la presión asistencial, *“hábitos muy arraigados, inadecuados registros”* (García et al., 2001) o como explica Palacios (2007) por la propia *“organización interna de los hospitales que se realiza en base a unidades médicas orientadas a la patología o a la realización de técnicas diagnósticas y terapéuticas específicas”*.

La misión de la enfermería es atender, cuidar, y es lo que nos identifica como profesión, de manera que algunos autores auguran que si no se desempeña esta función, y continúan destacándose *“las funciones más técnicas, podría llegar a sustituirse las enfermeras por otros profesionales de categoría inferior y formación profesional técnica”* (Chocarro, Guerrero, Venturini y Salvadores, 2004). Estos mismos autores, indican que la actividad asistencial recibe mayor consideración respecto al resto de funciones enfermeras. Esto es ratificado por el director del foro español de pacientes (Blancafort, 2006), el cual revela que *“una de*

las principales demandas de las asociaciones de pacientes es la mejora y entrenamiento en habilidades de comunicación entre el colectivo de profesionales sanitarios”.

La función docente, es una competencia adquirida con la titulación de Diplomado en Enfermería en la que se distinguen dos campos de actuación: la formación del personal enfermero y la información y educación sanitaria a los individuos y su comunidad. En varios documentos se plasma la incongruencia entre el perfil transmitido a los alumnos en las Escuelas, publicaciones y reuniones científicas de Enfermería y el perfil desarrollado en los centros asistenciales. Así, García et al. (2001) exponen que *“los estudiantes al finalizar su formación e incorporarse al mundo laboral, les resulta difícil poner en práctica los modelos de enfermería y la metodología de trabajo aprendida, adaptándose a un sistema de funcionamiento asistencial”*.

La Orden de 28 de febrero de 1985 establecería los órganos de dirección de los hospitales surgiendo por primera vez las Direcciones de Enfermería y los nuevos modelos de gestión, cuestión que sin duda supondría un paso hacia delante en el reconocimiento de la profesión, estableciéndose la función gestora. Así, si tras la incorporación a la Universidad se había conseguido el reconocimiento de la autonomía de la profesión, pasándose de realizar tareas subordinadas a trabajar en equipos interdisciplinarios y multidisciplinarios, a partir de ahora, todo lo relativo a los recursos humanos y materiales enfermeros, sería responsabilidad de la gestión de la profesión.

Al analizar el papel de los gestores enfermeros en la consolidación del rol profesional, puede apreciarse que los resultados sobre esta función son muy variados identificándose una falta de unificación, aunque coinciden en se-

ñalar que la Enfermería ha alcanzado puestos de reconocido poder, desempeñando cargos en el Ministerio de Sanidad como Asesoras o en las Direcciones de Gerencias Hospitalarias y de Atención Primaria. (Martínez, 1986; Durán, 2002). Por el contrario, para otros, no se ha asentado completamente esta función ya que consideran ínfima la representación de la profesión en puestos de poder (Alberdi, 1983), apuntando como posibles causas la *“acomodación al sueldo y al puesto”* (Montes, 2002), aunque algunos autores opinan que la realidad es que algunos profesionales no quieren aceptar cargos de poder para evitar tener que asumir responsabilidades (Lunardi, Peter y Gastaldo, 2006).

Igualmente, otro de los aspectos que se refleja en este estudio es el empeño por conseguir la formación de Grado superior y el desarrollo de las Especialidades *“para facilitar el acceso real a los puestos de verdadero poder ya que la categoría profesional marca hasta dónde se puede acceder en la organización”* (Cano-Caballero, 2004). Los autores señalan que a pesar de la perseverancia, no se han conseguido los logros esperados, por un lado, han pasado casi treinta años desde la inclusión de Enfermería en la Universidad hasta la aprobación del Decreto de Especialidades en el 2005, y desde entonces hasta ahora no están vigentes en su totalidad. Asimismo señalan, que la educación superior universitaria se ha alcanzado gracias a la inclusión en el Espacio Europeo de Educación Superior que clasifica la enseñanza superior en tres niveles y permite a la Enfermería por primera vez realizar cursos de Master oficial y trabajos de doctorado en la propia disciplina.

Por último, y en lo que concierne a función investigadora puede decirse que comienza a tenerse interés por *“investigar en cuidados para demostrar la validez de las intervenciones enfermeras”* (Alberdi, 2006), y para establecer

guías y protocolos de práctica clínica con el fin de concretar criterios de actuación basados en la evidencia científica, además de la necesidad de transmitir las inquietudes y resultados obtenidos. A partir de la década de los ochenta, comienzan a surgir en España las primeras revistas especializadas en enfermería, y su incremento en número ha sido tan importante, que ha obligado a crear bases de datos bibliográficas para su gestión. Por otra parte, hay que destacar los numerosos Congresos tanto a nivel nacional como internacional y la publicación de libros y tesis doctorales. Aún así, la investigación en enfermería sigue siendo un tema muy discutido, algunos autores identifican cierta inapetencia por ella, *“la actividad investigadora no es todavía asumida como un elemento más del desarrollo profesional por muchos de los enfermeros”* (García et al., 2001), mientras que otros afirman que *“el desarrollo de la investigación es un elemento clave para el impulso y consolidación de la profesión”* (Chocarro et al., 2004; Teixidor, 2006).

CONCLUSIONES

Es evidente que se han producido cambios profundos en el rol enfermero y que se plasman:

- **En la forma de pensar:** Deja de centrarse en la curación de la enfermedad para cuidar la salud de los individuos y su entorno.

- **En la forma de actuar:** No se limita a ejercer su función asistencial y amplía sus funciones a otros ámbitos de actuación, sino que las desarrolla con autonomía y responsabilidad propia desprendiéndose del carácter subordinado y dependiente.

- **En la forma de hablar:** Normaliza los diagnósticos enfermeros y el empleo de una metodología científica mediante la aplicación de los Planes de Cuidados.

A pesar de todo, estos cambios en el rol enfermero no han alcanzado los niveles deseados, y es una cuestión que se repite a lo largo de los artículos desde finales de los años 70 hasta la actualidad. Es imprescindible reflexionar en profundidad a cerca de los motivos que prolongan esta situación y adoptar las medidas necesarias para que se produzca el desarrollo efectivo del rol profesional.

Con el nuevo cambio de titulación que se esta produciendo en la actualidad, ¿solucionarán los estudios de Grado esta situación?, la respuesta nos la dará el tiempo ya que como dijo Florence Nightingale *“lo importante no es lo que nos hace el destino, sino lo que nosotros hacemos con él”*.

BIBLIOGRAFÍA

- Alberdi, R.M. (1983). La enfermería ¿profesión femenina? Revista Rol de Enfermería, 57, 21-27.
- Alberdi, R.M. (2006). Los estudios universitarios de enfermería y sus implicaciones en la investigación en cuidados. Enfermería Clínica, 16(6), 332-335.
- Blancafort, S. (2006). ¿Qué esperan los pacientes de los profesionales sanitarios? [editorial]. Enfermería clínica, 16(1), 1-2.
- Cano-Caballero, M.D. (2004). Enfermería y género, tiempo de reflexión para el cambio. Index de Enfermería, 13(46), 34-39.
- Chocarro, L., Guerrero, R., Venturini, C., Salvadores, P. (2004). Análisis de la identidad profesional a través de la competencia educadora de la enfermería. Cultura de los cuidados, 15, 55-62.
- Durán, M. (2002). Un homenaje a los 25 años de Enfermería en la Universidad. Revista Rol de Enfermería, 25(1), 22-30.
- García, I., Buendía, A. (2001). Identidad e identificación de la enfermería. Revista Rol de Enfermería, 24(7-8), 539-545.
- García, A. M., Sainz, A., Botella, M. (2004). La enfermería vista desde el género. Index de Enfermería, 13(46), 45-48.
- Lunardi, V., Peter, E., Gastaldo, D. (2006). ¿Es ética la

- sumisión de las enfermeras? Una reflexión acerca de la anorexia de poder. Enfermería Clínica, 16(5), 268-274.
- Martínez, B. (1986). Papel de la Enfermería en la Reforma Hospitalaria. Revista Rol de Enfermería, 91, 40-43.
- Miró, M. (2010). Los modelos conceptuales, una estrategia de poder con implicaciones profesionales. Enfermería Clínica, 20(6), 360-365.
- Martínez, N. (2011). El rol enfermero: Cambios más significativos entre Ayudante Técnico Sanitario y Diplomado Universitario en Enfermería. Trabajo Fin de Grado Universidad de Cantabria. [No publicado].
- Montes, J.F. (2002). La enfermería, una breve aproximación sociológica: desde, donde y hacia donde. Cultura de los Cuidados, 11, 30-39.
- Palacios, D. (2007). La construcción moderna de la enfermería. Cultura de los Cuidados, 22, 26-32.
- Teixidor, M. (2006). La Europa de la salud: Un nuevo espacio para las enfermeras. Metas de Enfermería, 9(6), 61-66.

Grafico 1

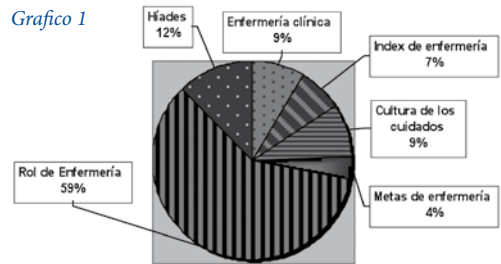


Gráfico 2

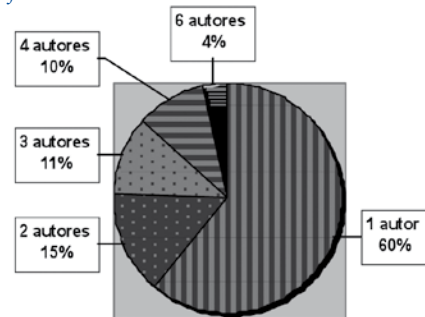


Tabla 1

Año	Nº artículos	Año	Nº artículos	Año	Nº artículos
2004	9	1986	6	1978	4
2008	8	1979	5	2002	4
1980	6	2006	5	2009	4

Inicios de la enfermería militar en la aviación militar española

Beginning of military nursing in the Spanish military aviation

Início do enferméria militar na aviação militar espanhola

Jaime E. Saumell Bonet¹, Susana Rodríguez González², Francisco Velo Serrano³,
Manuel Davó Devesa⁴, Héctor Bernabé Jiménez⁵

¹ Enfermero, Escuadrón de Vigilancia Aérea nº 5 (EVA 5), Alicante.

² Enfermera, Base Aérea de Albacete. ³⁻⁴ Enfermero, EVA 5. ⁵ Logística aérea, EVA 5

Saumell Bonet JE; Rodríguez González S; Velo Serrano F; Davó Devesa M; Bernabé Jiménez H. (2012) Inicios de la enfermería militar en la aviación militar española. *Cultura de los Cuidados*. (Edición digital) 16, 33. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.33.04>>

Correspondencia: Jaime E. Saumell Bonet. Tel +34 677 329 800. Correo electrónico: jesbjesb@hotmail.com
Recibido 10/12/2011/ Aceptado: 12/02/2012



ABSTRACT

2011 marks the first century of the Spanish military aviation, since 1911 is considered its initial year. The objective of this study is to present the first military nursing professionals that carried out their jobs in the health care of the early Spanish Air Force. The development of this study presents a basic historiographic story, linking the evolutions of health care and the Spanish military aviation, and covering the early professionals of nursing in aviation units back in 1928.

Key words: nursing; aviation; military; hospital intern/practitioners.

RESUMO

O ano 2011 marca o centenário da aviação militar espanhola, sendo considerado 1911 como o ano que marcou seu início. O objetivo deste trabalho foi apresentar os primeiros profissionais da enfermagem militar que fizeram da sua profissão a atenção continuada da saúde do pessoal da aviação militar espanhola. O desenvolvimento do trabalho tenta fazer uma narração historiográfica que entrelaça a evolução da enfermagem da aviação militar em Espanha, e que documenta os primeiros profissionais da enfermagem militar nas unidades da aviação em 1928.

Palavras-chave: enfermagem; aviação; militar; estagiário hospital/praticantes.

RESUMEN

Se ha recordado en 2011 el centenario de la aviación militar española, al considerarse 1911 como el año que marca su inicio. El objetivo de este trabajo ha sido presentar a los primeros profesionales de enfermería militares que desempeñaron su cometido en la atención al personal de la aviación militar española. En

el desarrollo del trabajo se ha tratado de conformar un relato historiográfico básico que entrelazara la evolución de la enfermería y la aviación militar en España, documentando los primeros profesionales de enfermería militares en unidades de aviación en 1928.

Palabras clave: enfermería; aviación; militar; practicantes.

INTRODUCCIÓN

En la historia de la enfermería, en la transición hacia la profesionalización, se destacan como algunos de los factores determinantes, la actuación y las enseñanzas sanitarias derivadas de diferentes conflictos bélicos; Guerra de Crimea (1853) y Florencia Nightingale; batalla de Solferino (1859) y Henri Dunant; Guerra de Secesión (1861) y Dorotea Lynde Dix (Siles, 1999). La utilización de medios humanos y materiales en la atención sanitaria a los combatientes siempre ha sido necesaria, pero ha evolucionado al igual que los conflictos. Se ha considerado 1911 como el año de inicio de la aviación militar española, al inaugurarse ese año el aeródromo militar de Cuatro Vientos (Madrid) y tener lugar el primer curso de pilotos militares. La creación del actual Ejército del Aire data de octubre de 1939. El personal destinado al servicio de la aviación militar, necesitaba la atención sanitaria, como cualquiera de los otros miembros de los ejércitos, pero además, el personal de vuelo se veía afectado por los cambios fisiológicos provocados por las condiciones de vuelo, como el mal de altura o soroche, exposición a temperaturas extremas, o por lesiones, que si no nuevas si fueron más frecuentes como los traumatismos y quemaduras, originadas por las características del nuevo material empleado y su medio de utilización. **Objetivos** Nuestro Objetivo; presentar

los primeros profesionales de enfermería militar con dedicación al personal de la aviación militar española.

ANTECEDENTES

En el siglo XVIII se denominaban practicantes militares a los alumnos de una escuela de cirugía que se incorporaban al Ejército durante una campaña, ayudando a los cirujanos en los batallones o en las tareas de hospital (Massons, 1994). Reinando en España Isabel II de Borbón, se promulgó en septiembre de 1857 la Ley de Instrucción Pública, que dispuso la creación del título de Practicante (Ortego Maté, 2002). Los conocimientos prácticos y teóricos que se habían de exigir a los que aspirasen al título de Practicante quedaron reglamentados legalmente en junio de 1860 (Normativa [Norm.]1), y noviembre de 1861 (Norm. 2), destacando cuatro áreas específicas; arte de vendaje y apósitos; curas por aplicación de sustancias blandas, líquidas y gaseosas; sobre el arte de practicar sangrías generales y locales, vacunación, perforación de orejas, escarificación y ventosas y de aplicar al cutis tópicos irritantes y cauterios; sobre el arte del dentista y la pedicura. El Reglamento del Cuerpo de Sanidad Militar de abril de 1855 organizó su Escala Facultativa (Norm. 3). Dicho Cuerpo debía estar constituido de un personal facultativo, compuesto de doctores licenciados en Medicina y Cirugía y en Farmacia, además de una brigada sanitaria, que prestaría el servicio de hospitales en todo tiempo y serviría de cuadro en el de guerra para establecer la brigada de socorro, que habría de seguir todos los movimientos y operaciones de las tropas en campaña. Con la fundación de las brigadas de Sanidad Militar, al practicante militar se le deja de atribuir una situación provisional (la meta es llegar a médico), para desig-

nar una profesión para toda la vida (Massons, 1994). En este reglamento se indicaba que a los practicantes que fueran bachilleres en la Facultad, tendrían la consideración de subtenientes y los restantes, la de sargento primero.

La guerra en Marruecos se inicia en octubre de 1859 y en marzo de 1860 se organizó una compañía de Sanidad, como base de las brigadas previstas, su plantilla fue: un médico mayor; un primer ayudante médico; dos segundos ayudantes médicos; un sargento primero practicante mayor; dos sargentos segundos y 13 de tropa, todos ellos practicantes aparatistas y cabos de sala; 34 practicantes de medicina y farmacia, y 70 sanitarios para la asistencia inmediata de enfermos y servicio de botica (Massons, 1994). En 1891 la brigada sanitaria estaba compuesta de dieciséis compañías y tres secciones sueltas. Cada compañía formada por una sección de practicantes y una de enfermeros. En abril de 1901, por Orden Circular (Norm. 4) se dispuso que en cada batallón o regimiento, se designara, además de los cabos o sargentos practicantes que tuvieran, un individuo por compañía, escuadrón o batería perteneciente al reemplazo más próximo a licenciarse para que adquiriese la suficiente instrucción y pudiera en caso preciso desempeñar el cometido propio de practicante o enfermero. Se hace indispensable la adopción de un emblema o signo externo que sirviera para diferenciar las condiciones de cada agrupación del Cuerpo Militar de Sanidad, así en abril de 1908 se determinó que las clases e individuos de tropa llevarían el emblema de la sección de medicina, en metal; dos ramas de olivo entrelazadas, y entre ellas la cruz de Malta; además en el brazo izquierdo un distintivo, consistente en dos ramas de olivo cruzadas, bordadas en estambre de color amarillo o blanco, según

fueran practicantes de medicina o enfermeros (Norm. 5).

PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE 1911-1938.

Cuando el 8 de febrero de 1911 un pequeño destacamento, compuesto por un sargento y seis soldados pertenecientes al Cuerpo de Ingenieros, se hizo cargo de la guarnición de un terreno en Cuatro Vientos, futuro aeródromo (Aguilar, 1993), la plantilla de sanitarios enfermeros o practicantes de la brigada de tropas de Sanidad Militar en la primera región, era de 9 de primera y de 167 de segunda (Norm. 6).

El primer accidente grave ocurre en diciembre de 1911; el capitán Arrillaga quedó trastornado mentalmente, con intervalos de lucidez, para el resto de sus días, a causa de una conmoción cerebral (Salas, Warleta, & Pérezo, 1986). El primer fallecido por accidente en la aviación militar fue el capitán Bayo en junio de 1912, por meningitis, dos días después de sufrir un accidente con resultado de fracturas abiertas de ambos fémures en sus tercios inferiores y conmoción cerebral (Borobia, 1988), al precipitarse con su aeronave desde una altura de veinticinco metros. Cuando en mayo de 1913 se publicó la plantilla del servicio de la aeronáutica militar, no contemplaba personal sanitario (Norm. 7). A partir de 1913 la aviación militar española participa activamente en la guerra de Marruecos, empeño en el que concentrará sin interrupción sus principales esfuerzos hasta 1927. En noviembre de 1914 se sufre en las personas del capitán Barreiros y del teniente Ríos, los primeros heridos en combate de la Aviación Española (Marimón, 1976). Tres personas tenían hasta hace poco tiempo un papel perfectamente marcado por sus nombre en la asistencia a enfermos; el médico, el practicante y el enfermero. Con respecto al



enfermero se entendía como tal al sirviente masculino o femenino, que en la clínica oficial o particular desempeñaba cerca de los enfermos funciones puramente mecánicas (Alonso, 1945). En mayo de 1915 (Norm. 8), se estableció el programa de los conocimientos necesarios para ejercer la profesión de enfermeras, las aspirantes aprobadas en los exámenes correspondientes, ante un tribunal análogo al que funcionaba para la reválida de practicantes, obtendrían una certificación expedida por el Decano de la Facultad de Medicina. El concepto de la palabra enfermera, cambia. Ya no es la sirviente de referencia. Sus servicios no son ya sólo mecánicos, sino técnicos.

En 1920, cinco años después de ser creado el título de Enfermera en España, en la sección de Sanidad Militar son creadas ocho plazas de enfermeras para el Hospital militar de Urgencia, dos de primera clase y seis de segunda con el haber diario de seis y cinco pesetas, respectivamente. Se aprobó el reglamento para ingreso, ascenso y servicio, y los programas de oposición para las mismas, convocándose oposiciones para cubrir las mencionadas plazas (Norm. 9). De este primer grupo, Dña. Elvira López Martín, participó en los primeros servicios sanitarios de la aviación en Marruecos. En los combates para tomar la posición

de Tizzi Assa, a finales de octubre de 1922, se realizaron transportes de personal sanitario y equipos quirúrgicos al frente: médicos y enfermeras para que atendiesen a los heridos. La noche del 2 de noviembre de 1922 se realizó el primer vuelo sanitario de la aviación militar española (Gudín, 2008), desde el aeródromo de Tauima al de Dar-Drius. Habiendo heridos en los combates, que eran evacuados a Dar-Drius, donde no había medios suficientes, se optó por ir a buscar en avión al equipo médico y material quirúrgico necesario. El jefe del equipo médico estimó necesario llevar con él un ayudante y una enfermera; Dña. Elvira López. Es la primera actuación de la enfermería española en la aviación militar en su vertiente logística operativa.

LOS 100 PRACTICANTES DE SANIDAD MILITAR

Las guerras han sido foco de evolución en la asistencia a heridos y han influido poderosamente en la profesionalización de la enfermería (Siles, 1999). El desastre de Annual en julio de 1921, en la guerra del Rif (Marruecos), en el que las fuerzas españolas tuvieron más de diez mil bajas, así como el gran número de heridos sin posibilidad de atender adecuadamente, provoca, entre otras respuestas, la creación de un cuerpo específico de practicantes militares. En septiembre de 1921, con el fin de atender debidamente las necesidades sanitarias de las tropas, especialmente la del ejército de operaciones y mientras no se organizase definitivamente el Cuerpo subalterno de Sanidad Militar, se crearon 100 plazas de practicantes profesionales del Ejército, auxiliares del Cuerpo de Sanidad Militar, con el objeto de ser destinados a prestar servicio en las unidades del Ejército en África, constituyendo la base del Cuerpo auxiliar. Para ello se convocó

un concurso-oposición al objeto de asignar la mitad de las mismas a practicantes con título, y la otra mitad a las clases o individuos de tropa que, sin tenerlo, fueran o hubieran sido practicantes sanitarios de las Comandancias de tropas de Sanidad (Norm. 10). Se pidió la edad mínima de veintiún años y máxima de treinta y cinco, los derechos de examen fueron de diez pesetas para los opositores paisanos. La selección de los practicantes con título se llevó a cabo mediante oposición compuesta de dos ejercicios, uno teórico y otro práctico de los programas que se adjuntaban. Para las plazas que se adjudicaron a los practicantes sin título de la comandancia de tropas, se substituyó el ejercicio teórico por el estudio de los antecedentes personales, méritos que constaran en las filiaciones e informes detallados que de los aspirantes dieron sus jefes respectivos al cursar las instancias. Dicho personal no tuvo asimilación a categoría militar alguna, pero fue subordinado a la jurisdicción de Guerra, comprendiéndole los preceptos de las Reales Ordenanzas y del código de Justicia Militar. En cuanto al uniforme, se usó el mismo que los jefes y oficiales del Cuerpo de Sanidad Militar, sin divisa alguna, llevando por emblema en el cuello de la guerrera y en la gorra, dos ramos de olivo entrelazados y en el centro las iniciales P.M., todo ello bordado en oro. Su sueldo inicial fue de 3.000 pesetas anuales. Como resultado del concurso-oposición, en noviembre de 1921, fueron nombrados los cien practicantes militares con derecho a plaza, quedando otros sesenta en expectativa de vacante. El número uno de aquel concurso-oposición fue D. José Selles Ral, practicante con título, sargento de la compañía mixta de Sanidad Militar de Larache (Norm. 11).

El 16 de diciembre se dispuso que los nombrados practicantes solicitasen con toda

urgencia, la plaza de las citadas en cuya demarcación desearan prestar servicio con preferencia (Norm. 12). El 31 de diciembre de 1921 pasaron destinados a las órdenes de los jefes de Sanidad Militar de Melilla, Ceuta-Tetuán y Larache, para ser distribuidos según las necesidades del servicio en los cuerpos, establecimientos, centros y dependencias del territorio (Norm.13). Habían pasado apenas tres meses desde la convocatoria. Las circunstancias por las que atravesaba España, la guerra en África, habían hecho que precipitadamente se creara, llenando con ello una necesidad hace tiempo sentida, el cuerpo de Practicantes de Sanidad Militar. En julio de 1926 se aprueba el Reglamento orgánico de la aeronáutica militar (aerostación y aviación) con sus plantillas correspondientes (Norm.14). En las correspondientes al personal sanitario, seguía sin contemplarse las de practicantes. Hay personal sanitario, médicos, en estas fechas en los campos de vuelo, y muy especialmente en los centros de reconocimiento del personal destinado a prestar servicios en aviación. En Italia, de la cual se tomaban algunas referencias, se había establecido y regulado el servicio sanitario de Aeronáutica en 1925, creando enfermerías y puestos de socorro en los campos de aviación (Norm. 15). El Ejército seguía formando al personal de reemplazo, a los reclutas afectos al Cuerpo de Sanidad Militar, denominándolos «soldado sanitario». Así en marzo de 1927 se especificaba la instrucción facultativa que debía recibir dicho personal, dividiéndola en dos grados, uno elemental para los sanitarios, conductores y enfermeros y otro superior para los sanitarios practicantes (Norm.16). El elemental consistía en unas ligeras nociones de cirugía menor y auxilio a los heridos, transporte a brazo y recogida, así como la aplicación del paquete de cura individual. El superior con-

sistía en enseñanzas teóricas y prácticas de cirugía menor, las obligaciones de los distintos cometidos en los servicios de hospitales fijos, de campaña y ambulancias, de cabos de clínica, de practicantes de libretistas, topiqueros, en las farmacias, en los servicios de desinfección y de higiene, nomenclatura y manejo de material sanitario de dotación de las distintas unidades. Se contemplaba que las tropas destinadas a Aviación, debían tener ligeras nociones de aviones sanitarios y carga y descarga de camillas con heridos en ellas, siendo éste el personal auxiliar sanitario en aviación, preparado para realizar principalmente tareas de evacuación (Borobia, 1989).

En enero de 1928, durante la dictadura del general Primo de Rivera, finaliza la campaña en África, y se produce una nueva organización de las fuerzas militares de Marruecos. En la Sanidad Militar, al reducirse el número de enfermos y hospitales en las plazas del protectorado de España en África, se dispuso que se pasara de cien a sesenta el número de los practicantes destinados en África (Norm.17). En esta reorganización, en febrero y marzo, pasan a prestar sus servicios en los aeródromos de Tetuán y Nador, los practicantes militares D. Honorato Lozano Martínez (Expediente [Exp.] 1) y don Francisco Hernández Sánchez (Exp. 2). Son los primeros practicantes que hemos podido documentar, al servicio de la aviación militar española. D. Honorato Lozano Martínez (1894 Arias (Cuenca)) había ingresado como soldado voluntario en la Brigada de Tropas de Sanidad Militar en 1914; D. Francisco Hernández Sánchez (1894 Villanueva del Río (Sevilla)), como soldado en la Compañía Mixta de Sanidad Militar en Melilla en 1915. Cuando en noviembre de 1931, ya con el gobierno de la segunda República, se adapta la organización de la Aviación Militar

a las nuevas normas orgánicas, en la plantilla del Servicio de Aviación aparecen por primera vez puestos de practicantes, en total 14 (Norm. 18).

CUERPO AUXILIAR SUBALTERNO DEL EJÉRCITO (C.A.S.E.)

En mayo de 1932, se declararon a extinguir los diversos Cuerpos políticos-militares del Ejército y se creó El C.A.S.E. para auxiliar al Ejército en sus distintas funciones y servicios (Norm. 19). Su segunda sección (subalternos periciales), se compuso del personal que lo solicitó, entre otros, de los practicantes y enfermeras militares de Medicina, grupo A y B. Su sueldo fue, de entrada, de 4.000 pesetas anuales. No tenían asimilación militar de ninguna clase, pero sí consideración de oficiales.

GUERRA CIVIL

En mayo de 1937 en el bando gubernamental se crea el Arma de Aviación, es el tercer servicio de las fuerzas armadas, a nivel similar a la Marina y el Ejército. En enero de 1938 se indica que la Sanidad de Aviación está formada por las ramas de Médicos y la de Practicantes (Norm. 20). En ese momento el practicante con mayor antigüedad en la aviación militar es D. Pedro Rodríguez Rodríguez, del C.A.S.E. (Exp. 3).

CONCLUSIONES. DISCUSIÓN.

La asistencia sanitaria en la aviación militar española, durante el período 1911 – 1936, correspondía a la sanidad del Ejército, puesto que la aviación militar, que tiene su origen en el Cuerpo de Ingenieros del Ejército, no adquirió entidad de ejército y creó su propia sanidad, hasta la Guerra Civil en el bando gubernamental, y posteriormente en el gobierno resultante de dicha guerra. En el Ejército la

asistencia de enfermería era realizada por personal de tropa formado por el propio Ejército, como los sanitarios practicantes y los sanitarios enfermeros. En 1921 se creó el Cuerpo de Practicantes de Sanidad Militar, aunque sus componentes no tuvieron asimilación militar alguna, opositando a su acceso tanto personal civil con la titulación de Practicante de Medicina como personal militar que fuera o hubiera sido practicante sanitario de las Comandancias de Tropas de Sanidad, comprometiéndose estos últimos, en el caso de no tener el título de Practicante de Medicina, a disponer de él en el plazo de cinco años. Así, junto a la oposición el año anterior de enfermeras para el Hospital Militar de Urgencia, el Ejército accedió a los profesionales de enfermería con la misma titulación que en la sanidad civil. En 1928, y como reestructuración de la sanidad militar al finalizar la guerra en África, cuando todavía no había plantilla asignada a tal efecto, pasaron a prestar sus servicios en los aeródromos de Tetuán y Nador (África), los practicantes militares D. Honorato Lozano Martínez y D. Francisco Hernández Sánchez que habían accedido al Cuerpo de Practicantes en 1921 y 1925 respectivamente, teniendo relación con el Ejército desde 1915, al haber formado parte de las Tropas de Sanidad Militar. Así ambos practicantes de medicina son veteranos de la Guerra de África, han estado en vanguardia, en combate, y en sus expedientes personales, el "Valor" se considera "Acreditado", obteniendo el señor Lozano la Cruz de Plata del Mérito Militar con distintivo rojo en 1926. Fueron los primeros practicantes de medicina, que hayamos documentado, en prestar sus servicios en la aviación militar española.



- Aguilar Hornos, J. (1993) Uniformidad de la Aeronáutica Española. Madrid, Museo del Aire.
- Alonso García-Sierra, E. (1945) Las carreras auxiliares médicas (5 ed.). Madrid,
- Borobia Melendo, E. (1988) Los primeros hechos históricos de la Sanidad del Aire. Revista de Aeronáutica y Astronáutica, Agosto, 844-848.
- Borobia Melendo, L. (1989). Sanidad del Aire: principio y Final. Revista de Aeronáutica y Astronáutica, Diciembre, 1499-1504.
- Expediente 1, Archivo General Militar de Segovia, Sección C-G, Legajo L-198. Expediente 2, Archivo General Militar de Segovia, Sección C-G, Legajo E-38. Expediente 3, Archivo General Militar de Segovia, Sección C-G, Legajo R-217
- Gudín de la Lama, E. (2008). 1923. Jornadas de Tizzi Assa: un ejército entre la espada y la pared. Aeroplano (26), 34-55.
- Marimón Riera, L. (1976). Historia de la Aeronáutica. San Javier, Murcia, España: Academia General del Aire.
- Massons, J. M. (1994). Historia de la Sanidad Militar Española (Vol. 3). Barcelona.
- Pomares-Corredor S.A. Ortego Maté, MC. (2002). De practicante a ATS. Rol, 25 (12), 9-14.
- Salas Larrazabal, J., Warleta Carrillo, J., & Pérez San Emeterio, C. (1986). Aviones militares españoles. Madrid: Instituto de Historia y Cultura Aérea.
- Siles González, J. (1999). Historia de la Enfermería. Alicante, España: Aguaclara.

BIBLIOGRAFÍA

Fuentes normativas

1. España, Ministerio de Fomento, Real Orden de 26 de junio de 1860. Gaceta de Madrid, 4 de julio de 1860, núm. 186, p. 1
2. España, Ministerio de Fomento, Reglamento para las enseñanzas de Practicantes y Matronas de 21 de noviembre de 1861. Gaceta de Madrid, 28 de noviembre de 1861, núm. 332, p. 1
3. España. Reglamento del Cuerpo de Sanidad Militar (1855). Colección Legislativa (2º cuatrimestre), p. 348-388.
4. Diario Oficial del Ministerio de la Guerra. Ministerio de la Guerra, 1901, núm. 86, p. 219, Madrid: Imprenta y Litografía del Depósito de la Guerra 1888-1928 . ISSN 0213-3199
5. *Ibidem*. 1908, núm. 93, p. 213.
6. *Ibidem*. 1911, núm. 23, p. 276.
7. *Ibidem*. 1913, núm. 100, p. 423.
8. España, Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Arte, Real Orden de 7 de mayo de 1915. Gaceta de Madrid, 21 de mayo de 1915, núm. 141, p. 484.
9. Diario Oficial del Ministerio de la Guerra. Ministerio de la Guerra, 1920, núm. 278, p. 883 . Madrid: Imprenta y Litografía del Depósito de la Guerra 1888-1928, ISSN 0213-3199.
10. *Ibidem*. 1921, núm. 196, p. 855.
11. *Ibidem*, 1921, núm. 262, p. 699.
12. *Ibidem*, 1921, núm. 281, p. 1003.
13. *Ibidem*, 1921, núm. 292, p. 1165.
14. España, Ministerio de la Guerra, Real Decreto, de 13 de julio de 1926. *Ibidem*, 18 de julio de 1926, núm. 159, p. 229.
15. Italia, Regio Decreto Legge, 8 Ottobre 1925, n 1879, Gazzeta Ufficiale, N. 260 del 9 Novembre 1925.
16. Diario Oficial del Ministerio de la Guerra. Ministerio de la Guerra, 1927, núm. 71, p. 1095, Madrid: Imprenta y Litografía del Depósito de la Guerra 1888-1928, ISSN 0213-3199.
17. *Ibidem*. 1928, núm. 9, p. 116.
18. Diario Oficial del Ministerio de la Guerra. Ministerio de la Guerra, 1931, núm.257, p. 423 . Madrid, ISSN 0213-3210.
19. España, Ministerio de la Guerra, Ley de 13 de mayo de 1932, *Ibidem*, 15 de mayo de 1932, núm. 114, p. 423.
20. España, Decreto de 4 de enero de 1938, Gaceta de la República, 8 de enero de 1938, núm. 5, p.69.

Epidemia de peste en 1649.

Enfermería en el Hospital de las Cinco Llagas

Plague epidemic in 1682. Nursing in the Hospital Five Wounds

Epidemia de peste 1649. Enfermagem no Hospital de Cinco Llagas

José Robles Carrión¹; Francisco Javier Vega Vázquez²; Estefanía Pachón María³

^{1,2} Due del Hospital Virgen Macarena de Sevilla.

³ Due del Hospital Nisa de Sevilla

Cómo citar este artículo en edición digital: Robles Carrión J; Vega Vázquez FJ; Pachón María E. (2012) Epidemia de peste en 1649. Enfermería en el hospital de las cinco llagas. Cultura de los Cuidados. (Edición digital) 16, 33. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.33.05>>

Correspondencia: José Robles Carrión. Glorieta de Letonia 1, portal i1, piso 4B. CP 41012 Sevilla. Teléfono: 654818741.

Email: enfermeroportu@hotmail.com

Recibido: 28/11/2011 Aceptado: 23/02/2012



ABSTRACT

This article is a study of care applied in Seville in 1649, the hospital of the Five Wounds. Its aim is to present a stage of history, culture, society, politics and nursing in the seventeenth century Seville and promote reflection in relation to the conceptions of care this time, as exemplified by the Hospital of the Five Wounds.

It is a descriptive, historical and critical-reflexive approach, the interpretation of the data followed the principles of content analysis. They concluded that unlike the rest of the healthcare team, the care team, you are not required academic professional requirements, also found that the end of the Hospital of the

Five Wounds was to attend to women infected with diseases that are considered curable not contagious. Mortality due to this epidemic of plague, was very high, highlighting the actions in public health.

We stress the importance of nursing staff in nursing education, the origin of a more organized teaching, later reflected in the Constitution of 1734.

Keywords: History of Nursing, Hospital of the Five Wounds, Fever 1649

RESUMO

Este artigo é um estudo dos cuidados aplicados em Sevilha em 1649, o hospital das Cinco Chagas. Seu objetivo é apresentar um cenário da história, cultura, sociedade, política e de enfermagem no século XVII Sevilha e promover a reflexão em relação às concepções de cuidado neste momento, como exemplificado pelo Hospital do Cinco Chagas.

É uma abordagem descritiva, histórica e crítico-reflexiva, a interpretação dos dados seguiu os princípios de análise de conteúdo. Eles concluíram que, ao contrário do resto da equi-

pe de saúde, a equipe de cuidados, você não é obrigado acadêmica exigências profissionais, também descobriu que o fim do Hospital das Cinco Chagas foi para atender a mulheres infectadas com doenças consideradas incuráveis não é contagiosa. Mortalidade por esta epidemia de peste, foi muito alta, com destaque para as ações em saúde pública.

Ressaltamos a importância da equipe de enfermagem no ensino de enfermagem, a origem de um ensino mais organizado, mais tarde consagrado na Constituição de 1734.

Palavras-chave: História da Enfermagem, Hospital das Cinco Chagas, Febre 1649.

RESUMEN

Este artículo es un estudio sobre los cuidados aplicados en Sevilla de 1649, en el hospital de las Cinco Llagas. Su objetivo es dar a conocer una etapa de la historia, cultura, sociedad, política y de la Enfermería en la Sevilla del siglo XVII y promover la reflexión, en relación a las concepciones de cuidados de esta época, tomando como ejemplo el Hospital de las Cinco Llagas.

Constituye un estudio descriptivo, histórico y enfoque crítico-reflexivo, cuya interpretación de los datos siguió los principios de análisis de contenido. Se llegó a la conclusión que a diferencia del resto del equipo sanitario, al equipo cuidador, no se le exigía requisitos profesionales académicos, también se descubrió que el fin del Hospital de las Cinco Llagas era atender a mujeres infectadas por enfermedades que se consideraban curables y no contagiosas. La mortalidad, debido a esta epidemia de peste, fue muy alta, destacando las actuaciones, en materia de salud pública.

Destacamos la importancia de la Enfermera Mayor en la formación enfermera, siendo el

origen de una docencia mas organizada, que posteriormente se reflejaría en la Constitución de 1734.

Palabras clave: Historia de la enfermería, Hospital de las Cinco Llagas, Peste 1649.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La peste (*Yersinia pestis*) es una enfermedad natural de los roedores, siendo las ratas el principal reservorio de la enfermedad. Las ratas son infectadas a través de un vector, que en este caso es la pulga de rata (*Xenopsylla cheopis*). La pulga chupa la sangre de un animal infectado e ingiere a la vez células de *Y. pestis*, las cuales se multiplican en el intestino de la pulga y serán transmitidas a otra rata en la siguiente picadura de la pulga. La enfermedad se irá extendiendo de forma que la mortalidad entre las ratas se hace tan elevada que la pulga busca nuevos huéspedes, entre los que se encuentra el hombre. La enfermedad se puede contraer al manipular un animal infectado y también puede transmitirse entre humanos.

Existiendo, tres tipos de cuadros clínicos:

- Peste bubónica.
- Peste neumónica.
- Peste septicémica.

La incidencia de peste, resulta imposible de analizar, si no se tienen en cuenta, otros factores adversos, como fueron, las inundaciones del 3 de abril de 1649, las precipitaciones y riadas del río Guadalquivir y sus afluentes, coincidiendo con el desabastecimiento de la Ciudad, con un fuerte incremento del precio de los alimentos, provocado éste, por las malas cosechas, sobretodo de cereales, así como del padecimiento de hambre, de la población general, las altas temperaturas existentes y una humedad muy elevada.

Se prohibió la entrada en Madrid, el 21 de Mayo, tanto de personas como bienes procedentes de Sevilla. Disminuyendo la mortalidad de esta epidemia, en los últimos días del mes de Julio, donde solo se produjeron algunos fallecimientos aislados.

El Hospital de las Cinco Llagas, fue fundado en 1500, por D^a Catalina de Rivera, para asistir en un principio, a mujeres pobres.

Los objetivos, que nos proponemos, son:

A.-Dar a conocer, una etapa de la historia, de la cultura, de la sociedad, de la política y de la enfermería de la Sevilla del siglo XVII.

B.-Promover la reflexión, en relación a las concepciones de cuidados en la Sevilla del siglo XVII, tomando como ejemplo, la formación enfermera del Hospital de las Cinco Llagas, vulgo de la Sangre.

MATERIAL Y MÉTODO

El documento que nos ha servido de base, para la elaboración del presente trabajo, es el libro "Copiosa relación de lo sucedido en el tiempo que duró la Epidemia en la Grande y Augustísima Ciudad de Sevilla, Año 1649.", impreso en Écija por Juan Malpartida de las Alas, y escrito por un religioso anónimo, y "sacala a luz Pedro López de San Román Ladrón de Guevara, Jurado de la dicha Ciudad, y Familiar del Tribunal de la Santa Inquisición."

Así como las Constituciones del Hospital de las Cinco Llagas de Sevilla de 1624.

Y otras fuentes indirectas de historiadores (Francisco Morales Padrón, Antonio Domínguez Ortiz, Juan Ignacio Carmona García), artículos especializados y cronistas de la época, principalmente Ortiz de Zúñiga.

RESULTADOS

Según el certificado expedido por el arzobispado de Sevilla de 1588, existían 14381 casas, 26986 vecinos y 120519 personas.

No expresándose si estaba incluido el clero, por lo que habría que añadir alrededor de 4000 personas más, así como aquellas personas que no estaban inscritas en dicho censo eclesiástico, alcanzándose por tanto una cifra de entre 120000 y 140000 habitantes en la Ciudad de Sevilla.

Es probable, que el número total de fallecimientos fuese alrededor de 60000, la mitad de la población.

A raíz de estos sucesos, se constituyó una Junta Municipal, presidido por el Asistente, conde de la Puebla y por su Teniente Mayor y varios caballeros veinticuatro. Con posterioridad, desde el poder Central, se ordenaba la constitución, una Junta Real de Sanidad Pública, la conocida como Junta de la Salud, en las que se integraban, los presidentes de los tribunales seculares y eclesiásticos y dos regidores capitulares hispalenses, el Alguacil Mayor y el Alcalde Mayor.

El Asistente, designó como diputado de peste a D. Jerónimo Pinelo de Guzmán, quién solicitó a los patronos del hospital de la Sangre, la autorización necesaria para ubicar la morbería de apestados, siendo mas de 1200 camas hospitalarias, las existentes, además de los 18 carneros que se formaron en dicho hospital, a parte de la apertura de seis grandes cementerios en la Ciudad.

También se llenó el Hospital de las Cinco Llagas, vulgo de la Sangre, muriendo mucha gente a la intemperie, en la explanada.

Hubo dificultades para contratar médicos, aunque la Ciudad, les abonaba 100 reales diarios. La enfermería estaba poco organizada.

En cuanto a las intervenciones en salud pública, quizás sea la quema de ropa a las afueras de la capital y el aislamiento de los enfermos, las actuaciones fundamentales, ya que la suciedad de las calles era consecuencia de la falta casi total de los servicios higiénicos más elementales, solo los palacios y las comunidades religiosas estaban provistos de agua propia y fosas sépticas, existiendo una mala pavimentación, falta de alcantarillado, ausencia de alumbrado público, etc., sin legislar aún, leyes de salud pública. Se procedió a sacrificar a perros y gatos. Se comenzó a encalar casas, limpiar y desinfectar calles y viviendas, así como desinfectar monedas, joyas de oro y plata, con vinagre y colocándolas al calor del horno.

El comercio prácticamente por tierra, no existía, y no se aceptaban monedas, que no estuviesen desinfectadas.

Toda persona que pudo, se marchó fuera de la Ciudad Hispalense.

El día 22 de julio, *“mandó poner el Padre Administrador del Hospital de la Sangre, bandera de Salud”*.

HOSPITAL DE LA SANGRE

INGRESOS	FALLECIMIENTOS
26700 Enfermos	22900 Fallecimientos
MÉDICOS	FALLECIMIENTOS
6 Trabajaban	5 Fallecimientos
CIRUJANOS	FALLECIMIENTOS
19 Trabajaban	16 Fallecimientos
SANGRADORES	FALLECIMIENTOS
56 Trabajaban	34 Fallecimientos

Las personas que formaban el equipo cuidador estaba formado, por la madre enfermera mayor, las madres enfermeras y sus ayudantes, las hijas ó doncellas. La madre mayor según las Constituciones de 1624, era la encargada de enseñar el oficio de enfermera y de supervisar,



los oficios desempeñados por las mujeres.

A este personal, no se le exigía ningún tipo de requisito profesional o académico, solo se exigía que fuesen capaces de tratar, cuidar a los enfermos con cuidado, amor y caridad.

Teniendo como objetivos fundamentales, atender las necesidades básicas no cubiertas y las alteraciones producidas por la enfermedad.

Al resto del equipo, el médico, el cirujano, el boticario y al barbero, se le exigía, que fuesen graduados, examinados o revalidados y cristianos viejos (limpios de sangre).

Durante el año 1649, hubo múltiples procesiones y rogativas con motivo de la peste, procesiones con el Lignum Crucis, el Santísimo Sacramento, Corpus Cristi, Nuestra Señora de los Reyes, etc.; aunque el Cristo más venerado en la época, era el Santo Cristo de San Agustín, que salió el 2 de Julio, hasta la Iglesia Mayor, quedándose 24 horas, en la Santa Iglesia Catedral.

El 21 de diciembre se pregonó en esta Ciudad, la salud con orden del Consejo Real.

DISCUSIÓN

A diferencia del resto del equipo sanitario, al equipo cuidador, no se le exigía requisitos profesionales académicos, ni limpieza de sangre. Desde estas raíces, ¿Se empieza la obsta-



culización del proceso que hoy denominamos de profesionalización? ¿Se tenía conciencia, del inicio de la construcción social de de la Historia de la Enfermería?

CONCLUSIONES

Destacamos la importancia de la enfermera mayor, como papel fundamental en la formación enfermera, siendo el origen de una docencia mas organizada, que posteriormente se reflejaría en las Constituciones de 1734.

El Hospital de las Cinco Llagas, tenía como finalidad, el atender a las mujeres infectadas por aquellas enfermedades, que se consideraban curables y no contagiosas.

La mortalidad, debido a esta epidemia de peste, fue muy elevada, destacando las actuaciones, en materia de salud pública, sin lugar a dudas, después de 1649, como dijo Pierre Chaunu, Sevilla, ya no es Sevilla, es otra ciudad que ha conservado su nombre pero ha perdido su actividad y su espíritu.

Reafirmar, la importancia de las Constituciones del Hospital de las Cinco Llagas, vulgo de la Sangre, de Sevilla de 1624, para conocer este periodo histórico de la Enfermería.

El Ayuntamiento de Sevilla, renueva cada año, el Voto de Acción de Gracias, que desde

el año 1649, realiza ante el Santo Crucifijo de San Agustín.

El desconocimiento de un tratamiento concreto, eficiente y eficaz, convertía a la epidemia en motivo de la aplicación de los más diversos remedios, convirtiéndose la intervención divina en la principal solución posible para garantizar la salud entre la población.

BIBLIOGRAFÍA

- Anónimo (1649) Copiosa relación de lo sucedido en el tiempo que duró la Epidemia en la Grande y Augustísima Ciudad de Sevilla, Año 1649, Sevilla.
- Calvo M; Gálvez A. (2004) La formación enfermera organizada en el Hospital de las Cinco Llagas de Sevilla, en el siglo XVIII. Salud y Cuidados 8.
- Carmona G. (2004). La peste en Sevilla. Ayuntamiento de Sevilla. Área de Cultura.
- Constituciones del Hospital de las Cinco Llagas de Sevilla de 1624. Sevilla.
- Domínguez A. (1986) La Sevilla del siglo XVII. Historia de Sevilla. Universidad de Sevilla, Secretariado de publicaciones, Sevilla.
- García S; Calvo E. (1995) Historia de la Enfermería. Universidad de Málaga, Málaga: 68-70.
- Hernández J. (1995) Historia de la Enfermería. Mac Graw Hill, Madrid: 77-80.
- Morales P. (2002) Memorias de Sevilla. Noticias sobre el siglo XVII. Publicaciones del Monte de Piedad y Caja de Ahorros de Córdoba.
- Siles, J. (2004). La construcción social de la Historia de la Enfermería. Index de Enfermería 13 (47): 07-10

Florence Nightingale y Federico Rubio: reformadores de la Enfermería moderna española

Florence Nightingale and Federico Rubio:
nursing reformers modern spanish

Florence Nightingale e Federico Rubio:
reformadores enfermagem moderna española

Elena Santainés Borredá¹; Francisco Faus Gabandé²; Ramón Camaño Puig³ y Fernanda Sarturi⁴

¹ Enfermera Máster. Doctoranda en el programa de Enfermería de la Universidad de Valencia.

² Profesor Titular Doctor del Departament d'infermeria de la Universitat de València.

³ Profesor Titular Doctor del Departament d'infermeria de la Universitat de València.

⁴ Prof^a. Enf^a. Ms. Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Palmeira das Missões/RS/Brasil

Santainés Borreda E; Faus Gabandé F; Camaño Puig R; Sarturi F. (2012) Florence Nightingale y Federico Rubio: reformadores de la Enfermería Moderna. *Cultura de los Cuidados*. (Edición digital) 16, 33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.33.06>

Correspondencia: Elena Santainés Borredá. Avd/Albaida nº 4, piso 4º, pta. 11ª Ontinyent 46870 (Valencia) ele0001.sb@gmail.com/Tel: 650826684

Recibido: 28/11/2011// Aceptado: 23/02/2012



ABSTRACT

The surgeon Federico Rubio-Gali is mentioned in connexion with Florence Nightingale. In different publications giving him a prominence in the development of the modern

Spanish nursing profession. With this work we propose to analyze the influence that Nightingale could have had over Rubio-Gali. We want to analyse the life and works of the founder of the School of Nurses of Santa Isabel de Hungría establishing the intellectual temporary and spatial coincidences with the Lady of the Lamp. Our objective is to establish the parallels between both lives and examine the possible impact of Nightingale in the beginnings of the modern Spanish nursing. The analysis of primary and secondary documental sources was the technique chosen to compare the biography and works of Nightingale and Rubio-Gali. Some of the similarities founded, e.g. in the syllabuses of their respective schools and different health measures would confirm the influence of Nightingale in Rubio-Gali, nevertheless, only in Hernández (1996), Nightingale is recognised as a key point in the contributions of Rubio-Gali.

Keywords: History, Nursing, Nightingale, Rubio-Gali.

RESUMO

Em diferentes bases de dados aparecem publicações que mencionam o cirurgião Federico Rubio em relação a enfermeira Florence Nightingale, dando-lhe um protagonismo na enfermagem espanhola. Mediante este trabalho nos propomos a analizar a influência que Nightingale pode ter tido sobre Rubio. Partindo da vida e obra do fundador da Escola de Enfermagem de Santa Isabel da Hungria, valorizaremos as coincidências tempo-espaciais con a Dona da Lâmpada. Nossos objetivos visam estabelecer paralelismos entre ambas vidas, assim como repercutir a percepção de Nightingale na enfermagem espanhola moderna. A análise documental foi a técnica escolhida para cadastrar a bibliografia e obra de Nightingale e Rubio, recorrendo tanto a fontes de informação primárias como secundárias. Alguns dos dados obtidos tais como a similaridade nos papéis de estudos e de suas respectivas escolas e as medidas sanitárias relacionadas a Saúde Pública, poderiam reinterar a influência de Nightingale sobre Rubio. Estes exemplos, entre outros, mostram coincidências y similaridades entre a enfermagem difundida por Nightingale e o plano proposto por Rubio. No entanto, somente Hernandez (1996), considerada Nightingale um ponto chave nas contribuições de Rubio.

Palavras-chave: História, Enfermagem, Nightingale, Rubio.

RESUMEN

En diferentes bases de datos aparecen publicaciones donde se menciona al cirujano Federico Rubio en relación con la enfermera Florence Nightingale, otorgándole un protagonismo en la enfermería moderna española. Mediante este trabajo proponemos analizar la influencia que Nightingale pudo haber tenido en Rubio. Partiendo de la vida y obra

del fundador de la Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría, valoraremos las coincidencias temporo-espaciales con la Dama de la Lámpara. Nuestros objetivos persiguen establecer paralelismos entre ambas vidas, así como reflejar la repercusión de Nightingale en la enfermería española moderna. El análisis documental fue la técnica escogida para contrastar la biografía y obra de Nightingale y Rubio, recurriendo tanto a fuentes de información primarias como secundarias. Algunos de los datos obtenidos tales como la similitud en los planes de estudios de sus respectivas escuelas y las medidas sanitarias relacionadas con la Salud Pública, podrían ratificar la influencia directa de Nightingale en Rubio. Estos ejemplos, entre otros, muestran coincidencias y similitudes entre la enfermería difundida por Nightingale y el plan propuesto por Rubio. Sin embargo, sólo en Hernández (1996), Nightingale es considerada un punto clave en las aportaciones de Rubio.

Palabras clave: Historia, Enfermería, Nightingale, Rubio.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende ofrecer una reflexión sobre nuestra historia, nuestras raíces y nuestros valores actuales, centrándonos en una época determinada, los inicios de la Enfermería Moderna en España. En opinión de Campos (2005) historiadores como Gutiérrez, Álvarez Sierra, Sánchez Cuesta e incluso el mismo Laín Entralgo (1974) representan ejemplos significativos de relatos biográficos de Rubio Galí en los que se destaca su éxito dentro del campo de la medicina, destacando en sus escritos una exaltación como precursor de la Cirugía Española y describen un Rubio que fundó la primera escuela de enfermeras de

la España moderna, la Escuela de Sta. Isabel de Hungría en 1896.

Ante esta institución personalizada por el doctor Rubio, las enfermeras nos preguntamos ¿de dónde emanan realmente las aportaciones de su propuesta? Esta cuestión puede plantear otras como: ¿quién fue la verdadera fundadora de la enfermería moderna en España? ¿Se ha investigado sobre el origen ideológico de las aportaciones de Rubio en el campo de la enfermería? O en su caso, ¿pudo influir la Florence Nightingale en la iniciativa de Rubio? A la hora de responder a estos interrogantes no hay que dejar de lado la consideración de Donahue (1985) sobre la existencia de cronistas como Cook, Strachey, Goldsmith y Woodham-Smith que descontextualizan a la enfermera Nightingale de su marco histórico. Es por ello, que se recurrió al estudio y análisis de archivos que relatan los acontecimientos desde perspectivas muy diferentes; encontrando, en algunos casos, biografías centradas en una faceta concreta de la vida de los personajes, minimizando o restándole importancia a otros aspectos que pudiesen tener relevancia para nuestra historia. Se partió de una valoración acerca de las coincidencias temporo-espaciales entre Nightingale y Rubio y la posible influencia de la Dama de la Lámpara en las aportaciones del Cirujano respecto a los cuidados y, concretamente, en la formación de las enfermeras modernas en España.

Partiendo de esta idea, se plantean dos objetivos: en primer lugar y una vez estudiada la biografía de F. Nightingale y de F. Rubio se analizan los posibles paralelismos de ambas vidas y la posible repercusión que Nightingale pudo ejercer sobre los pilares de la enfermería española moderna, sirviéndonos de descripciones de diversos autores, citas y aportaciones tanto de Rubio como de Nightingale que muestran una influencia de nuestra referente

profesional de los cuidados sobre la que fue la primera escuela de enfermeras modernas en España.

METODOLOGÍA

La investigación documental ha sido la técnica escogida para el análisis y comparación de la vida y obra de Nightingale (1820-1910) y Rubio (1827-1902); consistiendo en revisar la biografía de ambos dentro de su contexto sociopolítico y profesional. De esta forma se puede apreciar, desde una perspectiva más objetiva, su acción y repercusión a nivel social y sanitario. Se trató de reconstruir una semblanza en la que se conectaba la obra y la época en la que vivió cada individuo, considerándolo como un todo, de la misma forma en la que se parte de la idea holística del ser humano en la elaboración de un plan de cuidados enfermeros. Cada una de sus vidas se tomó como hilo conductor para intentar explicar los inicios de la Enfermería Moderna en España, procurando conectar y mostrar interacciones entre ambos profesionales.

Para ello, nos servimos tanto de descripciones detalladas de diversos autores como de aportaciones de ambos protagonistas. Relatos como los de Palma y Palma (2002), Campos (2005), Maset y Sáez (2003) y un largo etcétera sobre F. Rubio y otros centrados en la vida de F. Nightingale como el de Attewell (1998), Morillo (2005), Hanzeliková, Carabaño, Torresano, et al. (2005), Selanders (2010), entre otros, nos sirvieron para crear una cronología que trataba de armonizar los hechos histórico-temporales y los trabajos de ambos profesionales. Para poder evidenciar las repercusiones cultivadas por la enfermera sobre el cirujano tomamos como hilo conductor su libro *Notas sobre Enfermería. Qué es y qué no es* (2004), así como otras fuentes que describen lo acaecido en la Guerra de Crimea; como Florence

Nightingale and The Crimea (1854-1855) de Coates (2000).

RESULTADOS

Con la información recogida se procedió a reflejar la cronología gráfica de ambos protagonistas, evidenciando las coincidencias tanto en espacio como en tiempo. Uno de los hallazgos que pudiese resultar interesante, es por ejemplo la creación de la Escuela de Enfermeras en el Hospital de St. Thomas en Inglaterra en 1860, momento en el que F. Rubio se encuentra exiliado en Londres (Campos, 2004). Además, de los diversos textos que recogen la historia de la enfermería española se desprende que Florence Nightingale no parece estar considerada como un pilar base para Federico Rubio en la creación de la Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría, no relacionándose la vida de ambos, sino que se consideran dos personajes independientes, referenciando que “sobre la Escuela de Santa Isabel de Hungría (1894), nos resulta dificultosa su investigación” (Eseverri Chaverri, 1984, pp. 296) y afirmando que las ideas de Nightingale “sus teorías, en España, apenas si influyeron en este periodo que nos ocupa, es decir, 1850-1915” (Eseverri Chaverri, 1984, pp. 298). Teniendo en cuenta que dicho historiador no nombra a Rubio, es posible

plantearnos la idea de que no ha considerado relevante el periodo de exilio en Londres del cirujano en 1860.

Otros autores como Donahue (1985) muestran de forma gráfica en su obra las ciudades que entre 1860 y 1910 tomaron como referencia el sistema de Nightingale para la formación de enfermeras, algunas de ellas son: Sta. Catharines en 1864, New Haven en 1873, Dublín en 1879, Berlín en 1886, Roma en 1894, Beirut en 1906 y un largo etcétera, y nos parece llamativo que España no aparezca citada con la Escuela de Rubio creada en 1896. En este sentido el trabajo de Domínguez Alcón (1986), parece no considerar a Nightingale como fuente de inspiración de la Escuela de Enfermeras de Rubio en España.

Otras publicaciones más actuales indican que Rubio da gran importancia al médico higienista en la construcción de un ferrocarril considerando necesario un barracón en cada colonia con camas, colchones y demás aparataje hospitalario, es decir, la modernización de la sanidad hacia una buena Salud Pública (Herrera, 2002). Esta aportación es bastante similar a las medidas establecidas por Nightingale años atrás: “una mala sanidad, una mala arquitectura y una mala administración a menudo hacen imposible cuidar” (Nightingale, 2004, pp.2), afirmación que manifiesta la importancia de una adecuada implementación enfermera en Salud Pública; además de conocer que Nightingale fue la primera que estableció una conexión directa entre higiene y curación (Mulrain, 2010). Siguiendo con la misma idea, Rubio publica cinco reseñas anuales entre los años 1881-1885 en donde detalla las medidas en relación a la lavandería, ropa y ventilación entre otras, acompañadas de una descripción detallada del funcionamiento y de las intervenciones llevadas a cabo en el Instituto de Terapéutica Operatoria del Hospital de la Princesa,



fundado por el mismo en Madrid en 1880. Nightingale se puede ver reflejada en los escritos de F. Rubio cuando este expresa la necesidad de sanear la atmósfera del entorno del enfermo. Báguena (2003, pp. 123) cita unas palabras textuales del cirujano en las cuales se refiere que “el vapor de agua que hemos examinado bajo una forma líquida encierra sustancias nocivas para la respiración de los enfermos y presupone una atmósfera de todo punto antihigiénica y que conviene sanear, poniendo en práctica y vigor las leyes higiénicas en mal hora quebrantadas”. La enfermera apuntaba en sus escritos previos a Rubio, que “la primera regla de la enfermería es mantener el aire que respira el paciente, tan puro como el aire de fuera sin que el paciente se resfríe [...] El aire estancado es el más propicio para cultivar la viruela, escarlatina, difteria o lo que uno quiera” (Nightingale, 2004, pp. 6-7).

Por último, entre los hallazgos encontrados relacionados con los planes de estudios consideramos de importancia resaltar que Nightingale fue una de las promulgadoras de los planes de estudio para la primera Escuela de Medicina Militar del Reino Unido en Fort Pitt fundada en 1860 (Attewell, 1998). Tampoco se puede dejar de lado los resultados obtenidos que informan de los aspectos de carácter administrativo de la Escuela de Enfermeras del Hospital St. Thomas en Londres y la Escuela de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría en España fundadas por Nightingale y Rubio, respectivamente, descritos en los trabajos de Santamaría (2007) y Quinteiros (2008). Todas estas citas revelan cierta conexión de la obra de la enfermera Nightingale con la del cirujano Rubio, aunque presumimos que hay más datos que es necesario investigar y que pueden ir estableciendo la relación que pudiese existir entre sus obras y que, por supuesto, merecen un análisis más exhaustivo.

DISCUSIÓN

La información recogida y analizada hasta el momento nos indica que la asociación entre el exilio de Rubio y el momento en el que Nightingale crea la primera escuela de enfermeras en Londres, es el dato más enunciado por historiadores y otros profesionales, siendo en la mayoría de los casos la única alusión que se hace a F. Nightingale en relación a la enfermería moderna en España, lo que aparentemente parece ser nada más que una coincidencia para sus narradores. No obstante, hay aspectos que pueden ser analizados y discutidos, como es el caso de las medidas higiénico-sanitarias instauradas por el cirujano en el Instituto de Terapéutica Operatoria. Medidas, todas ellas, que parecen ser análogas a las establecidas por Nightingale como enfermera jefe en el Hospital de Scutari, durante la guerra de Crimea. Los resultados, como es el caso del saneamiento de la atmósfera del enfermo descrito por Rubio nos hacen pensar en que nuestra hipótesis puede ser ratificada, es decir, que parte de las aportaciones de Rubio en el campo de la Enfermería Moderna no fuesen tan novedosas, pues coinciden con los conocimientos elaborados por Nightingale años atrás

Al mismo tiempo es necesario tomar en consideración la relevancia a las aportaciones de Nightingale en el ámbito de la cirugía, recordemos que estuvo como enfermera jefe en el hospital de Scutari durante la Guerra la Crimea y gran parte de sus pacientes pudieron requerir no sólo cuidados higiénicos y de alimentación, sino también tratamiento de heridas de guerra, de infecciones contagiosas graves y, en los peores casos, intervenciones quirúrgicas. El hecho de que fuera una de las involucradas en los planes de estudio de la primera Escuela de Medicina Militar del Reino Unido puede ser prueba de su valía y, dado que hace referencia al campo de acción de F. Rubio, pensamos que pudo

ser un hecho que interesase en gran medida al cirujano español. Otro de los aspectos para deliberar que puede evidenciar la relación entre Nightingale y Rubio hace mención a la configuración administrativa de sus respectivas escuelas. En los trabajos de Santamaría (2007) y Quintairos (2008) se puede comprobar la similitud en cuanto a los años de formación, edad de las estudiantes, educación recibida y materias troncales, además de la alusión por parte de ambos profesionales a la educación tanto teórica como práctica.

Sin embargo, la discusión resulta más difícil si profundizamos en las publicaciones más actuales indexadas en diferentes bases de datos, pues aparece siempre la relación con Nightingale como algo secundario, lo que conlleva el otorgarle a Rubio un protagonismo que pudiese ser equívoco en cuanto a los inicios de la Enfermería Moderna en España (Herrera, 2002; Vázquez, 2005; Poyato, García y Álvarez, 2007; Herrera, 2009). Autores como Hernández, Delgado, Pinar, et al., (1994); Hernández, Pinar y Moreno (1996-1997) y Hernández, Gallego, Alcaraz, et al. (1997) reseñan únicamente que Rubio, siendo testigo del acontecimiento de la creación de la Escuela de Nightingale mientras estaba en Inglaterra -1860 a 1870- fue quién fundó en 1896 la Primera Escuela de Enfermería en España. Sin clarificar de forma evidente hasta que punto llega esa atribución o si, por el contrario, se trata de una contribución directa de Nightingale en España a través de un profesional de otra disciplina que tuvo la oportunidad de transmitirlo a nuestra sociedad.

Para concluir, con los hallazgos descritos es posible pensar en la existencia de sesgos en la historia de la Enfermería Moderna en España. No hay que olvidar que la historia es de quién la escribe, siendo la deliberación y la dimensión crítica de diferentes fuentes, imprescindibles

para poder lograr una mayor objetividad en los hechos que fundamentan nuestro pasado y, como consecuencia, nuestra calidad como profesionales. Llegando a conseguir las bases evidentes de los cuidados desde la perspectiva histórica propia de la enfermería y no de otras disciplinas, como en este caso la medicina de Rubio y Galí. Por ello, planteamos un estudio más minucioso que permita verificar esta breve aportación que pretende despertar interés en aquellos profesionales que quieran dar un valor significativo a sus raíces y a su profesión enfermera.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Attewell, A. (1998). Florence Nightingale. Perspectivas, revista trimestral de educación comparada, XXVIII (1), 173-189.
- Báguena, M.J. (2003). La Microbiología en la obra de Federico Rubio. En Carrillo Martos, J.L., Medicina y Sociedad en la España de la Segunda Mitad del Siglo XIX (pp. 119-128). Puerto de Santa María: Ayuntamiento del Puerto de Santa María y Asociación para la Formación. Investigación y Asistencia Médica de Andalucía "Federico Rubio".
- Campos, R. (2004). Curar y gobernar. Medicina y liberalismo en la España del siglo XIX. Monlau, Rubio y Giné. Tres Cantos (Madrid): Nivola Libros y Ediciones, S.L.
- Campos, R. (2005). Algunas reflexiones sobre la biografía divulgativa. Los casos de Monlau, Rubio y Giné. *Asclepio*, 57 (1), 149-166.
- Coates, T (2000). Florence Nightingale and The Crimea, 1854-1855. Guildford (Surrey): The Stationery Office.
- Domínguez Alcón, C. (1986). Los cuidados y la profesión enfermera en España. Madrid: Pirámide.
- Donahue, M. P. (1985). Historia de la Enfermería. España: Ediciones Doyma.
- Eserverri Chaverri, C. (1984). Historia de la enfermería española e hispanoamericana. Barcelona: Salud, S.A.
- Hanzeliková, A; Carabaño, M.J; Torresano, B. y García, M.R. (2005). Florence Nightingale y el contexto históri-

- co-sociocultural de su época. *Cultura de los Cuidados*, año IX (18), 24-33.
- Hernández, F; Delgado, A; Pinar, M.E. y Villahoz, M.C. (1994). Orígenes “modernos” de la enfermería española: primera escuela de enfermería en España, 1896. *JANO*, XLVII (1098), 55-57.
 - Hernández, F; Gallego, R; Alcaraz, S; González, J.M. (1997). La enfermería en la Historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. *Cultura de los Cuidados*, (2), 21-35.
 - Hernández, F; Pinar, M.E. y Moreno, M.A. (1996-1997). Memoria de un centenario. Primera Escuela de Enfermería Santa Isabel de Hungría. *Híades, Revista de Historia de la Enfermería*, (3-4), 189-195.
 - Herrera, F. (2002). Un acercamiento a la obra de Federico Rubio y Galí (1827-1912). *Revista de Historia de El Puerto*, (29), 63-88.
 - Herrera, F. (2009). La enfermería en la obra de Concepción Arenal y de Federico Rubio. *Enfermería Gaditana*, 4 (2), 37-39.
 - Maset, P. y Sáez, J.M. (2003). Medicina, estado y sociedad en la España de la segunda mitad del siglo XIX. En Carrillo Martos, J.L., *Medicina y Sociedad en la España de la Segunda Mitad del Siglo XIX* (pp. 1-34). Puerto de Santa María: Ayuntamiento del Puerto de Santa María y Asociación para la Formación. Investigación y Asistencia Médica de Andalucía “Federico Rubio”.
 - Mulrain, J. (2010). Programa de la Exposición de Florence Nightingale Exhibit™. La enfermera 39ª. En honor del 100º aniversario de su muerte en 2010. Panamá: Museo Nacional de Antropología.
 - Lain Entralgo, P. (1974). *Historia universal de la Medicina*. Barcelona: Salvat Editores, S.A.
 - Morillo, R.M. (2005). Florence Nightingale en la Guerra de Crimea. Un legado para la enfermería del siglo XXI. *Temperamentvm*, 2. Disponible en <http://www.index-f.com/temperamentum/tn2/t0128.ph>
 - Nightingale, F (2004). *Notas sobre Enfermería. Qué es y qué no es*. Barcelona: Masson, S.A.
 - Palma, F. y Palma, C. (2002). *Historia de las reseñas de los ejercicios del Instituto de Terapéutica Operatoria del Hospital de la Princesa (1881-1885)*. Salamanca: Europa artes gráficas, S.A.
 - Poyato, J.M; García, M.M. y Álvarez, M.F. (2007). Federico Rubio y Galí, “Príncipe de la Cirugía”, y la urología en la Sevilla del Siglo XIX. *Archivos Españoles de Urología*, 60 (8), 931-942.
 - Quintairos, S. (2008). Del practicante a la enfermera. 150 años de desarrollo profesional: el papel de los colegios profesionales. Universidad de A Coruña. Departamento de Ciencias da Saúde. España.
 - Riera, J. (1973). *La introducción en España del método antiséptico de Lister*. Valladolid: Universidad de Valladolid, Ediciones del Seminario de Historia de la Medicina.
 - Santamaría, M.B. (2007). Evolución histórica de la enfermería en Cardiología. *Enfermería en Cardiología*, año XIV (40), 21-28.
 - Selanders, L. (Eds.). (2010). Florence Nightingale by name Lady with the Lamp. En *Encyclopaedia Britannica* [versión electrónica]. New York: Enclicopaedia Britannica Inc, <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/415020/Florence-Nightingale#>
 - Vázquez, F. (2005). Instituto de Terapéutica Operatoria (1880-1939). Instituto Rubio y Galí, Instituto Moncloa. Contribución a las especialidades médicas y enfermería en España. *Anales de la Real Academia Española*, tomo CXXII, 411-430.

Naturalis historia de Plinio: concepción y terapéutica. A propósito de los cuidados de la mujer

Plinie's natural history: design and therapeutics. About the care of women

Naturalis historia Plínio; desenho e terapêutica. Sobre o atendimento de mulheres.

Mercedes Fraile Bravo¹; Francisco Tirado Altamirano²; Jesus Prieto Moreno³; Luis Mariano Hernández Neila⁴; Edurne Magdaleno Bravo⁵; Luis Sánchez Solís⁶

¹Licenciada en Enfermera, Licenciada en Antropóloga Social y Cultural. Profesora Filosofía e Historia de la ciencia enfermera. Universidad de Extremadura. Centro Universitario de Mérida.

²Licenciado en Enfermería. Profesor Universidad de Extremadura. Centro Universitario de Plasencia

³Licenciado en Enfermería y Licenciado en Antropología Social. Profesor Universidad de Extremadura. Centro Universitario de Plasencia

⁴ Profesor Universidad de Extremadura. Centro Universitario de Plasencia

⁵⁻⁶ Enfermera Asistencial Servicio Extremeño de Salud.

Cómo citar este artículo en edición digital: Fraile Bravo M; Tirado Altamirano F; Prieto Moreno J; Hernández Neila LM; Magdaleno Bravo E; Sánchez Solís L. (2012) Naturalis historia de Plinio: concepción y terapéutica. A propósito de los cuidados de la mujer. Cultura de los Cuidados. (Edición digital) 16, 33. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.33.07>>

Correspondencia: Mercedes Fraile Bravo. C/ Santa Joaquina de Jornet. Mérida 06800 Badajoz.

Correo electrónico: mfbravo@unex.es/ Tel. 658989114

Recibido 9/12/2011/ Aceptado: 13/02/2012



ABSTRACT

The bibliographical sources are basic elements of care study.

The aim of work is the historical reconstruction of caring for women in the Roman era in the early C. I d focusing on the role of design and delivery and the treatment employed.

Using qualitative methodology, historical method, focusing on hermeneutics, we study

and analyze the characteristics of the design and the therapy used to alleviate the problems of women in the life cycle of reproduction in Roman times, from a constructivist paradigm

The source used is the Key Pliny's Natural History Second, structured in 37 books. A book dedicated medical XXVI. There are plenty of dedicated therapeutic pharmacopoeia from animals and plants, providing the remedy to be used to facilitate the design, and each of the problems with menstruation, pregnancy and childbirth in women from Roman times

Collecting Roman pharmacopoeia of the early century to C. Use plants and animals and natural elements of therapeutic formula that soothe, heal or cure various health problems of women in particular: conception, pregnancy, childbirth, childbirth and menstruation.

Keywords: History of care, therapeutic wife, Roman

RESUMO

As fontes bibliográficas são elementos básicos de estudo cuidado.

O objetivo do trabalho é a reconstrução histórica de cuidar de mulheres na era romana no início dos anos C. I d enfocando o papel do design e de entrega e do tratamento empregado.

Utilizando metodologia qualitativa, método histórico, com foco na hermenêutica, que estudar e analisar as características do design e da terapia utilizada para aliviar os problemas das mulheres no ciclo de vida de reprodução no tempo dos romanos, a partir de um paradigma construtivista

A fonte utilizada é a chave de Plínio Segundo História Natural, estruturado em 37 livros. Um livro dedicado médica XXVI. Há uma abundância de farmacopéia terapêutica dedicada de animais e plantas, fornecendo o remédio a ser usado para facilitar o design, e cada um dos problemas com a menstruação, gravidez e parto em mulheres da época romana

Coleta de Roman farmacopéia do início do século a C. Use plantas e animais e elementos naturais da fórmula terapêutica que aliviar, curar ou curar vários problemas de saúde das mulheres em particular: concepção, gravidez, parto, parto e menstruação.

Palavras-chave: História do cuidado, a esposa de terapêutica, Roman.

RESUMEN

Las fuentes bibliográficas son elementos básicos para el estudio de los cuidados.

El objetivo de trabajo es la reconstrucción histórica de los cuidados de la mujer, en la época romana, a principios del siglo I d C. centrándolo en la función de concepción y parto y en la terapéutica empleada.

Mediante metodología cualitativa, Método histórico, centrado en la hermenéutica, se estudia y analizan las características de la concepción, así como la terapéutica empleada para paliar los problemas de la mujer en el ciclo vital de la reproducción en la época romana, desde un paradigma constructivista.

La fuente utilizada es la Historia Natural de Cayo Plinio Segundo, estructurado en 37 libros. A medicina se dedican el libro XXVI. Abundan los dedicados a terapéutica y farmacopea a partir de animales y plantas, estableciendo el remedio a utilizar para facilitar la concepción, así como cada uno de los problemas en la menstruación, embarazo y parto en la mujer de la época romana

Recopilación la farmacopea romana de principios del siglo I a C. Utiliza plantas y animales como elementos naturales de formula terapéutica que alivian, sanan o curan diferentes problemas de salud de la mujer en particular: concepción, embarazo, parto, puerperio y menstruación.

Palabras clave: Historia de los cuidados, terapéutica mujer, época romana.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El cuidado siempre ha existido desde el comienzo de la humanidad (Tailin, 2011). Siguiendo a Siles en su idea de partida de que los cuidados de salud están influidos por factores históricos-culturales que les dan significado, la historia aparece como una herramienta esencial para el desarrollo del conocimiento de la profesión (Siles, 2010).

Las fuentes bibliográficas han sido y son uno de los elementos básicos para el estudio de los cuidados. De hecho suponen un elemento fundamental en la construcción del conocimiento enfermero en las que se apoya el

Método Histórico, posibilita el avance del conocimiento humano, ya no solo de los textos escritos sino del mundo simbólico y cultural que el hombre plasma en sus acciones (Tamayo Castaño 2011). Así pues, estos dos elementos van a servirnos de soporte para la realización de esta investigación, en la que se erige como fuente principal bibliográfica la Historia Natural de Plinio. La elección de este Manual se realizó de forma casual al encontrar en él información que nos pareció atractiva tras la búsqueda de otro tipo.

Dado que el Manual de Historia Natural de Cayo Segundo Plinio, se sitúa a principios del siglo I de nuestra era, en pleno Apogeo del Imperio Romano, justifica la influencia y la importancia histórico-cultural, como bien sostenía Siles.

Cayo Plinio Segundo, apodado Plinio el Viejo, el Autor, murió en el año 79 a d C, el día primero de noviembre, cuando con 56 años desempeñaba el cargo de jefe de la escuadra de Tito anclada en Misena. Su inmensa curiosidad le llevó en plena erupción del Vesubio, a la observación directa del fenómeno, como nos relata su sobrino Plinio el joven (Plinio 1999) en las cartas a Tácito, recogidas en este ejemplar. Época en la que se iniciaba el receso de la sociedad romana, en el que se presentía la decadencia y el fin de la primera etapa de nuestra civilización occidental, época caracterizada por la pérdida del impulso creador, época en la que se producen los libros de recopilación que almacenan conocimientos sin añadir nada nuevo. Es posible que esta sea la afortunada causa de que se conserven.

El objetivo general de este trabajo es la reconstrucción histórica de los cuidados, y en especial, de los cuidados de la mujer, en la época romana, a principios del siglo I d C. centrándolo en una función exclusiva de la mujer

como es la concepción y el parto. Un segundo objetivo estaría encaminado a conocer la terapéutica empleada en los problemas de la mujer

La hipótesis de trabajo manejada es la siguiente: La Historia Natural de Plinio recoge los remedios naturales empleados en los cuidados de los problemas de la mujer.

MÉTODO

Hemos imprimido a este trabajo un enfoque cualitativo, concretamente el Método Histórico en la firme convicción de que el estudio de la historia de la enfermería constituye un importante pilar para la formación de la identidad profesional. Por tanto, tras un enfoque sistemático, se lleva a cabo la recogida de datos, evaluación crítica de los mismos y la presentación e interpretación de éstos con la consiguiente extracción de conclusiones.

La hermenéutica, como facilitadora de herramientas para comprender a un autor, se nos muestra como el instrumento fundamental.

Utilizando el modelo histórico-estructural que propone Siles (Siles, 2010) estableciendo y analizando las estructuras esenciales de Unidad funcional (Familia)-Marco funcional (Hogar)-Elemento funcional (Profesionales) evolución (Antigüedad), enmarcándose, según estas estructuras en la fase Tribal-Doméstica.

Se estudia y analizan las características de la concepción, así como la terapéutica empleada para paliar los problemas de la mujer en el ciclo vital de la reproducción en la época romana, desde un paradigma constructivista.

La fuente utilizada, es una fuente secundaria, la Historia Natural de Cayo Plinio Segundo, Plinio el Viejo. El Manual de referencia es una edición de especial de 1999 de las Obras Completas de D. Francisco Hernández editadas en Méjico por la Universidad nacional de Méjico en 1976. En los Tomos IV, VI y VII de



la obra de Hernández, se recoge la Historia Natural de Plinio, concretamente desde los libros primero al vigésimoquinto, siendo transcrito por Jerónimo de Huerta de los libros vigésimo sexto a trigésimoséptimo, en 1624, completando así los treinta y siete libros de que consta la H.N. de Plinio.

El análisis crítico externo de la fuente nos revela su originalidad y la crítica interna (Pardilla, 2007; Hernández Conesa 1999)

RESULTADOS

Se estructura en 37 libros, por materias: geografía, astronomía, botánica, veterinaria, etc. A medicina se dedican el libro XXVI, siendo más abundantes los libros dedicados a la terapéutica y la farmacopea a partir de animales y plantas, estableciendo el tipo de remedio a utilizar para facilitar la concepción, así como cada uno de los problemas en la menstruación, embarazo y parto en la mujer de la época romana.

Los libros XX a XXV conforman un importante tratado de farmacología obtenida de árboles, flores, hierbas, vino, animales de agua,

Nos interesa fundamentalmente la información recogida en los libros, VII, XXVI, XXVII, XXVIII, XXIX y XXX.

1-Libro VII, nos refiere la existencia de partos prodigiosos, en número, la constatación del cambio de sexo y parto de gemelos. Destacan el Capítulo XV.

La menstruación: El Cap XV se refiere a la regla de las mujeres. Se refiere a ella como "*La cosa más monstruosa*" (esta sangre), de tal manera que el mosto se torna ácido, las mieses que toca no granan, los arboles donde se sientan las mujeres con la regla, se les cae el fruto, los huertos se secan, el lustre de los espejos en que se miran se empañan, el brillo del marfil se empañan, se mueren las colmenas y el cobre y el hierro se tornan en orín y de olor pestilente, altera a naturaleza del Betún de Judea haciéndolo más pastoso e incluso si es ingerida por un perro le desencadena la rabia con mordedura incluida. Prejuicios, mitos y tabúes relacionados con la menstruación que curiosamente han perdurado hasta hace no mucho en nuestra sociedad occidental.

El Libro XXVIII, es su Cap VII, nos ofrece todo un elenco de los poderes de la menstruación, benignos: ahuyentar los granizos y las tempestades, contra las tormentas, sobre todo en navegación. Eso, son los únicos poderes beneficiosos, pues ya comprobamos que en general eran malignos, y sobre todo si coinciden con un eclipse de luna: hacen caer orugas en las mieses, dañan las vides, hacen huir a las abejas de sus colmenas si éstas son tocadas por una mujer menstruando, abortan las yeguas preñadas, por lo que pueden usarse como abortivos incluso entre las mujeres.

Aunque el linimento hecho con sangre menstrual se usa, frente a la gota de los pies en diviesos y erisipelas y tumores planos.

2- El deseo sexual: Libro XXVI, en su Cap X, nos ofrece los remedios sobre "*la abstinencia y el apetito de Venus*", de tal forma que una infusión de *Nimpha heraclia* suprime el deseo sexual, los sueños venéreos y la lujuria. Por el contrario, hace aparecer el deseo la raíz del *xiphio*. Establece cuáles son las plantas que aumentan y cuales disminuyen la libido.

El estiércol de ratón refrena el apetito venéreo de los hombres (Libro XXIX, Cap XIX)

3- **“El mal de las mujeres”**, fórmulas compuestas por hierbas y leche y/o agua y/o vino, aparecen el Cap XV del libro XXVI, así como los que detienen la regla o incluso ayudan a la expulsión de la placenta (“las pares”), así como el feto muerto. También las que aceleran el parto como la “scordote” bebida.

4- **La concepción del sexo:** El theligono, que bebido, hace que se conciba un feto con sexo femenino o el “arsenogono” que concibe masculino. (Libro XXVII, Cap X), La raíz de “cinosorche”, ingerida por el hombre hace que se engendre varón e ingerida pro la mujer, se engendra hembra”. Existe otra fórmula para engendrar un varón: El hombre y la mujer deben tomar antes de cenar, durante cuarenta días antes de concebir, la raíz de “crateogono”, disuelta en la misma cantidad de agua que de vino.

Para recuperar la capacidad concebir y de gestar (Libro XXVIII, Cap XIX), se utiliza los testículos y la sangraza de las liebres al hombre y nueve granos de estiércol de liebre virgen a la mujer, sobre todo para mantener la firmeza de los pechos.

5- **Remedios que se toman de las mujeres:** La leche materna por sus características dulces es utilizada como remedio en diversas enfermedades, dependiendo si la mujer ha parido un varón o una hembra, sobre todo si se ha abstenido de alimentarse con vino y de alimentos agrios, sólo o mezclada con clara de huevo, o incluso con miel o incienso. Se empaapa una lana con ella para curar los fluxiones de los ojos, y las patologías oculares en general. (Libro XXVIII, Cap VII).

Un capítulo especial a las aplicaciones de la leche de mujer en particular y otros animales en general y de las patologías y supersticiones que cura, en el libro XXVIII, en su Cap IX

CONCLUSIONES

Este manual nos ofrece un concepto claro de lo que fueron las ciencias naturales desde Aristóteles a los romanos. Supone una importante recopilación de la farmacopea romana de principios del siglo I a C. conservándose íntegramente. Utiliza plantas y animales como elementos naturales de formula terapéutica que alivian, sanan o curan diferentes problemas de salud en general y de la mujer en particular: concepción, embarazo, parto, puerperio y menstruación.

FUENTES Y BIBLIOGRAFÍA

- Cayo Plinio Segundo (1999). HN Edit Visor (Libro)
- Hernández Conesa, J (1999) Historia de enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería. ED McGraw pag 38-40.(Libro)
- Padilla MI, Borenstein M, Guedes J. Investigación Histórica en la Enfermería: `posibilidades y metodología. Temperamentum 2007, 5 disponible en <http://www.index-f.com/temperamentum/tn5/t1207.php> Consultado el 10 de septiembre de 2011
- Siles, J (2010) Historia Cultural de enfermería: reflexión epistemológica y metodológica. Avances de enfermería XXVIII Número especial, 90 años: (120:128) (Libro)
- Tamayo Castaño, E. Los métodos de las Ciencias. www.monografías .com. consultado el 20 agosto 2011
- Tailin Kareli, Nieto, R, Construcción de la epistemología en enfermería. www.monografías.com consultado 10 septiembre 2011.

Antropología

Los significados de la paternidad para los hombres jóvenes en los alrededores de São Paulo-Brasil

The meanings of fatherhood for young men in the surroundings of Sao Paulo-Brazil

O significado da paternidade para homens jovens na proximidade de São Paulo-Brasil

Edemilson Antunes de Campos¹, Lucas Pereira de Melo², Danyelle Ferreira Farias³

¹ PhD en Ciencias Sociales en la Universidad Federal de Sao Carlos, Brasil. Profesor Doctor de la Escuela de Artes, Ciencias y Humanidades. Universidad de Sao Paulo, Brasil (EACH/USP).

² Doctorando del Programa Interunidades de Doctoramiento en Enfermería entre los campi de São Paulo y Ribeirão Preto de la USP. Becario de Doctorado del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq).

³ Licenciada en Obstetricia en la Escuela de Artes, Ciencias y Humanidades de la USP.

Cómo citar este artículo en edición digital: Antunes de Campos E; Pereira de Melo L; Ferreira Farias D. (2012) Los significados de la paternidad para los hombres jóvenes en los alrededores de São Paulo-Brasil. *Cultura de los Cuidados*. (Edición digital) 16, 33. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.33.08>>

Correspondencia: Edemilson Antunes de Campos. Escola de Artes, Ciências e Humanidades – Universidade de São Paulo. Rua Arlindo Bettio, 1000, Ermelino Matarazzo. São Paulo-SP, Brasil, CEP: 01238-000/

Correo Electrónico: edicampos@usp.br /Teléfono: 55 11 5245-2602

Recibido: 06/11/2011/ Aceptado: 24/marzo/2012



ABSTRACT

The aim of this study was to understand the representations and meanings about the fatherhood of young men, through analysis the social codes of the sociocultural context in which they are inserted. This is a qualitative

research. The young men were interviewed. Thematic analysis was conducted and data were analyzed by sentences. The meanings of fatherhood are tied to the representations and to the practices built on the body, the sexuality and the reproduction inside a logic that operates with the own values of the family and work of the sociocultural context. It is looked, so, to make the existent repertoire rich on the understanding of the senses of the fatherhood between young men and, for this road, to contribute to the establishment of public policies that effectively dialogue and that bases on the logic that orientates his practices around the sexual and reproductive life.

Key-words: Gender. Pregnancy in Adolescence. Fatherhood. Social Values. Cultural, Anthropology.

RESUMO

O objetivo desta pesquisa é compreender as representações e os significados sobre a paternidade de homens jovens, por meio dos códigos sociais próprios ao contexto sociocultural no qual eles estão inseridos. Trata-se de uma pesquisa qualitativa na qual realizaram-se entrevistas semi-estruturadas com homens jovens da periferia da cidade de São Paulo, Brasil. Os sentidos da paternidade estão ligados às representações e às práticas construídas sobre o corpo, a sexualidade e a reprodução dentro de uma lógica que opera com os valores da família e do trabalho próprios ao contexto sociocultural no qual eles estão inseridos. Busca-se, assim, enriquecer o repertório existente sobre a compreensão dos sentidos da paternidade entre jovens e, por essa via, contribuir para o estabelecimiento de políticas públicas que efetivamente dialogue e se baseie na lógica que orienta suas práticas em torno da vida sexual e reprodutiva.

Palavras-chave: Género. Gravidez na Adolescência. Paternidade. Valores Sociais. Antropología Cultural.

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es comprender los significados y representaciones sobre la paternidad de los hombres jóvenes, a través de los códigos sociales propios del contexto sociocultural en el que están. Se trata de una investigación cualitativa en que se realizaron entrevistas semi-estructuradas con los hombres jóvenes en los alrededores de São Paulo, Brasil. El significado de la paternidad está vinculado a las representaciones y las prácticas establecidas sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción dentro de una lógica que opera con los valores de la familia y

del trabajo, propios del contexto sociocultural estudiado. El objetivo es enriquecer el repertorio existente sobre el entendimiento actual de los significados de la paternidad entre los hombres jóvenes, y de esta manera, contribuir al establecimiento de políticas públicas que efectivamente discutan y tengan como cuenta la lógica que guía sus prácticas en la vida sexual y reproductiva.

Palabras clave: Género. El embarazo en la adolescencia. Paternidad. Valores sociales. Antropología Cultural.

INTRODUCCIÓN

La vida sexual y reproductiva de los hombres jóvenes ha generado debates importantes en la sociedad brasileña. Un ejemplo es el “embarazo en la adolescencia”, considerado uno de los temas más importantes de salud pública actualmente, llamando la atención de investigadores y profesionales de la salud, educación, justicia y de las ciencias sociales, entre otros.

En este contexto, las políticas públicas y los debates académicos se han centrado en la aplicación de programas de planificación, gestión y promoción de la salud centrados en la salud materna e infantil, incluyendo la salud de las madres adolescentes. Sin embargo, se observa en la literatura, una incipiente discusión y falta de acciones estratégicas dirigidas a la salud de los hombres adolescentes (Trivedi, Brooks, Bunn, & Graham, 2009; Lohan, Crucero, O'Halloran, Alderdice, & Hyde, 2010).

En Brasil, estos aspectos se han reflejado también en el tema de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Los enfoques que han prevalecido en algunas investigaciones sobre la sexualidad en la adolescencia son los que favorecen las experiencias de las mujeres (Lyra, 1997).

El abandono de la perspectiva de hombres adolescentes, tanto en las investigaciones como en las políticas sociales y de salud ha producido impactos negativos en la experiencia de paternidad de estas personas. Lohan, Cruise, O'Halloran, Alderdice, & Hyde (2010) destacan que el embarazo en la adolescencia no debe ser visto simplemente como una cuestión de la mujer. Sostienen además que la comprensión de la perspectiva de los adolescentes puede llevar a medidas para prevenir el embarazo y a programas de asesoramiento más eficaces.

Los estudios también muestran que, actualmente, las acciones de promoción de la salud sexual de este grupo de población son inadecuadas para responder a sus necesidades reales. También se argumenta que los jóvenes tenían ideales similares a las jóvenes. Sin embargo, los programas de salud existentes son problemáticos porque destacan los estereotipos negativos de los hombres jóvenes, de los modelos de masculinidad o de las dificultades para mantener una relación significativa (Trivedi, Brooks, Bunn, & Graham, 2009).

En este sentido, el embarazo en la adolescencia suele tratarse con un enfoque universal y normativo, que ignora los aspectos sociales y culturales que dan forma al contexto en el que los hombres jóvenes están incluidos.

En el contexto brasileño, la crítica de este enfoque ha ganado impulso, especialmente a través de las investigaciones que se centran en las relaciones de género en el campo de la sexualidad y salud reproductiva (Suárez et al., 1999; Barbosa et al., 2002; Heilborn, 2006; Villela, Arilha, 2003; Scavone, 2004; Correa, 2005; Aquino et al., 2006).

Los estudios de las relaciones de género son importantes en la comprensión de la vida sexual y reproductiva de hombres y mujeres, contribuyendo tanto para destacar la discipli-

na y la normalización dirigidas a las mujeres, como para haber espacio para el estudio de las masculinidades, que apuntan la necesidad de incluir a los hombres en las políticas públicas de salud sexual y reproductiva (Arilha, 1999; Nascimento, 1999; Medrado et al., 2000; Medrado, Lyra, 2002; Aquino et al., 2006; Barker, 2008; Scott, 2010).

Así, el objetivo de este trabajo es entender las representaciones y significados de la paternidad entre los hombres jóvenes que viven en los alrededores de Sao Paulo, Brasil, y de esta manera, comprender la lógica que guía sus vidas sexual y reproductiva. El ejercicio de la sexualidad y la vida reproductiva requiere un aprendizaje dentro de una lógica, que se rige por las relaciones de género, fortaleciendo los códigos sociales y culturales que dan forma al contexto social y cultural en el que los jóvenes están incluidos.

Se parte del principio de que los significados de la paternidad entre los hombres jóvenes están vinculados a las representaciones y las prácticas establecidas sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción dentro de una lógica que opera sus propios valores en el contexto sociocultural en el que se incluyen, especialmente los valores de "familia" y "trabajo".

Las representaciones sociales aquí son entendidas como "una forma de conocimiento, socialmente elaborado y compartido con un objetivo práctico, y que contribuye a la construcción de una realidad en un grupo social" (Jodelet, 2001, p. 22).

Las representaciones componen los sistemas de interpretación social que permiten a los individuos formular una comprensión de la experiencia, guiando a sus prácticas sociales. A los jóvenes padres entrevistados, cuando se habla de la paternidad, movilizan un conjunto de representaciones fundamentales para

la comprensión de los significados de ser padre en la adolescencia y sus responsabilidades dentro de la familia y del trabajo.

Se pretende enriquecer el repertorio existente sobre el entendimiento actual de los significados de la paternidad entre los hombres jóvenes, y de esta manera, contribuir al establecimiento de políticas públicas que efectivamente discutan y tengan como base la lógica que guía sus prácticas en la vida sexual y reproductiva.

METODOLOGÍA: CONOCIENDO Y HABLANDO CON PADRES JÓVENES

Se trata de una investigación cualitativa de carácter antropológico, ya que se trabajó “con el universo de significados, motivaciones, aspiraciones, creencias, valores y actitudes, lo que corresponde a un espacio más profundo de las relaciones, procesos y fenómenos que no se pueden reducir a la operación de variables” (Minayo, 1994, p. 22).

El trabajo de campo se realizó en São Paulo, sudeste de Brasil, de abril a agosto de 2008. La ciudad de São Paulo se sub-divide en 09 regiones de acuerdo con la ubicación geográfica y características históricas y culturales. Estas regiones son: Central, No-roeste, Norte o Nordeste, Este 1 y 2, Sureste, Sur, Centro-Sur y Oeste. Además de la subdivisión regional, la ciudad se organiza administrativamente en 31 Sub-prefecturas (Figura 01).

El escenario cultural investigado fue el barrio Jardim Keralux, ubicado en la Sub-prefectura de Ermelino Matarazzo, zona este de la ciudad. El Jardim Keralux es el resultado de un proceso de urbanización irregular ocurrido en 1996. Es un barrio que se concentra principalmente una población trabajadora, que depende de su salario para su reproducción social. En este barrio el paisaje urbano se compone de casas sencillas, sin terminar o en construcción. Teniendo en cuenta los arreglos variados de la estructura familiar, estas casas sirven como lugar de residencia a más de una familia al mismo tiempo (los propietarios y sus hijos cuando se casan).

O acceso a los informantes se obtuvo a través de la mediación de la Unidad Básica de Salud local (UBS). El encuentro con los jóvenes padres no fue una tarea fácil. La investigación implicó en viajes y (des)encuentros que constituyen el núcleo de trabajo del investigador. El trabajo de investigación social consiste en entrar en el mundo de otro en un contacto estrecho entre investigador e investigado.

Durante el trabajo de campo se percibió que hubo resistencia por parte de la población local cuando se hablaba sobre entre-

vistas y en grabarlas. La gente tenía miedo de hablar sobre sus vidas, en particular su vida sexual. Esta actitud continuó mismo después de la explicación de los objetivos de la investigación y la presentación del formulario de

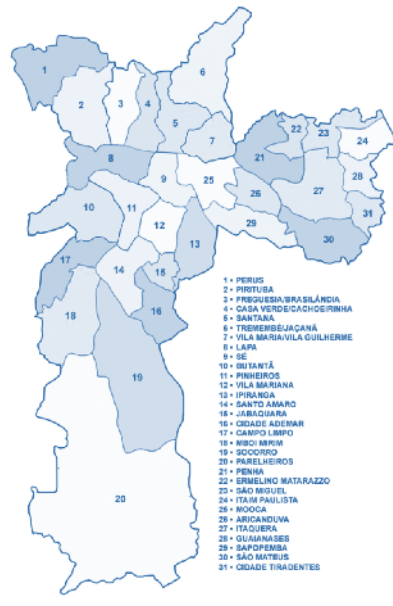


Figura 01 - Distribución geográfica de las Sub-prefecturas de la Ciudad de São Paulo, Brasil

consentimiento, para garantizar que las entrevistas serían confidenciales y que sus nombres no serían revelados.

Con la presencia de los investigadores y una relación más estrecha con los informantes, fue posible localizar a algunos padres jóvenes para participar del estudio. Esta “vía”, fue obtenida durante una conversación informal con uno de los profesionales de la UBS local, que nos dio las direcciones y los datos de 09 padres jóvenes. Hicimos contacto personal con estos jóvenes y presentamos los objetivos de la investigación y como participarían. Tres hombres jóvenes aceptaron participar.

Los jóvenes que participaron de la investigación tienen las siguientes características:

- Almir, 24 años, vive en unión estable, educación primaria incompleta, trabajador de la construcción desempleado y padre de un hijo que nació cuando tenía 17 años;
- Ademar, 24 años, vive en unión estable, educación primaria incompleta, trabajador de la construcción desempleado y padre de tres hijos, y tuvo su primer hijo a los 16 años;
- Richard, 20 años, vive en unión estable, educación secundaria incompleta, guardia de seguridad desempleado, padre de dos niños, tuvo su primer hijo a los 17 años.

Para coleccionar las informaciones fueran realizadas entrevista semi-estructurada. Las entrevistas con los jóvenes padres fueron hechas en días, horas y lugares escogidos de acuerdo con la disponibilidad de los jóvenes y duró entre 40 minutos y una hora. Se les informó de los objetivos de la investigación y firmaron un formulario de consentimiento.

Las entrevistas fueron transcritas e hicieron análisis temáticos, destacando las representaciones y significados sobre la paternidad

de los hombres jóvenes y su relación con los valores que configuran el contexto sociocultural en el que están, en particular la familia y el trabajo.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo (CEP/EEUSP) bajo proceso de número 752/2008.

LOS SIGNIFICADOS DE LA PATERNIDAD DE JOVENES DEL ALREDEDOR DE SÃO PAULO

Los resultados y la discusión están organizados en categorías:

I) “*¡Ella iba a vivir con un hombre, no con un muchacho!*”: la familia y la paternidad.

II) “*Cuando un hombre asume una familia tiene que ser responsable*”: el trabajo y la paternidad.

III) Las representaciones y significados de la paternidad y el embarazo en la adolescencia para los hombres jóvenes.

“¡Ella iba a vivir con un hombre, no con un muchacho!”: la familia y la paternidad

Los relatos de los hombres jóvenes destacan la importancia del ámbito de la familia en su experiencia de paternidad. La literatura antropológica ha demostrado el papel central que ocupa la familia en las relaciones sociales y en la definición de la identidad social, especialmente entre los miembros de las clases bajas.

Zaluar (1994) en su estudio etnográfico enfatiza el valor de la identidad familiar y social de “trabajador” para los residentes de los barrios pobres. Para la autora, “el trabajador es miembro de una familia respetable, cuya sobrevivencia se da aumentando los ingresos familiares. El respeto que tiene por sí mismo y para con otros proviene de allí. Esta es la obligación de los miembros de la familia, sobre

todo cuando se es el principal proveedor, se acepta como positivo el trabajo” (Zaluar, 1994, p. 89).

En este sentido, la familia no se puede reducir a una invención burguesa, sino que incluye una constelación de derechos y deberes, creando enlaces recíprocos y vínculos entre sus miembros, lo que hace a la familia un centro clave en la irradiación de los valores que definen la identidad y la noción de persona entre los miembros de las clases bajas.

Sarti (2005a; 2005b) también ofrece una importante contribución con su investigación sobre la importancia de la esfera familiar en la definición, al mismo tiempo, de un orden moral y un universo simbólico de los habitantes de los alrededores de São Paulo. Para esta investigadora, la familia funciona como un centro de referencia simbólica en los medios populares, de manera que la idea del espacio familiar “como un orden moral, es el espejo que refleja la imagen con la cual los pobres ordenan y dan sentido al mundo social” (Sarti, 2005b, p. 22).

El universo simbólico de la familia, con sus códigos de reciprocidad y obligaciones, es una parte integral de la compleja formación histórica de la sociedad brasileña, lo que permite a los “pobres” un principio organizador de su percepción del mundo (Sarti, 2005b).

La familia, con sus códigos y obligaciones, se considera como un lenguaje que articula los elementos de la vida social, lo que permite a sus miembros dar un significado a la vida, mientras que definen los contornos de su identidad social.

Desde esta perspectiva, la familia es más de un núcleo de la sobrevivencia material y espiritual de sus miembros, es el sustrato “de su identidad social [y] su importancia no es funcional, su valor no es meramente instrumental, sino que se refiere a su identidad de ser



social y constituye la referencia simbólica que estructura su explicación del mundo” (Sarti, 2005b, p. 53).

Los estudios demográficos han destacado la importancia de la familia como un “factor de protección social” en los países de América Latina, especialmente en Brasil, debido a los cambios causados en el orden económico en las últimas décadas: “la centralidad de la familia como un factor de protección social requiere tener en cuenta su carácter activo y participante en los procesos de cambio en curso y, al mismo tiempo, los cambios internos, en particular en su dimensiones de la sexualidad, la procreación y el compañerismo” (Goldani, 1999, p. 41).

En medio de todo este proceso de transformación socioeconómica “las familias permanecen en el centro de la procreación y socialización de las nuevas generaciones y, por tanto, adquieren una importancia fundamental como un espacio transmisor de oportunidades y las perspectivas de vida de sus miembros (...) que hace con que la familia persista y se reproduzca en una especie de espacio de ‘conflicto cooperativo’” (Goldani, 1999, p. 43-4).

En la sociedad brasileña, con la inestabilidad y la inseguridad generada por la exclusión social, “la familia tiende a ser en un punto fijo alrededor del cual las identidades se estructuran e los trabajadores y trabajadoras puede

contar una historia y construir un biografía, dar coherencia a los acontecimientos vividos, asignar un significado a sus experiencias y construir proyectos de futuro, haciendo su mundo muy difícil de vivir (...) en una zona de 'conflicto cooperativo', en que se cruzan las diferencias por género y entre las generaciones" (Goldani, 1999, p. 65).

Los datos de este estudio apoyan estas discusiones acerca de la familia. Richard estaba seguro de regresar a casa con sus padres, después de haber intentado vivir solo:

"Hubo una pequeña confusión y tuvimos que ir a casa de mis padres. Porque no conseguía pagar el alquiler, poner comida en la casa y las medicinas para los niños. Desde entonces he estado viviendo en la casa de mi madre. Estoy bien, está todo bien."

Este discurso muestra que los padres de los jóvenes es muy importante en esta decisión, en la medida que asumen junto con los hijos la responsabilidad, aceptando la nueva familia en su propio hogar, y contribuyen al sostenimiento y en los cuidados con los niños (Correa, 2005).

A veces, la familia actúa como un espacio de conflicto, ya que no apoya el embarazo por lo considerar prematuro y no deseado, y tener que asumir la responsabilidad del cuidado del niño o por no aprobar su pareja.

Para Ademar, las dos uniones que llevaron a sus hijos fueran confusas y por las dificultades impuestas por las familias de sus compañeras, tuvo que quedarse lejos de sus hijos y de su creación:

"Hubo una pelea allá [en la casa de la familia de ella] porque su padre empezó a golpear a su madre. Tuve que entrar en la pelea. Yo hablé así: '¡No, de esa manera no es posible! ¡No va a funcionar, porque no voy a aceptar!'. Luego conocí

a otra mujer y me quedé con ella. Pero fue la misma cosa: ¡de ser mandado por sus hermanos! ¡A mí no me gusta! Pasamos unos tiempos juntos y nos separamos. Luego conocí a mi actual esposa y estamos juntos hasta hoy."

Para Almir, tomar la novia de su casa y traerla a vivir con él, fue uno de los momentos en que tuvo que enfrentar la familia y asumir la responsabilidad de ser "jefe de familia":

"Llegué a la casa de su tía y le dije que la estaba llevando conmigo, ella se quedaría conmigo. Su tía me dijo que si ella fuera conmigo no la aceptaría de nuevo. ¡Le dije que iba a vivir con un hombre, no con un muchacho! Y estamos juntos hasta hoy."

Este relato refuerza la idea presentada por Duarte (1986), que apunta la centralidad que la familia ocupa entre los miembros de las clases más bajas, operando con un valor en la construcción de la identidad social y de la noción de persona en su interior. Para este autor, "el valor de la familia abarca una serie de cualidades distribuidas entre sus componentes y que le dan su preeminencia como foco de la identidad social." (Duarte, 1986, p. 175).

Así, asumir la responsabilidad de una familia es uno de los vectores que definen la identidad de los hombres jóvenes que vienen a se reconocen como padres.

"Cuando un hombre asume una familia tiene que ser responsable": el trabajo y la paternidad

Un tema recurrente también se refiere a la cuestión de la responsabilidad por el proveimiento de la familia a través del trabajo. Convertirse en un hombre se correlaciona directamente con la responsabilidad de proveer para su familia (esposa e hijos) a través del trabajo. En un estudio hecho con jóvenes padres de-

tenidos, en Escocia, Buston (2010) dice que todos tienen el deseo de ser “un buen padre.” Además, los jóvenes padres entrevistados no se sienten preparados para ser padres, sobre todo porque se sienten incapaces de cumplir el rol de proveedor de servicios financieros.

Sarti (2005b) señala la importancia del trabajo con sentido de “valor” entre los hombres, “en la moral del hombre, ser un hombre fuerte para trabajar es una condición necesaria, pero no suficiente para la afirmación de su virilidad. Un hombre, para ser hombre, también necesita una familia” (Sarti, 2005b, p. 95 - Énfasis del original).

Eso es lo que Ademar dice que tiene “orgullo” de ser un trabajador: “*Yo siempre he trabajado, tengo todos mis defectos, pero trabajar, yo trabajo y soy orgulloso de esto*”. O también:

“Yo nací llevando y recogiendo naranjas, agitando maní, tomates, guayabas. ¡Allí donde yo vivía no tenía esa libertad de servicio que tenemos aquí! ¡Era sólo el campo! Siempre he trabajado: servicios con maderas... Lo que surge, lo hago, ¿sabes? Para mí no hay ninguna excepción.”

El hombre necesita tener la condición de “jefe de familia”, es decir, la condición de aquel que tiene una obligación moral de proveer la familia a través de su trabajo. Por lo tanto, la “moral del hombre fuerte” gira en torno a la “moral del proveedor”, una manera particular de definir los contornos de la identidad de los padres jóvenes, definidos como aquellos que son responsables tanto por el cuidado de sí mismo como por proveer su familia.

Además, cuanto al cuidado de sí mismos, cuando la experiencia del hombre é marcada por la participación en el proceso de confirmación del diagnóstico de embarazo, ayúdale en la transición a la paternidad temprana (Dra-per, 2002).

Eso es lo que dice Almir, cuando relata su reacción al enterarse del embarazo de su novia:

“¡Cuando ella dijo que estaba embarazada fue una bendición de Dios! Llegó llorando. Le dije: ‘¿Por qué lloras?’ Y ella me dijo: ‘Puede que no quieras’. Yo dije: ‘¿Desde cuando te asumí, acepto lo que venga y lo que deje de venir!’ Creo que cuando un hombre asume a una familia tiene que ser responsable de todo. Gracias a Dios, hoy lo soy.”

El valor del trabajo también puede ser entendido como una base de la autonomía. Según dice Sarti (2005b), el trabajo más allá de su valor económico abarca un sentido moral y es el fundamento de la autonomía del hombre. En este sentido, el trabajo también está relacionado con la salud y la sanidad del cuerpo como un instrumento que lo pone en el mundo del trabajo.

Eso es lo que se deduce de la narración de Richard, cuando señala la importancia del trabajo para no depender de sus padres:

“Trabajé dos años en esa empresa porque hubo una pequeña confusión y me despidieron. Desde entonces estoy sudando la camisa para conseguir un trabajo (...) porque no quiero depender de mi padre y mi madre para nada.”

Sarti (2005b) destaca una especie de equivalencia entre una “ética del proveedor” y una “ética de trabajo” de modo que, es en el entrelazamiento entre las lógicas que rigen estas dos éticas que se construye la identidad del hombre de las clases bajas. Es decir, las relaciones de trabajo articulan factores económicos a los elementos morales de la actividad laboral.

La lógica que rige el trabajo para los hombres jóvenes entrevistados también parece obedecer a una regla que destaca los valores morales de “hombre proveedor”. La concepción de trabajo está relacionada con el valor de

la paternidad en una trama en la cual se reconocen como hombres responsables de proveer a su familia.

Es así que se construyen los significados de la paternidad y del embarazo en la adolescencia para los hombres jóvenes, tejiendo una conexión entre los valores morales de la “familia” y del “trabajo” que guía sus acciones.

Representaciones y significados de la paternidad y del embarazo en la adolescencia para los hombres jóvenes

La paternidad para padres jóvenes significa la confirmación de su masculinidad. En general, sólo se sienten responsables cuando los hombres tienen que asumir las consecuencias de sus acciones.

Aunque se le considera como un evento inesperado, el embarazo también plantea la cuestión de la responsabilidad de los hombres jóvenes, como también mostró Buston (2010). Eso es lo que dice Almir, cuando relata su reacción al enterarse del embarazo de su novia:

“No me ocurrió tener hijos. Pero sucedió. No tuve manera, ¿sabes? Pero querer, yo no quería. Gracias a Dios, hoy lo soy.”

O en las palabras de Richard, que, cuando cobrado por sus padres, les dije que cuidará de su hija y su compañera, asumiendo su responsabilidad. En sus palabras:

“Cuando se quedó embarazada, mi padre y mi madre no lo sabían. Sólo supieron después de los 8 meses. ¡Mis padres se quedaron “atónitos”, con “la boca abierta”! Ellos nunca pensaron que yo iba a tener dos hijas ahora. Me preguntaron cómo iba a hacer para darles de comer. Yo dije: ‘¡A mi manera! Las cosas que quiero yo consigo’”.

El embarazo aparece para Almir como una “bendición de Dios”, mostrando cómo este

evento es visto como una “fatalidad”, mediada por la intervención divina. Frente a esta situación sin más remedio, tuve que aceptarla.

La cuestión de la responsabilidad en la paternidad también parece asociada con el uso o no de métodos anticonceptivos. Los jóvenes padres revelan que sabían las formas de evitar un embarazo no deseado, pero no hizo nada para prevenir.

“Cuando nos conocimos, teníamos conocimiento del embarazo, pero no evitamos. Ella quedó embarazada por accidente, ¡sin intención! No pudimos evitar” (Richard).

O, en el discurso de Almir:

“No nos preveníamos. Siempre he dicho que si teníamos un hijo sería bueno lo suficientemente. ¡Yo no me preocupaba en usar nada! Yo le digo que se quede tranquila, ‘Si se queda embarazada una vez más será de la misma manera: de la forma en que tuvimos el primer, tenemos el segundo, el tercero...’ Es costumbre nuestro, no hay ninguna razón para evitar.”

Cabral (2003) sugiere que la ocurrencia de embarazo se asocia con los tipos de relaciones que los hombres jóvenes tienen con sus parejas, y no precisamente con la falta de información sobre anticonceptivos. Con sus novias y “las mujeres de la casa” no habría necesidad de utilizar un método anticonceptivo, ya que en ellas se “puede” confiar. Para estos jóvenes el uso o no de condón está relacionado con la afectividad de la relación, no con la preocupación de prevenir enfermedades o un embarazo no deseado.

Buston (2010), en su estudio, afirma que algunos adolescentes ven la posibilidad de que la pareja se queda embarazada como algo remoto. Por eso no pensaban en el asunto o pensaban poco. Sin embargo, entre la minoría que

informó pensar en la posibilidad de embarazo, el uso de anticonceptivos fue alta.

Ser padre para estos jóvenes significa también una entrada en la edad adulta, dando lugar a una nueva forma de tomar la vida a través de la responsabilidad de la paternidad. Eso es lo que Richard señaló al referirse a las transformaciones sufridas desde que es padre:

“Para mí, mucho ha cambiado: yo casi no me quedaba en casa, salía para bares. Esto de ser padre, para mí, cambió muchas cosas! ¡Hoy la paternidad es vivir con mi hijo! Educar y enseñar el día a día.”

Estos datos corroboran los resultados de Mollborn & Lovegrove (2011). Para los autores, las influencias ejercidas por los padres adolescentes en sus hijos es diferente de las que ejercen los padres adultos con respecto al contexto familiar, la relación entre los padres; y la relación padre-hijos. El estudio mostró que el estado civil de los padres y el contexto familiar tienen un impacto en el desarrollo cognitivo y en el comportamiento de los niños (Mollborn & Lovegrove, 2011). La representación de la paternidad que implica en vivir con su hijo, señalada por Richard, además de su valor moral trae consecuencias positivas para el crecimiento y desarrollo de sus hijos.

Pero para Almir y Ademar, la paternidad ha cambiado sus vidas, pues dejaron de hacer cosas de “soltero”, de actuar de manera irresponsable y, de alguna manera, se sienten más maduros:

“Cuando estaba soltero pensaba en muchas cosas diferentes. ¡Una vez que se tiene una familia ‘yo levanto la mano’ y miro lo que tengo dentro de casa antes de hacer algunas cosas malas que hiciera cuando estaba solo! Tengo que agradecer a Dios por tener una familia en casa y dar más valor para ellos. ¡Ser padre fue algo muy bueno!”

Esta representación del padre joven como un “hombre responsable” confirma las conclusiones de la investigación hecha por Cabral (2003), realizada con hombres jóvenes que viven en barrios marginales de la ciudad de Rio de Janeiro, en que también afirma los detalles de las representaciones y prácticas de estos jóvenes acerca de su vida sexual y reproductiva, y de esta manera, sus relaciones con la experiencia de la paternidad.

Para esta autora, “el nacimiento y asunción de un hijo parecen facilitar la transición a la edad adulta. ‘Asumir la responsabilidad’, una consecuencia directa de la paternidad, implica la incorporación o la asunción de nuevos roles caracterizados por los atributos de ‘seriedad’ y ‘madurez’” (Cabral, 2003, p. 290).

Así, la paternidad significa una transición que inicia los hombres jóvenes en la edad adulta, dentro de un contexto en el que la responsabilidad por el proveimiento de la familia significa, esencialmente, se convierte en un hombre. También de acuerdo con Cabral (2003, p. 289): “los jóvenes parecen decir que ‘se convierten en hombres’ asumiendo la paternidad, o antes, que es necesario ‘ser hombre’ para ‘tener responsabilidades’ y asumir lo que hizo.”

Este enfoque de la juventud como un proceso tiene un valor heurístico, lo que permite cuestionar las generalizaciones sobre el desarrollo de los jóvenes, ya que revela la importancia de los aspectos socioculturales que permean las relaciones entre las clases sociales en la definición de su biografía.

Así, mientras en las clases media y alta la transición de la adolescencia a la adultez comprende una secuencia de eventos que van desde la escuela a la universidad, dando prioridad a la inclusión en el mercado laboral, la estructura familiar, y más tarde el nacimiento de los niños; para las clases populares, esta transición



parece ser formada por los valores propios del contexto sociocultural en el que los hombres jóvenes están incluidos. Destacase, sobre todo los valores de la “familia” y del “trabajo”, de manera que el embarazo puede significar “un medio de promoción social” dentro de un proyecto de autonomía, en que se convertir en “padre”, esencialmente, es se convertir en “responsable” de proveer su familia.

CONSIDERACIONES FINALES

Esta investigación tuvo como objetivo comprender los significados y representaciones sobre la paternidad de los jóvenes que viven en los alrededores de São Paulo, y de esta manera, comprender la lógica que rige la vida sexual y reproductiva de estos jóvenes.

Para nuestros informantes la paternidad es un proceso de afirmación de la masculinidad, vinculada a los valores morales de “familia” y “trabajo”. Ser un hombre es una construcción que moviliza a los hombres jóvenes los valores que dan forma al contexto en el que se incluyen.

La lógica que rige sus vidas sexual y reproductiva está directamente relacionada con los valores de la familia y el trabajo y se regirán por las relaciones de género que definen las relaciones asimétricas entre hombres y mujeres. Por lo tanto, el embarazo en la adolescencia es concebido como un evento que da responsa-

bilidad al joven en proveer su familia. Ser un proveedor parece ser el valor que guía sus acciones para asumir la responsabilidad del cuidado de sus familias.

Y así, todos los días, los hombres jóvenes redibujan los contornos de su construcción subjetiva, dentro de una lógica regida por las relaciones de género, cuyas reglas movilizan los valores propios del contexto sociocultural en que se encuentran, sobre todo los valores de “familia “y” trabajo “.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aquino, E.M. et al. (2006). Gravidez na adolescência: a heterogeneidade revelada. In M.L. Heilborn et al. (Eds.), O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros (pp.310-60). Rio de Janeiro: Garamond/FIOCRUZ.
- Arilha, M. (1999). Homens, saúde reprodutiva e gênero: o desafio da inclusão. In K. Giffin & S. H. Costa (Eds.), Questões da saúde reprodutiva (pp.455-67), Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- Barbosa, R. M. et al. (2002). Interfaces: gênero, sexualidade e saúde reprodutiva. Campinas – SP: Editora da UNICAMP.
- Barcker, G. (2008). A saúde do homem adolescente: uma perspectiva de gênero aplicada ao masculino. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde do adolescente: competências e habilidades (pp.223-30). Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Buston K.M. (2010). Experiences of, and attitudes towards, pregnancy and fatherhood amongst incarcerated young male offenders: findings from a qualitative study. *Social Science and Medicine*, 71, 2212-8.
- Cabral, C. S. (2003). Contracepção e gravidez na adolescência na perspectiva de jovens pais de uma comunidade favelada do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (Supl. 2), pp. 283-292.
- Corrêa, A. C. P. (2005). Paternidade na adolescência: vivências e significados no olhar de homens que a experimentaram. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem,

- Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP, Brasil.
- Draper J. (2002). "It's the first scientific evidence": men's experience of pregnancy confirmation. *Journal of Advanced Nursing*, 39, 563-70.
 - Duarte, L. F. D. (1986). *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
 - Goldani, A. M. (1999). O regime demográfico brasileiro nos anos 90: desigualdade, restrições e oportunidades demográficas. In L. Galvão & J. Díaz (Eds.), *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil* (pp.40-66). São Paulo: Hucitec/Population Council.
 - Heilborn, M. L. et al. (2006). *O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sexuais de jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Garamond/FIOCRUZ.
 - Jodelet, D. (2001). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ.
 - Lyra, J. (1997). *Paternidade adolescente: uma proposta de intervenção*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, Brasil.
 - Lohan M., Cruise, S., O'Halloran, P., Alderdice, F., & Hyde, A. (2010). Adolescent men's attitudes in relation to pregnancy and pregnancy outcomes: a systematic review of the literature from 1980-2009. *Journal of Adolescent Health*, 47, 327-45.
 - Medrado, B. & Lyra, J. (2002). Produzindo sentidos sobre o masculino: da hegemonia à ética da diversidade. In M. Adelman & C. Silvestrin (Eds.), *Coletânea gênero plural* (pp.63-76). Curitiba: UFPR.
 - Medrado, B.; Lyra, J.; Galvão, K.; Nascimento, P. (2000). Homens por quê? Uma leitura da masculinidade a partir de um enfoque de gênero. *Perspectivas em Saúde e Direitos Reprodutivos*, 3, pp. 12-6.
 - Minayo, M.C.S. (Ed.) (1994). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
 - Mollborn S., & Lovegrove, P.J. (2011). How teenage fathers matter for children: evidence from the ECLS-B. *Journal of Family Issues*, 32, 3-30.
 - Nascimento, P. (1999). "Ser homem ou nada": diversidade de experiências e estratégias de atualização do modelo hegemônico da masculinidade em Camaragibe/PE. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil.
 - Sarti, C. A. (2005a). Família e individualidade: um problema moderno. In M. C. B. Carvalho (Ed.), *A família contemporânea em debate* (pp. 39-49). São Paulo: EDUC/Cortez.
 - Sarti, C. A. (2005b). *A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*. 3. ed., São Paulo: Cortez Editora.
 - Scavone, L. (2004). *Dar a vida e cuidar da vida: feminismo e ciências sociais*. São Paulo: Editora da UNESP.
 - Scott, P. (2010). Homens, domesticidade e políticas públicas na saúde Reprodutiva. In B. Medrado, J. Lyra, M. Azevedo, & J. Brasilino (Eds.), *Homens e masculinidades: práticas de intimidade e políticas públicas*. Recife: Instituto PAPAÍ.
 - Suárez, M. et al. (1999). Violência, sexualidade e saúde reprodutiva. In L. Galvão & J. Díaz (Eds.). *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil* (pp.277-309). São Paulo: Hucitec/Population Council.
 - Trivedi, D., Brooks, F., Bunn, F., & Graham, M. (2009). Early fatherhood: a mapping of the evidence base relating to pregnancy prevention and parenting support. *Health Education Research*, 24, 999-1028.
 - Villela, W. V. & Arilha, M. (2003). Sexualidade, gênero e direitos reprodutivos. In E. Berquó (Ed.), *Sexo e Vida: panorama da saúde reprodutiva no Brasil* (pp. 95-150). Campinas – SP: Editora da UNICAMP.
 - Zaluar, A. (1994). *A máquina e a revolta: as organizações populares e o significado da pobreza*. 2ed., São Paulo: Brasiliense.

La expresión de la sexualidad durante la gestación y el puerperio

The expression of sexuality during pregnancy and the postpartum period

A expressão da sexualidade durante a gravidez e o período pós-parto

Sagrario Gómez Cantarino¹; M. Moreno Preciado²

¹ *Coordinadora de Enfermería Especialista del Complejo Hospitalario de Toledo. Profesora Asociada UCLM (Campus Toledo. Enfermería*

² *Profesor Titular. Universidad Europea de Madrid.*

Cómo citar este artículo en edición digital: Gómez Cantarino S; Moreno Preciado M. (2012) La expresión de la sexualidad durante la gestación y el puerperio. Cultura de los Cuidados. (Edición digital) 16, 33. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.33.09>>

Correspondencia: Sagrario Gómez Cantarino. Hospital Virgen de la Salud. Complejo Hospitalario de Toledo. Avda de Barber, 30 45004 Toledo. Tel.: 925/269200. Extensión: 48559-48561. email: docenciamatronas@sescam.jccm.es

Recibido: 03/12/2011/ Aceptado: 22/marzo/2012



ABSTRACT

The mother concept, cannot be conceived as a fact isolated in time, without understanding the influences on women have had different events of history. The social, political and demographic, changes have conditioned the situation of women to evolve towards freedoms, rights, acquisition of new roles, occupation of positions in society that until now were only reserved for men. The nuptiality, fertility and birth rates have adapted to the new political and social circumstances. Motherhood carries a huge responsibility, means large demands almost exclusively to women from

social, arriving to generate fear. The work of the health professionals involved in the care and counselling of the pregnant woman and puérpera will be offer care in a comprehensive manner, attitude of listening and support on issues related to sexual behaviour that requires an exquisite touch, as well as integrity, tolerance and understanding. Many women in this period requested help from medical personnel. Professionals dedicated to the care of the health of women, should influence of clear, explicit and systematically, to controls during gestation, in the exercise of sexuality as healthy behavior.

Key words: Sexuality, pregnant, midwife, health, puérpera.

RESUMO

O conceito de mãe, não pode ser concebida como um fato isolado no tempo, sem entender as influências sobre as mulheres tiveram diferentes acontecimentos da história. As mudan-

ças sociais, políticas e demográficas, têm condicionado a situação das mulheres a evoluir no sentido de liberdades, direitos, aquisição de novas funções, a ocupação de posições na sociedade que até agora eram apenas reservados para os homens. O nuptiality, fertilidade e as taxas de natalidade adaptaram-se às novas circunstâncias políticas e sociais. A maternidade tem uma enorme responsabilidade, significa grandes demandas quase que exclusivamente para as mulheres da social, chegando a gerar medo. O trabalho da saúde profissionais envolvidos no cuidado e aconselhamento da mulher grávida e puérpera será ofrecer cuidados de uma forma abrangente, a atitude de escuta e apoio em questões relacionadas ao comportamento sexual que requer um toque requintado, bem como a integridade, a tolerância e a compreensão. Muchas mujeres neste período solicitaron ajuda do pessoal médico. Profissionais dedicados ao cuidado da saúde das mulheres, deve influenciar de clara, explícita e sistemáticamente, a controles durante a gestação, no exercício da sexualidade como comportamento saudável.

Palavras-chave: Sexualidade, grávida, puérpera, parteira, saúde.

RESUMEN

El concepto madre, no se puede concebir como un hecho aislado en el tiempo, sin comprender las influencias que sobre la mujer han tenido los diferentes acontecimientos de la historia. Los cambios sociales, políticos y demográfico, han condicionado que la situación de la mujer evolucione hacia libertades, derechos, adquisición de nuevos roles, ocupación de puestos en la sociedad que hasta ahora sólo estaban reservados para el hombre. La nupcialidad, fecundidad y natalidad

se han adaptado a las nuevas circunstancias políticas y sociales. La maternidad conlleva una responsabilidad gigantesca, implica grandes exigencias impuestas casi exclusivamente a la mujer desde lo social, que llegan a generar miedo.

La labor de los profesionales sanitarios que participan en el cuidado y asesoramiento de la gestante y puérpera será ofrecerles una atención de forma integral, actitud de escucha y de apoyo sobre cuestiones relativas al comportamiento sexual que exige un tacto exquisito, así como integridad, tolerancia y comprensión. Muchas mujeres en este período solicitan ayuda del personal sanitario. Los profesionales dedicados al cuidado de la salud de la mujer, deberían incidir de forma clara, explícita y sistemática, al hacer los controles durante toda la gestación, en el ejercicio de la sexualidad como conducta saludable.

Palabras clave: Sexualidad, gestante, matrona, sanitario, puérpera.

INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductora, es el estado de bienestar en torno a los hechos relacionados con la reproducción y la sexualidad humana. Abarca conceptos de salud, entendida es su dimensión histórica, cultural, social e individual. La salud reproductora entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. La sexualidad recorre de forma transversal la vida de todo ser humano, desde que nace hasta que muere. Más aún, le conforma como persona y marca su identidad, y por tanto su subjetividad, su forma de percibir el mundo, de sentir y de actuar. (Andrés Domingo A, 2000). La reproducción es un hecho individual, se produce

en personas concretas con relaciones particulares, pero es también un hecho social y cultural, ya que las personas viven en estructuras sociales específicas y cumplen o transgreden mandatos sociales bajo unos valores y normas que conforman el universo de sus creencias. (Sanz F, 1992).

La reproducción es un hecho histórico, es cultural, diferente en el tiempo según el tipo de sociedad en que se ubique, sustentado por diferentes creencias religioso-culturales, por los diversos valores y normas sociales reguladoras, que afectan e influyen de manera distinta sobre hombres y mujeres, sobre adolescentes o adultos, sobre ricos o pobres, etc. La reproducción es un hecho sexual en la especie humana, que abarca diferentes actividades en torno al coito, que es el medio idóneo para conseguir el fin inmediato, el embarazo, como primer paso necesario para la reproducción de los individuos y de la especie. La realidad es, que nuestra cultura y nuestra sociedad es coitocéntrica, lo que significa la sobrevaloración de esta actividad sexual, como la máxima expresión de la sexualidad, como la plenitud, (Fernández de Quero, 1996; OMS, 1978).

En España el tema de la sexualidad sufrió un proceso de apertura en la época de la transición (años 1975 a 1978), tras una larga dictadura, el espíritu de progreso y apertura inició un lento cambio en la mentalidad de la población. Debemos tener en cuenta que la población española y su concepción de la sexualidad sufrieron un profundo cambio en los últimos 20 años. La generalización del uso de los métodos anticonceptivos, el cambio en las prácticas sexuales, las enfermedades de transmisión sexual y las variaciones en conceptos de sexualidad, han hecho posible estos cambios de pensamiento, y esto también ha ocurrido durante el embarazo.

La Enfermería, como disciplina especializada en el campo de los cuidados, asume una gran responsabilidad en el fomento, protección y promoción de la salud sexual. Su intervención en esta área de la salud humana tiene por objetivo la atención integral de la persona para conseguir una buena calidad de vida. Las intervenciones de Enfermería se justifica si se tiene presente la necesidad de cuidados para el fomento de la salud sexual. La importancia de la prevalencia de enfermedades relacionadas directamente con los estilos de vida sexual exige programas de educación e intervención comunitaria con una participación directa y activa de la enfermería.

La sexualidad siempre ha estado impregnada de misterio, oscurecida por razones varias, encarcelada en la ignorancia y objeto de humor compartido en gran medida por el mismo sexo. La sexualidad como expresión de la personalidad, es única, personalizada e irrepitable, llegando a ser un sello personal de cada pareja y por tanto cuando se enfrenta el proceso reproductivo (gestación) debe existir un proceso de aceptación y adaptación a él, y a la variación del disfrute sexual en la medida de las posibilidades y deseos. Tanto el embarazo como la sexualidad han sido considerados tabúes. Hasta hace poco, los gine-obstetras guardaban silencio al respecto y la pareja se sentía intimidada para abordar el tema con el médico, inclusive entre ellos mismos. (González Labrador, Miyar Pielga; 2001).

Durante la gestación es factible que las parejas experimenten alteraciones en sus patrones sexuales, y esto muchas veces, se debe a la existencia de creencias erróneas en relación a la sexualidad. (Luz Marina Alonso y cols; 2003). La falta de educación, al igual que creencias erróneas, lleva a la alteración de los patrones sexuales entre los cónyuges, los cua-



les pueden tener resultados adversos en la relación de pareja. En el momento en que se superen todos los temores y creencias erróneas, lo que se logra con una buena comunicación entre el personal de salud y la pareja, ésta última expresando cada uno sus sentimientos y dando grandes dosis de cariño, complicidad, paciencia, caricias y palabras, se podrá lograr disfrutar nuevas formas de satisfacción sexual distintas del coito y orgasmo, aprovechando un elemento positivo de esta época como es la libertad que siente la pareja al no tener que preocuparse por utilizar métodos anticonceptivos.

OBJETIVOS

• OBJETIVO GENERAL:

Obtener una mejor comprensión de los factores que intervienen en la vivencia de las mujeres gestantes y púerperas, respecto a como expresan su sexualidad durante su gestación y puerperio, así como de los profesionales que proporcionan asesoramiento e información al respecto. Mi intención es describir, traducir, explicar e interpretar el fenómeno, y en la perspectiva de que este análisis contribuye al fomento y disfrute de la sexualidad.

• OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Acerca de la mujer:

- Conocer las vivencias sexuales de las mujeres gestantes durante la gestación.

- Analizar las relaciones que se establecen durante las charlas de educación maternal entre las mujeres gestantes/matronas.

- Analizar tabúes, moralidad, creencias, ideologías, actitudes y valores que se manifiestan en esta etapa de su vida.

Acerca de la matrona:

- Conocer y analizar los significados, ideas y valores respecto a la sexualidad durante la gestación.

- Analizar las interacciones que se establecen durante la educación maternal, así como en los talleres de apoyo entre las mujeres asistes a las mismas.

METODOLOGÍA

• La metodología utilizada en esta investigación es la cualitativa asociada a estudios antropológicos como acontecimiento cultural, no sólo biológico, y desde el relato de la experiencia de las propias actoras. Dentro de este estudio he pretendido conocer, para luego analizar e interpretar los sucesos que rodean a la mujer sobre la expresión de su sexualidad durante la gestación y puerperio, así como a los sujetos tanto a nivel social como profesional en él implicados, que reflejen la trayectoria cultural de la socialización tanto de la mujer como de la expresión de su sexualidad.

• Teniendo acceso al relato de primera mano de las mujeres y profesionales, de cómo se interpreta y percibe el proceso de gestación y sexualidad, así como sus ideales respecto a esto, unido a cómo lo experimentan y las experiencias que llevan a cabo.

• Comenzar una etnografía es también abrir a la vez un diario de campo, ya que es el instrumento de registro fundamental del procedimiento de investigación en el que se inscriben paso a paso y desde los primeros

momentos del proyecto, las actividades del etnógrafo.

- Las técnicas principales utilizadas para la recogida de la información, han sido la entrevista en profundidad y la observación participante.

- La recogida de datos se llevó a cabo entre mayo del 2009 y diciembre de 2010.

DESARROLLO

Se denota como las mujeres pertenecientes al estudio adoptan un papel social ya estipulado y marcado culturalmente, donde las normas morales de comportamiento para la mujer así como los prejuicios, continúan existiendo, siendo expresados por parte de estas. Cabe destacar como en estas mujeres, aún quedan estigmas socios culturales de toda la socialización vivida por las madres de las gestantes, que en realidad han sido las encargadas de formar y educar a las gestantes entrevistadas. Las mujeres jóvenes, expresan abiertamente sentir vergüenza cuando se habla de sexualidad, sexo, y todo lo que concierne a este tema con sus madres a nivel privado; huyendo generalmente de iniciar este tema, tanto por parte de la madre como por la hija. Por ejemplo entre estas mujeres está muy extendido el relacionarse y entablar temas sexuales con sus coetánea más cercanas, siendo estas amigas, amigos y compañeros de escuela, instituto e incluso de universidad, siendo esta información en un principio precarias y aumentando el nivel de las mismas según aumenta la edad de las mujeres como de las personas que la rodean. Se valora que una vez que se encuentran embarazadas, la información sobre temas sexuales la reciben por parte de la figura de la mujer, siendo esta generalmente información no científica y sin razonamiento en el que apoyar la información que ofrecen. Variando

sustancialmente esta cuestión debido a la presencia de profesional sanitario en la zona de estudio, que complementa, aclara e instruye a las mujeres acerca de temas sexuales sin obsesiones ni tapujos al respecto. Por el contrario a nivel público, durante el desarrollo de los talleres de educación para la salud, se denota que este “tabú” existente y esta vergüenza presente entre madre e hija, se diluye, de tal manera que se comentan abiertamente situaciones referentes al sexo y la sexualidad por parte de las madres así como de las hijas, siendo esto más acuciado en la zona rural que en urbana; produciéndose esto debido a que el acompañamiento de la gestante y puérpera al centro de salud se realiza en gran medida con la madre y no con la pareja dentro de la zona rural. Se denota que el inicio de una relación estable entre un hombre y una mujer, hasta consolidarse como pareja, lleva implícito en sus inicios el esconderse, el verse de manera aislada, evitando así “el que dirán”. Cabe destacar que esta situación se encuentra más enraizada dentro de la zona de estudio, cuando la mujer ha tenido más de una pareja; situación vivida y mal vista por sus coetáneos. Se valora como son las mismas mujeres las que comentan sobre estas el ser “algo fresca” e incluso “ligera de cascos”, situación que no se ha dado y mucho menos ha sido expresado por las mujeres hacia la figura del hombre, aunque a este se la hayan conocido varias parejas. Los prejuicios sociales están muy marcados tanto en zona urbana como rural. Se evidencia como las mismas mujeres son las que exteriorizan que “esconden” amores, sentimientos, gestaciones prohibidas por el hecho de no estar bien visto por su entorno social. Todo esto es debido a que hasta hace pocos años la ideología católica existente reforzó el ideal de que la mujer debía ser casta, pura y sobre todo formal. Aún así las

prácticas sexuales de cada pareja son únicas e irrepetibles, y las vivencias actuales son “contadas externamente”, extrapoladas al exterior sin tapujos, buscando salidas, ayuda, incluso diría que sincerarse con ellas mismas. Cabe destacar que lo que más importa no es tanto saber qué es la mujer, como funciona el cuerpo femenino, en qué consiste la sexualidad femenina, cuáles son los valores propios de una cultura femenina que habría que perpetuar, desarrollar o crear, sino saber entender cómo se organiza la diferencia sexual en la cultura. Se debe tener en cuenta que no existen recetas mágicas, a la hora de poner en práctica la sexualidad durante la gestación y puerperio, ya que cada mujer es única, y cada pareja actúa de forma diferente ante una misma situación, y por lo tanto únicas son también sus experiencias. Socialmente la familia, los amigos y allegados dan consejos y recomendaciones de todo tipo, sobre todo entre mujeres aproximadamente de la misma edad, influyendo todo esto en la decisión personal de la mujer y de pareja. Así se dejan de mantener relaciones sexuales durante la gestación debido a la información recibida, sin ningún motivo “real”, solo por el hecho de “prohibirlo”, sin llegar a pensar que cada pareja y cada persona tienen necesidades diferentes y viven situaciones diversas, muchas se asemejan pero no son iguales, así lo comentan ellas mismas. En este paso es muy importante la buena autoestima, la capacidad de poner límites y la toma de decisión-acción por parte de la gestante, puérpera e incluso del profesional sanitario encargado de formar e informar a estas mujeres. En definitiva, se denota que parte de las mujeres de la zona de estudio valoran como la liberación de la mujer y la educación de la misma ha contribuido a que ésta obtenga mayor placer y satisfacción en sus relaciones, ya no solo destinadas para



la reproducción. Se aprecia que la sociedad en la que conviven tanto mujeres como hombres continúa influyendo sobre la conducta sexual de estos; se valora que se está consiguiendo eliminar falsos mitos y tabúes que rodeaban el acto sexual, en gran medida debido a las charlas de profesionales, así como a las reuniones que realizan las propias mujeres en el centro de salud. Según he podido recoger en testimonios de las mismas mujeres, se necesita tomar mayor conciencia para tratar libremente todos los aspectos de la sexualidad, sin culpabilidad, vergüenza o pudor. Se puede comprobar que la mujer como su pareja se implica en la maternidad, en las relaciones sexuales y en compartir espacios, esto tan simple, para sus madres era impensable. Algunos de los hombres presentes en las charlas expresaron sentirse muy implicados en el desarrollo de la gestación, siendo esto más marcado en zona urbana. Se denota la sensibilidad como la sincronía, estimulación, así como la actitud positiva ante la nueva situación y la implicación de ambos en este nuevo momento que les corresponde vivir a ambos, sin tapujos, sin vergüenza y sin prohibiciones en un momento de cambio tanto fisiológico como psicológico para la mujer y su pareja. Las matronas entrevistadas previamente han realizado su función asistencial dentro de la Atención Especializada, coincidiendo en afirmar que existe un gran clima de equipo dentro de los centros de salud donde desarro-

llan su función asistencial, no solo con la enfermería, si no, con todos los componentes del equipo multidisciplinar. Todas ellas expresan estar muy satisfechas dentro de la Atención Primaria de salud, no teniendo intención de trasladarse a la Atención Especializada. Dentro del centro de salud urbano Lisa, pude observar como los trabajadores y la población de dicho centro mantiene un trato estrecho, conociéndose entre ellos. En el centro de salud urbano la Luz, profesionales/usuarios no parece conocerse tan a fondo, pero debo señalar que en este centro es el propio equipo multidisciplinar quien gestiona los recursos humanos y materiales; en el centro de salud rural de la Patrona, tanto personal como comunidad se conocen manteniendo incluso lazos estrechos de amistad entre algunos de ellos. Incluso los usuarios relacionan centro de salud con la compra diaria, (la frutería queda enfrente del centro de salud, por lo que la mayor parte de mujeres acuden al centro con bolsas llenas de frutas). Estas matronas tienen estipulado un tiempo en la consulta programada, de unos quince minutos, siendo escasas para algunas de las mujeres que asisten a estas consultas, no existen quejas de las mujeres en ninguno de los centros donde se desarrolló el estudio por la espera realizada.

El equipo multiprofesional dentro de AP, del centro de salud, interactúa conjuntamente, en la atención a la mujer gestante y púérpera. Es un sistema de trabajo que permite a varias personas de diferentes profesiones y habilidades coordinar sus actividades, y en el cual cada uno contribuye con sus conocimientos al logro de un propósito común, en este caso el beneficio de la mujer. En ocasiones estos equipos programan charlas conjuntas, e incluso puestas en común de experiencias mutuas. Las matronas de los centros de salud donde realicé el

estudio, tienen definidas sus funciones o roles, uno enmarcado en el modelo biomédico, consistente en realización de pruebas como curas y las técnicas contempladas en el programa de atención a la mujer gestante, este programa debe de cumplirse estrictamente. La segunda función queda enmarcada en su propio perfil como cuidadoras, y cercanas a la mujer, muy reconocido por la propia mujer. Realizan la atención a esta dentro de la consulta programada, (dando lugar esto ha realizar otro tipo de tareas y actividades dentro de su horario de trabajo), y la consulta a demanda en la cual la mujer acude por iniciativa propia. La historia obstétrica la inicia la matrona en la primera consulta de la mujer, en la captación de la gestante, esta historia obstétrica se utiliza tanto en AP como AE, por parte de los profesionales que valoran a la mujer, ya sea médico, enfermera, matrona, etc.

Respecto a la observación realizada en dichos centros de salud, pude comprobar como la educación sanitaria que imparten las matronas así como profesionales del equipo multidisciplinar, no es impartida ni recibida de la misma forma por parte de los profesionales, dependiendo de la ubicación del centro (zona urbano, como rural), así como de la formación de cada profesional sanitario, la visión respecto a la educación sexual de la mujer varía, realizándose esta actividad de manera diferente. Se observa que el léxico utilizado por los profesionales varía dependiendo de la formación del grupo de gestantes, según expresan los propios profesionales es importante conocer las características de su población, sobre todo cuando se trata de educación sexual, ya que valoran que esta información dependiendo del grupo de mujeres a educar y formar se dará a nivel individual o grupal. Así en la zona urbana observé como la educación sexual en mayor

medida se da a nivel individual, aunque también se imparte a nivel grupal, teniendo una mínima participación por parte de la mujer. Mientras que en la zona rural, esta formación la reciben las mujeres y acompañantes tanto a nivel individual como grupal.

RESULTADOS

Los resultados que presento, han sido obtenidos mediante el cruce de dos puntos de vista, uno –emic- de los actores e informantes, y otro –etic- perteneciente a mis categorías conceptuales. Fruto de este intercambio surgieron en el campo aspectos significativos no previstos inicialmente y que constituyen las categorías emergentes.

He realizado el análisis de los datos en torno a tres niveles: 1. Elaboración de categorías de análisis. 2. Agrupación en categorías más amplias. 3. Identificación de dominios cualitativos. Estos tres dominios teóricos es sobre los cuales trataré de explicar los resultados del estudio y los nombraré: percepción de la mujer, percepción de los profesionales, y percepción de las mujeres como usuarias del servicio de salud de Castilla-La Mancha.

CONCLUSIONES

El embarazo, es vivido de manera distinta por hombres y mujeres, puede afectar la vida y la sexualidad de diversas maneras según el sexo. La sexualidad como expresión de la personalidad, es única, personalizada e irreplicable, debe existir un paso de aceptación y adaptación a él y a la variación del disfrute sexual en la medida de las posibilidades y deseos. La nueva formación de enfermería especialista en obstetricia y ginecología, se contempla vía EIR (enfermero interno residente), cursándose por un periodo de dos años naturales y en la cual se contempla tanto la obstetricia como la gine-

cología, incorporándose la formación en cuidados sexuales de la mujer y familia, como a la educación sexual en todas las etapas de la vida de la mujer. La educación sexual se hace cada vez más necesaria en una sociedad que parece estar muy bien informada. Sin embargo, a juzgar por la observación realizada así como en el desarrollo de las entrevistas, se conciben altas dosis de desconocimiento y errores, tanto en mujeres jóvenes como en adultas, que afecta gravemente al equilibrio emocional. Enseñar a conocer y aceptar el propio cuerpo, a buscar información o a demandar ayuda es educar para ser capaces de establecer con los demás unas relaciones más sanas y satisfactorias.

BIBLIOGRAFÍA

- Alonso L.M., Pérez M.A., Arias C., Figueroa N., Gamarra C., Martínez A., et al, (2003). Características biopsicosociales y frecuencia de relaciones sexuales de las embarazadas en la ESE Prudencio Padilla Clínica Sur. Colombia: Barranquilla.,(7-10).
- Andrés Domingo A. (2000). Salud sexual y reproductora. Salud Pública y Enfermería Comunitaria. 2ª ed. Madrid. Barcelona, 1461-1490.
- Fernández de Quero, J. (1996). Guía práctica de la sexualidad masculina. Ediciones Temas de hoy. Madrid.
- González Labrador, I. y Miyar Pielga E. (2001).Sexualidad femenina durante la gestación. Revista cubana de Medicina General Integral. 17(5), 497-501.
- Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).
- Sanz, F. (1992). Psicoerotismo masculino y femenino. Barcelona: Kairos

Teoría y Método

Ser-aluno de enfermagem e a experiência do cuidado: revisão integrativa

Be student experience and nursing care: integrative review

Ser alumno de enfermería y la experiencia del cuidado: revisión integrativa

Silvana Silveira Kempfer¹ y Telma Elisa Carraro²

¹ *Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós Graduação da UFSC. Bolsista do CNPQ (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico). Membro do Grupo de Pesquisa C&C – Cuidando e Confortando – PEN/UFSC. Florianópolis (SC) Brasil.*

² *Doutora e Mestra em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, Vice-líder do Grupo de Pesquisa C&C – Cuidando e Confortando – PEN/UFSC.*

Cómo citar este artículo en edición digital: Silveira Kempfer S; Carraro TE. (2012) Ser-aluno de enfermagem e a experiência do cuidado: revisão integrativa. Cultura de los Cuidados. (Edición digital) 16, 33. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.33.010>>

Correspondencia: Silvana Silveira Kempfer. Rua Jaú Guedes da Fonseca, 292 ap 101 B-Coqueiros – CEP 88080080 – Florianópolis – Brasil . Email: silvanakempfer@yahoo.com.br

Recibido: 07/12/2011/ Aceptado: 20/3/2012



ABSTRACT

It is an integrative review. Objective: To identify the publications of national and international journals indexed in Medline, SciELO and BDEF, LILACS and CINAHL, and events related to nursing care, the training process in undergraduate nursing student and being-in period of June 2005 to June 2009. It consists of 12 articles in Portuguese, Spanish, English. Keywords:nursing care;phenomenology;students,nursing;adult education.Result-

ed in two themes: considerations for nursing knowledge and their teaching-learning; and the experience of nursing students in the academic learning process of the care. Students experienced the care in practical scenario and feel motivated to care for others linked to ethical and moral principles, putting themselves as protagonists of their learning. One observes the presence of the teacher as facilitator in this process of caring.

Keywords: Nursing care; Phenomenology; Students, nursing; Adult education.

RESUMEN

Se trata de una revisión integradora. Objetivo: Identificar las publicaciones de revistas nacionales e internacionales indexadas en Medline, SciELO y BDEF, LILACS y CINAHL, y eventos relacionados con los cuidados

de enfermería, el proceso de formación de los estudiantes de pregrado y de ser-en el período de junio de 2005 a junio de 2009. Consta de 12 artículos en Portugués, Español, Inglés. Palabras clave: cuidados de enfermería, la fenomenología, la educación a los estudiantes, ancianos, adultos. Dio lugar a dos temas: consideraciones para conocimiento de la enfermería y su enseñanza-aprendizaje; y la experiencia de los estudiantes de enfermería en el proceso de aprendizaje académico del cuidado. Los estudiantes con experiencia en el cuidado escenario práctico y se sienten motivados para cuidar de otros vinculados a los principios éticos y morales, poniendo a sí mismos como protagonistas de su aprendizaje. Se observa la presencia del profesor como facilitador en este proceso del cuidado.

Palabras clave: Enfermería; fenomenología; Estudiantes de enfermería; Educación de Adultos.

RESUMO

Trata-se de revisão integrativa. Objetivo: identificar nas publicações de periódicos nacionais e internacionais, indexadas nas bases de dados Medline, Scielo, BDenf, Lilacs e Cinahl, eventos relacionados ao cuidado de enfermagem, ao processo de formação na graduação em enfermagem e o ser-aluno no período de junho de 2005 a junho de 2009. Constitui-se por 12 artigos em português, espanhol, inglês. Descritores: nursing care; phenomenology; students, nursing; adult education. Resultou em duas temáticas: considerações sobre o conhecimento na enfermagem e o processo de ensino-aprendizagem do cuidado; e a experiência do aluno no cuidado de enfermagem no processo de formação acadêmica. Os alunos experenciam o cuidado em

cenário de prática e sentem-se motivados para cuidar do outro vinculado a princípios éticos e morais, colocando-se como protagonista de sua aprendizagem. Observa-se a presença do professor como facilitador neste processo de cuidar.

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem; Fenomenologia; Estudantes, enfermagem; Educação de adulto.

INTRODUÇÃO

A reflexão sobre o ser e sua existencialidade há muito tempo é objeto da filosofia, em particular nos dois últimos séculos o ser-no-mundo é desvelado pela fenomenologia, que contribui para os avanços conceituais nesta temática. Heidegger define o ser como presença, e partindo desta concepção, busca desvelar a existência como um tema ôntico-ontológico do homem (Heidegger, 2008). Esta premissa relacionada à condição de existir no mundo descreve a forma como ocorrem as relações e a compreensão de tudo o que norteia a vida humana e suas implicações no outro, pois, desta forma o homem percebe-se no mundo, começa a fazer conexões e revelar-se.

A enfermagem como profissão de cuidado, aproxima suas ações à existencialidade, sendo que por meio do cuidado o homem abre-se para o universo existencial, transportando-se para uma experiência além do que já foi dado (Sales, 2008). E, nesse contexto da enfermagem, o aluno transita no sentido de aprender a cuidar, sendo sujeito de seu aprendizado, o qual ocorre em vários contextos de ensino, como a sala de aula, o laboratório de práticas e o hospital.

A revisão integrativa neste momento tem a intenção de proporcionar a aproximação com o fenômeno do ser-aluno de enfermagem e o

cuidado e mostrar as lacunas do conhecimento acerca do mesmo.

Assim, a questão norteadora deste estudo é: Como o ser-aluno de enfermagem experiencia o cuidado na formação acadêmica?

METODOLOGIA

Para realização desta revisão foram percorridas as etapas de revisão integrativa (Ganong,1987).

Os critérios utilizados para seleção da amostra foram: artigos publicados em português, espanhol ou inglês, indexados nos bancos de dados da Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE); Scientific Electronic Library Online (SCIELO); Dados Bibliográficos na Área de Enfermagem do Brasil (BDENF); Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS); Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), no período compreendido entre junho de 2005 a junho de 2009. Dissertações e teses, resumos, notas prévias, monografias são consideradas fatores de exclusão na seleção da amostra.

Para isto, foi utilizado um protocolo para coleta de dados, preenchido para cada artigo da amostra (Souza, Silva, Carvalho, 2010). O protocolo permite a obtenção de informações sobre: base de dados, título do artigo, periódico, ano, país do estudo, categoria do estudo, natureza do estudo (qualitativo ou quantitativo), referencial teórico, método de análise, população do estudo, objetivo do estudo, enfoque dos temas, autores e conclusões.

A captação dos estudos nas bases de dados ocorreu em outubro de 2010, e foi estabelecida por meio de descritores selecionados a partir da terminologia em saúde consultada no National Library of Medicine's (MESH) e no Descritor em Ciências da Saúde (DECS-BIREME)

os quais auxiliam o pesquisador e direcionam a busca e foram: nursing care; fenomenology; students, nursing; adult education.

A busca resultou em dezenove referências potenciais, porém, sete destas não atenderam aos critérios de inclusão do estudo e foram descartadas da análise, totalizando uma população estudada de doze artigos, sendo estes seis do Brasil, quatro dos Estados Unidos e um da Colômbia, distribuídos nas seguintes bases de dados: Scielo (6); Medline (1); Lilacs (1); Cinahl (4) artigos.

RESULTADOS

Para melhor compreensão, os dados foram organizados conforme: base, ano, referencial e metodologia utilizada, demonstrados no quadro 1.

Base de Dados/Período	Título do Artigo	Autores/ano	Referencial Teórico	Objeto de Estudo
SCIELO Revista Latino Americana de Enfermagem	O ensino de enfermagem em saúde mental psiquiátrica: visão do professor e do aluno na perspectiva da fenomenologia social	Campos MA, Marighi MAJ, Stefaneli MC, 2005	Fenomenologia social de Alfred Schütz	Compreender o processo ensino-aprendizagem na perspectiva do professor e do aluno que vivenciam a disciplina de enfermagem em saúde mental psiquiátrica
SCIELO Texto Contexto Enferm, Florianópolis	Dimensão de Valores Éticos no Ensino de Cuidar em Enfermagem: Estudo Fenomenológico	Carneiro AD, Costa SFO da, Piqueiro MTP, 2009	Tema dos Valores de Max Scheler	Investigar como professores de Enfermagem disseminam valores éticos no ensino de cuidar em enfermagem a partir do referencial axiológico de Max Scheler.
SCIELO Rev. esc. enferm. USP	Metodologia do cuidar em enfermagem na abordagem fenomenológica	Grapas EML das, Santos OF dos, 2009	Fenomenologia Heideggeriana	Refletir sobre o cuidado, tomando como eixo alguns pressupostos da fenomenologia e construir uma metodologia para a arte de cuidar em enfermagem, com ênfase na existência e na autonomia do ser
SCIELO Avances en Enfermería	Significado, un conocimiento para la práctica de enfermería	Lozano YMP, Carrillo CVC, 2008	Fenomenologia Heideggeriana	Conhecer a importância dos significados que se atribuem as experiências das pessoas, como um elemento do domínio da prática de enfermagem.
SCIELO Texto Contexto Enferm	Roda meos fenomenológicos para um cuidado compreensivo de enfermagem	Revera MES, Herrera LM, 2006	Hermenêutica Compreensiva de Dilthey	Desenvolver um fundamento filosófico sobre cuidado compreensivo de enfermagem baseado na hermenêutica compreensiva de Dilthey e na fenomenologia de Heidegger
MEDLINE Nursing Education Perspectives	Paravikings the human: imperative in nursing education.	Klitman, S, 2007	Fenomenologia	Descreve uma estratégia de ensino que se concentra na atenção dos alunos sobre o imperativo humanístico na prática de enfermagem.
LILACS Revista Brasileira de Enfermagem	O ensinar da enfermagem em fenomenologia: revisando a produção acadêmica	A Almeida IS de, Crivaro ET, Salmeida AM de O, Sousa IE da O, 2009	Fenomenologia em Martin Heidegger, Alfred Schütz e Merleau-Ponty	Analisar a utilização do referencial fenomenológico nas pesquisas da enfermagem.
CINAHL Internasional Journal of Older People Nursing	Students' views for nursing older people in practice	Al-Bastar, B.S, 2006	Hermenêutica Interpretativa	Demonstrar como o contexto e a cultura podem influenciar a realização de seus ideais.
CINAHL Journal of Hospice & Palliative Nursing	Caring for the dying: nursing student perspectives	Archin L., 2006	Fenomenologia Hermenêutica	Elucidar e esclarecer a profundidade das experiências dos estudantes no atendimento aos pacientes terminais e suas famílias para melhorar a qualidade de morte e do morrer como cuidado para estudantes

Quadro 1 – Artigos captados nas bases de dados: Scielo, Medline, Lilacs e Cinahl.2010.

A leitura atenta aos aspectos concernentes à experiência do ser-aluno de enfermagem,

relacionados ao cuidado em seu processo de formação acadêmica, nos doze artigos captados remete a algumas reflexões que levaram a constituição de duas áreas temáticas: o processo de ensino-aprendizagem do cuidado na enfermagem; e a experiência do aluno na aprendizagem do cuidado de enfermagem

DISCUSSÃO

O Processo de Ensino-Aprendizagem do Cuidado na Enfermagem

Para realizar esta reflexão sobre a experiência do aluno de enfermagem no processo de ensino-aprendizagem do cuidado, foi necessária uma aproximação do processo vivenciado por ele, retratados nos artigos selecionados para este estudo.

O teor de alguns artigos apontam para um processo de ensino-aprendizagem do cuidado ligado ao conhecimento tradicional, onde a perspectiva é do professor que sabe e do aluno que não sabe, bem como do conteúdo sendo disponibilizado exclusivamente pelo professor. Os conhecimentos neste sentido estão vinculados aos aspectos de causa e efeito, de saúde e doença, certo e errado, onde o aluno não faz intervenções ou reflexões maiores.

Porém, evidencia-se outra perspectiva emergente que trata o conhecimento de forma diferente, quando este se volta para as questões ontológicas e compreensivas do ser, e a doença assume o significado de um desequilíbrio existencial. Insere o aluno como sujeito no contexto da aprendizagem retirando-o da passividade levando-o a construir seu processo de formação profissional voltado para o ser. Para isto o enfoque do cuidado centra-se na compreensão dos significados existenciais do ser que cuida e do ser cuidado. Considera-se aqui o conceito de existência como: “a efetivação daquilo que uma coisa é, enquanto se ma-

nifesta na sua idéia” (Heidegger, 2005, p. 28) e, nesse sentido de ser, os fenômenos existenciais são possibilidades do ser se mostrar como verdadeiramente é.

Os alunos de enfermagem podem experimentar um processo de aprendizagem que seja capaz de lhe aproximar do ser cuidado de forma a compreendê-lo em suas fragilidades, que estão imersas na dinâmica do cuidar, inclusive nos momentos de silêncio, de dor, de sofrimento emocional pelos quais todos passam.

O processo de ensino-aprendizagem deve proporcionar dois tipos de experiência aos alunos: a primeira com aspectos objetivos, ou seja, onde o aluno possa vivenciar momentos de busca de informações que lhe assegurem conhecimentos técnico-científicos necessários para compreender o paciente e cuidar. A outra experiência poderia ser voltada para os aspectos subjetivos da interatividade humana, ou seja, aquelas experiências que não podem ser visualizadas ou aprendidas nos limites técnicos, mas que devem ser sentidas, compartilhadas pela presença e pela entrega ao ser cuidado.

Nesse sentido, o questionamento não está focado na importância ou não dos aspectos objetivos ou subjetivos do processo de ensino-aprendizagem, mas como podemos integrar estes dois paradigmas educacionais na formação do enfermeiro para que seja plausível ampliar seus conhecimentos sobre o cuidado.

Destaca-se que a figura do professor emerge ora com uma postura tradicional numa relação vertical e, ora como um facilitador numa relação horizontal. Estas posturas influenciam no processo de ensino-aprendizagem do aluno, transitando entre seus aspectos objetivos e subjetivos. Neste processo, “o ensinar e aprender não se configura como tarefa fácil para

os educadores frente ao mundo globalizado, onde a velocidade de informações e avanços técnico-científicos constituem um desafio” (Sebold, Carraro, 2011,p.11).

A experiência do aluno na aprendizagem do cuidado de enfermagem

O aluno enquanto estagiário percebe a experiência de cuidar como algo vinculado a ação, em cenário de prática, em poucos momentos descreve a experiência de cuidar como parte do todo de um processo de sua formação. E nesse sentido, o cuidado assume contextos hospitalares, na maioria das vezes, com experiências relacionadas a áreas como: psiquiatria e saúde mental; clínica médica, situações de catástrofes ambientais e morte, e olhando por este prisma, as vivências do aluno, são percebidas no sentido de encontrar-se em um ambiente estranho ou desconhecido, que gera tensão.

A adaptação do aluno no ambiente profissional faz com que ele cogite sobre sua própria vulnerabilidade, e sua exposição pessoal e profissional a este contexto desconhecido, sendo refletida em posturas pessoais vinculadas a valores como a humildade, o colocar-se no lugar do outro, comover-se com algumas situações e buscar em si mesmo algumas respostas a seus conflitos pessoais.

Ao deparar-se com situações de dúvida, medo, insegurança, cada aluno procura em si uma forma de superação, principalmente quando está nas primeiras fases de seu processo de formação, onde tem poucos conhecimentos teóricos. Relata que para enfrentar seus temores combina experiências pessoais com as próprias perdas, dor e morte, para que possa compreender o sofrimento do outro e que tal sobreposição foi importante neste processo de aprendizagem do cuidado.

Os alunos consideram a experiência de cuidar como um despertar para o outro, e este desejo de ajudar faz com que se sintam bem ao se doar nas pequenas coisas do cotidiano e de como isto faz a diferença, pois referem não esquecer mais das pessoas que cuidaram e as guardam em seus corações. Descrevem ainda a experiência de cuidar como complexa e desafiadora, sentindo-se ansiosos quando estavam na presença do outro. Corroborando com Carraro (2011), que descreve o cuidado como momento contínuo de reflexão onde o ser percebe-se em sua incompletude e lança-se em uma dinâmica de realização das necessidades do outro em suas inúmeras possibilidades.

CONCLUSÕES

Os estudos revelaram que o aluno experencia o cuidado de forma singular vinculando-o a valores pessoais. Em circunstâncias de experiência prática, o aluno sente-se um intruso na instituição, com o paciente e com a equipe de saúde, o que gera sofrimento e angústia, e para que possa adaptar-se, normalmente faz reflexões e busca forças em si mesmo.

Esta revisão revela um contexto subjetivo no processo de ensino-aprendizagem do cuidado, onde o aluno é sujeito, e neste contexto, percebe-se que as situações que encontra em campo prático não são compreendidas totalmente por eles. Fica evidente um viés subjetivo, talvez por pensar o processo como algo que ocorre somente em uma relação profissional – paciente, e não como uma troca de experiências entre todos os envolvidos.

O desvelamento das experiências dos alunos nos remete a pensar em novos estudos que possam evidenciar como contemplar conhecimentos sobre questões subjetivas do cuidado, por meio do processo de ensino-aprendizagem na enfermagem.

REFERÊNCIAS

- Carraro, et al.(2011) Cuidado de Saúde: uma aproximação teórico-filosófica com a fenomenologia.Cultura de Los Cuidados, 15(29) 1-97.
- Ganong, LH. (1987) Integrative reviews of nursing research. Rev Nurs Health 10(1), 1-11.
- Heidegger, M. (2008) Ser e Tempo. Vozes, São Paulo.
- Heidegger, M. (2005) Carta ao Humanismo. Centauro Editora,São Paulo.
- Sales, CA. (2008) O ser-no-mundo e o cuidado humano: Concepções Heideggerianas. Rev. Enferm. UERJ, 16, 563-8.
- Sebold, LF, Carraro, TE. La práctica pedagógica del docente en enfermería: una revisión integradora de la literatura.[on line]. (2011), p.1-12. [Consult. 5 Set .2011]. Disponível na Internet: <http://www.um.es/eglobal/> . ISSN 1695- 6141.
- Souza MT, Silva MD, Carvalho R. (2010) Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein 8,102-6.



Bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género

Welfare of the functional dependence elderly family caregiver: a gender perspective

Bem estar dos cuidadores de idosos com deficiência física: nas perspectivas do homem e da mulher

Aurora Félix Alemán¹; Rosa María Aguilar Hernández²; M^a. Luz Martínez Aguilar³; Hermelinda Avila Alpírez³; Laura Vázquez Galindo⁴; Gustavo Gutiérrez Sánchez⁴

¹ CD en Enfermería y Cultura de los Cuidados. ² Dra. en Educación Internacional.

³ Dra. en Enfermería y Cultura de los Cuidados. ⁴ Dr. en Psicología

Cómo citar este artículo en edición digital: Félix Alemán A; Aguilar Hernández RM^a; Martínez Aguilar M^aL; Avila Alpírez H; Vázquez Galindo L; Gutiérrez Sánchez G. (2012) Bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género. *Cultura de los Cuidados*. (Edición digital) 16, 33. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.33.011>>

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

Recibido: 011/11/2011/ Aceptado: 10/03/2012

*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.



ABSTRACT

Family carers of the elderly dependent (CFAMD), vulnerable group susceptible to damage health condition; is aggravated by gender, as reflected in dimensions of welfare. Objective: To identify the welfare of the func-

tional dependence elderly family caregiver with a gender perspective. Method: A descriptive, analytical and correlational study. Sample: 300 CFAMDF, Matamoros Tamaulipas, Mexico. Questionnaires: Sociodemographic and care data, Barthel Index and Quality of life, the latter with Cronbach alpha of 0.69. Chi-square and Pearson correlation coefficient tests. Results: Description of CFAMDF, women (85.0%), average age 42, married/cohabiting (65.0%), son/daughter (61.4%), household work (66.3%), unemployed (49.3%) or income limited (50.7%). Women with more time and dedication to care as well as greater involvement in almost all dimensions of wellness. CFAMDF features: kinship (daughters) and occupation (household work) associated with dimensions of wellness. Welfare unaffected when only caring the elderly. Conclusion: CFAMDF was characterized as involvement in

women with dimensions of welfare associated with older age, functional dependency and greater time caring the elderly. The CFAMDF women prevalence reflects the social conditioning of gender.

Keywords: Welfare. Caregiver. Elderly. Gender.

RESUMO

Cuidadores Familiares de Idosos com Deficiência Física (CFAMD), população vulnerável suscetível a danos de saúde; agravos nas diferenças de gênero de cuidados e reflexos no bem estar. Objetivo: mensurar o bem estar dos cuidadores de idosos com deficiência física, nas perspectivas do homem e da mulher. Método: estudo descritivo, analítico e correlacional. A amostra é de 300 usuários do serviço CFAMDF, na cidade de Matamoros Tamaulipas, no México. Instrumentos: dados sociodemográficos e cuidados, índice de Barthel e Qualidade Vida, cruzados com Alpha de Cronbach 0.69. Testes: Qui-Quadro e coeficiente de correlação de Person. Resultados: CFAMD, mulheres (85,0%), em média 42 anos, casadas/união estável (65,0%), com filho/a (61,4%), donas de casa (66,3%), desempregadas (49,3%), nível socioeconômico baixo (50,7%). Constatou-se que mulheres com mais tempo e dedicação para o cuidado, apresentaram maior impacto em quase todas as esferas de cuidados e bem estar. Características CFAMDF: parentesco (filhas) e ocupação (donas de casa) estão associadas às esferas de bem-estar. As que dedicam-se somente aos cuidados aos idosos tiveram apresentaram danos no bem-estar. Conclusão: CFAMDF se caracterizou por mulheres cuidadoras que, quanto maior a idade das pessoas com deficiência físicas cuidadas, bem como o maior tempo de cuidados

em AM, maior são os danos nas dimensões de seu bem-estar. Contudo o predomino foi de mulheres CFAMDF, tendo como reflexos os fatores sociais constituídos.

Palavras-chave: Cuidador familiar; Idosos; Perspectiva de gênero.

RESUMEN

Cuidadores familiares adultos mayores dependientes (CFAMD), grupo vulnerable, susceptible de daños a salud; se agrava por condición de género, reflejado en dimensiones del bienestar. Objetivo: identificar bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional, con perspectiva de género. Método: estudio descriptivo, analítico y correlacional. Muestra 300 CFAMDF, Matamoros Tamaulipas, México. Cuestionarios: Datos Sociodemográficos y del Cuidado, Índice de Barthel y Calidad Vida, éste con alpha de Cronbach 0.69. Pruebas chi-cuadrada y coeficiente de correlación de Pearson. Resultados: CFAMDF, mujeres (85.0%), media 42 años, casadas/unión libre (65.0%), hijo/a (61.4%), labores hogar (66.3%), sin trabajo (49.3 %) o ingresos limitados (50.7%). Mujeres con más tiempo y dedicación al cuidado, mayor afectación en casi todas las dimensiones del bienestar. Características CFAMDF: parentesco (hijas) y ocupación (labores del hogar) asociadas con dimensiones del bienestar. Dedicación sólo al cuidado AM sin afectación del bienestar. Conclusión: CFAMDF se caracterizó como mujeres con afectación en dimensiones del bienestar asociado con mayor edad, dependencia funcional y mayor tiempo al cuidado AM. Predominio mujeres CFAMDF refleja el condicionamiento social de género.

Palabras clave: Bienestar. Cuidador. Adulto mayor. Género.

INTRODUCCIÓN

La atención a la salud como derecho universal debe ofrecerse sin distinción, en particular a grupos vulnerables como lo es el de Cuidador/a Familiar del Adulto Mayor con Dependencia Funcional (CFAMDF).

El grupo Adulto Mayor (AM) se encuentra en rápida expansión y amerita atención (Olshansky, Biggs, Achenbaum, Davison, Fried, Gutman, Kalache, Khaw, Fernandez, Rattan, Guimarães, Milner y Butler, 2011) y cuidados por su familia, que se agudizan por el deterioro progresivo y daños a la salud, lo que da lugar a la dependencia funcional (Aguilar, Félix, Martínez, Vega, Quevedo y Gutiérrez, 2007, 2009; González y Ham-Chande, 2007). Las exigencias del cuidado aumentan con el nivel de dependencia del AM lo cual somete a riesgo de daño a la salud al CFAMDF (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005; Montes de Oca y Hebrero 2006).

El Cuidador/a Familiar del Adulto Mayor con Dependencia Funcional es la persona, en relación de parentesco, hombre o mujer, mayor de 18 años, que atiende, apoya y supervisa sus necesidades básicas de la vida diaria, toma decisiones y asume su cuidado de salud integral. El CFAMDF se caracteriza como: mujer, principalmente hija, en edad media de la vida con proximidad o dentro del grupo AM, casada o en unión libre, dedicada al hogar, con baja escolaridad y percepción económica (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2005; Nigenda, López-Ortega, Matarazzo y Juárez-Ramírez, 2007; Rojas, 2007; Espinosa, Mendez, Lara y Rivera, 2009; Luengo, Aranceda y López, 2010; Yonte, Urién, Martín y Montero, 2010).

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades (OMS, 2006); y en virtud de que, en México, la Constitución Po-

lítica establece que toda persona tiene derecho a un medio ambiente adecuado para su desarrollo y bienestar (Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2011), los profesionales del cuidado deben contribuir a su cumplimiento, mediante la identificación, estudio y atención a los grupos en riesgo. El bienestar de los CFAMDF se definió para este estudio como la adaptación e integración de las dimensiones física, psicológica, social y espiritual en el contínuum salud-enfermedad.

El género es una construcción simbólica conformada de atributos asignados a las personas a partir del sexo como las características biológicas, físicas, económicas, sociales, psicológicas, eróticas, jurídicas, políticas y culturales (Lagarde, 2001). La equidad de género es una condición necesaria para el goce de la salud como derecho constitucional. De acuerdo con la teoría de género el sistema de organización patriarcal que impera en el contexto mexicano asigna por género las funciones productivas y reproductivas (Cazés, 2000). Las reproductivas son asignadas socialmente a la mujer, como un deber ser y vividas como condicionamiento social y moral; entre las que se encuentran el cuidado del hogar y los dependientes en la familia: niños, enfermos y adultos mayores. Por estas actividades la mujer no espera remuneración económica ni reconocimiento social ya que las mujeres son en función de otros. Ellas destinan sus energías vitales en la satisfacción de las necesidades de los otros de quienes se complementan (Lagarde, 2001, 2005). Las mujeres cuidadoras se entregan al cuidado con agrado por la satisfacción del deber cumplido lo cual no sucede en el cuidado del AM por el progresivo deterioro de su salud.

El problema de género es mundial, con mayor apego en culturas latinas, en donde las mujeres cumplen con el deber moral de cuidar

a sus padres (Robles, Vázquez, Reyes y Orozco, 2007), con abnegación buscan la satisfacción de las necesidades de ellos en perjuicio de las propias (Díaz-Guerrero, 2003; Lagarde, 2005; Maqueira, 2006). Esta asignación tradicional les ha hecho dueñas, expertas y sucesoras del cuidado (Heierle, 2004; Bover, 2006). Por ello, el AM, llegado el momento, espera y/o pide ser cuidado por su hija, esposa u otra mujer en el hogar o donde sea necesario (Instituto de Mayores y Servicios Sociales, 2005; Robles y cols., 2007).

El cuidado sostenido del AM en el hogar requiere cada vez de más tiempo, conocimiento, fortaleza física y emocional, lo que supera las expectativas de las mujeres. Ellas asumen el cuidado: sin preparación, adquieren habilidad en condición de estrés (Schumacher, Beck y Marren, 2006; Barrera, Pinto y Sánchez, 2006; Roberto y Jarrott, 2008), sin apoyo social para el cuidado por lo que se considera un trabajo invisible (Nigenda y cols., 2007; Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, 2009), ocupadas en una segunda o tercera jornada, sin remuneración por el cuidado (Robles, 2003; Instituto Nacional de Estadística Geografía e informática, 2007), sin participación de la pareja en el cuidado del hogar e hijos, sin apoyo de su familia extendida (Nigenda y cols, 2007), con alta implicación en la responsabilidad a expensas de su propio bienestar y postergando sus proyectos, anhelos y motivaciones cotidianas (Mier, Romeo, Canto y Mier, 2007; Roberto y Jarrott, 2008; Uribe, 1999).

En este contexto, además de su caracterización como grupo, el de CFAMDF no sólo es susceptible de daño a la salud y ser sujeto de atención, sino de convertirse en futuro sujeto del cuidado; por lo que debería ser considerado como grupo vulnerable en los programas sociales, de salud y de investigación. Asimismo

los profesionales de la salud, particularmente enfermería requieren la formación acorde a esa situación que les permita atender con efectividad a CFAMDF como sujeto de atención y sujeto del cuidado que resulte en su bienestar y el de su familiar adulto mayor (Salas, 2006).

El bienestar del CFAMDF en su condición de género y en las dimensiones del bienestar: física, psicológica, social y espiritual, no ha sido estudiado en México, por lo que se realizó un estudio a partir de la pregunta ¿Cómo influye el género en el bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional en Matamoros, Tamaulipas México? Con el objetivo de identificar el bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional, con una perspectiva de género. Este conocimiento permitirá planear intervenciones de enfermería que impacten en las dimensiones del bienestar en su condición de CFAMDF.

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, de Lowen y Anderson, referidos por Cid-Ruzafa y Damián-Moreno (1997) quienes encontraron alpha de Cronbach de 0.86 -0.92 y Calidad Vida para medir el bienestar y sus dimensiones en el cuidador/a familiar de Ferrell y Grant (s.f.) con alpha de Cronbach 0.69. Es un instrumento



ordinal, escala tipo Likert de 37 reactivos que mide la calidad de vida a través de la exploración del bienestar en las dimensiones física, psicológica, social y espiritual. La escala es del cero al 10. Cero es el peor resultado y diez es el mejor, sin embargo en algunos reactivos esto es a la inversa: 1-4, 6, 13-20, 22, 24-29 y 33. 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 (media de 42 años) o próximas a la etapa AM, casadas o en unión libre (65.0%), hijo/a (61.4%), baja escolaridad (media 7.7), labores del hogar (66.3%), sin actividad productiva (49.3 %) o con ingresos limitados (50.7%).

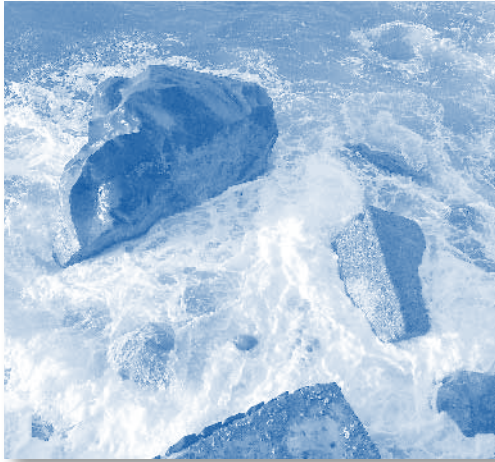
En la asociación de género con la situación laboral, horas laboral, horas al cuidado y tiempo al cuidado se encontró que las mujeres llevan más tiempo y dedican más horas al cuidado. La mitad de las mujeres no tenían actividad laboral, sin embargo de las que trabajaban ocho le dedicaron más tiempo que cualquier hombre. El cuidador/a familiar presentó un mejor bienestar en la medida que se dedicaba sólo al cuidado del AM.

El bienestar del CFAMDF presentó mayor afectación del bienestar en la dimensión espiritual en casi todas las características sociodemográficas y del cuidado, seguido de la dimensión física y psicológica; la social es la menos afectada. Las características del CFAMDF que más asociación mostraron con las dimensiones del bienestar fueron parentesco y ocupación (Tabla 1).

Se encontró un alto grado de asociación entre el bienestar y sus dimensiones. La afectación en las dimensiones del bienestar del CFAMDF mostró asociación con el nivel de dependencia del AM (coeficiente de correlación negativos). El Bienestar Espiritual es el indicador que menor asociación presentó con las demás dimensiones (Tabla 2).

DISCUSIÓN

Las características del CFAMDF, en las que predomina el género femenino, estuvieron asociadas con las dimensiones del bienestar lo cual refleja afectación en su condición de mu-



jer que se explican con perspectiva de género.

A las mujeres corresponde las funciones reproductivas que incluye el cuidado de la salud familiar (Lagarde, 2001), además del AM. En este estudio, el género se asoció con el bienestar en la dimensión espiritual. El complemento de las mujeres es el esposo y/o pareja con un sentido de propiedad (Lagarde, 2001), y condicionadas para su servicio lo que las somete en el dilema de cuidar a sus padres y de cumplir además como esposas. En este estudio predominó el estado civil casada, que se asoció con la dimensión espiritual.

Las mujeres son las encargadas de las funciones reproductivas (Lagarde, 2001). Lo esperado socialmente es que la mujer, por su condición de género se dedique al hogar. En este estudio la mayor ocupación fue el hogar, que se asoció con las dimensiones psicológicas, sociales y espirituales. Los hombres son los encargados de las funciones productiva (Lagarde, 2001), sin embargo la mitad de las mujeres de este estudio tienen, además, trabajo productivo, que aunado a sus múltiples roles incrementa su carga, esta característica se asoció con las dimensiones psicológica y espiritual, asimismo horas laboral con las dimensiones física y espiritual.

Las mujeres son en función de otros (Lagarde, 2001), sienten satisfacción del deber cumplido en beneficio de las personas a su cuidado, quienes son frecuentemente los padres y por su compromiso moral se ve mayormente implicada en el cuidado. En este estudio la relación de parentesco que predominó fue el de hija del AM la cual se asoció con las dimensiones física, psicológica y espiritual. La energía vital de las mujeres deben destinarse a satisfacer las necesidades vitales de los otros (Lagarde, 2001). Las mujeres cuidan con un sentido de responsabilidad, aunque en ello entregan la vida sobre todo cuando se trata del cuidado al AM con dependencia progresiva para el que se requiere mayor tiempo, dinero y esfuerzo. En este estudio las horas al cuidado se asoció con la dimensión psicológica; el ingreso económico con las dimensiones física y espiritual, la edad del AM con la dimensión física, y el nivel de dependencia del AM con las dimensiones física y social.

CONCLUSIÓN

Las características sociodemográficas del cuidador/a familiar y del cuidado del adulto mayor con dependencia funcional que se encontraron en el estudio, permitió identificar que las CFAMDF son un grupo en desventaja social y de salud en las que su ocupación, el parentesco y nivel de dependencia del AM afectan su bienestar mayormente en la dimensión espiritual y en menor medida la dimensión social.

SUGERENCIA

Incorporar la perspectiva de género en la formación profesional de enfermería para brindar un cuidado de calidad en este grupo vulnerable.

REFERENCIAS

- Aguilar RM, Félix A, Martínez ML, Vega MC, Quevedo MM, Gutiérrez G. Dependencia funcional y género del adulto mayor. *Desarrollo Científ Enferm*. 2007 noviembre-diciembre, 15(10): 436-439.
- Aguilar RM, Félix A, Martínez ML, Vega MC, Quevedo MM, Gutiérrez G. Actividades de vida del adulto mayor en interacción con la familia. *Desarrollo Científ Enferm*. 2009, Julio 17(6).
- Barrera L, Pinto N, Sánchez B. Cuidando a los Cuidadores. Un programa de apoyo a familiares de personas con enfermedad crónica. *Index de Enfermería* 2006, XV (52-53), 54-58.
- Bover A. El impacto de cuidar en el bienestar percibido por mujeres y varones de mediana edad: una perspectiva de género. *Enfermería Clínica*, 2006. 16 (2), 69-76.
- Cazés D. La perspectiva de género. Consejo Nacional de Población. (México). 2000.
- Cid- Ruzafa J, Moreno J. Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública*. 1997; 71(2): 127-137.
- Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos. (24 de Junio de 2009). Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Recuperado el 23 de Mayo de 2010, de sitio Web de la Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/245.pdf>
- Díaz R. La estructura psicológica de la familia mexicana. Descubrimiento de la etnopsicología. 6ª ed. (México) Trillas. 2003.
- Espinosa E, Mendez V, Lara R, Rivera P. 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*. 2009; 18(1): 69-79
- Ferrell R, Grant, M. (s.f). Quality of Life Family Version. National Medical Center and Beckman Research Institute. Consultado el 15 de mayo de 2007 de [http://prc.coh.org/pdf/Quality of Life Family Version.pdf](http://prc.coh.org/pdf/Quality%20of%20Life%20Family%20Version.pdf)
- González CA, Ham R. Funcionalidad y salud: Una tipología del envejecimiento en México. *Salud Pública Mex*. 2007; 49 4: 448-458.
- Nigenda G, López M, Matarazzo C, Juárez C. La atención de los enfermos y discapacitados en el hogar. Retos para el sistema de salud mexicano. *salud pública Méx*. 2007 49, 4, julio-agosto de 286-294
- Heierle C. Cuidando entre cuidadores: intercambio de apoyo en la familia. *Index*, 2004. 159.
- Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. Legislación Federal. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Título 1º. Artículo 4. Vigente al 1 de septiembre de 2011. Consultado el 15 de septiembre de 2011. Disponible en: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/9/5.htm?s>
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO]. (2005). Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar. (M. d. sociales, Ed.) Recuperado el 26 de Febrero de 2010, de sitio Web del IMSERSO: http://www.inforesidencias.com/docs_pago/imserso-cuidados-mayores.pdf
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e informática. Mujeres y hombres en México. 11º. ed. (México). INEGI 2007.
- Lagarde M. Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia. 3ª. ed. (España): horas y HORAS. 2001.
- Lagarde M. Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. 4ª. ed. (México): Universidad Nacional Autónoma de México (2005).
- Luengo C, Araneda E, López G. Factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado. *Index Enferm*. 2010; 19(1): 14-18.
- Maquieira V. Mujeres, globalización y derechos humanos. España: (2006). Cátedra.
- Mier I, Romero Z, Canto A Mier R. Interpretando el cuidado. Por qué cuidan sólo las mujeres y qué podemos hacer para evitarlo. *Revista de servicios sociales* 2007 (42), 29-38.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. España: Secretaría de Estado y Servicios Sociales, Familias y Discapacidad; 2005.
- Montes V, Hebrero M. Eventos cruciales y ciclos familia-

- res avanzados: el efecto del envejecimiento en los hogares de México. Papeles de Población 2006.(050), 97-116.
- Olshansky J, Biggs S, Achenbaum A, Davison C, Fried L, Gutman G, Kalache A, Khaw T, Fernandez A, Rattan S, Guimarães M, Milner C, Butler N. Global Policy. The Global Agenda Council on the Ageing Society: Policy Principles. Political Science. 2011 2, 1, 97-105.
- Organización Mundial de la Salud. Documentos Básicos Suplemento de la 45ª. Edición, octubre de 2006. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Consultado el 15 de noviembre de 2008. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Roberto A, Jarrott E. Family caregivers of older adults: A life span perspective. Family Relations 2008. 57 (1), 100-111.
- Robles L. Doble o triple jornada: el cuidado a enfermos crónicos. En Estudios de hombre 17. México. 2003.
- Robles L, Vázquez F, Reyes L, Orozco I. Miradas sobre la vejez. Un enfoque antropológico. Religión y sociedad , 2007. 19 (40), 195-204
- Rojas V. 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. 2007; 25(1): 33-45.
- Salas PM. La ciencia de los cuidados, marco investigativo para alcanzar el éxito de la calidad de vida en el envejecimiento. Cultura de los cuidados. 2006., X(19): 73-78.
- Schumacher B, Marren M. Family caregivers: Caring for older adults, working with their families. American Journal of Nursing ,2006.106 (8), 40-49.
- 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 18.01.2010].
- Uribe M.El auto cuidado y su papel en la promoción de las Salud. Investigación y Educación en Enfermería 1999 17 (2). 109-118.
- Yonte F,Urién Z, Martín M, Montero R. Sobrecarga del cuidador principal. Rev enfer C y L. 2010, 2(1): 59-69.

TABLA 1

Dimensiones del bienestar en función de las características sociodemográficas y del cuidado del cuidador/a familiar

Características del cuidador	Dimensiones del bienestar			
	Físico	Psicológico	Social	Espiritual
Género	0.2526	0.2119	0.3105	0.0087
Parentesco	0.0270	0.0939	0.1195	0.0015
Estado civil	0.7259	0.7806	0.7900	0.0824
Ocupación	0.5366	0.0393	0.0175	0.0181
Horas laboral	0.0115	0.4181	0.1859	0.0001
Situación laboral	0.9786	0.0454	0.2023	0.0120
Ingreso económico	0.0570	0.9863	0.8700	0.0293
Horas al cuidado	0.4852	0.0390	0.7613	0.5026
Edad del adulto mayor	0.0878	0.2248	0.4490	0.9292
Nivel de dependencia del adulto mayor (Índice de Barthel)	0.0002	0.2439	0.0008	0.2207

Significativos con $p < 0.10$
Coeficiente de correlación de Pearson
En negrilla niveles de significancia

Dimensiones del bienestar	Físico	Psicológico	Social	Espiritual	Bienestar
Bienestar Psicológico	0.587				
Bienestar Social	0.575	0.733			
Bienestar Espiritual	0.353	0.448	0.438		
Bienestar	0.734	0.921	0.878	0.635	
Nivel de dependencia del adulto mayor (Índice de Barthel)	-0.208	-0.113	-0.209	-0.078	-0.179

TABLA 2

Dimensiones del bienestar del cuidador/a familiar y nivel de dependencia del adulto mayor

*Coeficientes mayores en valor absoluto a 0.113 son estadísticamente significativos con $p=0.05$
Coeficiente de correlación de Pearson.

Miscelánea

Biblioteca comentada

ENFERMERIA EN SALUD MENTAL

Genoveva Granados y Miguel Sánchez
(2011)

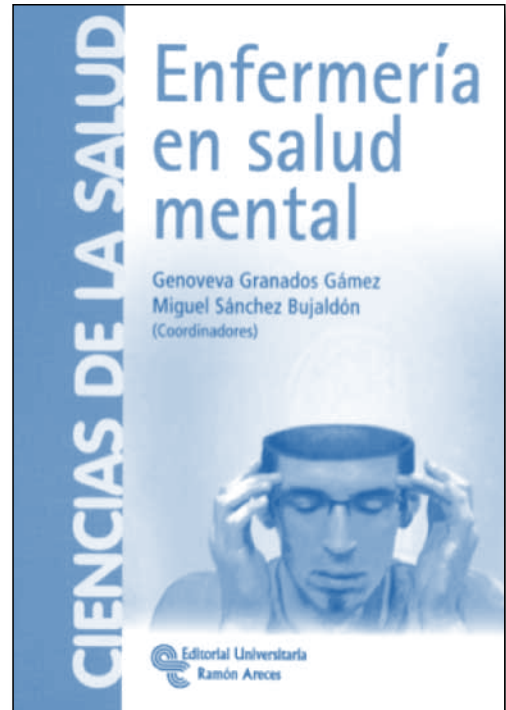
Editorial Universitaria Ramón Areces,
Madrid.

La editorial universitaria Ramón Areces pone a nuestra disposición el libro de Enfermería en salud mental.

Como bien nos dicen los autores: el enfoque de la obra, se plantea desde la interrelación entre la psicopatología, la psicología clínica, la psiquiatría y los cuidados de enfermería, de forma que el lector a través de ella, se aproxime al conocimiento necesario para entender la salud mental y el proceso de enfermar de las personas y pueda incorporarlo a su saber, para expresarlo de manera automática en su práctica profesional.

El texto se ha construido en base a la relevancia contemporánea por conocer los problemas de salud mental más relevantes en las diferentes etapas de la vida y los cuidados integrales más eficaces en el ámbito de la enfermería de salud mental.

El libro está elaborado por varios autores, tanto asistenciales como profesores que realizan su trabajo en el dominio de la salud mental y psiquiatría. Los autores proporcionan a los profesionales y estudiantes los recursos necesarios que le ayuden a desarrollar las habilidades esenciales para ser competente en los equipos de salud mental. Se profundiza en las intervenciones de prevención, detección,



tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales y en los diferentes niveles asistenciales.

El libro consta de cinco partes:

En la Primera Parte correspondiente a los capítulos 1,2, y 3, se presentan los contenidos asociados con los fundamentos de los cuidados en salud mental, así como el papel de la enfermera, el trabajo en equipo y las relaciones interpersonales en el área de la salud mental.

La Segunda Parte, que recoge los capítulos 4,5 y 6, plantea contenidos asociados a competencias cognitivas, de conocimiento y habi-

lidades en el área de salud mental.

En la Tercera Parte, capítulos del 7 al 10, se abordan los campos de las actitudes y las habilidades en procedimientos específicos necesarios para el cuidado del paciente con problemas de salud mental.

En la Cuarta Parte, capítulos del 11 al 20, se afrontan los contenidos asociados a competencias de la práctica de enfermera y la toma de decisiones clínicas en el área de la salud mental. Así mismo, en este bloque se abordan también las intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos en el área de la salud mental.

En la Quinta Parte, capítulos 21 y 22, se describen los avances en enfermería comunitaria, de rehabilitación y recuperación, de gran importancia en el manejo habitual de las personas con problemas de salud mental.

Este libro, tanto por su rico y actual contenido como por su fácil manejo, lo recomendamos tanto a profesionales de la enfermería generalista como especializada en salud mental y psiquiatría, como a los estudiantes.

Luis Cibanal Juan

*Catedrático de enfermería en
Salud Mental y Psiquiatría.*

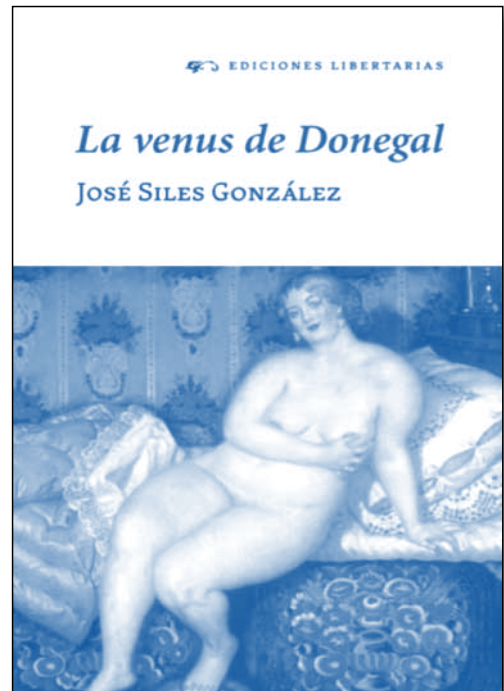
LA VENUS DE DONEGAL

José Siles González (2012)

Ediciones Libertarias, Madrid.

He leído este verano la nueva novela de José Siles, “La Venus de Donegal”; aún estoy impresionado por la capacidad de este cartagenero para llevar adelante y con buen pulso una narración tan compleja; el entramado y la red de personajes son memorables. Al cerrar el libro he pensado algo tan sabido como que la literatura es la alquimia de la realidad y de la imaginación. Realidad e imaginación o viceversa, todo depende de escuelas, adscripciones literarias o del momento en que le coja a uno el cuerpo. Da igual, lo importante es que la historia hipnotice la voluntad del lector y que éste entre en el reino de las ficciones verdaderas o falsas, o bien en el reino de las realidades falsas o verdaderas, esto es la literatura. No es cuestión de elucubrar aquí con Borges porque entonces no terminaríamos.

José Siles, no me cabe la menor duda, es un alquimista que con la palabra recrea la vida;



es un creador, esto ya lo sabíamos por otras novelas suyas y por su poesía. No siempre el poeta es capaz de contar historias, ni falta que le hace porque un solo verso puede justificar la vida de un escritor, pero en este caso la narra-

tiva del cartagenero está dotada de un lirismo ácido, combativo y expresionista, pero siempre benevolente con las grandezas y miserias del ser humano. Todo ello se puede comprobar con los personajes de su última novela: Michel Mechones, Lázara, Greta, Filuca, Niágara, el inspector Balines o incluso el doctor Duradero, cuyos problemas físicos condicionan su comportamiento en una circunstancia determinada:

“El miembro no numerario, el Dr. Duradero, se levantó para ir al servicio, como todo prótático novato le resultaba apremiante cualquier síntoma de presión vesical y esta circunstancia anulaba la mayor parte de su capacidad y atención monopolizando su intelecto en pos del embargo miccional...”

Este es uno de los talentos de Siles como narrador, su capacidad de crear personajes esparpénticos pero creíbles, la realidad supera a la ficción y el autor lo sabe. Que interesante sería que Alex de la Iglesia se topara con esta novela e intentase matrimoniar, como buen alquimista que también es, literatura y cine. Sin embargo como lector hay algo imperdonable que sí tengo que reprochar al autor de esta novela, y pido perdón por el desvelamiento: el haber matado a ese gran personaje que es Lázara. A estas alturas sé que ya no la puede resucitar, aunque en la literatura no hay nada imposible. A mí me gustaría leer la prehistoria de Lázara antes de llegar a La Egabrense y a la Biblioteca Nacional; entre taranta y taranta esta mujer podría esculpir en el aire todo lo que está aconteciendo en estos tiempos de crisis y de luz de gas que nos ha tocado vivir. Una taranta de Lázara sobre la prima de riesgo sería impagable, esta ‘prima’ también se las trae tanto o más que la prima segunda de Cervantes.

No se trata aquí de desvelar la trama de la novela, esto sería imperdonable, y en cierta forma ya he incurrido parcialmente en este

pecado, aunque algo más sí podemos apuntar sin reventar la obra. Del Quijote se han dicho muchas cosas; por ejemplo que Cervantes construyó la sátira de las novelas de caballería, que reflejó un mundo que quizás se acabó con la batalla de Lepanto o que es un libro deudor de Erasmo, por aquello del “Elogio de la locura”. Andrés Trapiello se planteó en “Al morir don Quijote”, creo que con fortuna, continuar la novela inventándose con buena pluma el devenir de algunos personajes del Quijote. Siles, en cambio, juega con la génesis del libro de forma irreverentemente respetuosa. Genial lo de la prima segunda y todo el universo y los personajes de la pensión. Una vez más al leer un libro de Siles me ha venido a la mente don Ramón María del Valle Inclán, pero también en algunos pasajes el tremendismo de páginas de Cela y esa mirada ácida y humana de Luis Martín Santos. Admirable también el sentido del humor que despliega en situaciones dramáticas y trágicas, uno se ríe y se compadece a la vez del inspector Balines, con el que entran ganas de tomarse unas copas para consolarlo cuando está en el epicentro de la investigación. ¿Un Quijote anterior al Quijote? ¿Peter Perrol? ¿Mamerto Perigollez Farigas? ¿Operación 333? ¿Remilgados mandarines replicantes? ¿Humphrey Bogart y Pierre Vilar? ¿La Abadía de Donegal?

Y luego está esa crítica descarnada de los vicios del mundo académico, de la pedantería y de las mentiras académicas con sus falsos magisterios y promociones, en este sentido el cartagenero creo que actualiza en el ámbito hispánico las sátiras del escritor británico Tom Sharpe. Al leer a Siles me he acordado también de Fernando Pessoa cuando éste habla de lo postizo en la vida. Mucho postizo en la vida y mucho postizo en el mundo académico; es verdad, lo que se apunta en la novela: “De

alguna forma, la Inquisición seguía vigente”. Hay cánones y dogmas intocables en el mundo académico que tienen supremos inquisidores que velan perpetuamente por la norma; por eso cada vez que aparezcan ante nuestros ojos algunas hipótesis eruditas, o algún personaje postizamente acartonado con mucho o poco poder habrá que acordarse de la prima segunda de Cervantes. En cuanto a los grandes temas de investigación habrá que buscar también a esta prima segunda, por lo menos nos distraeremos y sobre todo, como decía Voltaire, nos ejercitaremos. Hay que inventarse pasiones para ejercitarse decía el francés; sigue, Siles, por favor, inventándote pasiones en forma de novela o de poesía, así te ejercitas tú y nos hace a los demás la vida menos postiza de lo que es.

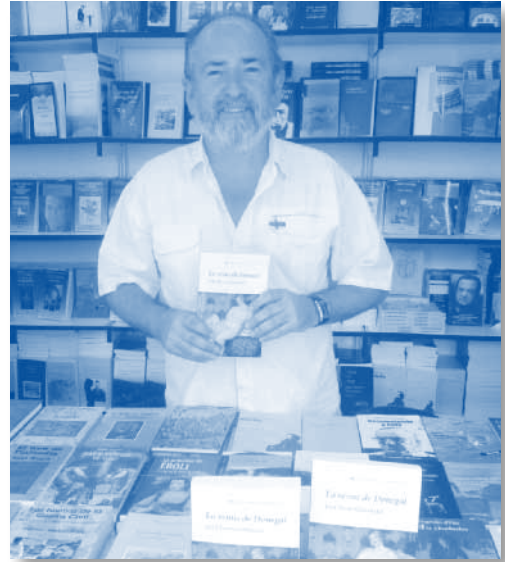
Francisco Herrera Rodríguez

Universidad de Cádiz

“La venus de Donegal, la estupenda novela de José Siles que narra las vicisitudes de un joven investigador literario en un más que turbulento ámbito universitario, y que recientemente acabamos de publicar en Ediciones Libertarias, tuvo una excelente acogida por el público que se acercó hasta nuestro stand de la pasada edición de la Feria del Libro de Madrid. Tuvimos la gran suerte, además, de poder contar con la presencia del autor, que durante una de las jornadas de la Feria estuvo con nosotros firmando ejemplares de su obra”.

Carmelo Martínez

(Director de Ediciones Libertarias/Prodhufi).



José Siles González (Cartagena, 1957) es enfermero, doctor en historia y se dedica a la docencia en la Universidad de Alicante. Ha publicado varias novelas y cuentos: La última noche de Erik Bicarbonato (premio Café Iruña-Bake de Bilbao, Aguaclara, Alicante, 1991), El hermeneuta insepulto (premio Ciudad de Villajoyosa, 1992), La delirante travesía del soldador borracho y otros relatos (Instituto de Cultura Juan Gil-Albert, Alicante, 1995), El Latigazo (Huerga y Fierro, Madrid, 1997). Entre su obra poética destacan los poemarios: Protocolo del hastío (Vitruvio, Madrid, 1996), El sentido del navegante (Instituto de Estudios Modernistas, Valencia, 2000) y La sal del tiempo (Huerga y Fierro, Madrid, 2006).

La venus de Donegal es una novela cáustica en la que de forma descarnada, se ponen de manifiesto las contradicciones que anidan en la burocratizada vida universitaria, relacionando asuntos, aparentemente tan dispares, como la vida cotidiana de los atribulados huéspedes de una pensión en el centro de Madrid, las indagaciones literarias de un filólogo, los distintos autores que pudieron adelantarse a Cervantes en la escritura del Quijote, sectas religiosas, corruptelas académicas, alcohol, sexo, curas de alcohol en la Abadía de Donegal y todo ello envuelto en una atmósfera cargada por la sombra de unos asesinatos que hacen tambalearse los cimientos de este entramado académico y literario. En este «totum revolutum», el destabilizador hallazgo de un joven investigador, Michel Mechones, pone en jaque a la institución que se encarga de controlar el «status quo» filtrando o paralizando los nuevos descubrimientos: el departamento de «Literatura Orgánica». La intertextualidad, concepto aportado por Julia Kristeva es otro de los grandes temas de la novela desde el momento en el que se pone en duda la identidad del autor del Quijote y se sustituye por un dialogismo en el que la interrelación entre diferentes autores puede desembocar en la alteridad literaria.

IVETE OLIVEIRA- ÍCONE DA ENFERMAGEM BRASILEIRA

Roberto Figueira Santos, Taka Oguisso, Hyeda Maria da Gama Rigaud e Ângela Tamiko Sato Tahara (2012)
 UFBA/ABRADHENE,
 Salvador/Sao Paulo: 213 pp

Esta obra cuenta con 15 autores colaboradores. El conjunto de esta obra ha sido coordinada por Roberto Figueira Santos, Taka Oguisso, Hyeda Maria da Gama Rigaud e Ângela Tamiko Sato Tahara. La presentación es realizada por la doctora Taka Oguisso; también cuenta con un prólogo escrito por Consuelo Pondé y, finalmente, un epílogo a cargo de Edivaldo M. Boaventura El libro está dedicado a describir y analizar las grandes aportaciones realizadas por la profesora Ivete Oliveira como directora de la escuela de la UFBA. Fue la primera bahiana (natural de Bahía, Brasil) en presidir la denominada “Associação Brasileira e o Conselho Federal da classe”. El libro está estructurado con una intención pedagógica complementaria al fin principal del mismo: la obra de Ivete Oliveira, de forma que, conforme se van aportando datos sobre la vida profesional de Oliveira, el lector se informa sobre una parte importante de la historia de la enfermería en Bahía. Ivete Oliveira fue una de las líderes más relevantes y significativas de la enfermería en Bahía, pero también de la enfermería brasileña. (Fonte: <http://www.corenms.gov.br/view/noticias/?pagina=53&detail=998>)



- OBITUARIO -

**FALLECIMIENTO DE LA
DOCTORA MADELAINE
LEININGER**



It is with great sadness that the Transcultural Nursing Society is informing its membership that our beloved Founder and leader in Transcultural Nursing Theory and Research, and Human Care Theory and Research, Dr.

Madeleine M. Leininger, passed away Friday, August 10, 2012 at 8:40 p.m. She passed peacefully at her home in Omaha, NE. A wake will be held Wednesday, August 15, at 7:00 P.M. at Heafey and Heafey Funeral Home, 78th and Center, Omaha, NE. The funeral mass will be at 10:30 A.M, Thursday, August 16, at St. Wenceslaus Catholic Church, 15353 Pacific St., Omaha 68154. A luncheon at the Church will follow the mass. Friday, August 17, Memorial Mass, 9:00 A.M. at St. Mary's Church, Sutton, Nebraska; Interment in Sutton. (Sutton is about 150 miles from Omaha). If you would like to sign the online guest book please go to this link: http://www.heafeyheafey.com/Obituaries__Guest_Book/

Con gran tristeza la Sociedad de Enfermería Transcultural informa a sus miembros, que nuestro amada Fundadora y líder en Enfermería Transcultural, Teoría e Investigación y Cuidado Humano, la Dra. Madeleine M. Leininger, falleció el Viernes, 10 de agosto 2012 a las 8:40 pm Ella falleció con gran tranquilidad espiritual en su casa en Omaha, NE. En consecuencia el funeral se llevará a cabo Miércoles, agosto 15, a las 7:00 p.m. en Heafey y Heafey Funeral Home, 78 y Center, Omaha, NE. La misa funeral será a las 10:30 AM, jueves, 16 de agosto, en San Wenceslaus Catholic Church, 15353 Pacific St., Omaha 68154. Los interesados en dejar constancia de su consternación por la pérdida de Madelaine pueden firmaren el libro de invitados en línea: http://www.heafeyheafey.com/Obituaries__Guest_Book/

Com grande tristeza da Sociedade de Enfermagem Transcultural informa seus membros, que o nosso amado Fundador e líder em Enfermagem Transcultural, Teoria e Pesquisa e Assistência Humana, Dr. Madeleine M. Leininger, morreu na sexta-feira 10 agosto, 2012 às 8: 40 pm Ela morreu com uma grande paz de espírito em casa, em Omaha, NE. Consequentemente, o funeral será realizada quarta-feira, 15 de agosto, às 7:00 horas, na Heafey Heafey e Funeral Home, 78 e Center, Omaha, NE. Missa exequial será às 10:30, quinta-feira, 16 de agosto em São Wenceslau Igreja Católica, 15.353 Pacific St., Omaha 68.154. Os interessados a manifestar a sua consternação pela perda de Madelaine pode firmaren o livro de visitas on-line: http://www.heafeyheafey.com/Obituaries__Guest_Book/

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