

Proyecto Editorial de la Asociación de Historia de los Profesión Enfermera – ACHPE.

Web grupo de trabajo:

<http://www.revistaegle.com/index.php/eglerev/navigationMenu/view/pinicio>

E-mail: revegle@historiaenfermeriacanaria.org

Dirección Editorial: Calle San Martín, 62 (38001-S/C de Tenerife).

ÁREAS DE PUBLICACIÓN:

Historia de las Ciencias de la Salud.

EGLE. Revista de Historia de los Cuidadores Profesionales y de las Ciencias de la Salud.

AÑO X Número 20. Segundo Semestre 2022.

Revista on-line:

<http://www.revistaegle.com/index.php/eglerev/navigationMenu/view/pinicio>

CORREO POSTAL: Calle San Martín, 61.
38001-Santa Cruz de Tenerife.

ISSN-e: 2386-9267

Edita: Asociación de Historia de los Profesión Enfermera, ACHPE.

Diseño y maquetación: Natalia Rodríguez Novo.

Fotografías e ilustraciones: Natalia Rodríguez Novo.

©los autores.

SUSCRIPCIONES:

Tarifas 2 números (1 año). España y Portugal: 12,02 euros.

Alumnos Enfermería: 7,21 euros.

Extranjero: 18,03 euros.

EGLE NO SE HACE RESPONSABLE DEL CONTENIDO DE LOS
ARTÍCULOS, LOS CUALES EXPRESAN OPINIONES Y RESULTADOS
DE LA INVESTIGACIÓN DE LOS AUTORES.

CONSEJO DE REDACCIÓN.

DIRECTOR

Dr. Francisco-Javier Castro-Molina
*Escuela Univ. Enfermería Nº 5ª de
Candelaria, Universidad de La Laguna (ULL)*
*Universidad Nacional Educación a Distancia
(UNED)*

REDACTOR JEFE

Dr. Jesús Manuel Quintero Febles
Universidad de La Laguna (ULL)

SECRETARIOS DE REDACCIÓN

Máster Natalia Rodríguez Novo
Universidad de La Laguna (ULL)

Dr. Juan José Suárez Sánchez
*Universidad de Las Palmas de Gran Canaria
(ULPGC)*

Dr. Francisco Glicerio Conde Mora
*Centro Universitario de Enfermería Salud
Infirmorum de Cádiz, Universidad de Cádiz
(UCA)*



COMITÉ EDITORIAL NACIONAL

Dra. Rosamaría Alberdi Castell. Departamento de Enfermería y Fisioterapia de la Universitat de les Illes Balears. (Islas Baleares-España).

Dr. José Almenara Barrios. Catedrático de Escuela del Área de Medicina Preventiva y Salud Pública (Bioestadística y Metodología de la Investigación). Universidad de Cádiz (Cádiz-España).

D. Álvaro Causapie Castro. Historiador. Periodista (Madrid-España).

Dr. Carlos Javier Castro Brunetto. Historiador del Arte. Universidad de La Laguna. (Santa Cruz de Tenerife-Islas Canarias-España).

Dra. María Paz Castro González. Enfermera. Antropóloga. Universidad de León. (León-España).

Dra. Sara Darias Curvo. Enfermera. Antropóloga. Universidad de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

Dra. Ana María Díaz Pérez. Historiadora del Arte. Presidenta de la Tertulia Amigos del 25 de Julio. Académica correspondiente de las Reales Academias de Medicina de Tenerife (RAMED) y de la Canaria de Bellas Artes de San Miguel Arcángel (RACBA), (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

Dra. María Luz Fika Hernando. Licenciada en Ciencias Sociales y de la información. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (Lanzarote-España).

Dña. María Luz Fernández Fernández. Enfermera. Historiadora. Secretaria del Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la Enfermería (Universidad Complutense de Madrid). Departamento de Enfermería Universidad de Cantabria (Santander-España).

Dr. Ramón del Gallego Lastra. Presidente del Seminario Permanente para la Investigación de la Historia de la Enfermería. Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense (Madrid-España).

Dr. Alfonso Miguel García Hernández. Departamento de Enfermería. Universidad de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife-Islas Canarias-España).

Dr. Antonio María Claret García Martínez. Fundador y director del 'Proyecto Híades. Revista de Historia de Enfermería'. Departamento de Historia, Geografía y Antropología, Universidad de Huelva (Huelva-España).

Dr. Manuel Jesús García Martínez. Fundador y director del 'Proyecto Híades. Revista de Historia de Enfermería'. Departamento de Enfermería, Universidad de Sevilla (Sevilla-España).

Dr. Juan Manuel García-Cubillana de la Cruz. Coronel Médico. Pediatra. Académico de la Real de Medicina y Cirugía de Cádiz y de Santa Cruz de Tenerife, y de la Real de San Romualdo de San Fernando (Cádiz-España).

Dr. David Garriga Girtart. Enfermero (Bachelor of Science in Nursing European University). Psicólogo. Criminólogo. Máster Mundo Árabe e Islámico. Especialista Universitario en terrorismo Yihadista (Barcelona-España).

Dr. Jerónimo González Yanes. Enfermero. Abogado. Periodista e Historiador (Santa Cruz de Tenerife-Islas Canarias-España).

Dra. Juana María Hernández Conesa. Enfermera. Filósofa. Pedagoga. Historiadora. Investigadora Principal del Grupo de Investigación EO63-06 Educación, Historia y Ciencia en el Arte de la Sanación-EHYCARS. Medalla Florence Nightingale, 2009 (CICR, Suiza). Universidad de Murcia. (Murcia-España).

Dr. Justo Pedro Hernández Rodríguez. Médico. Académico correspondiente de la Real de Medicina de Santa Cruz de Tenerife. Presidente de la Sociedad Canaria de Historia de la Medicina. Universidad de La Laguna. (Santa Cruz de Tenerife-Islas Canarias-España).

Dra. Isabel L. Lepiani Díaz. Directora del C. U. E. Salus Infirmorum de Cádiz, Universidad de Cádiz (Cádiz-España).

Dr. Francisco Megías-Lizancos. Emérito del Departamento de Enfermería de la Universidad de Alcalá (Alcalá de Henares-España).

Dra. Teresa Miralles Sangro. Enfermera. Presidenta de la "Fundación María Teresa Miralles para el Estudio de la Evolución de los Cuidados y el Desarrollo de la Enfermería". Directora del "Museo de Historia de la Enfermería" (FMTMS - CODEM) de Madrid. Universidad de Alcalá (Madrid-España).

Dr. Rubén Mirón González. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Alcalá (Alcalá de Henares-España).

Dr. José Luis Molino Contreras. Enfermero de salud mental. Escuela Enfermería de Cartagena, Universidad de Murcia (Murcia-España).

Dra. Maribel Morente Parra. Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense (Madrid-España).

Dra. Mercedes Novo Muñoz. Enfermera. Antropóloga. Universidad de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife-Islas Canarias-España).

Dr. José Ángel Rodríguez Gómez. Enfermero. Profesor Titular. Universidad de La Laguna. Fisioterapeuta. Antropólogo. Departamento de Enfermería, Universidad de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife-Islas Canarias-España).

D. Antonio Miguel Rodríguez Hernández. Farmacéutico, Ayuntamiento de San Cristóbal de La Laguna (Santa Cruz de Tenerife-Islas Canarias-España).

Dr. Conrado Rodríguez-Maffiote Martín. Médico. Director del Instituto Canario de Bioantropología y Museo Arqueológico de Tenerife (OAMC-Cabildo de Tenerife). Co-Director de la Revista Canarias Arqueológica, Arqueología/Bioantropología (Santa Cruz de Tenerife-Islas Canarias-España).

D. Manuel Solórzano Sánchez. Enfermero (Hospital Universitario Donostia de San Sebastián. Osakidetza). Académico de la Academia de Ciencias de Enfermería de Bizkaia (San Sebastián-País Vasco-España)

Dr. Francisco Toledo Trujillo. Emérito del Departamento de Radiología de la Facultad de Medicina, Universidad de La Laguna. Académico Numerario de la Real de Medicina de Santa Cruz de Tenerife (Santa Cruz de Tenerife-Islas Canarias-España).

Dr. Manuel Toledo Trujillo. Cirujano. Académico Numerario de la Real Academia de Medicina de Santa Cruz de Tenerife. Emérito del Departamento de Cirugía-Facultad de Medicina, Universidad de La Laguna. (Santa Cruz de Tenerife, Islas Canarias-España).

Dr. José Siles González. Enfermero. Historiador. Pedagogo. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante (Alicante-España).

Dr. Francisco Ventosa Esquinaldo. Enfermero. Centro de Enfermería de “San Juan de Dios”, Universidad de Sevilla (Sevilla-España).

COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL

Dra. Maria Angélica de Almeida Peres. Enfermeira. Pós-Doutorado em História da Enfermagem. Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Coordinadora do Museu da Escola de Enfermagem Anna Nery. Universidad Federal de Rio de Janeiro (Río de Janeiro-Brasil)

Dra. Luciana Barizon Luchesi. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo (Ribeirão Preto, São Paulo-Brasil)

Dra. Tânia Cristina Franco Santos. Pós Doutorado em História da Enfermagem en Valladolid/Es. Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Universidad Federal de Rio de Janeiro (Río de Janeiro-Brasil).

Dra. Mercedes Neto. Universidad Federal del Estado de Río de Janeiro-UNIRIO, UNIRIO (Río de Janeiro-Brasil).

Dra. Fernanda Batista Oliveira Santos. Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), subcoordenadora do Centro de Memória da Enfermagem da UFMG. Universidade Federal de Minas Gerais (Minas Gerais-Brasil).

Dr. Paulo Joaquim Pina Queirós. Escola Superior de Enfermagem, Universidad de Coimbra, Portugal. Sociedad Portuguesa de Historia de la Enfermería (Coimbra, Portugal).

Dra. Elisabete Pinheiro Alves Mendes Fonseca. Escuela de Enfermería de Coimbra (coordinadora). Investigadora de la Unidad de Investigación en Ciencias de la Salud: Enfermería

(UICISA: E) en el proyecto de estructuración Historia y Epistemología de la Salud y Enfermería y estudio asociado. HISAG-EP (Salud e Historia de Género-España / Portugal).

Dr. Fernando Porto. Escola de Enfermagem Alfredo Pinto. Líder do Laboratório de História do Cuidado e Imagem em Enfermagem –LACUIDEN. Universidad de Río de Janeiro, UNIRIO (Río de Janeiro-Brasil).

Dr. Manuel Carlos Rodrigues Fernandes Chaves. Escuela de Enfermería de Coimbra. Investigador en la Unidad de Investigación en Ciencias de la Salud: Enfermería (UICISA: E), proyecto de estructuración Historia y Epistemología de Salud y Enfermería y estudio asociado HISAG-EP (Historia de Salud y Género-España / Portugal).

Dña. Ana Luisa Velandia-Mora. Enfermera. Coordinadora de la Red Iberoamericana de Historia de la Enfermería. Coordinadora de la Red Colombiana de Historia de la Enfermería (Bogotá, Colombia).



COLABORAN CON LA PUBLICACIÓN



INDEXACIONES



SUMARIO

EDITORIAL

LA HIGIENE EN EL CONTEXTO DE LA URBE

Francisco -Javier Castro-Molina

HISTORIA

EL FALLIDO INTENTO DE CONSTRUCCIÓN DE UN HOSPITAL MATERNO-INFANTIL EN LA CIUDAD DE LEÓN EN LA DÉCADA DE LOS SETENTA DEL SIGLO XX

M^a Ángeles Zayas Carbajal

NEUROPSICOLOGÍA: AUTORES Y TRABAJOS

Roberto García Sánchez

LOS ESTUDIOS DE ENFERMERÍA. RECORRIDO HISTÓRICO. SANTA CRUZ DE TENERIFE- LA PALMA

Natalia Rodríguez Novo, Yurena María Rodríguez Novo, Florentino Pérez Raya, María Aránzazu García Pizarro, María Mercedes Novo Muñoz, José Ángel Rodríguez Gómez

TEORÍA Y MÉTODOS PROFESIONALES

ESTRATEGIAS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA PARA EVALUAR Y MANEJAR EL DOLOR EN ADULTOS MAYORES NO COMUNICANTES

Hélder Jaime Fernandes, Andreia Filipa Leite Ribeiro, Helena Filipa Carvalho Cunha, Jesus Manuel Quintero Febles

MISCELÁNEA

2nd INTERNATIONAL CONGRESS ON THE HISTORY OF NURSING EDUCATION

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

EDITORIAL

LA HIGIENE EN EL CONTEXTO DE LA URBE.

HYGIENE IN THE CONTEXT OF THE CITY.

A HIGIENE NO CONTEXTO DA CIDADE.

Francisco -Javier Castro-Molina¹

¹Escuela de Enfermería de Nuestra Señora de Candelaria (Universidad de La Laguna).

Correo electrónico: fcastrom@ull.edu.es

Resumen

El no padecer enfermedades y saber cómo no contraerlas, desarrollando todas aquellas actividades higiénico-dietéticas que pueden evitarlas, constituye un importante paso adelante en la historia de las diferentes sociedades. Desde que el hombre existe, el sanador se ha ocupado de curarle, pero a esto le ha seguido otra manera de cuidarle más perfeccionada que se ha materializado en la de prevenir la enfermedad. Esta actividad, que implica el cuidado de la salud, es conocida comúnmente como *higiene*, palabra que viene del término griego *Hygieie*, nombre que se daba a la diosa de la salud. Dicha cuestión fue retomada por la medicina hipocrática, secularizándola y otorgándole el sentido de un conjunto de actuaciones que deben ser seguidas por cualquier individuo para mantener la salud y prevenir la aparición de enfermedades. Posteriormente, cuando las sociedades comenzaron a complicarse progresivamente, comenzó a generarse una marcada preocupación por la higiene de las ciudades y de los pequeños núcleos poblacionales. El texto que se desarrolla a continuación tan solo pretende dar unas pequeñas nociones cuáles fueron las estrategias que se tomaron para evitar que las enfermedades asolaran al tejido urbano.

Palabras claves: urbe, ciudad, higiene, epidemias, enfermedades, muerte.

Abstract

Not suffering from diseases and knowing how not to contract them, developing all those hygienic-dietary activities that can avoid them, constitutes an important step forward in the history of different societies. Since man exists, the healer has taken care of curing him, but this has been followed by another more perfected way of caring for him that has materialized in preventing disease. This activity, which involves health care, is commonly known as hygiene, a word that comes from the Greek term *Hygieie*, a name given to the goddess of health. This question was taken up by Hippocratic medicine, secularizing it and giving it the meaning of a set of actions that must be followed by any individual to maintain health and prevent the appearance of diseases. Subsequently, when societies began to become progressively more complicated, a marked concern for the hygiene of cities and small population centers began to be generated. The text that

follows is only intended to give a few notions of the strategies that were adopted to prevent diseases from ravaging the urban fabric.

Keywords: city, city, hygiene, epidemics, diseases, death.

Resumo

Não sofrer de doenças e saber não contraí-las, desenvolvendo toda as atividades higiênico-alimentares que podem evitá-las, constitui um importante passo na história das diversas sociedades. Desde que o homem existe, o curandeiro cuidou de curá-lo, mas isso foi seguido por outra forma mais aperfeiçoada de cuidar dele que se materializou na prevenção de doenças. Essa atividade, que envolve o cuidado com a saúde, é comumente conhecida como higiene, palavra que vem do termo grego Hygieie, nome dado à deusa da saúde. Esta questão foi retomada pela medicina hipocrática, secularizando-a e dando-lhe o sentido de um conjunto de ações que devem ser seguidas por qualquer indivíduo para manter a saúde e prevenir o aparecimento de doenças. Posteriormente, quando as sociedades começaram a complicar-se progressivamente, começou a gerar-se uma marcada preocupação com a higiene das cidades e dos pequenos núcleos populacionais. O texto que segue pretende apenas dar algumas noções das estratégias que foram adotadas para evitar que as doenças assolassem o tecido urbano.

Palavras-chave: cidade, cidade, higiene, epidemias, doenças, morte.

Numerosos fueron los problemas que se generaron en las urbes con el aumento importantísimo de población que se tuvo durante el siglo XIX. Estas dificultades se centraron básicamente en la vivienda y sus características. Numerosas disciplinas procuraron aportar sus conocimientos para lograr distintos modelos de ciudad que ayudaran a solucionar tales cuestiones que no eran más que el producto de una rápida industrialización que creció rápidamente en este momento. Todo ello nos lleva a realizar un pequeño paseo a lo largo de los diferentes preceptos e ideas presentes en las corrientes higienistas del siglo XIX que marcaron las pautas de la estructuración y distribución de la ciudad, identificándose estas cuestiones con el más alto grado de civilización, cultura y progreso.

Algunos autores, han querido diferenciar dos escenarios, comprendidos entre 1850 a 1936, en los que una vez institucionalizadas las diferentes disciplinas profesionales se procuraron hacer cargo de la problemática presente en el entorno urbano. El primer periodo comprende entre 1850 y 1890, momento en el que toma protagonismo la higiene pública, la química y ingeniería; en el segundo, establecido entre 1890 y 1936, la higiene pública da un paso a un lado, cediendo su protagonismo a la higiene social, constituyéndose durante este momento la ingeniería sanitaria, disciplina que paulatinamente adquiere e incorpora en su repertorio las competencias que tradicionalmente pertenecían a la higiene pública.(1)

La primera etapa, que abarca casi toda la segunda mitad del siglo XIX, se caracterizó por una temática urbanística propuestos por profesionales como farmacéuticos, médicos e ingenieros, y que comprendió desde la ubicación primigenia de las urbes (localización geográfica, situación geológica, clima, vientos, ...) hasta su organización como ciudad, teniendo presente en todo momento los principios del higienismo. Sus propuestas se fundamentaban en los conocimientos que habían llegado de la filosofía hipocrática y vitruviana: búsqueda de climas suaves y considerablemente soleados, la dirección de los vientos dominantes, la posibilidad de la aparición de catástrofes naturales, a la vez que se recomendaba un alejamiento de los lugares

pantanosos. Todas y cada una de estas recomendaciones tenían una base¹: la creencia que las condiciones del entorno estaban implicadas en la aparición de determinadas enfermedades patógenas (2). Urteaga se pronuncia al respecto, comentado que esta teoría epidemiológica, que hacía hincapié en la influencia del ambiente sobre la salud y en la teoría de los climas del siglo XVIII, vinculaba las características físicas y morales de los hombres a las particularidades climáticas de los lugares que habitaban, constituyendo las primeras teorías sobre el ambiente aparecidas históricamente.

Esta teoría ambientalista sobre la enfermedad, durante el siglo XIX, sufrirá una serie de modificaciones como resultado de la adquisición de nuevos conocimientos sobre química, incorporándose una nueva imagen del padecimiento, donde se cree que su origen microbiológico, en el que las fermentaciones y sus gases deletéreos y sofocantes, unidos a materia orgánica producto de la descomposición, producían los miasmas causantes de las graves enfermedades del individuo. Es el aire, y no el agua, el que toma verdadero protagonismo, fundamental en la salud de los individuos, y principal vector en la transmisión de enfermedades epidémicas. Adosada a esta teoría, otra propuesta resulta arduamente interesante: ligado al «principio de circulación constante de la materia» con un matiz importante de carácter económico (3)(4).

Durante este periodo, se consideró trascendente realizar intervenciones en el interior de la ciudad, en las que los higienistas colaboraron, renovando el interior de éstas, y proponiendo soluciones a sus ampliaciones que buscaban la mejora de las condiciones de vida de aquellos individuos que se incorporaban, poco a poco, a formar parte de la clase proletaria que perseguía una lucha revolucionaria contra la clase burguesa. Se propusieron, en primer término, el derribo de las murallas, muchas de ellas herencia del Medievo, que a modo de «corsé», impedían el crecimiento de las urbes hacia la zona de extramuros y si ayudando al crecimiento interior, que provocaba una concentración demográfica caracterizada por problemas tales como el hacinamiento, la insalubridad y la sobremortalidad. En todo ello, la especulación urbanística jugó un

¹ Todas y cada una de estas teorías epidemiológicas proceden de los conocimientos aportados por la medicina hipocrática, las cuales, como ya hemos explicado con anterioridad, formularon por primera vez la relación entre las condiciones climáticas, cambios estacionales y la «tipicidad» de la enfermedad que presentaba una región.

papel fundamental, aprovechando el suelo hasta cotas nunca vistas. Los higienistas atacan a este tipo de situaciones y proponen una expansión de la ciudad, lo que ocasionaría una reducción del precio del suelo y la especulación, favoreciendo de esta forma que los obreros pudieran acceder a unas viviendas más dignas y salubres². Esta expansión, se materializó mediante la incorporación a las ciudades de los ensanches, procurando la separación del núcleo urbano y originando poblaciones subalternas. (5)

A todo ello, se unió un importante esfuerzo por aportar medidas dirigidas a ocasionar mejoras en las condiciones de vida de sus habitantes, incorporando una reforma del espacio interior de la ciudad ya existente. Independientemente de las modificaciones estructurales de las urbes con la eliminación de las murallas de la geografía urbana, los higienistas proponían el destierro desde interior de las urbes, de todas y cada una de las actividades que supusieran una pérdida de la comodidad y la salud para sus habitantes; esto supuso, que hospitales, cementerios o mataderos, entre otros, fueran ubicados en el extrarradio urbanístico.

² Pedro Felipe Monlau, en su obra titulada ¡¡¡Abajo las murallas!!! (1841), esbozó las grandes líneas del pensamiento higienista, además de su idea sobre la muralla y lo que implicaba en la ciudad contemporánea. Este trabajo fue presentado en un concurso organizado por el Ayuntamiento de Barcelona cuyo objetivo era exponer las ventajas que implicaba el derribo de las fortificaciones y murallas podría reportar a la ciudad y su industria.



Ilustración 1. Plano del Barcelona y sus cercanías. Proyecto de reforma y ensanche de la ciudad. Idelfons Cerdá, abril de 1859.

Igualmente, dentro de estas reformas, se le unieron las concernientes a la morfología del sistema viario, que, ante las nuevas necesidades, requería una modificación de su trazado, junto con un aumento considerable de su anchura. Se proponían como óptimas aquellas calles largas, rectas y amplias, que favorecían la «ventilación y respiración» de la urbe y se adaptaban a una nueva necesidad, el espacio para el tráfico rodado. También se insidió en la mejora del abastecimiento de agua, de los alcantarillados y la pavimentación de las calles, esta última, para evitar el estancamiento del agua de lluvia y la aparición de arroyos, incorporando plazas, jardines y aceras que junto al mobiliario urbano aumentaron la calidad de vida en las grandes urbes europeas.³

En la segunda etapa se produce la entrada en escena de la higiene social, la ingeniería sanitaria y su concepción del medio urbano. En este momento, se producen dos cambios fundamentales: primeramente, las transformaciones secundarias a la revolución pasteuriana; y en segundo lugar, cambia la significación ideológica de las causas sociales que originan la enfermedad.

³ Las infraestructuras para el abastecimiento de aguas y alcantarillados presentaban una situación obsoleta, llegándose en algunas ocasiones a continuar utilizando los sistemas establecidos desde la época romana, lo que no cubría las necesidades que planteaba la nueva ciudad industrial que se estaba creando.

La teoría microbiana de las enfermedades se confecciona entre los años 1865 y 1885, gracias a las investigaciones que el químico Pasteur lleva a cabo, demostrando que la enfermedad está ligada a la existencia de gérmenes patógenos específicos que la provocan, lo que desmantelaba la teoría de los miasmas presentes en cualquier elemento considerado antihigiénico. Esta ruptura con todas las ideas anteriores da paso a una investigación focalizada y nominativa que busca un germen concreto que provoca una enfermedad. Para combatirla se crean las vacunas, al tiempo que se renuevan todas las medidas profilácticas existentes que carecían de sentido a partir de estos nuevos conocimientos científicos. A ello se agrega un cambio en la significación ideológica de las causas sociales que originan la enfermedad, retomando la higiene social el viejo cuerpo programático de la higiene pública: agua, recogida de basuras, abastecimiento de aguas y alcantarillado, pero incorporando otros muchos relacionados con causas indirectas, como los salarios, el alojamiento y las condiciones laborales, entre otros, apareciendo un repertorio terminológico desconocido hasta la fecha que incluye vocablos como medio fabril, medio social, medio ambiente, ..., propios de la medicina social. Incluso se producen modificaciones dentro del ámbito industrial, relativas a la temática característica del siglo XIX, que crea conceptos como higiene industrial, enfermedades profesionales, seguros contra la invalidez y vejez, y otras muchas expresiones que rememoran la problemática de la higiene poblacional.

La presión ejercida en encuentros de profesionales de carácter internacional, unida a la indiscutible relevancia que adquieren temas tales como el agua, el tratamiento de residuos y la limpieza del subsuelo como pilares en la preservación y mantenimiento de la Salud Pública tras la acelerada revolución microbiológica, constituirán factores esenciales en la consolidación de la técnica sanitaria como rama independiente con cuerpo propio. Paulatinamente, surge una nueva disciplina, la ingeniería sanitaria, que pretende el estudio de todos aquellos grandes factores naturales considerados como salubres, tales como el aire, la luz, el suelo, el agua, el saneamiento y el tratamiento de sus residuos. Junto a estas atribuciones, con el tiempo, adquiere aquellas competencias que tradicionalmente habían sido tratadas por la higiene pública, incorporando una división de funciones entre higienismo social, que trata los temas centrados en la calidad de vida (las enfermedades profesionales, las

epidemias, el alcoholismo, la prostitución, el alojamiento antihigiénico, el hacinamiento, la carencia social y económica, etc.) y la técnica sanitaria, que aborda las cuestiones relativas al medio material o físico, como los agentes naturales (aire, agua, sol, suelo) y el medio construido.

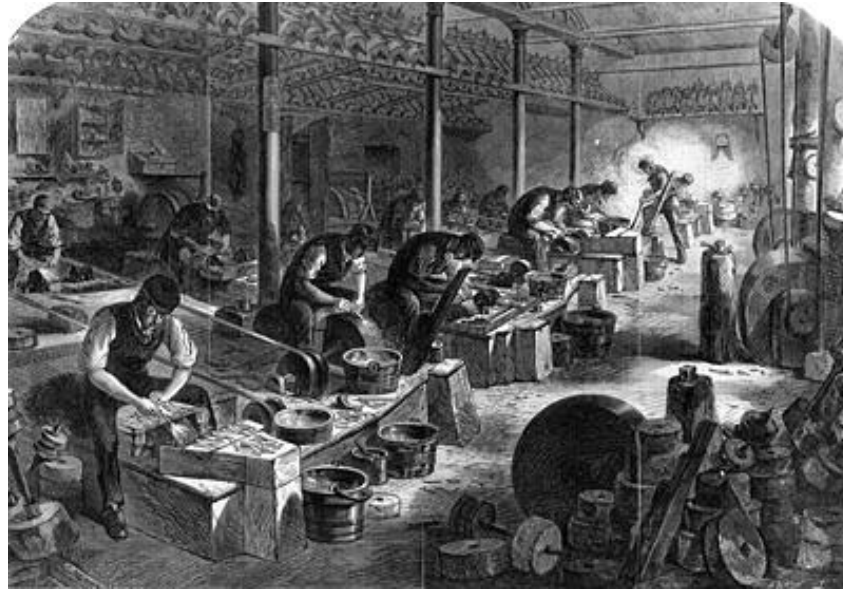


Ilustración 2. Condiciones de trabajo durante la revolución industrial. Anónimo, finales del siglo XIX.

Este último, el denominado medio construido, hace hincapié en la organización material del espacio con un único objetivo, el mejoramiento de la salud y la calidad de vida. Si atendemos a los novedosos principios de la microbiología y los problemas presentes en el ocaso del siglo, habrá un intento de intervenir en la morfología de las urbes, centrándose en la orientación de las calles con el objetivo de asegurar el soleamiento mínimo diario de las viviendas, el abastecimiento de aguas, materiales higiénicos para la construcción de talleres industriales y evacuación de los residuos mediante cloacas, entre otros. El siglo XX, vendrá caracterizado por una preservación de la enfermedad y el acondicionamiento del hábitat construido, buscando una mayor confortabilidad en los individuos, labor que desarrollarán los profesionales en pos de la «idílica ciudad».

Bibliografía

1. Pavia V. Medio Ambiente Urbano: Una mirada desde la historia de las ideas científicas y las profesiones de la ciudad. . Buenos Aires 1850-1915. Rev Urban [Internet]. 2000;3. Available from: <https://revistaurbanismo.uchile.cl/index.php/RU/article/view/11772>
2. Urteaga L. Ideas medio-ambientales en el siglo XVIII. «Naturaleza, Clima y Civilización». Colección Historia de la Ciencia y de la Técnica nº 27., editor. Madrid: Akal; 1997.
3. Castro Molina FJ, Castro González M, Megias Lizancos F, Martín Casañas F V., Causapie Castro Á. Arquitectura hospitalaria y cuidados durante los siglos XV al XIX. Cult los Cuid Rev Enfermería y Humanidades. 2012;16(32):38–46.
4. Lorente-de-Diego A, Martín-Gómez C, Castro-Molina FJ. Radiografía de una estructura. Eduardo Torroja y el Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Zarch J Interdiscip Stud Archit Urban. 2018;11.
5. Urteaga L. Barcelona y la higiene urbana en la obra de Monlau. In, Estudios i recerques. El nacimiento de la infraestructura sanitaria en la ciudad de Barcelona. Serie Salut Pública nº 6, editor. Barcelona: Ayuntamiento de Barcelona; 1987. 89–99 p.

HISTORIA

EL FALLIDO INTENTO DE CONSTRUCCIÓN DE UN HOSPITAL MATERNO-INFANTIL EN LA CIUDAD DE LEÓN EN LA DÉCADA DE LOS SETENTA DEL SIGLO XX.

THE FAILED ATTEMPT TO BUILD A MOTHER-CHILD HOSPITAL IN THE CITY OF LEÓN IN THE 1970S.

A TENTATIVA FRACASSADA DE CONSTRUIR UM HOSPITAL MATERNO-INFANTIL NA CIDADE DE LEÓN NA DÉCADA DE 1970.

M^a Ángeles Zayas Carbajal¹

¹ Licenciada en Derecho y Graduada Social. Máster en Administración y Dirección de Servicios Sanitarios por el Instituto de Educación Continuada de la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona

Correo electrónico: mngelzayas@gmail.com

Recibido: 25/10/2022
Aceptado: 26/11/2022

Resumen

La presente investigación se centra en el estudio del fallido intento de ampliación, a mediados de los años setenta del siglo XX, de la Residencia Sanitaria Virgen Blanca, de la ciudad de León, adscrita a la Seguridad Social. El centro había entrado en funcionamiento en 1968 con una dotación de 280 camas, que, en el transcurso de siete años, se revelaron insuficientes para atender la creciente demanda de los asegurados, por la concurrencia de diversos factores, que son los que vamos a analizar. Para tratar de resolver la situación, el Instituto Nacional de Previsión presentó, entre septiembre de 1975 y agosto de 1976, dos proyectos de ampliación del centro sanitario; el segundo de aquellos incluía la construcción de un hospital materno infantil. Ninguno se llevó a cabo. Para el estudio de tales proyectos y los escollos que derivaron de su fracaso, nos basaremos en los expedientes que se custodian en el Archivo Municipal de León.

Palabras clave: León, siglo XX, Virgen Blanca, maternidad, fracaso.

Abstract

This research focuses on the study of the failed expansion attempt, in the mid-seventies of the 20th century, of the Virgen Blanca Health Hospital, in the city of León, attached to Social Security. The center had come into operation in 1968 with a provision of 280 beds, which, over the course of seven years, proved insufficient to meet the growing demand of the insured, due to the concurrence of various factors, which are the ones that we are going to analyze. In an attempt to resolve the situation, the National Social Security Institute presented, between September 1975 and July 1976, two expansion projects for the health center, the second of which included the construction of a maternal and child hospital. None of them were carried out. For the study of such projects and the pitfalls that resulted from their failure, we will base ourselves on the files that are kept in the Municipal Archive of León.

Keywords: León, XX century, maternity, failure.

Resumo

Esta investigação centra-se no estudo da tentativa frustrada de expansão, em meados dos anos setenta do século XX, da Residência de Saúde Virgen Blanca, na cidade de León, vinculada à Segurança Social. O centro havia entrado em operação em 1968 com uma oferta de 280 leitos, que, ao longo de sete anos, se mostrou insuficiente para atender à crescente demanda de segurados, pela confluência de diversos fatores, que são os que vamos analisar. Para tentar resolver a situação, o Instituto Nacional de Previdência apresentou, entre setembro de 1975 e agosto de 1976, dois projetos de expansão do centro de saúde; a segunda de las incluiu a construção de um hospital materno-infantil. Nenhuma foi realizada. Para o estudo de tais projetos e das armadilhas que resultaram de seu fracasso, nos basearemos nos arquivos que estão guardados no Arquivo Municipal de León.

Palavras-chave: León, século XX, maternidade, fracasso.

Introducción

Los años sesenta y setenta del siglo XX fueron testigos de un desarrollo vertiginoso de la oferta sanitaria en España. Se creó una red de centros hospitalarios, que, comenzando en las grandes ciudades, se fue extendiendo a todo el país. La gran mayoría fueron construidos y financiados por el Instituto Nacional de Previsión (INP). Facilitó este crecimiento la boyante situación económica que comenzó a finales de los años cincuenta -con la entrada en el gobierno franquista de los llamados tecnócratas, y la aprobación en 1959 de un Plan de Estabilización-, y se extendió hasta 1973. Estos catorce años fueron conocidos como el “milagro económico español” - en que el PIB alcanzó una subida del 7,73% de media y la renta per capital subió más del 98%, algo que en la Europa occidental solo se produjo, aunque en menor medida, en países como Irlanda-, se puso fin a la autarquía de los veinte años anteriores y se inició un periodo de liberalización económica⁴. La Seguridad Social -instituida en 1966-, produjo excedentes económicos que llegaron a poder financiar sectores deficitarios de la industria e implementar el ambicioso programa MIR para la formación cualificada de nuevos médicos especialistas. Fueron años buenos en todo el mundo, pero especialmente para España que salía del letargo de la posguerra⁵.

La Seguridad Social fue extendiendo su protección progresivamente a nuevos colectivos de trabajadores y a sus familiares, quienes por primera vez accedían a sus prestaciones, y, por tanto, a una asistencia sanitaria pública. Tal afluencia reveló que la dotación de medios que se había planificado, resultaba insuficienteⁱ. Por ese motivo, se hizo acuciante la necesidad de ampliar la oferta sanitaria y, aún más, cuando se vio presionado el sistema tras la incorporación efectiva de los trabajadores del régimen especial agrario, en 1975⁶.

La provincia de León, siguiendo la estela del país, contemplaba como, en apenas tres años, entre 1965 y 1968, se inauguraban seis grandes hospitales, cinco de ellos en la capital --cuatro de titularidad privada, San Juan de Dios, San Francisco, Nuestra Señora de Regla y el psiquiátrico Santa Isabel, y uno de titularidad pública, la Residencia Sanitaria Virgen Blanca-- y el sexto en Ponferrada --la Residencia Sanitaria Camino de Santiago--. Parafraseando a Vidal Beneyto, fue este un “trienio prodigioso” para la sanidad leonesa⁷. La capital vio aumentada su oferta de camas sanitarias, respecto a los primeros años sesenta, en un 5,53%, pero, de aquellas plazas, solamente el 41% eran públicas.

En la década siguiente, el desarrollo de la industria y del sector servicios atrajo a la capital leonesa a más de 31.000 habitantes de las zonas rurales, sobre todo jóvenes, que dejaban atrás las perspectivas de trabajo que generaba la agricultura. León les ofrecía una mejor calidad de vida: agua corriente, saneamiento domiciliario, y oportunidades para ellos y sus hijos, gracias a la proximidad a los centros educativos y sanitarios⁸.

La migración hacía la capital no cesaba, aunque, en los primeros años setenta el sector primario -agricultura, ganadería y minería- aún absorbía cerca del 50% de los efectivos demográficos⁹, por lo que la inclusión de los trabajadores del régimen agrario en la Seguridad Social se hizo sentir intensamente en la demanda asistencial. Los gestores de Virgen Blanca decidieron desdoblar las habitaciones de uso individual, con excepción de las adscritas a Toco-ginecología y Pediatría, unidades cuyo índice de ocupación estaba experimentando un gran incremento. Entre 1975 y 1979 el número de partos aumentó un 29%, según la evolución que podemos observar en el siguiente cuadro¹⁰.

PARTOS RESIDENCIA VIRGEN BLANCA 1975-1979									
AÑO	A	B	C	D	E	F	G	H	I
	Nº PARTOS NORMALES AÑO	Nº CESÁREAS AÑO	TOTAL PARTOS AÑO (A+B)	DIAS AÑO PARTOS NORMALES (A*3)**	DIAS AÑO CESÁREAS (B*7)***	TOTAL DÍAS INGRESO ESTIMADOS (D+E)	DIAS AÑO NATURAL	PROMEDIO DÍA OCUPACIÓN CAMAS (F/G)	PROMEDIO DÍA PARTOS (C/G)
1975 (desde 3.07) *	1.185	43	1.228	3.555	301	3.856	182	21,19	6,75
1976	2.633	98	2.731	7.899	686	8.585	366	23,46	7,46
1977	2.658	164	2.822	7.974	1.148	9.122	365	24,99	7,73
1978	2.823	192	3.015	8.469	1.344	9.813	365	26,88	8,26
1979	2.992	180	3.172	8.976	1.260	10.236	365	28,04	8,69

* No existen datos individualizados con anterioridad a esta fecha. **Media días ingreso partos normales = 3, ***Media días ingreso cesáreas = 7.

Cuadro núm. 1 - Partos Virgen Blanca 1975-1979

La medida puso a disposición de los usuarios alrededor de 80 nuevas camas, que en un primer momento sirvieron para paliar la situación, pero no resolverla, pues a las causas expuestas, se unían el envejecimiento de la población, la aparición de nuevas enfermedades y el cambio del patrón de morbilidad de las ya existentes¹¹.

Así, cuando apenas habían transcurrido siete años desde la apertura del centro sanitario, se hicieron patentes no solo la escasez de habitaciones, sino también la obsolescencia de sus instalaciones y aparataje. Fernández Arienza pormenorizó entre otras deficiencias: la sobresaturación de las salas de radiología, fuente de constantes averías y retrasos en los diagnósticos, que prolongaban innecesariamente las estancias hospitalarias; laboratorios que acumulaban aparatos, sin espacio para el desarrollo adecuado de las pruebas; un servicio de Anatomía Patológica hacinado en dos habitaciones, originariamente concebidas como “mortuorio”, donde, con frecuencia, se debía hacer a la vez una autopsia y una biopsia intraoperatoria; unidades imprescindibles como Coronarias o Cuidados Intensivos no tenían cabida y las consultas externas estaban desperdigadas por el edificio, en cubículos sin sala de espera. Todo ello, a pesar del uso para fines sanitarios urgentes, de pasillos, vestíbulos, dormitorios de la comunidad religiosa -los traslados y jubilaciones de las monjas que, desde 1968

habían estado al cargo de la enfermería y la hostelería del centro, ya no se sustituían-, y cuantos huecos se consideraban aprovechables¹².

A medida que aumentaba la demanda asistencial, se hacía necesario ampliar la plantilla de profesionales que reclamaban espacio, al igual que los médicos residentes¹³ o las estudiantes de enfermería, por entonces solo mujeres, que realizaban las prácticas de la carrera en el centro¹⁴.

Por otra parte, en este último tercio del siglo XX también la atención primaria, antesala y piedra angular de la atención especializada, sufrió un proceso de transformación que repercutiría en la demanda hospitalaria. Sus necesidades se pusieron de manifiesto en el II Congreso Nacional de Medicina Rural, celebrado en la capital leonesa en 1974, con la participación de seiscientos médicos. Las conclusiones se centraron en la exigencia de coordinar las competencias sanitarias, diseminadas en quince ministerios; la comarcalización de la asistencia; el perfeccionamiento del sistema de Seguridad Social; la reducción de la temporalidad laboral; la planificación de acciones para la educación sanitaria de la población o la protección psiquiátrica¹⁵.

Los otros dos hospitales públicos de la ciudad que podían paliar la presión asistencial pertenecían a la Diputación, el organismo provincial que, dos años antes de la inauguración de Virgen Blanca, había iniciado la transformación del viejo San Antonio Abad en Hospital General. La tarea culminó en 1966, con la intención de optimizar su confortabilidad y adecuar los espacios a los nuevos tiempos, pero su estructura arquitectónica y superficie lo imposibilitaron. En 1972, con el dictamen desfavorable de la Junta Nacional de Coordinación Hospitalaria, la corporación decidió construir un nuevo edificio hospitalario en los Altos de Nava, frente a San Antonio Abad, y muy próximo a Virgen Blanca, que inauguró en 1975 y al que bautizó con el nombre de Princesa Sofía. Aspiraba a levantar un edificio paradigmático, bien dimensionado, y con

una dotación tecnológica que permitiese ejercer una medicina de calidad, capaz de motivar a usuarios y trabajadores¹⁶. Sus 436 camas estaban destinadas a personas sin recursos y a la asistencia concertada y en régimen de pago¹⁷, respondiendo a necesidades sanitarias locales, pero no compensaba el déficit de camas públicas, que ya sumaban ochocientas. Las ambiciosas pretensiones de la corporación provincial no se cumplieron y el centro nació deficitario, tanto en personal médico como en medios materiales¹⁸. La gestión de uno y otro centro siguió caminos separados hasta 1990.

Era necesario ofrecer soluciones para mejorar la situación asistencial de la capital leonesa y su área de influencia, y el Instituto Nacional de Previsión respondió implementando medidas en los dos ámbitos competenciales: para mejorar la atención primaria construyó el Centro de Salud José Aguado, que entró en funcionamiento en 1985, y, con el fin de dar respuesta a las necesidades asistenciales especializadas, ordenó a su Servicio de Arquitectura la redacción de dos proyectos para la ampliación de la Residencia Virgen Blanca. Estos se emitieron con once meses de diferencia, entre septiembre de 1975 y agosto de 1976, el primero seguramente como “apaño” para la situación y el segundo mucho más ambicioso.

Primer proyecto de ampliación

El día 8 de septiembre de 1975, D. Félix Alonso Valbuena, responsable de la Delegación Provincial del INP, elevó consulta al Ayuntamiento de León en relación a un futuro proyecto de ampliación de Virgen Blanca¹⁹, con la finalidad de conseguir el informe favorable de los servicios municipales competentes, que asegurase la obtención de la licencia de obra. En caso de que resultase desfavorable, solicitaba que hicieran las observaciones oportunas, con objeto de proceder a las correcciones indicadas y evitar

demoras innecesarias. A los pocos días, el regidor municipal se dirigió al INP en demanda del plano de situación de la obra.

Tras conocer la ubicación del proyecto, el ingeniero municipal informó a la alcaldía que el acceso a la zona hospitalaria contaba con los servicios municipales correspondientes (calzada pavimentada, encintado de aceras, suministro de aguas, alcantarillado y alumbrado público), añadía que la reforma y ampliación solicitada, “estaba en el interior respecto al Camino, y la propiedad tenía su propia acometida para saneamiento y alcantarillado, que desaguaba junto a la carretera de Nava”.

Pocos días más tarde y obviando el informe anterior, la Comisión de Obras del Ayuntamiento, comunicó a la alcaldía que el terreno en que se iba a edificar tenía la calificación de suelo no urbanizable, según el Plan General de Ordenación Urbana de 1975. El ayuntamiento dio traslado de esta consideración a la Dirección Provincial del INP, concluyendo que no podía pronunciarse sobre la reforma y ampliación programadas, aunque, en razón al bien común, podría ser de aplicación la excepcionalidad contemplada en los artículos 34, 69 y 69 bis de la reciente Ley de reforma de la Ley del Suelo²⁰.

Parece que la autoridad sanitaria no emitió respuesta alguna al respecto pues en el expediente no hay constancia de ello ni de ningún otro trámite relacionado con este primer proyecto. Así pues, los primeros pasos para ofertar una mejor atención hospitalaria a los leoneses no alcanzaron su destino.

Proyecto de un hospital materno-infantil

Casi un año después, en agosto de 1976, el director provincial del INP se dirigía de nuevo a la corporación municipal para consultar sobre la posibilidad de una obra de ampliación de Virgen Blanca, cuyo objeto sería la construcción de una Maternidad y Hospital Infantil²¹. Para ello, adjuntaba a su oficio la memoria y planos del proyecto e indicaba que la edificación estaría en la misma finca que alojaba la residencia sanitaria.

Como ocurrió en el caso anterior, se pretendía obtener un dictamen de viabilidad y, de ser positivo, la garantía de autorización de la obra.

En un primer momento, la Sección de Obras del Ayuntamiento emitió un informe en el que indicaba que la licencia era para una construcción interior, en una parcela particular y por tanto fuera de su competencia. Hacía constar que el Camino de San Antonio, que daba acceso a esta, contaba con alcantarillado, aguas limpias y calzada pavimentada”.

Veinte días después se produjo la sorpresa cuando la misma Sección de Obras, emitió un nuevo dictamen: el terreno de la futura construcción formaba parte del polígono 54 del Plan General de Ordenación, que tenía la calificación de zona agrícola²². Los técnicos municipales proponían que se diese traslado al ministerio competente, para poder obtener la tramitación excepcional contemplada en el art. 180 de la Ley del Suelo²³, dado el interés social de la obra, y así lo comunicó el regidor al INP.

En los dos años siguientes los organismos implicados se intercambiaron numerosos escritos: unos de la autoridad municipal con el organismo sanitario y otros de aquella con la Delegación Provincial del Ministerio de la Vivienda, bien solicitando documentación complementaria para poder tramitar la licencia, o reiterando la improcedencia de la obra por tratarse de suelo rústico. Del contenido de estos se desprende que cada entidad intentó cubrir su responsabilidad apelando, in extremis, al interés social de la obra.

El 18 de octubre de 1978, la Delegación Provincial de la Vivienda, comunicó al Ayuntamiento de León que la Comisión Provincial de Urbanismo había aprobado el expediente -previamente había sometido el proyecto a información pública sin que se hubiesen presentado reclamaciones-²⁴. En los primeros días de enero de 1979, el alcalde solicitó a la Dirección Provincial del INP la remisión del proyecto completo y, unos días

más tarde, el 18 de enero de 1979, el director provincial del INP informó que el proyecto completo se había enviado para su visado al Colegio Oficial de Arquitectos, y, tan pronto fuese devuelto, se remitiría el ejemplar solicitado²⁵. Finalizaba en este punto la relación epistolar entre ambos organismos sobre la azarosa licencia de obra.

Entre tanto se resolvía la licencia de construcción, el servicio de arquitectura del INP presentó, en marzo de 1977, la Memoria Urbanística del edificio de Maternidad y Hospital Infantil de León, previa a la convocatoria del obligado concurso público para la realización de la obra, que fue resuelto a favor de la empresa Ferrovial. La multinacional no llegó a iniciar la edificación, alegando que había un poste de tendido eléctrico que estorbaba. El poste fue retirado meses más tarde, lo que supuso un coste de tres millones de pesetas, pero, de forma inexplicable, transcurrido más de un año desde la adjudicación, Ferrovial rompió el contrato y se marchó²⁶.

Habían transcurrido cuatro años desde la presentación del primer proyecto de ampliación, la situación se hacía insostenible y se sucedían las quejas de usuarios y trabajadores. El Comité de Empresa de la Residencia, en un escrito enviado en febrero de 1979 al semanario Ceranda, denunciaba la angustiosa falta de espacio. Ponía como ejemplo el servicio de Anatomía Patológica, cuyos cincuenta metros cuadrados acogían a ocho médicos, una enfermera, un celador, un fotógrafo y dos secretarías. La citada publicación se hizo eco de esta demanda, y, en su edición semanal del 23 al 29 de noviembre de 1979, publicó un artículo titulado El desmantelamiento de la sanidad pública en nuestra provincia, en el que denunciaba: “Se cierra la Maternidad Provincial y paradójicamente se pretende construir un Hospital Materno-Infantil sin que existan estudios serios sobre la necesidad de su implantación en la ciudad de León (...)”. “El trasvase de enfermos de la Seguridad Social a los centros hospitalarios privados, se podría evitar si se hubiese realizado la ampliación, que, por intereses creados de varias personas no se ha llevado a cabo, tal como afirmaba el propio director de Virgen Blanca, D. Fernando Salgado Gómez”²⁷.

Días después de esta publicación, la sección de Sanidad de Comisiones Obreras respondía por escrito a Ceranda y replicaba sus aseveraciones de “falta de estudios serios” sobre la necesidad de un centro materno-infantil. Para ello adjuntaba catorce folios de informes, uno de ellos de la Junta Facultativa de Virgen Blanca. Explicaba la aglomeración de pacientes, que ocupaban cerca de 400 camas en un edificio dotado para 360, a los que había que añadir los acompañantes, los usuarios de consultas externas y más de ochocientos profesionales. La excusa de falta de financiación tampoco se sostenía, pues el INP había aprobado, en julio de 1978, el presupuesto para la obra, que ascendía a ochocientos millones de pesetas. Añadía que la futura construcción liberaría dos plantas y media del edificio actual, al que descargaría de los servicios de Pediatría y Toco-ginecología, y daría espacio a otras especialidades que sufrían una gran presión asistencial -los pacientes de Medicina Interna iban acaparando todos los espacios disponibles²⁸-, con el objetivo de que los pacientes de León pudieran gozar del mismo nivel asistencial que otras provincias vecinas (Asturias, Santander, Valladolid), que, con una base demográfica muy parecida, tenían recursos superiores.

La natalidad era alta en todo el país y, en León, según el INE, el índice de nacimientos suponía casi tres hijos por mujer. En la capital no había ningún centro materno-infantil, pues la Maternidad Provincial había dejado de usarse para este cometido cuatro años antes y el establecimiento se dedicaba a los cuidados geriátricos²⁹. En 1974, último año de funcionamiento, aún nacieron allí algunos bebés, pero la mayoría de las parturientas, sobre todo si presentaban alguna complicación, eran trasladadas al Hospital San Antonio o a la Residencia Virgen Blanca (Princesa Sofía abriría en 1975). Tampoco los hospitales privados contaban con un área específica materno-infantil y la atracción que las futuras madres mostraban por sus instalaciones habitacionales más amplias y confortables, chocaba con la falta de unidades de vigilancia intensiva y de asistencia especializada permanente. Por ello, en caso de surgir complicaciones en el

alumbramiento era preciso el traslado a Virgen Blanca, donde ginecólogos y pediatras prestaban atención continuada las veinticuatro horas del día, y, desde 1977, contaba además con una Unidad de Cuidados Intensivos bien dotada de tecnología y personal cualificado.

El innovador proyecto contemplaba -según consta en la página 9 de la Memoria Urbanística- la ampliación de la superficie construida de Virgen Blanca, por una parte, en 3.445 m² para servicios diversos, y, por otra, de 4.142 m² más, para uso materno-infantil, en un módulo anexo, de la misma altura (11 plantas), en el que se ubicarían 108 camas de Tocología, 44 de Ginecología, 8 para niños con madre, 24 incubadoras y 20 para recién nacidos que precisaran ingreso. En el espacio dedicado a Pediatría se instalarían 24 cunas de lactantes y 24 camas para niños escolares y preescolares. El edificio contaría con su propia unidad de urgencias y archivo, así como almacenes y servicios complementarios.

En cuanto a su lugar de ubicación, en los Altos de Nava, había terreno suficiente para levantar otro edificio que iría adosado a Virgen Blanca y, donde estaban los otros dos hospitales públicos, San Antonio Abad y Princesa Sofía.

La instalación en León de un centro de estas características habría sido referencia y ejemplo para la sanidad del noroeste del país, ofrecería una asistencia de mejor calidad para las mujeres leonesas y sus hijos -los hospitales materno-infantiles están concebidos para ofrecer una atención integral a la mujer en todas las etapas de su vida, desde la adolescencia, abarcando la vertiente preventiva, diagnóstica, curativa, rehabilitadora y reparadora³⁰-, y el aumento de camas sanitarias beneficiaría a la población leonesa en general.

Conclusión

Los fallidos proyectos de ampliación y creación de un hospital materno-infantil en la ciudad de León, en la segunda mitad de los años setenta del siglo XX, impidieron dar, en aquel momento, una solución inmediata a necesidades urgentes de la sanidad pública provincial. Las conclusiones de nuestro estudio responden a tres preguntas clave.

¿Necesitaba León un hospital materno-infantil? La cuestión planteada en su día por el semanario *Ceranda*, nos lleva a contestar, después de haber leído la Memoria de edificación y de analizar la situación sanitaria de la época, que no solo era necesario, sino imprescindible por las siguientes razones: la natalidad se encontraba en sus niveles más altos; faltaban camas para atender la demanda de hospitalización y espacio para la creación de nuevas unidades médicas o expansión de las ya existentes; había aparatos inutilizados por falta de sitio para ellos; las consultas externas estaban desperdigadas por Virgen Blanca y los pacientes debían esperar en los pasillos por carecer de salas de espera adecuadas, entre otras.

¿Cuáles fueron las causas de este fracaso? La excusa inicial que esgrimía el Ayuntamiento para dilatar la tramitación de la licencia de obra, se refería a la consideración de la parcela como suelo rústico. Tal respuesta no tenía un apoyo sólido, puesto que el INP había adquirido el terreno en 1947 para construir en él una residencia sanitaria que llevaba funcionando ya siete años en la misma ubicación; además los dos organismos provinciales competentes para otorgar el licencia urbanística, Ayuntamiento y Delegación Provincial de la Vivienda, dieron finalmente su plácet. Tampoco puede argumentarse la falta de financiación puesto que el Instituto Nacional de Previsión había aprobado un presupuesto de ochocientos millones de pesetas para acometer este proyecto.

La respuesta la habría dado el Dr. Salgado Gómez, entonces director de Virgen Blanca, serían “los intereses creados” de un determinado sector de la sanidad privada los determinantes de lo ocurrido. Aseguradoras, órdenes religiosas o la propia jerarquía eclesiástica, propietarias de los principales centros hospitalarios privados, presionarían políticamente para interceptar el proyecto de hospital materno-infantil. Les alarmaría la expectativa de que la Seguridad Social dispusiera, en un breve espacio de tiempo, de 200 nuevas camas e importantes mejoras tecnológicas y la previsión de ver suspendidos o reducidos sus conciertos sanitarios o de que su aparataje no fuese necesario -puesto que los nuevos espacios podían dar cabida a instalaciones con innovadores métodos de diagnóstico, de los que se estaba dotando a otros hospitales públicos de provincias limítrofes como Valladolid, Santander o Asturias-. Sanatorios privados como la Obra Hospitalaria Nuestra Señora de Regla o el Hospital San Juan de Dios, con 152 y 220 camas

respectivamente, mantenían concierto con la Seguridad Social, por lo que, suponemos, celebrarían el fracaso del proyecto.

¿Qué hicieron los organismos sanitarios competentes tras constatar que no habría ampliación ni hospital materno-infantil? La Diputación Provincial y el Instituto Nacional de la Salud deberían haber aunado sus fuerzas -sus tres hospitales públicos sumaban más de 800 camas-. Un acuerdo entre administraciones, que se produciría casi once años después, podría haber paliado, mucho antes, una situación acuciante para la sanidad leonesa.

A finales de 1979, la corporación provincial inició negociaciones con el INSALUD para la inclusión del Hospital Princesa Sofía en la red de centros de la Seguridad Social, lo que nos haría pensar en la búsqueda de un pacto político de fusión hospitalaria, pero la realidad era, según Fernández Arienza, que la Diputación buscaba obtener mayor rentabilidad por la asistencia dispensada en el Hospital Princesa Sofía, y mejorar sus instalaciones para adecuarlas a los requerimientos del momento. Las conversaciones culminaron en enero de 1990 con el acuerdo de integración. Unos meses después, el 25 de julio del mismo año, el ministro de Sanidad, Julián García Vargas, firmaba el Convenio para unir los tres hospitales: Virgen Blanca, Princesa Sofía y San Antonio Abad, en un complejo asistencial, al que se denominó Hospital de León.

Han pasado más de cuarenta y tres años desde aquel frustrado proyecto que dejó un agrio sabor de boca a trabajadores y gestores sanitarios. Sin embargo, seguramente, de aquella “lumbre” quedó un rescoldo que impulsó la creación del gran complejo asistencial universitario con el que cuenta actualmente la capital leonesa -el Complejo Asistencial Universitario de León (CAULE)-, orgullo de profesionales y usuarios, que dispone de un área materno-infantil en la que se atiende a las mujeres y recién nacidos en condiciones de seguridad, calidad y eficiencia; participa de proyectos como la “Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia (IHAN)” o el “Plan de Parto y Nacimiento” y, desde hace dos años está acreditado para la docencia de enfermeras obstétrico-ginecológicas -matronas-.

Bibliografía y comentarios:

1. SORIANO, D., (2017). Sesenta años del inicio del milagro económico español: del subdesarrollo a la clase media occidental, www.libremercado.com, [consultado 6.05.22]. Entre 1957 y 1973 llegaron al gobierno los famosos tecnócratas del Opus Dei -Mariano Navarro Rubio, Laureano López Rodó y Alberto Ullastres- que apostaron por el aperturismo y la liberalización de la economía: la apertura comercial, la integración en los mercados internacionales, atracción del turismo e inversión extranjera. A nivel interno se establecieron los llamados Planes de Desarrollo, cuyos resultados, quizá, ni siquiera imaginaban sus impulsores. Entre 1960 y 1973 las tasas de crecimiento del PIB real fueron del 7,73 y del PIB per cápita del 6,59, tasas que no se han vuelto a alcanzar en España. La renta per cápita creció un 98% en la década de los sesenta.
2. ASENJO-SEBASTIÁN, M.A., (2018). “Difícil camino, espléndida realidad: el sistema MIR”. FEM: Revista de la Fundación Educación Médica, (Ed. impresa), vol. 21, núm. 2, Barcelona, abril 2018. Hasta la aparición de la Ley de Especialidades Médicas de 20 de julio de 1955, era especialista quien así se autodenominaba, “en lo sucesivo, la preparación para el ejercicio profesional especializado no quede al exclusivo arbitrio de quien asegure, sin otra comprobación, haberla realizado”. El sistema de formación de médicos especialistas (MIR), tal como se conoce en la actualidad, al que se accede mediante pruebas selectivas de convocatoria anual, existe en España desde 1976. Es responsabilidad exclusiva del Sistema Nacional de Salud y está dirigido y regulado por el Ministerio de Sanidad y los Departamentos de Salud de las comunidades autónomas.
3. TEMES, J. L., PASTOR, V., DÍAZ, J. L., (1992). Manual de Gestión Hospitalaria, Madrid, McGRAW-HILL, Interamericana de España, pp. 31-32.
4. Ley 193/1963, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social, BOE 30.12.63 y Decreto 907/1966, aprueba el Texto articulado I de la Ley 193, 1963, BOE 22.04.66. “A través de la Seguridad Social, el Estado español garantiza a las personas que por razón de sus actividades estén comprendidas en su campo de aplicación y a sus familiares y asimilados que tuvieran a su cargo, la protección adecuada en las contingencias y situaciones que define la ley y la progresiva elevación de su nivel de vida en los órdenes sanitario, económico y cultural.
5. Decreto 2123/1971, de 23 de julio, por el que se aprobó el Texto Refundido de las Leyes 38/1966, de 31 de mayo, y 41/1970, de 22 de diciembre, que regulan el Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social, BOE» núm. 226, de 21 de septiembre de 1971. El artículo 2 dice: “quedarán incluidos en el Régimen Especial Agrario de la Seguridad Social todos los trabajadores españoles, cualquiera que sea su sexo y estado civil, que en forma habitual y como medio fundamental de vida realicen labores agrarias, sean propiamente agrícolas, forestales o pecuarias, dentro del territorio nacional, a excepción de los comprendidos en el Régimen General”.
6. VIDAL BENEYTO, J., (2006). “Una década prodigiosa, Los años 60 entre reformas y rupturas”, <http://hdl.handle.net/10550/52272>, Universidad de Valencia, p. 2-3.
7. GRATACÓS BATLLE, R., (2018), “El impacto urbano de los edificios hospitalarios”, Anuario revista científica y técnica de la Asociación Española de Ingeniería Hospitalaria, núm. 2018, pp. 19-21. URI: <http://hdl.handle.net/2117/127448>, Universidad Politécnica de Cataluña, “Los hospitales son edificios que generan fuertes externalidades, teniendo un gran impacto en el espacio donde se insertan. La correcta implantación y el encaje del edificio hospitalario en el territorio o en el espacio urbano, es determinante para conseguir que estas externalidades sean lo más positivas posibles pues, especialmente los hospitales de gran tamaño, son grandes catalizadores de la vida urbana”.
8. SEN RODRÍGUEZ, L.C, (1999), “Las transformaciones económicas en los siglos XIX y XX, en CARANTOÑA ÁLVAREZ, F., (Coord.), La Historia de León, vol IV, 1.2.1.3, Universidad de León y Diario de León, pp. 59-64.
9. Desde 19.04.68, fecha de apertura de Virgen Blanca, hasta 2.07.75, en los registros solo consta el número total de partos.
10. HIDALGO VEGA, A., CORUGEDO DE LAS CUEVAS, I., DEL LLANO SEÑORÍS, J., (2001), Economía de la Salud, Ed. Pirámide, Madrid, p. 248.
11. FERNÁNDEZ ARIENZA, J., (1994), Crónica de la Medicina en León, 1900-1993, Ed. Colegio de Médicos de León, pp. 247-248.

12. En 1975 el Ministerio de Sanidad acreditó para la docencia a la Residencia Virgen Blanca, lo que significó la incorporación anual de nuevos médicos residentes para realizar la formación especializada, durante periodos de tres a cinco años, según el programa establecido. Datos de la Comisión de Docencia del CAULE.
13. FERNÁNDEZ ARIENZA, J., (1994), Crónica de la Medicina en León 1900-1993, Ed. Colegio Oficial de Médicos de León, p. 240.
14. FERNÁNDEZ ARIENZA, J., (1994), Crónica de la Medicina en León 1900-1993, Ed. Colegio Oficial de Médicos de León, p. 248.
15. ESCUDERO, R., (2000), "Del Hospital General de León al Hospital General Princesa Sofía", en MURES QUINTANA, A., (Recopilación), XXV Aniversario Hospital General Princesa Sofía 1975-2000, editado por la Diputación de León, pp. 52-82.
16. Memoria de actividades de la Diputación Provincial 1979-1982, (1983), León, p. 101.
17. Memoria de actividades de la Diputación Provincial 1979-1982, (1983), León, p.247.
18. AML (Archivo Municipal de León), Expediente núm. 2162 del Negociado de Obras del Ayuntamiento de León, Registro General núm. 12048, de 8 de septiembre de 1975. El asunto de expediente lleva por título: "Consulta sobre proyecto de construcción de la ampliación de la Residencia Virgen Blanca de la Seguridad Social". No contiene Memoria descriptiva ni detalles de la misma. En los oficios que obran en este únicamente se habla de obras de ampliación y reforma.
19. Ley 19/1975, de 2 de mayo, de reforma de la Ley sobre Régimen del Suelo y Ordenación Urbana, BOE núm. 107 de 5 de mayo de 1975. Artículo 69.1.1. "En tanto no se aprueben Programas de Actuación Urbanística, los terrenos clasificados como suelo urbanizable no programado estarán sujetos a las siguientes limitaciones, además de los que resulten aplicables en virtud de otras Leyes: Primera: Deberán respetarse las incompatibilidades de usos señaladas en el Plan General. Segunda. No se podrán realizar otras construcciones que las destinadas a explotaciones agrícolas que guarden relación con la naturaleza y destino de la finca y se ajusten, en su caso, a los Planes o normas del Ministerio de Agricultura, así como las construcciones e instalaciones vinculadas a la ejecución, entretenimiento y servicio de las obras públicas. Sin embargo, podrán autorizarse, siguiendo el procedimiento previsto en el artículo treinta y cuatro, edificaciones e instalaciones de utilidad pública o interés social que hayan de emplazarse en el medio rural, así como edificios asilados destinados a vivienda familiar en lugares en los que no exista posibilidad de formación de un núcleo de población. Artículo 69 bis, Uno. Los terrenos que se clasifiquen como suelo no urbanizable en el Plan General Municipal, o por aplicación del artículo 66, estarán sujetos a las limitaciones que se establecen en el artículo anterior".
20. AML, Expediente núm. 1825/76, abierto el 4 de agosto de 1976, cuyo título es: "Consulta sobre Construcción de Maternidad y Hogar Infantil, ampliación Residencia Sanitaria Virgen Blanca".
21. Plan de Ordenación Urbana de 1975, en <http://www.aytoleon.es>, PGOU: "para los terrenos agrícolas, condiciones: superficie máxima edificada en planta baja 0,05 m²/m², superficie máxima edificada en altura 0,05 m²/m², volumen máximo edificada en altura 0,20 m³/m². El oficio del ayuntamiento dice: "Del estudio realizado se puede determinar que el edificio proyectado sobrepasa por sí solo las limitaciones anteriormente indicadas y eso sin tener en cuenta el edificio ya existente en la actualidad de mucha mayor envergadura que el proyectado, no siendo por tanto realizable de acuerdo con lo determinado y exigido por el Plan General de Ordenación".
22. Ley de reforma de la Ley sobre Régimen del Suelo y Ordenación Urbana, de 29 de abril de 1975, BOE núm. 107 de 2 de mayo de 1975. Artículo 180.1: "los actos relacionados en el artículo 178 que se promuevan por Órganos del Estado o Entidades de derecho público que administren bienes estatales estarán igualmente sujetos a licencia municipal". Artículo 180.2. "Cuando razones de urgencia o excepcional interés público lo exijan, el ministro competente podrá acordar la remisión al Ayuntamiento correspondiente del proyecto de que se trate, para que en el plazo de un mes notifique la conformidad o disconformidad del mismo con el planeamiento urbanístico en vigor. En caso de disconformidad, el expediente se remitirá por el Departamento interesado al ministro de la Vivienda, quien lo elevará al Consejo de Ministros, previo informe de la Comisión Central de Urbanismo, que decidirá si procede ejecutar el proyecto, y en este caso, ordenará la iniciación del procedimiento de modificación o revisión del planeamiento, conforme a la tramitación establecida en esta Ley".

23. AML, Expediente 1825/76, la Delegación Provincial del Ministerio de la Vivienda, en oficio enviado a la Alcaldía de León, comunicaba el acuerdo de la Comisión Provincial de Urbanismo, de 20 de julio de 1978, bajo la presidencia del Gobernador Civil de la provincia, de iniciación de información pública del proyecto de construcción de un hospital materno-infantil en terrenos de la Residencia Sanitaria de la Seguridad Social Virgen Blanca, en cumplimiento de lo dispuesto en el art. 43 de la Ley del Suelo (Texto Refundido Real Decreto 1346/76 de 9 de abril). El oficio de la Delegación Provincial de la Vivienda, de 18 de octubre de 1978, tuvo entrada en el Registro del Ayuntamiento de León, el 19 de octubre de 1978, con el número 15.455.
24. AML, Expediente número 1825/76. El último documento que figura en este expediente es de fecha 18 de enero de 1979.
25. Testimonio oral del ingeniero responsable de Mantenimiento y Obras, D. Jesús Eloy Fernández López.
26. EL PAIS, 11 de marzo de 1980, Sociedad, noticias: NUÑEZ, A., Desaparece un semanario independiente en León, "La tirada de la revista Ceranda, nacida en enero de 1979, ha dejado de editarse esta semana, por dificultades de carácter económico. Su tirada se situaba en el momento del cierre en 5000 ejemplares y habían sido editados 57 números".
27. Revista Clínica Española, (2010) Estudio Socio-profesional de la Medicina Interna en España. Prospectiva 2010. www.elsevier.es/rce, 211(5):245-246. La especialidad de Medicina Interna ha tenido siempre un carácter polivalente y muy especialmente en aquellos primeros años de la sanidad pública. Posteriormente, allá por 1999, fue redefinida y de su tronco se disgregaron nuevas especialidades.
28. Revista Humanismo y Trabajo Social, (2013) vol. 12, [141-169], p. 163. El 15 de junio recibieron el plázet del Consejo General y el 21 de junio de 1974 les llegaba la autorización del cese por parte del prelado diocesano. La salida de las últimas religiosas y el cierre definitivo de su contrato lleva la fecha del 15 de diciembre de 1974.
29. [Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón, presentación. https://www.comunidad.madrid,](https://www.comunidad.madrid)

HISTORIA

NEUROPSICOLOGÍA: AUTORES Y TRABAJOS.

NEUROPSYCHOLOGY: AUTHORS AND WORKS.

NEUROPSICOLOGIA: AUTORES E OBRAS.

Roberto García Sánchez ¹

¹ Doctor por la Universidad de La Laguna. Psicólogo. Miembro de la Sociedad Canaria de la Historia de la Medicina.

Contacto: robertogs.ull@gmail.com

Recibido: 06/11/2022
Aceptado: 06/12/2022

Resumen

La Neuropsicología es una disciplina científica que estudia la relación existente entre cerebro y conducta, ahora bien, a lo largo de su historia y desarrollo ha sufrido una serie de modificaciones que la han hecho pasar por distintas etapas. Han podido encontrarse autores que defendían la concentración de funciones cognitivas concretas en áreas específicas, mientras que otros defendían el fenómeno opuesto, esto es, el trabajo global del cerebro para poner en marcha una función cognitiva concreta. Por otro lado, había autores que defendían que ambos fenómenos no eran incompatibles, sino que eran estrictamente necesarios, es decir, hay funciones que se hallan localizadas pero, al mismo tiempo, necesitan una coordinación global para operar correctamente. Resulta fundamental conocer los aspectos históricos y autores principales de esta rama de la Psicología, porque constituye una parte importante dentro de esa gran casa que es la Neurociencia, debido a que es una de las disciplinas más activas en la práctica clínica y en la investigación.

Palabras clave: neuropsicología, historia, autores, cerebro, trabajos.

Abstract

Neuropsychology is a scientific discipline that studies the relationship between brain and behavior, however, throughout its history and development it has undergone a series of modifications that have made it go through different stages. It has been possible to find authors who defended the concentration of specific cognitive functions in specific areas, while others defended the opposite phenomenon, that is, the global work of the brain to start a specific cognitive function. On the other hand, there were authors who defended that both phenomena were not incompatible, but that they were strictly necessary, that is, there are functions that are located but, at the same time, they need global coordination to operate correctly. It is essential to know the historical aspects and main authors of this branch of Psychology, because it constitutes an important part within that great house that is Neuroscience, due to the fact that it is one of the most active disciplines in clinical practice and in research.

Keywords: neuropsychology, history, authors, brain, works.

Resumo

A neuropsicologia é uma disciplina científica que estuda a relação entre cérebro e comportamento, porém, ao longo de sua história e desenvolvimento sofreu uma série de modificações que a fizeram passar por diferentes fases. Foi possível encontrar autores que defendiam a concentração de funções cognitivas específicas em áreas específicas, enquanto outros defendiam o fenômeno oposto, ou seja, o trabalho global do cérebro para iniciar uma função cognitiva específica. Por outro lado, havia autores que defendiam que ambos os fenômenos não eram incompatíveis, mas que eram estritamente necessários, ou seja, há funções que se localizam mas, ao mesmo tempo, precisam de coordenação global para funcionar corretamente. É essencial conhecer os aspectos históricos e principais autores deste ramo da Psicologia, pois constitui uma parte importante dentro dessa grande casa que é a Neurociência, por ser uma das disciplinas mais ativas na prática clínica e na pesquisa .

Palavras-chave: neuropsicologia, história, autores, cérebro, obras.

1. Introducción a la Neuropsicología.

Antes de hacer un recorrido histórico sobre los autores y trabajos más relevantes en el campo de la Neuropsicología, vamos a hacer el fenómeno inverso al que normalmente estamos acostumbrados, es decir, comenzaremos explicando cómo se conciben los procesos cognitivos a nivel cerebral en la actualidad para, de este modo, poder entender mejor todo el proceso que ha acontecido hasta llegar a nuestros días.

Ballesteros¹ afirma que *la memoria es un proceso psicológico que sirve para almacenar información codificada*. La información puede ser recuperada, ya sea de forma voluntaria o involuntaria. La memoria es la capacidad para guardar acontecimientos y acceder a ellos en el momento que sea necesario, por lo tanto, esta es la capacidad para almacenar información y hacer un uso secundario de ella, gracias a las estructuras del sistema nervioso, concretamente, al cerebro.

Fombuena² afirma que *sus posibilidades corresponden al desarrollo del ser humano, de aquí la relevante importancia de la memoria en el hombre, que permite retener lengua materna y otras lenguas que pueda haber aprendido, mantener hábitos, habilidades motoras, conocimiento del mundo, de seres queridos y odiados, y referir a ellos durante la vida*. La conducta humana está reforzada en mayor medida por los patrones adquiridos que por los estímulos que se producen en la situación concreta de forma inmediata.

Zapata³ afirma que *en la neurociencia este concepto surge como un modelo descriptivo del mantenimiento y la manipulación de la información durante un periodo limitado; su importancia radicaba en que gracias a ellos se podían llevar a cabo actos cognitivos complejos, la comprensión del lenguaje, el razonamiento y la resolución de problemas*. Nos encontramos ante un funcionamiento complejo y activo que tiene su desarrollo a lo largo del tiempo organizado en diferentes niveles.

Casanova⁴ postula que *la memoria se refiere a las experiencias y la información que se recuerda*. Al retener las experiencias aprendidas, como función, está conectada con todas las acciones mentales.

Los procesos cognitivos son las capacidades por las que, gracias a la percepción y la experiencia, los individuos manipulan los datos que se manifiestan en el medio. Su principal misión estriba en controlar el funcionamiento y las operaciones mentales, la

cognición y la conducta. La cognición es el proceso gracias al cual las personas logran adquirir conocimientos, del mismo modo, la cognición, si hablamos en términos de aprendizaje, está relacionada con la memoria, el razonamiento y la resolución de problemas.

Mestre et al⁵ afirman que *la cognición humana puede componerse tanto de procesos conscientes como inconscientes, es decir lo concreto, abstracto, asuntos conceptuales o inclusive intuitivos se generan de una manera constante*. Para funcionar correctamente los procesos cognitivos tienen que partir de un comienzo en el acceso a la información sensorial, ello se produce gracias al proceso de percepción.

Navarro⁶ considera que *la atención y concentración del individuo promueve los conocimientos que interioriza y almacena en su memoria. Una vez se procesa e interpreta la información en la memoria, el lenguaje es ideal para que el individuo pueda generar y expresar sus ideas, la inteligencia y creatividad*. Encontramos una serie de procesos cognitivos los básicos y superiores que trabajan al mismo tiempo para almacenar la información, recuperarla y usarla cuando sea necesario:

Fenómeno de la percepción:

Fuenmayor y Villasmil⁷ afirman que *la percepción está relacionada con el entendimiento de la información que se recibe a través de los sentidos, por lo tanto, involucra la decodificación cerebral y el encontrar algún sentido a la información que se está recibiendo, de forma que pueda operarse con ella o almacenarse, sin embargo el acto de percibir es el resultado de reunir y coordinar los datos que se suministran las sensaciones*.

El conocimiento, sin embargo, es un proceso que establece una relación entre el individuo como ser cognitivo y el objeto, como ente que permite aplicar la cognición, por ello, un conocimiento puede ser real o falso. Como resultado de las funciones cerebrales se produce la percepción y el conocimiento, por lo tanto, gracias a la actividad cerebral podemos obtener o captar la información y trabajar con ella hasta crear la realidad, elaborando conceptos, creencias y generación de ideas, imágenes, representaciones y registros sensoriales. Pérez⁸ considera que al cerebro *se le atribuye ser responsable de la conciencia y los estados mentales, como la duda o la certeza, y el*

responsable de operaciones mentales complejas, de los poderes del razonamiento y la lógica.

Fenómeno del pensamiento:

Es un proceso no observable y sólo podemos tener constancia de lo que está sucediendo en él con la descripción que realiza la persona pensante. Según Worchel et al⁹ *razonar y resolver un problema, el recordar información y construir conceptos, imaginar situaciones futuras o soñar despierto son actividades que involucran al pensamiento.* Las áreas cerebrales relacionadas con la función del pensamiento y con sus cualidades son el sistema límbico, el tálamo y la formación reticular.

Un pensamiento puede tener una connotación positiva o negativa como placer, dolor, comodidad, formas bruscas de sensación, localización en grandes zonas del cuerpo..., sin embargo, la estimulación específica de las áreas del neocórtex condicionan los elementos diferenciadores del pensamiento: la localización concreta de las sensaciones en el cuerpo y de los objetos en el campo visual, la sensación de la textura, el reconocimiento visual de objetos, etc. Torres¹⁰ considera que *los procesos cognitivos pueden mejorar en cualquier etapa del transcurso de nuestras vidas siempre y cuando pongamos en práctica y tengamos un constante seguimiento de estos realizando actividad para instruirlos e irlos perfeccionando con el paso del tiempo.* Por ello, es necesario tener adecuados patrones de conducta alimentaria, practicar deporte y tener buena higiene del sueño, puesto que tiene efectos positivos para mejorar el desempeño de las tareas a nivel académico y social.

La evidencia científica confirma que leer permite que se produzcan nuevos conocimientos comunicativos y, por otro lado, genera un mayor pensamiento crítico ante el entorno social. Se puede utilizar también la tecnología para potenciar el conocimiento, recapacitar sobre el progreso y llevar a cabo tareas creativas, las cuales ayudan a desarrollar los procesos cognitivos poniendo en práctica la actividad de pensar¹¹.

Fenómeno de la atención focalizada:

La concentración se define como la capacidad de estar atento a un estímulo de forma constante, sin el efecto de interferencias que producen el fenómeno opuesto, la distracción.

Para esta función, que todo el mundo conoce, se utilizará un ejemplo que vamos a tomar de un estudio, por la curiosidad de sus resultados, que encontró que escuchar música empeora el proceso de creación, tanto en el trabajo como en el estudio. El argumento que dieron es que distrae, especialmente si se conoce la letra de la canción que se está oyendo. En todas las situaciones, excepto en situación de silencio, la música distraía de alguna manera a las personas durante el proceso de creación. El peor rendimiento, como era de esperar, se produjo en las situaciones en las que las personas conocían la letra de la canción (aunque se observó que sí mejoraba el estado de ánimo). Por otro lado, no hubo diferencias significativas en el desempeño de las tareas verbales entre las condiciones silenciosas y los ruidos de una biblioteca. Los autores argumentan que su estudio *cuestiona la opinión popular de que la música mejora la creatividad y demuestra que la música, independientemente de la presencia de contenido semántico (sin letras, letras familiares o letras desconocidas), interrumpe constantemente el rendimiento creativo en la resolución de problemas*¹².

Tipos de atención:

La atención se define como la capacidad de seleccionar y concentrarse en los estímulos relevantes, es decir, la atención es permite orientarnos hacia los estímulos importantes y procesarlos para responderlos. No es un proceso unitario, sino que existen distintos tipos de atención.

Gracias a la investigación científica se ha demostrado que la atención se podría dividir en diferentes sub-procesos atencionales o en distintos tipos de atención. Esto hace referencia a: el nivel de activación y alerta; la atención focalizada, que se refiere a la capacidad de centrar la atención en un estímulo; la atención sostenida, que se trata de la capacidad de atender a un estímulo durante un largo período de tiempo; la atención selectiva, que es la capacidad de atender a un estímulo con la presencia de

otros estímulos distractores; la atención alternante, que consiste en la capacidad de combinar la atención entre dos o más estímulos¹³.

Fenómeno de aprendizaje:

El aprendizaje no solo se refiere a la absorción de nuevo conocimiento, sino que es necesario tener un conocimiento previo para poder contextualizar la información e integrarla y darle un sentido. Para poder lograrlo se tiene que producir un proceso que permita la interacción entre el conocimiento anterior y el nuevo, dando lugar a procedimientos y aptitudes intrapersonales que permitan llegar a unos resultados observables.

La metodología de aprendizaje implica tener en cuenta qué tipo de método le funciona mejor a cada individuo quien se va a dirigir puesto que las estrategias de aprendizaje son diferentes según la persona.

2. Primeros trabajos dentro de la neuropsicología.

Como afirma Almagro¹⁴, hablar de los orígenes de la neuropsicología implica tener que mencionar la afasia, pues es un trastorno antiguo que se remonta a los inicios del lenguaje. El primer trabajo que encontramos data del año 3500 a.C., el *Edwin Smith Papyrus* explica la importancia que los trastornos del lenguaje tenían para la medicina de aquellos tiempos.

Otro manuscrito que contiene información respecto a las características iniciales de la sintomatología clínica de la afasia en la Edad Antigua es el *Corpus Hippocraticum* (400 a. C.), donde se puede encontrar el conocimiento de los médicos respecto a las manifestaciones clínicas de las afasias que se podía encontrar de aquel momento, teniendo unos fundamentos teóricos ya algo más consolidados, argumentados y basados en casos clínicos de pérdida de las capacidades lingüísticas al haber sufrido una lesión cerebral, a lo que denomina *afonos*.

Con todo lo mencionado anteriormente, es posible relacionar una sintomatología que se puede observar con una lesión en un sistema anatómico tan complejo como el cerebro, que gobierna nuestra conducta, y si somos más concretos,

con una lesión en el hemisferio izquierdo. A pesar de todo lo relatado, no contamos con la información suficiente para garantizar que el uso que le daban a la palabra *afonos* siempre tuviera el mismo significado. Se considera la posibilidad que le dieran varios significados: *afasia, anartria, afonía, etc.*

Con la llegada de la Edad Media llega un período oscuridad y de persecución intelectual, caracterizado por el rechazo por parte de la Iglesia de las teorías y postulados que consideraran que las capacidades psíquicas y mentales tenían sustento sobre una estructura material como el cerebro y no sobre un centro espiritual. Muchas personas se vieron obligadas a marcharse a otros países, a abandonar sus investigaciones o, por otro lado, a tener que aceptar los postulados de la Iglesia sobre las alteraciones basadas en un sustrato espiritual para que la Santa Inquisición no arremetiera contra ellos.

Toda la gran laguna de conocimiento que se produjo durante la Edad Media respecto al estudio de la afasia, se recuperó tras el gran impulso para la ciencia que supuso la llegada del Renacimiento. Aquí se produce un proceso de consolidación mayor de la existencia de un origen cerebral en la afasia de mano de autores como Nicolo Massa (1485-1569) y Francisco Arceo (1543-1573), que observaron casos de afasia tras un daño cerebral. Por otro lado, comienza a realizarse ya una distinción meridianamente lúcida entre las alteraciones del habla que tienen origen en un déficit amnésico y aquellas cuyo origen radica en la parálisis del órgano de la lengua.

Comenzamos nuestro recorrido sobre los primeros trabajos de la neuropsicología considerando el primer estudio relevante que se realiza sobre el análisis de la afasia y que se considera el centro de partida en las investigaciones del trastorno del lenguaje, el estudio realizado por Johan A. P. Gesner (1738-1801). Gesner (1769) realizó un trabajo bastante concienzudo sobre las alteraciones en las funciones cerebrales que dan lugar a los déficits del lenguaje. De su trabajo se puede sacar un primer acercamiento a la teoría asociacionista de la afasia de la neurología dominante en esa época, que consideraba que el trastorno era una incapacidad para relacionar el signo lingüístico con una imagen o idea a nivel mental. Él se centró en establecer la distinción entre las alteraciones del lenguaje y las alteraciones de la memoria y, por otro

lado, la incapacidad de producción del lenguaje por la ruptura entre los conceptos y símbolos que los representan.

En 1800 se tenía conocimiento de las tipologías clínicas de afasia más habituales y se había conceptualizado cuáles eran las disociaciones de las sintomatologías más importantes. Debemos tener en cuenta que el abordaje de la disociación es algo característico de la investigación neuropsicológica de nuestra época, sin olvidar que ya en el siglo XVII este concepto había sido propuesto por autores como Rommel.

Peter Rommel (1643-1708) se caracterizó por hacer un estudio pormenorizado de un paciente con una afasia motora que presentaba una sintomatología bastante grave, donde existía una disociación entre la capacidad de repetición y de producción oral. Ciertamente, observó que este paciente no podía repetir las palabras, pero sí podía emitir secuencias de palabras como, por ejemplo, rezar una oración, que había aprendido en la infancia y que estaban automatizadas.

Todavía no se había descrito muchos síndromes afásicos que se entendían como más leves, como el agramatismo, y otros más graves como era la afasia sensorial.

Durante el inicio del siglo XIX se lleva a cabo el intento de relacionar las funciones mentales con su sustrato neuroanatómico, es decir, con el cerebro. Esta idea parte de la tradicional disociación o separación entre mente y cerebro que venía trabajándose desde los primeros estudios de la época clásica griega, con personajes como Alcmeón de Crotona.

Pero después de todo el recorrido que aquí se ha hecho, Franz Joseph Gall (1758-1828) fue el primero que puso el énfasis y sentó las bases neuropatológicas de la afasia. Tras conocer sus investigaciones, fue expulsado de Viena y de la Iglesia Católica por punto de partida materialista, pues consideraba que la mente era la consecuencia material del funcionamiento del cerebro. Por supuesto, como se ha mencionado en líneas anteriores al hablar de la Edad Media, este pensamiento era totalmente contrario a lo que la Iglesia declaraba en aquel momento, considerando que el lenguaje y el pensamiento eran dos aspectos de contenido espiritual. Gall le da al cerebro un papel nuclear en el funcionamiento mental, estableciendo una estructura formada por distintas funciones mentales que tenían su ubicación en las diferentes áreas en las que él dividió el cerebro, sin embargo, estas funciones no eran homogéneas. Consideraba

que las dos áreas del lenguaje, expresión verbal y memoria verbal, se ubicaban en los lóbulos frontales, sin embargo, no tuvo en consideración establecer la distinción de las consecuencias de una lesión en el hemisferio derecho o izquierdo. Esta forma de conceptualizar las funciones mentales y el cerebro impidió su ingreso como miembro en la Academia Francesa.

Jean Baptiste Bouillaud (1796-1881) fue la persona que defendió la postura de Gall de una forma más contundente. Bouillaud argumentaba que la observación de diferentes trastornos del lenguaje suponía una evidencia científica para defender una estructura en mosaico del cerebro. Elaboró diferentes pruebas clínicas y neuropsicológicas para poder diagnosticar los distintos tipos de trastornos, de hecho, hizo una clasificación muy pormenorizada de dos grupos de cuadros afásicos:

- Afasia expresiva pura (afemia según Broca).
- Afasia amnésica.

También estableció diferencias entre lenguaje interno y lenguaje externo, posteriormente propuesto por otros autores como Chomsky.

El primer patrón de alteración y los primeros datos de afasia en bilingües encontrados en la literatura de la época han sido desarrollados por Lordat (1773-1870), quien realizó un estudio de la afasia motora. En este caso, observó que un paciente bilingüe perdió la capacidad para expresarse en la segunda lengua tras sufrir un ictus, mientras que su lengua materna estaba completamente preservada.

A lo largo del siglo XIX se produce una enorme cantidad de acontecimientos que van a suponer un avance gigantesco para el estudio neuropsicológico de trastornos como los del lenguaje, pero no todas las ideas fueron bien recibidas por todos los sectores de la medicina dado que eran demasiado innovadoras para algunos pensadores del momento o simplemente porque se consideraban imprudencias teóricas. Por un lado, se va estableciendo la relación entre lenguaje e inteligencia, aunque es cierto que la mayoría defiende que ambos fenómenos son independientes (Gall, Lordat). Se conoce la existencia de las diferentes sintomatologías encontradas en los distintos cuadros clínicos de la afasia.

Llegamos al momento donde autores cruciales para la neuropsicología, como Broca (1824-1880), comienzan a establecer relaciones entre afasia y lesión del

hemisferio izquierdo. En un inicio todos estos descubrimientos se transmitían a través de convenciones o en forma de reuniones privadas, porque no estaban seguros de cuán fiable eran sus estudios y, por otro lado, como es habitual, por el miedo al rechazo por parte de la comunidad médica.

Los objetivos principales de la Neuropsicología clásica son básicamente dos:

- I. Establecer el correlato anatomopatológico y anatomofuncional entre las lesiones cerebrales y los trastornos mentales.
- II. Establecer clasificaciones para ordenar la gran cantidad de trastornos existentes.

3. Autores y trabajos más relevantes.

La primera vez que se tiene constancia en la literatura científica del término neuropsicología fue en el mes de abril del año 1913 en la conferencia impartida por Osler en el Hospital John Hopkins¹⁴, pero fue Lashey en 1988 el autor que más difundió el término neuropsicología, gracias al comienzo de una investigación neuropsicológica. La idea que tenían en mente era la construcción de una ciencia del comportamiento humano que se basara en el funcionamiento cerebral, quedando definida como una nueva rama de la ciencia cuya finalidad es investigar el papel de los sistemas cerebrales particulares en las formas complejas de actividad mental¹⁵.

Manning¹⁶ establece *cuatro períodos en la historia de la neuropsicología desde sus inicios hasta nuestros tiempos. El primer período se inicia hacia la mitad del siglo XIX y llega hasta principios del siglo XX y se caracterizó por la creación de modelos (diagram-makers) que intentaban reproducir el funcionamiento mental humano. Las ideas y modelos que se propusieron en esta etapa tuvieron fuertes críticas, como no podía ser de otro modo, por parte de muchos autores que seguían otra orientación teórica dentro de la psicología denominada escuela dinámica (Hughlins-Jackson, Marie, Pick, Head y Goldstein) que seguiría en auge hasta los años 40 del siglo XX. Desde mediados de los cuarenta y hasta la década de los sesenta, surge un tercer período caracterizado por la elaboración de una nueva metodología basada en el estudio de grupos. El cuarto período se refiere a los últimos treinta años de la disciplina, donde conceptualiza una neuropsicología partiendo de una perspectiva cognitiva, al contrario que como se había desarrollado en sus orígenes.*

El localizacionismo.

Las investigaciones de Broca se enmarcan en el primer período histórico de la neuropsicología y sienta las bases del localizacionismo¹⁴. En 1861, Broca mostró un estudio autopsico en la Sociedad de Antropología, donde el tema de debate era la relación entre las características cerebrales como el tamaño, la forma y la inteligencia. El paciente tenía una lesión masiva en el hemisferio izquierdo que muchos académicos de la época señalaron como el origen de la incapacidad del habla del paciente, sin embargo, Broca argumentó que la causa de la pérdida del habla se debía a una lesión frontal del hemisferio izquierdo.

En 1865, Broca estableció su postulado sobre las bases neuroanatómicas de las alteraciones en la producción del lenguaje, partiendo de los estudios realizados y comprobados con varios de sus pacientes, a la cual denominó *afemia*. Consistía en un cuadro clínico caracterizado por la pérdida de la capacidad de producción del lenguaje, pero sin haber problemas en el aparato articulatorio del lenguaje ni en las funciones intelectuales. Estableció que esto se producía tras una lesión en la tercera circunvolución frontal izquierda. Con todo esto se consolidó las bases neuroanatómicas del lenguaje y lo que hoy en día se conoce como *afasia de Broca*.

La gran relevancia que tuvo Broca está en haber sido el primero en demostrar la relación entre una función cognitiva superior y una zona concreta de la corteza cerebral en el hemisferio izquierdo, dando lugar a un nuevo paradigma científico a la hora de investigar en este campo que postula una forma más metódica y estructurada en el estudio de la afasia.

El trabajo de Broca, como dijimos anteriormente, se centra en el estudio de las alteraciones relacionadas con la producción del lenguaje, sin embargo, Henry C. Bastian (1837-1915) caracteriza la existencia de las alteraciones en el ámbito de la comprensión, de forma anticipatoria a Wernicke (1848-1905) y hace una distinción entre dos formas de alteraciones del lenguaje adquiridas: la afasia y la amnesia del lenguaje, que son dos entidades que presentan síntomas distintos y diferentes localizaciones en el cerebro. Para diferenciar las alteraciones del lenguaje de las de la escritura y de la lectura, empleó unos diagramas que presentaban centros de procesamiento (articulación, escritura, auditivo y visual verbales) interconectados.

En 1874, Wernicke, uno de los máximos exponentes del localizacionismo, determinó que la afasia sensorial era una entidad clínica propia, ubicando su sustrato neuroanatómico en la parte posterior del lóbulo temporal (primera circunvolución temporal izquierda), lo cual se manifestaba en la pérdida de la comprensión verbal o auditiva. Por otro lado, también hay que reconocerle como el creador de una teoría general sobre la afasia que establecía la relación entre cada uno de los componentes del lenguaje y un área cerebral concreta. Según él, la afasia era un trastorno donde sólo estaba afectado el lenguaje, pero era posible que presentara una cierta sintomatología asociada que no tuviera relación con el lenguaje y, por lo tanto, no se consideraría como parte de la afasia. El modelo que elaboró predecía la existencia de algunos cuadros clínicos no explorados hasta entonces, los cuales eran dependientes de la zona de origen de la lesión. Cuando la lesión estaba en alguno de los dos centros del lenguaje (motor o sensorial) daba lugar a *afasias centrales*; por otro lado, cuando el daño se encontraba en las áreas de conexión entre ambos centros daba lugar a *afasia de conducción*, donde la sintomatología presentaba mayor gravedad por la incapacidad del paciente para llevar a cabo ejercicios de repetición de palabras¹⁵.

Después de Wernicke comenzaron otras posturas teóricas no localizacionistas que consideraban la afasia como una alteración generalizada que afectaría a otras funciones cognitivas y no sólo al lenguaje, como Trousseau o Goldstein.

El modelo asociacionista de Wernicke fue muy exitoso, hasta el punto de que otros autores como Charcot (1825-1893) y Bastian lo tienen en cuenta para elaborar sus propios paradigmas. Se encuentran también diversos casos clínicos que ponen de manifiesto la existencia de distintas disociaciones y esto supone un hecho fundamental para la ulterior aparición del enfoque del procesamiento de la información.

A continuación, otro autor relevante es Lichteim (1845-1928), quien se basa en el modelo de Wernicke y lo desarrolla en mayor profundidad dando lugar a un esquema de funcionamiento cerebral que cuenta con tres centros diferentes para el lenguaje y sus respectivas rutas de conexión. Los centros que acabamos de mencionar son:

- El centro motor de la palabra.
- El centro auditivo de la palabra.
- El centro de elaboración de los conceptos.

Según su autor, la afasia se produciría por la desconexión de alguno de estos centros.

Actualmente, los síndromes de la afasia motora transcortical y de la afasia sensorial transcortical están basados en este modelo. Debemos tener en cuenta que también se preocupó por no olvidarse de uno de los aspectos fundamentales del lenguaje, su aprendizaje. Hoy en día, el trabajo de Lichteim se tiene en gran estima por su validez y es comparable a los modelos de la neuropsicología cognitiva actual, por la forma parecida de estructurar sus investigaciones¹⁵.

Los trabajos propuestos por Wernicke y Lichteim, se crearon para generar cierto orden y rigor metodológico en el estudio de las afasias, pero el inconveniente se encontraba en que reducían una función tan compleja como el lenguaje a una simple agrupación de imágenes verbales y los trastornos que de ahí se producían, se relacionaban con la pérdida de dichas imágenes¹⁴.

Dejerine, por otra parte, contribuyó a la diferenciación de dos tipos de afasia de Broca, consideró que la existencia de una lesión subcortical permitiría la preservación del lenguaje subvocal, del mismo modo que una lesión a nivel cortical lo alteraría¹⁷.

En el segundo período histórico de la neuropsicología se trata el concepto de afasia desde otro punto de vista teórico más global y no tan localizacionista. Aquí cabe destacar a Hughlings Jackson (1835-1911), que tuvo una postura completamente opuesta respecto a los conocimientos que hasta entonces se había postulado sobre la afasia. Jackson consideraba que no era una metodología correcta el hecho hacer uso de diagramas para explicar todo lo que acontece con el lenguaje y en el cerebro de los pacientes que tienen afasia. Negó la existencia de los centros que se habían postulado como responsables de determinadas funciones del lenguaje por parte de otros autores como Broca y Wernicke, al igual que la clasificación establecida entre afasias sensoriales y motoras. Jackson consideraba que los términos empleados en los modelos de diagramas no eran adecuados puesto que no permitían ver las alteraciones de las funciones observables. Él pensaba que se había sobrevalorado la posición localizacionista neuropsicológica respecto al estudio de la afasia, dando pie a entender el funcionamiento cognitivo como una unidad global no divisible y, por lo tanto, no analizable en diferentes lugares a partir de una lesión.

Luria (1902-1977) es uno de los autores más relevantes de la neuropsicología actual. Ha sido uno de los mayores críticos de los modelos asociacionistas partiendo del cuestionamiento hacia uno de los presupuestos teóricos básicos que consistía en la afirmación que se puede determinar de forma altamente precisa la localización de las funciones y disfunciones. También afirmaba que lo conocido hasta el momento respecto a este tema no se basaba en datos empíricos, sino en meras especulaciones¹⁴.

A pesar de la crítica de Luria, es cierto que hoy en día podemos ver cómo algunas ideas actuales en las que se sustenta el enfoque cognitivo que provienen de épocas anteriores pueden considerarse válidas. De hecho, a partir de ahí nace lo que actualmente se denomina enfoque psicolingüístico en el estudio de la afasia.

La Neuropsicología en sus orígenes.

En los inicios de lo que hoy podríamos denominar neuropsicología clásica, la forma en la que se estudiaba las alteraciones partía de la metodología de caso único. Sin embargo, la metodología que caracteriza este período clásico se sustenta en tres pilares básicos¹⁴:

- a) Enfatizar el estudio de grupos como la metodología más adecuada para estudiar la relación que se establece entre lesiones anatómicas y alteraciones funcionales del lenguaje, dejando de lado el estudio de casos únicos.
- b) Empezar a diseñar y elaborar tests y baterías neuropsicológicas estandarizados para cuantificar los trastornos del lenguaje.
- c) Introducir la idea de “grupo de control” para poder comparar los resultados obtenidos por el grupo experimental en las distintas tareas realizadas con una serie de personas de características sociales, culturales y personales similares, pero sin ningún tipo de alteración del lenguaje.

Esta perspectiva metodológica para abordar la clasificación de las afasias que se basa en las dos áreas principales del lenguaje: Broca y Wernicke, que se sitúan anterior y posteriormente a la cisura de Silvio, respectivamente (zona donde se encuentra el acueducto de Silvio). Dependiendo de los síntomas que presentara el paciente, se podía calcular la localización de la lesión después de haberlo ubicado en un cierto cuadro afásico. Por lo tanto, dentro de la neuropsicología clásica lo principal estaba en la localización de la lesión y el tamaño de esta, sin embargo, en los tiempos actuales las técnicas de neuroimagen (tomografía por emisión de positrones, resonancia magnética, etc.) permiten llevar a cabo esta tarea de forma mucho más precisa, eficaz y fiable, con lo cual éste deja de ser el objeto de interés de la neuropsicología contemporánea.

Al interés anteriormente mencionado por parte de la neuropsicología clásica, otro objetivo prioritario era el establecimiento de síndromes, dicho de otro modo, la agrupación los pacientes que muestran unos síntomas parecidos dándoles la misma etiqueta. Este punto de vista tenía sentido en ese momento si tenemos en cuenta el período histórico que había y si entendemos que la neuropsicología ahí estaba naciendo, teniendo como finalidad tratar dar un orden lógico a la gran cantidad y variedad de manifestaciones conductuales que se producía en la práctica clínica.

Según Nelson¹⁴ *este momento inicial de naturaleza descriptiva en el surgimiento de la neuropsicología provocó la creación de un determinado número de agrupaciones o síndromes utilizando una clasificación dicotómica de naturaleza neuroanatómica*. El trabajo de incluir a distintos pacientes en un grupo o en una entidad clínica relacionada con su sintomatología mostró ser una labor mucho más complicada de lo que se pensaba. Comenzaron a producirse estudios de casos que se diagnosticaron dentro de una categoría determinada pero que se presentaban con síntomas muy variados teniendo en cuenta a otros pacientes que estaban categorizados dentro de la misma entidad clínica.

4. Discusión y conclusiones.

Franz Joseph Gall fue el primero que puso el énfasis y sentó las bases neuropatológicas de la afasia. Otorga un papel nuclear en el funcionamiento mental,

estableciendo una estructura formada por distintas funciones mentales que tenían su ubicación en las diferentes áreas en las que él dividió el cerebro.

Jean Baptiste Bouillaud fue la persona que defendió la postura de Gall de una forma más contundente.

Las investigaciones de Broca se enmarcan en el primer período histórico de la neuropsicología y sienta las bases del localizacionismo. En 1874, Wernicke, uno de los máximos exponentes del localizacionismo, determinó que la afasia sensorial era una entidad clínica propia, ubicando su sustrato neuroanatómico en la parte posterior del lóbulo temporal (primera circunvolución temporal izquierda), lo cual se manifestaba en la pérdida de la comprensión verbal o auditiva.

Después de Wernicke comenzaron otras posturas teóricas no localizacionistas que consideraban la afasia como una alteración generalizada que afectaría a otras funciones cognitivas y no sólo al lenguaje, como Trousseau o Goldstein.

Otro autor relevante es Lichteim, quien se basa en el modelo de Wernicke y lo desarrolla en mayor profundidad dando lugar a un esquema de funcionamiento cerebral que cuenta con tres centros diferentes para el lenguaje y sus respectivas rutas de conexión.

Luria es uno de los autores más relevantes de la neuropsicología actual. Ha sido uno de los mayores críticos de los modelos asociacionistas partiendo de la crítica hacia uno de los presupuestos teóricos básicos que consistía en la afirmación que se puede determinar de forma altamente precisa la localización de las funciones y disfunciones.

A modo de conclusión, vemos que, durante el siglo XIX, la mayoría de los autores defienden sus trabajos en el seno de la teoría localizacionista, o sea, bajo el supuesto de la neurología asociacionista. Ésta tenía dos supuestos teóricos básicos: el psicológico y el neuroanatómico. El primero hacía referencia a un punto de vista componencial de la estructura cerebral y el segundo proponía una relación entre las distintas zonas cerebrales y las diferentes actividades en las que se articulaba la función lingüística. Ésta fue la corriente más adoptada por los neurólogos de la época en países como Francia (Dejerine), Alemania (Wernicke y Lichteim) e Inglaterra (Bastian).

Sin embargo, como hemos visto, hay también autores de esa época (Jackson y Head) que sugirieron otro nivel de explicación en sus estudios sobre afasia y creyeron más oportuno adoptar un enfoque centrado en el funcionamiento cognitivo global.

5. Referencias bibliográficas.

1. Ballesteros S. Memoria humana: investigación y teoría. *Psicothema*, 1999; 11 (4): 705-723.
2. Fombuena N G. Normalización y validación de un test de memoria en envejecimiento normal, deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer. Barcelona: Universitat Ramon Llull; 2013.
3. Zapata L F. Memoria de trabajo y rendimiento académico en estudiantes de primer semestre de una universidad de la ciudad de barranquilla. *Psicología desde el Caribe* 2009; 23: 67-82.
4. Casanova P. La memoria. Introducción al estudio de los trastornos cognitivos en el envejecimiento normal y patológico. *Revista de Neurología* 2004; 38 (5): 469-472.
5. Mestre E, Samper G, Frías N. Procesos cognitivos y emocionales predictores de la conducta prosocial y agresiva: La empatía como factor modulador. *Psicothema* 2002; 4 (2): 227-232.
6. Navarro M. Procesos cognitivos y aprendizaje significativo. Comunidad de Madrid: Consejería de Educación, Viceconsejería de Organización Educativa; 2008.
7. Fuenmayor G, Villasmil Y. La percepción, la atención y la memoria como procesos cognitivos utilizados para la comprensión textual. *Revista de Artes y Humanidades UNICA* 2008; 9 (22): 187 - 202.
8. Pérez T A. Memoria versus olvido paradoja de internet. *Universum* 2016; 31(1): 31-44.
9. Worchel S, Cooper J, Goethals G, Olson J. *Psicología Social*. Madrid: Ediciones Paraninfo S.A.; 2002.
10. Torres JS. *Procesos psicológicos básicos*. Nueva York: McGraw Hill; 2006.
11. Ovejero A. *Psicología social e identidad: dificultades para un análisis psicosociológico*. Papeles del CEIC 2015; 2: 1-17.
12. Threadgold E, Marsh J, McLatchie N, Ball L. Background music stints creativity: Evidence from compoundremote associate tasks. *Appl. Cognit. Psychol.* 2019; 33: 873–888.
13. Fuenmayor G, , Villasmil Y. La percepción, la atención y la memoria como procesos cognitivos utilizados para la comprensión textual. *Revista de Artes y Humanidades UNICA* 2008; 9 (22): 187-202.
14. Almagro Y. Estudio del componente léxico y morfosintáctico en pacientes afásicos bilingües del catalán y del castellano. [Tesis Doctoral]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2003.
15. Luria A R. *El cerebro en acción*. Barcelona: Fontanella; 1979.
16. Manning L. *Introducción a la neuropsicología clásica y cognitiva del lenguaje*. Madrid: Trotta; 1992.
17. Benton A. *Exploring the history of Neuropsychology*. New York: Oxford University Press; 2000.

HISTORIA

LOS ESTUDIOS DE ENFERMERÍA. RECORRIDO HISTÓRICO. SANTA CRUZ DE TENERIFE-LA PALMA.

NURSING STUDIES. HISTORICAL OVERVIEW. SANTA CRUZ DE TENERIFE-LA PALMA.

ESTUDOS DE ENFERMAGEM. VISÃO HISTÓRICA. SANTA CRUZ DE TENERIFE-LA PALMA.

Natalia Rodríguez Novo¹, Yurena María Rodríguez Novo¹², Florentino Pérez Raya², María Aránzazu García Pizarro¹², María Mercedes Novo Muñoz¹, José Ángel Rodríguez Gómez¹.

¹ Profesores del Departamento de Enfermería de la Universidad de la Laguna. Canarias España.

² Doctorandos en el programa de doctorado de Ciencias Médicas y Farmacéuticas, Desarrollo y Calidad de vida de la Universidad de La Laguna.

Contacto: nrodrigu@ull.edu.es

Recibido: 15/02/2023
Aceptado: 20/02/2023

Resumen

La profesión de Enfermería se ha construido en España bajo diferentes denominaciones y distintos planes de estudio, que se han cursado en centros Universitarios de la Península y a partir de los años 60 del siglo pasado en Canarias y en concreto en la provincia de Santa Cruz de Tenerife y las Palmas de Gran Canaria.

Estas titulaciones estaban adscritas, inicialmente, a la Facultad de Medicina de Cádiz adscrita a su vez a la Universidad de Sevilla y posteriormente se incluyeron a la Universidad de la Laguna con centros adscritos y propios.

Recientemente se ha producido un incremento de los centros que imparten esta titulación de Enfermería en Canarias, con la llegada de Universidades Privadas.

Este trabajo tiene como objetivo presentar, de manera general, la evolución de los estudios de Enfermería en los últimos años en la provincia de Santa Cruz de Tenerife, en la Universidad de la Laguna.

Se ha realizado una revisión documental en bases de datos oficiales y una búsqueda bibliográfica narrativa, para describir la evolución de los estudios y centros de impartición en la provincia de Santa Cruz de Tenerife, en Centros dependientes de la Universidad de la Laguna en cualquier modalidad.

Los centros donde se ha impartido la formación de Ayudantes Técnico Sanitario, Diplomado en Enfermería y Grado en Enfermería, son: la Escuela de Enfermería Nuestra Señora de la Candelaria, como centro adscrito a la Universidad de la Laguna, la Sección de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de la Laguna, transformada actualmente y en proceso de finalización en Facultad de Enfermería y la Sede de Enfermería en la isla de la Palma, de la Universidad de la Laguna.

Palabras clave: Educación en Enfermería, Universidad de la Laguna, grado de Enfermería Santa Cruz de Tenerife.

Abstract

The Nursing profession has been built in Spain under different denominations and different study plans, which have been studied in University centers of the Peninsula and from the 60s of the last century in the Canary Islands and specifically in the province of Santa Cruz Tenerife and Las Palmas de Gran Canaria.

These degrees were initially attached to the Faculty of Medicine of Cádiz attached in turn to the University of Seville and later they were included at the University of La Laguna with attached and own centers.

There has recently been an increase in the number of centers that teach this Nursing degree in the Canary Islands, with the arrival of Private Universities. This work aims to present, in a general way, the evolution of Nursing studies in recent years in the province of Santa Cruz de Tenerife, at the University of La Laguna.

A documentary review has been carried out in official databases and a narrative bibliographic search, to describe the evolution of the studies and teaching centers in the province of Santa Cruz de Tenerife, in Centers dependent on the University of La Laguna in any modality.

The centers where the training of Sanitary Technical Assistants, Diploma in Nursing and Degree in Nursing have been given are: Nuestra Señora de la Candelaria School of Nursing, as a center attached to the University of La Laguna, the Nursing Section of the Faculty of Health Sciences of the University of La Laguna, currently transformed and in the process of completion into the Faculty of Nursing and the Nursing Headquarters on the island of La Palma, of the University of La Laguna.

Keywords: Education in Nursing, University of La Laguna, degree in Nursing Santa Cruz de Tenerife.

Resumo

A profissão de Enfermagem foi construída em Espanha sob diferentes nomes e diferentes planos de estudo, que foram estudados em centros universitários na Península e, a partir dos anos 60, nas Ilhas Canárias, especificamente na província de Santa Cruz de Tenerife e Las Palmas de Gran Canaria.

Estes diplomas foram inicialmente ligados à Faculdade de Medicina de Cádiz, que por sua vez estava ligada à Universidade de Sevilha, e mais tarde incluiu a Universidade de La Laguna com os seus próprios centros e centros anexos.

Recentemente houve um aumento do número de centros que oferecem esta licenciatura em Enfermagem nas Ilhas Canárias, com a chegada de universidades privadas.

O objectivo deste documento é apresentar, em termos gerais, a evolução dos estudos de enfermagem nos últimos anos na província de Santa Cruz de Tenerife, na Universidade de La Laguna.

Foi realizada uma revisão documental em bases de dados oficiais e uma pesquisa bibliográfica narrativa, para descrever a evolução dos estudos e centros de ensino na província de Santa Cruz de Tenerife, em Centros dependentes da Universidade de La Laguna, em qualquer modalidade.

Os centros onde foi dada a formação de Assistentes Técnicos de Saúde, Diploma em Enfermagem e Licenciatura em Enfermagem são: a Escola de Enfermagem Nuestra Señora de la Candelaria, como centro ligado à Universidade de La Laguna, a Secção de Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de La Laguna, actualmente transformada e em vias de conclusão em Faculdade de Enfermagem, e a Sede de Enfermagem na ilha de La Palma, da Universidade de La Laguna.

Palavras-chave: Formação em Enfermagem, Universidade de La Laguna, Licenciatura em Enfermagem Santa Cruz de Tenerife.

Introducción

La profesión de Enfermería se ha construido en España bajo diferentes denominaciones, Practicantes en Medicina y Cirugía, Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS), Diplomados en Enfermería y Grado en Enfermería, y distintos planes de estudio que se han cursado en centros Universitarios de la Península y a partir de los años 60 del siglo pasado en Canarias.

En la provincia de Santa Cruz de Tenerife los títulos públicos de esta profesión fueron expedidos por la Universidad de Cádiz y posteriormente por la Universidad de la Laguna.

Estas titulaciones estaban adscritas inicialmente a la Facultad de Medicina de Cádiz y Sevilla y posteriormente a la Universidad de la Laguna con centros adscritos y propios.¹⁻³

Los centros donde se ha impartido la formación de Ayudantes Técnico Sanitario, Diplomado en Enfermería y Grado en Enfermería, son la Escuela de Enfermería Nuestra

Señora de la Candelaria, centro adscrito a la Universidad de la Laguna, Sección de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de la Laguna transformada actualmente y en proceso en Facultad de Enfermería y Sede de Enfermería en la isla de la Palma de la Universidad de la Laguna.⁴

La “Enfermería”, según definición del Consejo Internacional de Enfermería (ICN, 2002) *“abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermas o sanas, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en las políticas de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación”* .es una profesión universitaria, cuyo objeto principal es “el cuidado”.⁵

Y “la Enfermera”, también según el Consejo Internacional de Enfermería (ICN, 1987), *“es una persona que ha completado un programa de educación básica general en enfermería y está autorizada por la autoridad reguladora pertinente para ejercer la enfermería en su país”*.⁵

Por otro lado, según la OMS/OPS, los profesionales de enfermería son *“líderes o actores clave en los equipos de salud multiprofesionales e interdisciplinarios”*⁶

En España, la necesidad de Enfermeras es una tónica continua. Recientemente, durante el periodo de la pandemia por Covid-19, se han visto incrementadas las necesidades de profesionales, que, por otro lado, siempre ha sido una necesidad no cubierta en la provincia de Santa Cruz de Tenerife, así como en toda España.

En 1970 Santa Cruz de Tenerife tiene un total de 700 profesionales de Enfermería colegiados, actualmente, según la memoria del Colegio Oficial de Enfermeros de Santa Cruz de Tenerife, el total de profesionales colegiados en activo es de 7.600, con un incremento continuo y mantenido⁷. Fue en aquellos años cuando se comenzó a plantear la necesidad de formar en la provincia a profesionales de enfermería, enfermeras para poder cubrir la necesidad de cuidados de la población, generada por una mayor oferta de cuidados, derivados de la construcción de nuevos, modernos y grandes hospitales,

así como el desarrollo de la moderna atención primaria de salud, con la construcción de los Centros de Atención Primaria dotados inicialmente y de forma fundamental de Enfermeras y Médicos en igual proporción por toda la provincia. El aumento de la esperanza de vida, la necesidad de implementar políticas de prevención, promoción de la salud con la educación para la salud y los planes de atención en cuidados, requieren de un profesional necesario y este es la Enfermera.

Por esto se hace necesario estudiar la evolución de los estudios de enfermería, para comprender mejor la situación actual de estos estudios y la aportación de la formación universitaria en este colectivo.

Este trabajo tiene como objetivo, presentar la evolución de los estudios de Enfermería en la provincia de Santa Cruz de Tenerife, identificando los centros de estudios y su aportación a la fuerza profesional de Enfermería.

Se pretende, además, describir los cambios en los estudios de enfermería desde el punto de vista legal, de titulación y organización Académica, asociándolo con algunos resultados de calidad y aportación social.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo-analítico de corte transversal, en el periodo de enero-febrero de 2023. La población de estudio estuvo formada por todos los centros públicos que imparten formación en Enfermería en la provincia de Santa Cruz de Tenerife. Se realizó una búsqueda bibliográfica documental y se recogió información de las bases de datos de profesionales del Colegio Oficial de Enfermeros, los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) y los del Instituto de Estadística de Canarias (ISTAC). Se han utilizado también otras bases de datos públicas del Ministerio de Universidades de España.

La información recogida se ha centrado en datos históricos, recogidos para reflejar resultados de forma cronológica.

Se contemplaron los criterios legales y principios éticos en el manejo de bases de datos y se contó con el permiso y licencia de las entidades responsables.

Resultados y discusión

1. ESTUDIOS DE ENFERMERIA.

Los estudios de Enfermería han sufrido diversos cambios a lo largo de estos dos últimos siglos. Algunas fechas para tener en cuenta: ^{3,4,8}

- 1857: Tuvieron su punto de partida con la “*Ley de Bases de 9 de septiembre de en 1857*”, la Ley Moyano, con la que aparece la figura del **Practicante**³.
- 1876: En 1876 se regula la titulación de **Matrona** para la asistencia de partos normales⁴.
- 1915: Se establece el plan de estudios para la Instrucción Enfermera, creándose el **Título Oficial de Enfermera**. En este momento la profesión se clasifica en “*Practicantes, Matronas y Enfermeras*”.^{4,9,10}
- 1952: **Se refunden los planes de estudio de Practicante, Matrona y Enfermera**, en el Decreto de 27 de junio de 1952.¹¹
- 1953: Reconocimiento, funcionamiento y normas de estudio de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios (A.T.S.). Unificación de las carreras de practicante, matrona y enfermera bajo la titulación de **Ayudante Técnico Sanitario (A.T.S.)**, a través del Real Decreto de 4 de diciembre de 1953.^{4,12,13}
- 1969: Creación de Escuelas de Ayudantes Técnicas Sanitarios en Tenerife.
- 1977: Se crean los Estudios universitarios de Enfermería. Nace la “**Escuela Universitaria de Enfermería**”, como centro universitario integrado en la Universidad de La Laguna.⁴
- 1979: Comienzo de los estudios de Diplomado de Enfermería de la Universidad de La Laguna.
- 1980: Homologación del título de ATS con el de Diplomado en Enfermería. Se inician las pruebas de Nivelación para la homologación del título.⁴
- 1990: Se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios para su obtención (Real Decreto 1466/1990 de 26 de octubre)¹⁴.

- 2005: Se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios de Grado (Real Decreto 55/2005, de 21 de enero) ¹⁵.
- 2005: Publicación de las especialidades de Enfermería, en el RD 450/2005 de especialidades¹⁶.
- 2007: Se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales (Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre), entre las que se encuentra la de Enfermería. (Grado, Máster y Doctorado) ¹⁷.
- 2009: Se comienza a impartir el Grado de Enfermería en la Universidad de La Laguna (Decreto 83/2009, de 16 de junio) ¹⁸.
- 2010: Publicación del plan de estudios de Graduado en Enfermería (Resolución de 30 de abril de 2010, de la Universidad de La Laguna) ¹⁹ y su posterior corrección de errores²⁰, incluyendo posteriormente los estudios en la Sede de La Palma a través de un Informe de la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA) ²¹.
- 2011: Implantación del “Máster Universitario en Investigación, Gestión y Calidad en Cuidados para la Salud por la Universidad de La Laguna”, dando la posibilidad de cursar estudios conducentes al acceso a un programa de doctorado. Esta titulación, fue verificada por ANECA en 2011²² y publicado el plan de estudios en el BOC en 2015²³.
- 2015: Equiparación del Diplomado Universitario con el Grado de Enfermería (Resolución de 30 de octubre de 2015, de la Dirección General de Política Universitaria) ²⁴.

2. ESTUDIOS DE ENFERMERÍA EN TENERIFE

Tal como se describe en el plan de estudios de Enfermería de la Universidad de La Laguna, *“El objetivo fundamental del título es formar profesionales de enfermería generalista con un conocimiento global de todas las áreas relacionadas con enfermería y con capacidad para liderar el desarrollo de proyectos y adaptarse de manera eficiente*

a un entorno de rápida evolución. Los futuros graduados podrán incorporarse a empresas del sector de sanidad, servicios sociales, educación, cooperación al desarrollo, desarrollando las funciones de asistencia, docencia, investigación y gestión”²⁵. Este plan de estudios es el mismo para las dos sedes de la ULL (Tenerife y La Palma) y para la Escuela Adscrita Nuestra Señora de Candelaria.

Para poder hablar de los estudios de Enfermería, hay que remontarse a la implantación de los estudios de Enfermería en Canarias. En 1967 comenzaron los estudios de Ayudante Técnico Sanitario en la Escuela de Enfermería Nuestra Señora de Candelaria, adscrita a la Facultad de Medicina de Cádiz adscrita a su vez a la Universidad de Sevilla y que posteriormente se adscribe a la Universidad de La Laguna²⁶.

En 1970, se creó la **Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS)** vinculada a la Facultad de Medicina de la Universidad de La Laguna, en el Hospital General y Clínico de Tenerife^{27,28}, a partir de ese momento la Escuela de Enfermería Nuestra Señora de Candelaria quedó adscrita a la Universidad de La Laguna, siendo centro dependiente del Hospital Nuestra Señora de La Candelaria.

Posteriormente, en 1977, se crea, por transformación de la Escuela de ATS, la **Escuela Universitaria de Enfermería**, como centro integrante de la Universidad de La Laguna, impartándose los nuevos estudios de **Diplomado en Enfermería (DUE)**, en base al RD 2128/1977²⁹ y en 1980, con una nueva legislación (Real Decreto 111/1980 de 11 de enero)³⁰, se homologaba la titulación de ATS por la de DUE, y se regulaba un plan de Convalidación por la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

Durante los siguientes años, se llevó a cabo una lucha por la mejora de los estudios y de la profesión, de esa manera se desarrolló la estrategia de implantación de especialidades, y se amplió el número de especialidades existentes. (Tabla 1)

Tabla 1: Evolución de Especialidades de Enfermería

AÑO	ESPECIALIDAD	CONVALIDACIONES
1957-1977 (Especialidades de ATS)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Matronas 2. Fisioterapia (Convertida en Titulación Universitaria en 1980. 3. Radiología y Electrología. 4. Podología 5. Pediatría y puericultura. 6. Neurología. 7. Psiquiatría. 8. Análisis clínicos. 9. Urología y nefrología. 	
1977- 1987 REAL DECRETO 3 de julio, núm. 992/1987 ^{31,32}	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermería obstétrico-ginecológica (Matronas). 2. Enfermería pediátrica. 3. Enfermería de salud mental. 4. Enfermería de Salud Comunitaria. 5. Enfermería de Cuidados Especiales. 6. Enfermería geriátrica. 7. Gerencia y administración de Enfermería. 	
1987 (Real Decreto 992/1987) ^{31,32}	Regulación del título de Enfermero Especialista.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Neurología, Urología y Nefrología, Análisis Clínicos y Radiología y Electrología; se convalidan por Enfermería de Cuidados Especiales. 2. Pediatría y Puericultura; se convalida por Enfermería Pediátrica 3. Psiquiatría; se convalida por Enfermería de Salud Mental 4. Asistencia Obstétrica y Ginecológica (Matronas); se convalidan por Enfermería Obstétrico-Ginecológico (Matrona)
1992 (Orden Ministerial de 1 de junio de 1992) ³³	Programa de formación y los requisitos de las unidades docentes: Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).	
2005 RD 450/2005 de especialidades ³⁴ (suprime las anteriores)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas) 2. Enfermería de Salud Mental 3. Enfermería Geriátrica 4. Enfermería del Trabajo 5. Enfermería de Cuidados Médico-Quirúrgicos 6. Enfermería Familiar y Comunitaria 7. Enfermería Pediátrica 	

Fuente: *Especialidades de Enfermería. Consejo General de enfermería.* ³⁵

En 2007, se estableció la ordenación de enseñanzas universitarias oficiales¹⁷ y en 2009, con la aprobación de los nuevos planes de estudios, dentro del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), se puso en marcha la nueva titulación de **Grado de Enfermería** en la Universidad de La Laguna¹⁸, siendo uno de los primeros centros del país en impartir los estudios de Grado de Enfermería, comenzando en el curso 2009-10, modificándose posteriormente, en 2010²⁰ y en 2011²¹.

A lo largo del curso de implantación de los estudios de Grado de Enfermería en la Universidad de La Laguna, durante 2010, se procedió a incluir una modificación en la memoria de verificación del título, incluyendo la formación de Enfermería en la isla de La Palma, de esta manera se comenzó con la formación de Grado de Enfermería en la Sede de La Palma en el curso 2010-11.

La puesta en marcha de estos estudios contó con el apoyo de la Universidad de La Laguna, El Cabildo Insular de La Palma y el Servicio Canario de la Salud, generando un concierto de colaboración entre dichas Instituciones^{36,37}. La última renovación del convenio se firmó en 2021³⁸.

A lo largo de la historia de la formación de Enfermería en la Universidad de La Laguna, siempre se ha contado con un importante número de alumnado procedente de la isla de La Palma y de otras del archipiélago. Es conveniente señalar que estos estudios, junto con los de Medicina y Fisioterapia, son los más solicitados en nuestra Universidad, y al tener un número limitado de plazas para su acceso, hace que la nota de corte sea de las más elevadas, dificultando la entrada para cursar estos estudios, dado que la demanda de plazas siempre ha sido superior a la oferta.

Por otro lado, durante muchos años, la isla de La Palma, así como otras islas menores del archipiélago, han tenido grandes dificultades para conseguir profesionales que cubran las necesidades de plazas, sobre todo en periodo vacacional.

Desde la Universidad de La Laguna, siempre se ha tenido una importante sensibilidad con la necesidad de profesionales y con los estudios de Enfermería, y junto con el Cabildo de La Palma y el Servicio Canario de Salud, y el apoyo del Gobierno de Canarias, se acordó acercar la Universidad a la sociedad, implantando los estudios de Enfermería en la isla Palmera. El primer curso se desarrolló en 2010, con la entrada de

50 nuevos alumnos de Enfermería en la Sede de La Palma, pertenecientes a la Universidad de La Laguna³⁹.

3. UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA: FUSIÓN DE CENTROS

Coincidiendo con el momento de crisis económica que sufría el país, en 2013 se aprueba la fusión de centros en la Universidad⁴⁰, que se consolidó en 2014. Se produjeron cambios organizativos que afectaron a todas las titulaciones, de manera que se fusionaron los centros universitarios y se crearon Macro-Facultades, integrando los estudios de diferentes titulaciones. En este caso, Enfermería se integró en la **Facultad de Ciencias de La Salud**, que estaba formada por las titulaciones de: Enfermería, Fisioterapia, Farmacia, Logopedia, Medicina y Psicología.

Estos cambios se produjeron en todas las Universidades, siendo un proceso muy debatido y criticado, ya que se perdía la identidad de las titulaciones.

La Facultad de Ciencias de la Salud, como concepto, *“es el órgano encargado de la organización de las enseñanzas y los procesos académicos, administrativos y de gestión conducentes a la obtención de títulos de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional que se impartan en ella y demás títulos que establezca la legislación vigente”*⁴¹.

Este mismo proceso también se llevó a cabo con los Departamentos universitarios, pero en este caso el Departamento de Enfermería no se vio afectado, pudiendo mantener su propia identidad.

A partir de febrero de 2019, vuelve a producirse un nuevo cambio en la Facultad de Ciencias de la Salud, separándose Farmacia y Psicología y Logopedia como Facultad de Farmacia y Facultad de Psicología (con los estudios de Psicología y Logopedia). Se siguió manteniendo la denominación de Facultad de Ciencias de la Salud quedando integrada por los estudios de Medicina, Enfermería y Fisioterapia, constituyéndose en las correspondientes Secciones (Sección de Medicina, Sección de Enfermería y Sección de Fisioterapia).

Aunque desde esa misma fecha Enfermería intentó separarse de la Facultad de Ciencias de la Salud, sin conseguirlo, y tras reiteradas solicitudes de la Sección de

Enfermería para conformarse en Facultad de Enfermería, esta se aprobó en Consejo de Gobierno el día 13 de julio de 2022 y posteriormente obtuvo el visto bueno del Consejo Social. En estos momentos sólo queda la aprobación del Gobierno de Canarias, como trámite final, para la constitución de la Facultad de Enfermería.

3.1- DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

El Departamento es el núcleo fundamental de la docencia y de la investigación que realiza el profesorado y el personal investigador. Esta actividad se desarrolla en la Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería y en la Unidad Docente de Enfermería ubicada en la isla de la Palma.

“El Departamento de Enfermería nació en 1986 como órgano encargado de organizar, desarrollar y coordinar la enseñanza propia de su área de conocimiento, además, también imparte docencia en diversos centros universitarios.

*Desde su fundación, el Departamento de Enfermería ha demostrado una destacada trayectoria progresiva en el ámbito de la investigación, favorecida por el incremento de formación de su profesorado y el aumento de doctores enfermeros en el departamento. También tiene un amplio y variado recorrido en la docencia que imparte, siendo su principal foco de atención el Grado de Enfermería, y participando en los Grados de Fisioterapia y Grado de Maestro en Educación Infantil. Además, es responsable de la docencia de 1 máster oficial: **Máster Universitario en Investigación, Gestión y Calidad en Cuidados para la Salud**, un título propio: **Máster Propio en Cuidados al Final de la Vida (Tanatología)** y desde el Curso Académico 2013-2014, ocho de sus profesores participan en el programa de doctorado de Ciencias Médicas y 3 en el Programa de doctorado de Ciencias de la Salud en el Curso académico 2014-2015”⁴². En la actualidad (2020-21), varios profesores participan en el Programa de Doctorado en Ciencias Médicas y Farmacéuticas, Desarrollo y Calidad de Vida*

La evolución de los diferentes equipos de Dirección de Departamento en estos años ha sido (tabla 2):

Tabla 2: Direcciones de Departamento de Enfermería, desde su inicio

Fecha	Director/a	Subdirector/a	Secretario/a	Coordinador en La Palma
1986-1996	M ^a Dolores Mora Benavente	-----	-----	
1996-2000	José Ángel Rodríguez Gómez	Alfonso M García Hernández	M ^a Mercedes Novo Muñoz	
2000-2005	M ^a Mercedes Novo Muñoz	Josefina Castañeda Suardíaz	M ^a Aránzazu García Pizarro	
2005-2009	Hipólito Delgado	-----	Alfonso M García Hernández	
2009-11	Ángeles Leal Felipe	-----	Antonio López Socorro	
2011-15	Alfonso M García Hernández		Hipólito Delgado	
2015-16	Silvia Castells	Sara Darias Curvo	Lourdes Fernández	
2016-actualidad	José Ángel Rodríguez Gómez	M ^a Cristo Robayna Delgado	M ^a Mercedes Novo Muñoz	Luis M Cairós Ventura

Fuente: Elaboración propia.

3.2- FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. SECCIÓN ENFERMERÍA

La organización del centro de estudios de Enfermería también ha sufrido cambios a lo largo de los años. Así, desde sus comienzos, la denominación ha sido: Primero, Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios; a continuación, Escuela de Diplomados Universitarios en Enfermería; posteriormente, Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia y en la actualidad, tras la fusión de centros, se denomina Facultad de Ciencias de la Salud: Sección Enfermería. Esta sección tiene dos sedes: Sede Tenerife y Sede La Palma. Actualmente se encuentra en el proceso de aprobación por el Gobierno de Canarias para la creación de la Facultad de Enfermería.

En el momento de la apertura de los estudios de Enfermería en La Palma, el centro era todavía la Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia.

El equipo de la dirección de la Escuela de Enfermería y Fisioterapia en aquel momento (2010-2014), estaba formado por:

Directora: M^a Mercedes Novo Muñoz

Subdirectora de Enfermería: N Marta Díaz Gómez

Subdirectora de Fisioterapia: M^a Candelaria González Hernández

Subdirectora de Calidad: M^a Luz Villaverde Ruiz

Secretaria: Consuelo Revert Gironés

Coordinadora en la Sede de La Palma: M^a Dolores Ramos Díaz

Posteriormente, tras la fusión de los centros en la Universidad, la organización cambió, transformándose en **Facultad de ciencias de la Salud** con diferentes secciones, con Vicedecanatos en cada titulación de las que estaban incluidas en la Facultad, de esta manera la organización fue:

- Sección de Farmacia
- Sección de Medicina
- Sección de Enfermería y Fisioterapia
- Sección de Psicología y Logopedia

Y los responsables de la organización, se denominaron:

- Decano/a de la Facultad de Ciencias de la Salud
- Vicedecano/a de cada Titulación
- Vicedecano/a de Calidad
- Secretario/a Académico de Centro

Más tarde (2019), volvió a modificarse la composición, llegando a formarse la actual Facultad de Ciencias de la Salud, que está integrada por las titulaciones de Medicina, Enfermería y Fisioterapia, pues las anteriores titulaciones integrantes se han constituido en Facultades individuales (Psicología- Logopedia y Farmacia).

La composición de la **Sección de Enfermería**, con los Vicedecanos/as y Coordinadores de La Palma, desde su formación, ha sido la que se expone en la tabla 3.

Tabla 3. Equipos Vicedecanales de la Sección de Enfermería, Universidad de La Laguna

Fecha	Vicedecana/o	Vicedecano/a de Calidad	Coordinador/a de La Palma
2014- sept/2015	Profª Mª Mercedes Novo Muñoz	_____	Profª Mª Dolores Ramos Díaz
oct/2015-2016)	Prof. Miguel Ángel Acosta Herrera	Profª Josefina Castañeda Suardíaz	Profª Mª Dolores Ramos Díaz
2016-2020	Profª Josefina Castañeda Suardíaz	Profª Mª Aránzazu García Pizarro	Prof. Martín Rodríguez Álvaro
Marzo/2020- actualidad	Prof. Alfonso M García Hernández	Profª Mª Mercedes Arias Hernández	Prof. Martín Rodríguez Álvaro

Fuente: elaboración propia

4. ALUMNADO DE ENFERMERÍA MATRICULADO EN LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA TODAS LAS SEDES.

El número de alumnado matriculado en la Universidad de la Laguna, desde el curso 16/17 hasta el 20-21, se puede observar en la tabla 4.

Tabla 4.- Alumnado matriculado en la Universidad de La Laguna.

Datos del título	Previsión (MV/MM)	16-17	17-18	18-19	19-20	20-21
Nº de estudiantes de nuevo ingreso La Palma/La Laguna	150	149	148	146	147	146
Nº de estudiantes de nuevo Ingreso Centro Adscrito: EUNSC	60	61	61	60	60	58

Fuente: Informe Autoevaluación reacreditación Grado Universitario en Enfermería⁴³

En la Universidad de la Laguna la media de alumnado matriculado ronda los 210 distribuidos por la Sede de La Laguna, Sede de La Palma y Escuela Adscrita.

Desde la apertura de la Sede de La Palma, en cada curso académico se ofertan 50 plazas de nuevo ingreso, de esta manera la cantidad de alumnado del Grado de Enfermería en La Palma se ha ido incrementando, llegando a tener una capacidad de 200 estudiantes. Esta cifra se modifica cada curso, ya que se producen cambios como consecuencia de traslados entre otros centros académicos de estudios de Enfermería⁴³.

4.1. ESTÁNDARES DE CALIDAD

Los Estándares de calidad de la titulación de Enfermería en la Universidad de La Laguna, desde 2016-17, hasta 2020-21, se expresan en la tabla 5.

Tabla 5: Estándares de calidad y alumnado matriculado en Centros de la ULL

Tasas/Datos del título FCS-ULL	Previsión	16-17	17-18	18-19	19-20	20-21
Nº de estudiantes de nuevo ingreso	150	149	148	146	147	146
Graduación	70%	86.6	-	-	-	-
Abandono	8%	11.4	8.8	5.5	8.2	-
Eficiencia graduados	70%	94.7	96.2	97.4	96.4	96
Rendimiento	-	94.7	94.7	95.1	97.7	97
Éxito	-	98.1	97.1	97.5	98.9	99

Tasas/Datos del título EUENSC	Previsión	16-17	17-18	18-19	19-20	20-21
Nº de estudiantes de nuevo ingreso	60	61	61	60	60	58
Graduación	70%	85	-	-	-	-
Abandono	8%	8.2	3.3	8.3	16.7	-
Eficiencia graduados	70%	95.2	96.7	94	97	95
Rendimiento	-	93.3	96.5	93.9	96.8	97.4
Éxito	-	97.8	98.5	96.3	98.8	98.9

Fuente: Tabla de evolución de Indicadores del Grado de Enfermería de la ULL.

<https://www.ull.es/grados/enfermeria/calidad-y-resultados/indicadores-y-resultados-del-titulo/#tasas-rendimiento-academico>

Los Estándares de Calidad observados en las tablas anteriores demuestran altos índices en las tres sedes.⁴³

La satisfacción del alumnado con la organización de la enseñanza en el plan de estudios (distribución-secuenciación asignaturas, tiempos, carga, prácticas, etc.), fue de un 3,09 (escala de 0-5) en el último curso (2020-2021), y superaba a la media global del alumnado de la ULL, que era de 2,99.

La mayoría de las asignaturas obtuvieron una tasa de éxito del 99 % y de rendimiento del 97%, en el curso 2020- 2021.

La satisfacción del alumnado con las Prácticas Clínicas, según la promoción de egreso 2018-2019, fue de un nivel de satisfacción de 4,3 sobre 5.

En resumen y según el informe de reacreditación se puede afirmar que, en los Centros de estudios de Enfermería de la Universidad de la Laguna los **resultados de aprendizaje alcanzados** satisfacen los objetivos del programa formativo y se adecúan a su nivel en el Marco Español de Cualificación para la Educación Superior (MECES).

Conclusiones

El 60% de los profesionales de enfermería (4200 enfermeros) que ejercen en la provincia de Santa Cruz de Tenerife, se ha formado en la Universidad de La Laguna.

Según todos los indicadores y estándares de calidad en la reacreditación del título, estos titulados y sus planes de estudios presentan altos índices de éxito y evaluaciones de satisfacción de 4,2 sobre 5.

La cobertura de la contratación de enfermeros en período de pandemia se ha podido realizar gracias a la aportación de profesionales formados en nuestro medio, que conforman más del 50 % de los profesionales registrados en la provincia.

El esfuerzo formativo del profesorado de la Universidad de La Laguna ha logrado conseguir con su alumnado altos niveles de rendimiento y eficiencia.

La evolución de la formación enfermera en esta provincia, permite asegurar que se ha logrado un desarrollo profesional y académico superior a otras regiones del estado, gracias a planes coordinados de oferta de formación de título universitario de Grado, Máster Oficial y Doctorado, con excelentes resultados cuantitativos y cualitativos.

El título de Enfermería impartido en las tres sedes donde se forma el alumnado de enfermería de la Universidad de La Laguna: Facultad de Enfermería en La Laguna, Sede La Palma, Escuela de Enfermería Nuestra Señora de Candelaria, son centros con excelentes resultados, cumpliendo sobradamente con el encargo social y universitario.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- BOE nº 181: LEY 56/1968, de 27 de julio, sobre creación de Facultades de Medicina en las Universidades de La Laguna, Murcia y Oviedo. [internet] 1968 [acceso 18 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-1968-908
- 2- BOE nº 149: ORDEN de 28 de abril de 1966 por la que se aprueba el reconocimiento oficial de la Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos del Instituto Nacional de Previsión en Las Palmas de Gran Canaria, dependiente de la Universidad de Sevilla [internet] 1966 [acceso 18 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1966/06/23/pdfs/A07892-07892.pdf>
- 3- BOE nº 245 de 13 de octubre de 1967. ORDEN de 23 de septiembre de 1967 por la que se aprueba el reconocimiento oficial de una Escuela de Ayudantes Técnicos Sanitarios femeninos en la Residencia Sanitaria de la Seguridad Social «Nuestra Señora de Candelaria», del Instituto Nacional de Previsión en Santa Cruz de Tenerife (islas Canarias). [internet] 1967 [acceso 18 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1967/10/13/pdfs/A14069-14069.pdf>
- 4- Rodríguez Gómez JÁ, Ochoa Diez L, Novo Muñoz MM, et al. 40 AÑOS DE FORMACIÓN ENFERMERA EN LA UNIVERSIDAD 1977 – 2017. Cátedra de enfermería de la ULL, Colegio de enfermeros de S/C de Tenerife [internet] 2017 [acceso 7 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://historiaenfermeriacanaria.org/wp-content/uploads/2020/05/40-An%cc%83os-de-Formacio%cc%81n-Enfermera-en-la-Universidad2.pdf>
- 5- CIE. Definiciones: Definición de enfermería. [internet] 1987 [acceso 18 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/politica-de-enfermeria/definiciones>
- 6- OMS/OPS, Informe sobre el Estado de la Enfermería en el Mundo – Próximos pasos en el Diálogo Político: el factor COVID-19. OMS, 2020. [internet] 2020 [acceso 18 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.icn.ch/es/noticias/informe-sobre-el-estado-de-la-enfermeria-en-el-mundo-proximos-pasos-en-el-dialogo-politico>
- 7- Colegio Oficial de Enfermeros de Santa Cruz de Tenerife. Memoria Anual Ilustre Colegio Oficial de Enfermeros de Santa Cruz de Tenerife. Año 2022. [internet] 2022 [acceso 7 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://www.enfermeriacanaria.com/wptfe/wp-content/uploads/memoria-202230112022.pdf>
- 8- Quintairos Domínguez S. Del practicante a la enfermera. 150 años de desarrollo profesional: el papel los colegios profesionales, 2008 [tesis doctoral] Universidade da Coruña Departamento de Ciencias da Saúde. [internet] 2008 [acceso 7 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2183/5666>
- 9- Pérez-Vico Díaz de Rada L, Duarte-Climents G, Sánchez-Gómez MB, Gómez-Salgado J. Historia de la Enfermería Familiar y Comunitaria en España: una revisión de la literatura. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de Seapa). 2018 Mayo; 6(2): 20-33 [internet] 2018 Mayo [acceso 6 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.seapaonline.org/publicaciones/primavera-2018>
- 10- Amezcua M, González Iglesias ME. La creación del título de Enfermera en España: ¿cient años de una incoherencia histórica?. Index Enferm [Internet]. 2015 Jun [citado 2023 Feb 20]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000100002&lng=es . <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962015000100002> .
- 11- BOE nº209 de 27 de julio de 1952: DECRETO de 27 de junio de 1952 por el que se organizan los estudios de la carrera de Enfermera. [internet] 1952 [acceso 6 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1952/209/A03474-03475.pdf>
- 12- BOE nº 363 de 4 de diciembre de 1953: DECRETO de 4 de diciembre de 1953 por el que se unifican los estudios de las profesiones de Auxiliares Sanitarios. [internet] 1953 [acceso 6 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/datos/pdfs/BOE//1953/363/A07723-07724.pdf>

- 13- Martínez Santos Y. Las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios en España, 1953-1980. Historia de las Escuelas del Distrito Universitario de Zaragoza. [tesis doctoral] Prensas de la Universidad. Universidad de Zaragoza, 2017 [acceso: 20 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/t/e11561>
- 14- BOE nº 278 de 20 de noviembre de 1990: REAL DECRETO 1466/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquél. [internet] 1990 [acceso 6 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1990-27919>
- 15- BOE nº 21 de 25 de enero de 2005: REAL DECRETO 55/2005, de 21 de enero, por el que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado. [internet] 2005 [acceso 6 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2005/01/25/pdfs/A02842-02846.pdf>
- 16- BOE nº 108 de 6 de mayo de 2005: Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. [internet] 2005 [acceso 6 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2005/BOE-A-2005-7354-consolidado.pdf>
- 17- BOE nº 260 de 29 de octubre de 2007: Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. [internet] 2007 [acceso 6 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-18770-consolidado.pdf>
- 18- BOC nº 123 de 26 de junio de 2009: DECRETO 83/2009, de 16 de junio, por el que se autoriza la implantación de enseñanzas conducentes a la obtención de diversos títulos universitarios oficiales de Grado por la Universidad de La Laguna a partir del curso 2009-2010. [internet] 2009 [acceso 6 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/boc/2009/123/boc-2009-123-009.pdf>
- 19- BOE nº 153 de 24 de junio de 2010: Resolución de 30 de abril de 2010, de la Universidad de La Laguna, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Enfermería. [internet] 2010 [acceso 6 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/06/24/pdfs/BOE-A-2010-10081.pdf>
- 20- BOE nº 299 de 9 de diciembre de 2010: Resolución de 22 de noviembre de 2010, de la Universidad de La Laguna, por la que se corrigen errores en la de 30 de abril de 2010, por la que se publica el plan de estudios de Graduado en Enfermería. [internet] 2010 [acceso 6 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/12/09/pdfs/BOE-A-2010-19041.pdf>
- 21- ANECA. INFORME SOBRE LA PROPUESTA DE MODIFICACIÓN DE PLAN DE ESTUDIOS. Grado de Enfermería en la Universidad de La Laguna. [web ULL] [internet] 2010 [acceso 6 de febrero de 2023]. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1eHT1VmfCtGgVn1x2vQ-8GvuujeaD_ZE/view
- 22- BOC nº 046 de 6 de marzo de 2012: 1166 DECRETO 6/2012, de 10 de febrero, por el que se acuerda la implantación de enseñanzas conducentes a la obtención de diversos títulos de Máster Universitario y de Doctor o Doctora por la Universidad de La Laguna, a partir del curso 2011-2012. [internet] 2012 [acceso 6 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/boc/2012/046/002.html>
- 23- BOE nº 12 de 14 de enero de 2015: Resolución de 15 de diciembre de 2014, de la Universidad de La Laguna, por la que se publica el plan de estudios de Máster en Investigación, Gestión y Calidad en Cuidados para la Salud. [internet] 2015 [acceso 6 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/01/14/pdfs/BOE-A-2015-315.pdf>
- 24- BOE nº 286 de 30 de noviembre de 2015: Resolución de 30 de octubre de 2015, de la Dirección General de Política Universitaria, por la que se publica el Acuerdo del Consejo de Ministros de 30

- de octubre de 2015, por el que se determina el nivel de correspondencia al nivel del Marco Español de Cualificaciones para la Educación Superior del Título Universitario Oficial de Diplomado en Enfermería. [internet] 2015 [acceso 6 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2015/11/30/pdfs/BOE-A-2015-12930.pdf>
- 25- Universidad de La Laguna. Grado en Enfermería. [web ULL] [internet] [acceso 16 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.ull.es/grados/enfermeria/>
 - 26- Escuela de Enfermería Nuestra Señora de Candelaria. [web ULL] [internet] [acceso 16 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.ull.es/la-universidad/facultades-centros-departamentos/escuela-enfermeria-candelaria/>
 - 27- Rodríguez Gómez JA, Ochoa Díez L, Novo Muñoz MM, Arroyo López MC, Leal Felipe MA, Robayna Delgado MC, et al. 40 AÑOS DE FORMACIÓN ENFERMERA EN LA UNIVERSIDAD 1977 – 2017. Cátedra de Enfermería de la Universidad de La Laguna. [internet] 2017 [acceso 16 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://historiaenfermeriacanaria.org/wp-content/uploads/2020/05/40-An%CC%83os-de-Formacio%CC%81n-Enfermera-en-la-Universidad2.pdf>
 - 28- Rodríguez Gómez JA, Ochoa Díez L, Castro Molina FJ, Rijo Hernández MC, Rodríguez Novo N, Santiago Rijo M, et al. Centenario del Colegio de Enfermería 1912-2012. Organización Colegial de Enfermería. [internet] 2012 [acceso 16 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://historiaenfermeriacanaria.org/wp-content/uploads/2014/11/LIBRO-CENTENARIO-RED.pdf>
 - 29- BOE nº 200: REAL DECRETO 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la Universidad de las Escuelas* de Ayudantes Técnicos Sanitarios como Escuelas Universitarias de Enfermería. Agosto, 1977 [internet] 1977 [acceso 16 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1977/08/22/pdfs/A18716-18717.pdf>
 - 30- BOE nº 20 de 23 de enero de 1980: REAL DECRETO 111/1980, de 11 de enero, sobre homologación del título de ATS con el de Diplomado en Enfermería. [internet] 1980 [acceso 16 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1980/01/23/pdfs/A01760-01760.pdf>
 - 31- BOE nº 183 de 1 de agosto de 1987: REAL DECRETO 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista. [internet] 1987 [acceso 16 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1987/08/01/pdfs/A23642-23644.pdf>
 - 32- BOE nº 155 de 30 de junio de 1998: ORDEN de 24 de junio de 1998 por la que se desarrolla el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, sobre la obtención del título de Enfermero especialista. [internet] 1998 [acceso 16 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/1998/06/30/pdfs/A21627-21630.pdf>
 - 33- BOE nº 132 de 2 de junio de 1992: ORDEN de 1 de junio de 1992 por la que se aprueba, con carácter provisional, el programa de formación y se establecen los requisitos mínimos de las Unidades Docentes y el sistema de acceso para la obtención del título de Enfermero especialista en Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona). [internet] 1992 [acceso 16 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1992-12549>
 - 34- BOE nº 108 de 22 de abril de 2005: RD 450/2005 de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. [internet] 2005 [acceso 16 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2005/BOE-A-2005-7354-consolidado.pdf>
 - 35- Consejo General de Enfermería de España. **Especialidades**. [internet] 2023 [acceso 16 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.consejogeneralenfermeria.org/profesion/especialidades>
 - 36- Universidad de La Laguna. Anexo II. Documentación sobre la Unidad Docente de La Palma. 1.- Informe del Director del Servicio Canario de Salud. [web ULL] [internet] 2010 [acceso 16 de febrero de 2023]. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1SP0uXO2Aplrh1z_rh_jrF0-TwtcfTIDF/view

- 37- BOC nº 87 de 3 de mayo de 2011: Servicio Canario de la Salud. Secretaría General.- Resolución de 4 de abril de 2011, por la que se dispone la publicación de la Adenda que modifica el concierto suscrito el 23 de diciembre de 1988 entre la Universidad de La Laguna y el Cabildo Insular de Tenerife para la utilización del Hospital Universitario de Canarias en la investigación y la docencia de la medicina, la enfermería y demás ciencias de la salud, a fin de incluir en su ámbito de aplicación determinadas instituciones sanitarias del Área de Salud de La Palma. [internet] 2011 [acceso 16 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://www.gobiernodecanarias.org/boc/2011/087/boc-2011-087-008.pdf>
- 38- Universidad de La Laguna- Cabildo de La Palma. Convenio de colaboración entre la Universidad de La Laguna y el Excmo. Cabildo insular para continuar con la impartición de los estudios del Grado de Enfermería en la isla de La Palma. [web ULL] [internet] mayo, 2021 [acceso 16 de febrero de 2023]. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1Xv_wd9x9uvitVld0cgrucwzrr2CKeZjr/view
- 39- Universidad de La Laguna. La Sede de Escuela Universitaria. La sede de Escuela Universitaria de Enfermería de la ULL en La Palma celebra su jornada de bienvenida. [web ULL] [internet] 17 de septiembre de 2010 [acceso 16 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.ull.es/portal/noticias/2010/la-sede-de-escuela-universitaria-de-enfermeria-de-la-ull-en-la-palma-celebra-su-jornada-de-bienvenida/>
- 40- Universidad de La Laguna. Gobierno Universitario. El Consejo de Gobierno aprueba la fusión de centros y departamentos para garantizar la sostenibilidad de la ULL. [web ULL] [internet] 26 de septiembre de 2013 [acceso 16 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.ull.es/portal/noticias/2013/el-consejo-de-gobierno-aprueba-la-fusion-de-centros-y-departamentos-para-garantizar-la-sostenibilidad-de-la-ull/>
- 41- Universidad de La Laguna. CIENCIAS SALUD. Facultad de Ciencias de la Salud. [web ULL] [internet] [acceso 16 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.ull.es/centros/facultad-ciencias-salud/>
- 42- Universidad de La Laguna. Departamento de Enfermería. [web ULL] [internet] [acceso 16 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.ull.es/departamentos/enfermeria/informacion-ubicacion-y-contacto/>
- 43- Universidad de la Laguna-ACCUEE-Aneca. Informe de autoevaluación reacreditación grado universitario en Enfermería, Universidad de la Laguna. [web ULL] 2022 [acceso 20 febrero 2023] disponible en: [Indicadores y resultados del título | \(ull.es\)](#)

TEORÍA Y MÉTODOS PROFESIONALES

ESTRATEGIAS DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA PARA EVALUAR Y MANEJAR EL DOLOR EN ADULTOS MAYORES NO COMUNICANTES.

NURSING STUDENTS' STRATEGIES FOR ASSESSING AND MANAGING PAIN IN NON-COMMUNICATING OLDER ADULTS.

ESTRATÉGIAS DOS ALUNOS DE ENFERMAGEM PARA AVALIAR E CONTROLAR A DOR EM IDOSOS NÃO COMUNICANTES.

Hélder Jaime Fernandes¹, Andreia Filipa Leite Ribeiro², Helena Filipa Carvalho Cunha², Jesus Manuel Quintero Febles³.

¹Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, Investigador integrado do UICISA:E (Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem) <https://orcid.org/0000-0001-9705-8214>, helder@ipb.pt.

²Enfermeira no Hospital Litoral Alentejano, Santiago do Cacém

³Universidad de La Laguna. Revista EGLE.

Contacto: helder@ipb.pt

Recibido: 2/09/2022
Aceptado: 06/12/2022

Resumen

El dolor es una experiencia completamente holística y subjetiva. En los pacientes que no pueden comunicarse, es esencial identificar los comportamientos y los signos evidentes de dolor.

El objetivo general de este estudio es identificar las estrategias de los estudiantes de enfermería para evaluar y manejar el dolor en pacientes ancianos no comunicativos. Se trata de un estudio de metodología cualitativa, de tipo exploratorio descriptivo transversal. En esta investigación participaron 13 estudiantes del curso de enfermería del IPB, siendo el 85% de la muestra mujeres y el 15% hombres, con una edad media de 22 años. El método de muestreo utilizado en este estudio es el muestreo accidental no probabilístico. Los datos de la investigación se obtuvieron mediante una entrevista semiestructurada preparada por los investigadores.

Los resultados obtenidos demostraron que los estudiantes tienen una gran preocupación por el dolor en los ancianos no comunicativos. Sin embargo, los estudiantes demostraron no conocer la mayoría de las estrategias para evaluar y manejar el dolor descritas en la literatura científica. Los alumnos de los distintos cursos del grado de Enfermería tienen en común la sensibilidad hacia el tema del dolor y destacan la importancia de la formación en este ámbito para actuar de la mejor manera posible con las personas mayores no comunicantes con dolor.

Palabras clave: Estrategias, estudiantes de enfermería, evaluación del dolor, tratamiento del dolor, ancianos no comunicantes.

Abstract

Pain is a completely holistic and subjective experience. In patients who are not able to communicate, it is essential to identify behaviors and noticeable signs of pain.

The overall objective of this study is to identify nursing students' strategies to assess and manage pain in non-communicative elderly patients. This is a qualitative methodology study, of exploratory descriptive cross-sectional type. Thirteen students from the nursing course of IPB participated in this investigation, being 85% of the sample female and 15% of the sample male, with a mean age of 22 years. The sampling method used

in this study is accidental non-probability sampling. The research data were obtained through a semi-structured interview designed by the researchers.

The results obtained proved that the students have a great concern about pain in non-communicative elderly. However, students showed that they did not know most of the strategies to assess and control pain described in the scientific literature. Students from the different years of the nursing course share a common awareness of the issue of pain and emphasize the importance of training in this area to act in the best possible way with noncommunicating older people in pain.

Keywords: Strategies, nursing students, pain Assessment, pain management, noncommunicating elderly.

Resumo

A dor é uma experiência completamente holística e subjetiva. Em doentes que não possuem capacidade de comunicar, torna-se imprescindível identificar comportamentos e sinais notórios de dor.

O objetivo geral deste estudo é conhecer as estratégias dos alunos de enfermagem para avaliar e controlar a dor em idosos não comunicantes. Este é um estudo de metodologia qualitativa, do tipo exploratório descritivo transversal. Nesta investigação participaram 13 alunos do curso de enfermagem do IPB, sendo 85% da amostra do sexo feminino e 15% da amostra do sexo masculino, com idade média de 22 anos. O método de amostragem utilizado neste estudo é amostragem não probabilística accidental. Os dados da investigação foram obtidos através de uma entrevista semiestruturada elaborada pelas investigadoras.

Os resultados obtidos comprovaram que os alunos têm uma grande preocupação com a dor em idosos não comunicantes. No entanto, os alunos demonstraram não conhecer a maioria das estratégias para avaliar e controlar a dor descritas na literatura científica. Os alunos dos diferentes anos do curso de enfermagem têm em comum a sensibilidade para o tema da dor e sublinham a importância da formação neste âmbito para proceder da melhor maneira na atuação junto do idoso não comunicante com dor.

Palavras-chave: Estratégias, alunos de enfermagem, avaliar dor, controlar dor, idosos não comunicantes.

Introdução

O envelhecimento da população traz consigo morbidades que são típicas da idade e outras que se tornam mais frequentes com o envelhecer, nomeadamente a dor. Sabe-se que a prevalência da dor em idosos é mais elevada do que na população mais jovem (1).

A dor, “quando presente na vida do idoso, enfraquece, consome, instiga, o que ele tem de mais precioso – a vida”. A dor debilita e ameaça a integridade psíquica, física, social e espiritual do idoso, nomeadamente a nível da sua autonomia, bem-estar e segurança, impedindo e limitando na sua maioria a capacidade de realizar as AVD’s, conviver e interagir socialmente. (2).

Os idosos apresentam inúmeras etiologias da dor e a sua alta prevalência da alteração cognitiva, sensorial e incapacidade de várias origens, impossibilita e dificulta o processo de avaliação e diagnóstico da dor no idoso (1).

A dor é uma experiência completamente holística e subjetiva. “É descrita como uma situação que envolve todas as dimensões da pessoa e não como um mero acontecimento.” (3).

Este tema suscitou o nosso particular interesse porque, sendo a dor considerada o 5º sinal vital, torna-se imprescindível conhecer as diferentes estratégias de avaliar e controlar a dor nesta faixa etária, principalmente quando estes não conseguem comunicar. Só assim conseguiremos prestar um melhor cuidado a estes doentes e, conseqüentemente proporcionar-lhes uma melhor qualidade de vida.

1. Enquadramento Teórico

1.1. *Conceitos e Fisiopatologia da Dor*

Segundo a International Association for the Study of Pain (IASP), a dor é “uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a lesão tecidual, potencial ou real, ou descrita em termos dessa lesão.” Esta definição considera a dor como uma experiência complexa, individual e subjetiva. A componente sensitiva é determinada neurofisiologicamente e a componente emocional baseia-se no estado afetivo, experiências anteriores, estado de desenvolvimento e diversos outros fatores de ordem cultural, pessoal e espiritual (3).

Outra definição mais ampla para a dor é: “dor é tudo que a pessoa experimentando diz que é e existindo quando ela disser que existe” (1).

“O conceito de dor deve incluir todos aqueles que mesmo com incapacidade em verbalizarem possam beneficiar de uma avaliação objetiva da sua dor.” (4).

Os nociceptores iniciam a experiência dolorosa, ou seja, estes nociceptores são neurónios sensoriais primários que conduzem a informação desde a periferia até ao Sistema Nervoso Central, em particular para a medula espinhal. Nos nervos periféricos podemos encontrar axónios longos que se estendem até aos gânglios da raiz dorsal. A dor é experienciada quando estes neurónios são ativados, uma vez que, enviam um sinal até à medula espinhal e seguidamente para o cérebro. Os nociceptores estão localizados nos músculos, na pele, nas vísceras e no tecido conjuntivo. Estes respondem ao estímulo que pode ser mecânico, químico ou térmico (5).

Após a deteção do estímulo nociceptivo ocorre duas etapas distintas, sendo que a primeira corresponde à transdução, “(...) onde a energia do estímulo externo é convertida em atividade eletrofisiológica. Qualquer que seja a natureza do estímulo, este provoca de imediato uma mudança no potencial de membrana (...)”. Já a transmissão ocorre na segunda fase, “(...) onde a informação codificada é transmitida através da medula espinhal para o tronco encefálico e tálamo.” (5).

“A maior parte dos casos clínicos de dor estão relacionados com uma ativação dos neurónios aferentes primários específicos, estimulação dos nociceptores, lesão ou disfunção dos nociceptores bem como uma ativação do SNC.” (5).

1.2. Percepção da Dor

O envelhecimento promove alterações no sistema nervoso, modificando o processamento, a percepção e o tratamento da dor. A percepção da dor no idoso sofre alterações devido à diminuição dos recetores da dor na pele, densidade reduzida e condução lenta. A tolerância ao estímulo doloroso está também reduzida na população idosa pois toleram menos estímulos dolorosos intensos, quando comparadas a populações mais jovens. Contudo, a percepção da dor é subjetiva, sendo influenciada por experiências prévias ou presentes (1).

1.3. Avaliação da Dor

“A dor como 5º sinal vital deve ser avaliada e registada de acordo com a condição clínica, depois de cada intervenção dolorosa perante a presença de sinais sugestivos de dor intensa ou alteração dos sinais vitais (...)” (4).

Existem duas metodologias para avaliar a dor: a autoavaliação, em que é o próprio doente que avalia a sua dor, ou por heteroavaliação, em que a avaliação da mesma é realizada por outra pessoa ou pelos profissionais de saúde (4).

A autoavaliação por parte do doente é crucial para avaliar a dor, no entanto, em doentes que não possuem capacidade de verbalizar, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde identifiquem comportamentos e sinais notórios de dor, entre eles o esgar facial, sobrancelhas e testa franzidas, lacrimejar, posição defensiva (punhos cerrados, joelhos “encolhidos” e rigidez), gemidos e gestos, períodos de agitação e sudorese, polipneia e taquicardia (6).

A avaliação da dor na pessoa idosa constitui um importante problema, pois a coexistência de outras patologias, das próprias mudanças fisiológicas, redução da função cognitiva, medicação em uso, entre outros, podem camuflar não só as manifestações de dor, mas também dificultar a escolha das estratégias para aliviar a dor (2).

As ferramentas utilizadas para avaliar a dor devem ser ajustadas ao doente, tendo em conta principalmente a sua faixa etária e o seu estado clínico. Por isso, a

avaliação da dor em idosos com comorbilidades que dificultam a expressão ou mesmo até a incapacidade de comunicação pela doença de base, tal como depressão, demência ou sequela de AVC, é feita de maneira semelhante às avaliações em populações neonatais e lactentes, sendo observacional e não autoavaliativa. Dados como expressões faciais, verbalização e vocalização, movimentos corporais, sinais vitais, alterações nas relações interpessoais, nas rotinas e do estado mental são avaliados, assim como os relatos realizados por familiares ou cuidadores (5).

Para avaliar a dor em idosos não comunicantes foram desenvolvidas algumas escalas, entre elas estão a Abbey Pain Scale, a Pain Assessment Checklist for Seniors with Limited Ability to Communicate (PACSLAC), a DOLOPLUS 2, a ALGOPLUS e, por fim, a Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD). Estas são escalas comportamentais, que conseguem avaliar sinais notórios de dor, como as expressões faciais, a vocalização, os movimentos corporais e/ou posições antálgicas que os doentes adotam e a alteração dos sinais vitais, o que permite que avaliemos a dor de forma mais precisa e objetiva.

1.4. Tratamento da Dor

Existem duas abordagens para o tratamento da dor, a abordagem farmacológica e a não farmacológica. Estas podem ser aplicadas conjuntamente (3).

Por norma, a terapêutica não farmacológica tem poucos efeitos adversos e, quando utilizada isoladamente, pode produzir alívio de curta duração no idoso com dor crónica. Simultaneamente utilizada com a administração dos fármacos tem a vantagem de melhorar a terapêutica da dor potenciando o efeito terapêutico global e possibilitando a diminuição das doses dos fármacos, com a consequente redução de efeitos secundários, interações medicamentosas e, por vezes, redução de custos (8).

Muitos idosos com dor crónica utilizam, por autoiniciativa, estratégias não farmacológicas e essa crescente utilização de terapêuticas não farmacológicas pela população idosa pode ter, em situações particulares, nomeadamente, no idoso com osteoporose ou polimedicado, riscos acrescidos, como o de lesões osteoarticulares devido ao exercício físico e à manipulação ou interação de ervas medicinais com terapêuticas farmacológicas (8).

O tratamento não farmacológico inclui essencialmente abordagens psíquicas, abordagens fisiátricas e fisioterápicas e atividade física. As abordagens psíquicas incluem a terapia cognitivo-comportamental que possibilita uma maior tolerância à dor e aos procedimentos dolorosos, técnicas como o relaxamento, técnicas de distração – musicoterapia, snoezelen, biofeedback, que se destinam à reeducação e controle muscular - e hipnose que tenciona modular a percepção e *stresse* doloroso. Já as abordagens fisiátricas e fisioterápicas incluem métodos tais como, a termoterapia, crioterapia, massagem, cinesioterapia, acupuntura e electroestimulação. Por fim, temos a mobilização, atividade física e exercícios de alongamentos que podem contribuir para a redução da dor crónica (1).

Em 1986, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs uma abordagem para eleger um regime terapêutico de acordo com a intensidade da dor (ligeira, moderada e intensa), baseada numa escada de três degraus, designada escada analgésica. Desde então, esta escada analgésica tem sido bastante utilizada para tratar a dor dos (1). No entanto, pode haver um outro degrau na escada analgésica, que se destina essencialmente à utilização de técnicas invasivas como a administração de analgésicos por via espinhal e bloqueios nervosos (8).

A dor ligeira situa-se no primeiro degrau e está indicada a utilização de fármacos não opióides. No segundo degrau, encontra-se a dor moderada e está indicada a utilização de opióides mais fracos, sendo possível adicionar terapêutica adjuvante. Por fim, no último degrau, utilizam-se opióides fortes, com presença ou ausência de terapêutica adjuvante, para controlar a dor moderada a intensa em doentes que não obtiveram resultado proveniente do segundo degrau (3).

À medida que se envelhece, o número de patologias e a complexidade da farmacoterapia instituída tendem a aumentar. Contudo, para reduzir a iatrogenia medicamentosa, estão disponíveis ferramentas como os critérios STOPP/START e critérios de Beers. Os critérios STOPP/START são constituídos por dois métodos – o STOPP e o START – utilizados em conjunto (9).

2. Metodologia de Estudo

Tendo por base os objetivos específicos deste trabalho de investigação, identificar as estratégias dos alunos de enfermagem para avaliar a dor em idosos não comunicantes e identificar as estratégias dos alunos de enfermagem para controlar a dor em idosos não comunicantes, optou-se por um estudo exploratório descritivo transversal de abordagem qualitativa.

A questão de investigação a que pretendemos dar resposta é “Quais as estratégias dos alunos de enfermagem para avaliar e controlar a dor em idosos não comunicantes?”.

Neste estudo, a população alvo é constituída pelos alunos de enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança. Como critérios de inclusão definimos que os alunos deviam pertencer ao curso de Licenciatura de Enfermagem e que tivessem interagido com idosos não comunicantes em ensinamentos clínicos durante o percurso académico. Assim sendo, a amostra perfaz um total de 13 alunos distribuídos entre o 2º, 3º e 4º ano. O método de amostragem utilizado neste estudo é a amostragem não probabilística acidental, dado que os participantes se incluíram no estudo à medida que foram contactados e se mostraram disponíveis a colaborar.

Mediante os objetivos do estudo, o método escolhido para obter os dados pretendidos foi a entrevista semiestruturada, elaborada pelas investigadoras com recurso a bibliografia de referência.

Previamente ao início da entrevista, foi disponibilizado a cada participante um guião da mesma e o documento do consentimento informado. Foi feita uma descrição do estudo, nomeadamente a identificação dos objetivos e a importância da participação dos entrevistados. Disponibilizamos, também, as identificações e os contactos das investigadoras, caso fosse necessário.

As entrevistas foram gravadas via ZOOM e foram destruídas, após transcritas pelas investigadoras. Estas foram transcritas na íntegra e é fulcral realçar que, em momento algum, foi registado o nome do entrevistado e para a identificação dos mesmos foi atribuído uma numeração a cada um. Os dados foram submetidos à

metodologia de análise de conteúdo tendo sido respeitadas as etapas propostas pelo autor, organizadas em três fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (10). Os dados serão apresentados em quadros.

Para além dos direitos dos participantes, é imprescindível a autorização da investigação por parte da instituição, que implica: um modelo de consentimento informado, bem como a concordância do diretor da instituição onde se realiza. Assim, para a concretização deste estudo, foi pedido parecer à comissão de ética do IPB, que no dia 23 de maio de 2022 aprovou o estudo com parecer positivo.

3. Estudo Empírico

3.1. Caracterização da Amostra

Antes da realização das entrevistas, foi disponibilizado a cada participante a Declaração do Consentimento Informado, para que formalizassem o seu consentimento para a participação no estudo. Na investigação participaram 13 alunos do curso de enfermagem do IPB, sendo 85% da amostra do sexo feminino e 15% da amostra do sexo masculino, com idade média de 22 anos. Relativamente ao ano do curso, 3 alunos são do 2º ano, 4 alunos do 3º ano e 6 alunos do 4º ano.

3.2. Apresentação e Análise de Dados

Nesta fase são apresentados os dados obtidos através das entrevistas e feita uma análise dos mesmos. Os dados foram organizados em quadros onde são apresentadas as unidades de registo para cada categoria ou subcategoria.

Da análise de conteúdo das entrevistas, emergiram dois domínios, “Estratégias dos alunos de enfermagem para avaliar a dor” e o domínio da “Estratégias dos alunos de enfermagem para controlar a dor”. O domínio “Estratégias dos alunos de enfermagem para controlar a dor” divide-se ainda em duas categorias, “Estratégias Farmacológicas” e “Estratégias não Farmacológicas”, sendo que destas duas categorias emergiram ainda várias subcategorias (Quadro 1). (10).

Domínios	Categorias	Subcategorias
Estratégias dos alunos de enfermagem para avaliar a dor	Avaliação da Dor	Escalas/ Instrumentos de Avaliação da Dor (n=13)
		Expressão Facial (n=13)
		Movimentos Corporais (n=11)
		Vocalizações (n=4)
		Agitação (n=1)
		Sinais Vitais (n=1)
Estratégias dos alunos de enfermagem para controlar a dor	Estratégias Farmacológicas	Analgesia (n=13)
	Estratégias Não Farmacológicas	Comunicação (n=13)
		Alternância de Decúbitos (n=11)
		Crioterapia e Termoterapia (n=5)
		Massagem/ Relaxamento (n=3)
		Métodos de Distração (n=1)
		Cinesioterapia (n=1)

Quadro 1 - Domínios, Categorias e Subcategorias

Podemos verificar que os participantes responderam que para avaliar a dor em idosos não comunicantes, utilizam maioritariamente a expressão facial, os movimentos corporais e a escala de faces. No que toca às estratégias para controlar a dor, a nível farmacológico as respostas foram unânimes, todos eles utilizam a analgesia. A nível não

farmacológico, responderam maioritariamente a comunicação e a alternância de decúbitos.

- **DOMÍNIO:** Estratégias Dos Alunos De Enfermagem Para Avaliar A Dor

Categoria: Avaliação da Dor
Subcategoria: Escalas/ Instrumentos de Avaliação da Dor
Unidades de Registo <i>“Apenas a escala de faces.” (A7)</i> <i>“Conheço a escala de faces e a escala de flacc... realmente existem mais 2 ou 3 escalas para este tipo de doentes como a PAINAD, mas não conheço...” (A10)</i> <i>“Se ele for não comunicante verbal, mas conseguir entender podemos utilizar a escala numérica ou a escala qualitativa (que tenha régua) e eles apontam acabando por comunicar, mas por gestos. Se não conseguirem comunicar nem verbalmente nem através de gestos utilizo a escala de faces.” (A13)</i>

Quadro 2 - Apresentação das unidades de registo para a subcategoria Escalas/ Instrumentos de Avaliação da Dor da categoria Avaliação da Dor

As escalas de autoavaliação, como a Escala de Faces, podem ser utilizadas desde que os idosos que não comunicam verbalmente consigam expressar a sua dor (indicando no instrumento físico a intensidade da sua dor ou através de gestos). Caso não consigam expressar a sua dor, as escalas de heteroavaliação, nomeadamente a The Abbey Pain Scale, PACSLAC, DOLOPLUS 2, ALGOPLUS e PAINAD, são os instrumentos indicados.

Categoria: Avaliação da Dor
Subcategoria: Expressão Facial
Unidades de Registo
<i>“... tento perceber pela face... por exemplo, se franzir as sobrancelhas ...” (A1)</i>
<i>“Através da expressão facial conseguimos perceber se ele tem dor ou não.” (A3)</i>
<i>“... tento sempre analisar se há algum sinal que me leve a perceber se ele está com dor ou não. Muitos destes doentes estão conscientes, reativos e vigis e apesar de não comunicarem connosco, conseguem ouvir-nos e é de extrema importância avaliar e controlar a dor ... acabo por fazer essa avaliação através de expressões faciais...” (A5)</i>
<i>“Como são doentes não comunicantes eu tento estar atenta, principalmente, a expressões faciais ...” (A8)</i>
<i>“Acho que é inerente a todo o ser humano que quando manifestamos dor possuímos uma fâcies dolorosa, cerramos os olhos, por exemplo e acho que isso é muito importante de se observar nos idosos não comunicantes.” (A11)</i>

Quadro 3 - Apresentação das unidades de registo para a subcategoria Expressão Facial da categoria Avaliação da Dor

A expressão facial foi mencionada pela totalidade da amostra. Durante a prestação de cuidados, todos os participantes têm em conta a expressão facial do doente e utilizam-na como estratégia de avaliação da dor.

Categoria: Avaliação da Dor
Subcategoria: Movimentos Corporais
Unidades de Registo
<p><i>“Muitos deles quando têm dor ... contraem o membro que dói.” (A2)</i></p> <p><i>“Aquando um procedimento que não seja eu a realizá-lo, eu tenho o hábito de estar de mão dada com o doente e, por isso, através do aperto da mão consigo perceber se o doente apresenta ou não dor.” (A6)</i></p> <p><i>“... ou até mesmo através de algumas posições defensivas que eles adotam.” (A9)</i></p> <p><i>“...observar movimentos do corpo que de certa forma vão tentar dissuadir essa dor.” (A11)</i></p> <p><i>“Ao posicioná-los eu tento olhar para a face e ver se eles fazem algum gesto que dê para perceber se eles estão desconfortáveis...” (A12)</i></p>

Quadro 4 - Apresentação das unidades de registo para a subcategoria Movimentos Corporais da categoria Avaliação da Dor

Os movimentos corporais foram também uma das estratégias mais referidas para avaliar a dor. 11 dos participantes mencionaram que as posições antálgicas como punhos cerrados e rigidez podem ser sugestivos de dor.

Categoria: Avaliação da Dor
Subcategoria: Vocalizações
Unidades de Registo
<p><i>“Sendo estes não comunicantes temos de estar atentos a uma série de manifestações que eles tenham... gemidos, por exemplo.” (A4)</i></p> <p><i>“... através de gemidos... que nos indicam que estão em sofrimento.” (A5)</i></p> <p><i>“...faço essa avaliação... através de certos gemidos... (A9)</i></p>

Quadro 5 - Apresentação das unidades de registo para a subcategoria Vocalizações da categoria Avaliação da Dor

As vocalizações, como gemidos e grunhidos, foram mencionadas por apenas 4 elementos da amostra.

Categoria: Avaliação da Dor
Subcategoria: Agitação
Unidades de Registo <i>“Muitas das vezes até é necessário pedir colaboração da psiquiatria porque devido à dor a pessoa está agitada, inquieta e não dorme...” (A10)</i>

Quadro 6 - Apresentação das unidades de registo para a subcategoria Agitação da categoria Avaliação da Dor

Categoria: Avaliação da Dor
Subcategoria: Sinais Vitais
Unidades de Registo <i>“A dor, muitas vezes, também se manifesta através da taquicardia, sudorese e hipertensão, por isso é também muito importante estarmos sempre atentos à avaliação dos sinais vitais. (A9)</i>

Quadro 7 - Apresentação das unidades de registo para a subcategoria Sinais Vitais da categoria Avaliação da Dor

Por fim, 8% dos participantes referem estar atentos à agitação e ao controlo dos sinais vitais como possíveis mecanismos de avaliação da dor.

Nos dias de hoje, admite-se que a resposta comportamental à dor aguda, numa primeira fase é caracterizada pela expressão de comportamentos associados ao stress (agitação, hiper motricidade dos membros, crispação da face, choro, gritos) e sinais fisiológicos (hipertensão, taquicardia, aumento da frequência respiratória, pressão intracraniana, sudorese palmar, redução da saturação de oxigénio e do tónus vagal e palidez. Já numa segunda fase é assinalada pelo aparecimento progressivo de uma inércia psicomotora

com perturbação de atividades recreativas, sono e repouso, alimentação ou de mobilização (4).

A Sociedade Geriátrica Americana menciona como respostas à dor da pessoa idosa as expressões faciais (cara triste, testa enrugada e os olhos cerrados); vocalizações (suspiros, gemidos, grunhidos, respiração ruidosa); movimentos corporais (rígidos, postura corporal tensa, mobilização restrita); alterações nas interações interpessoais (recusa alimentar, alterações do apetite, aumento do número de períodos de repouso, mudanças no padrão de sono/repouso, súbita cessação de rotinas); alterações do estado mental (choro ou lágrimas, ansiedade e irritabilidade) (4).

- **DOMÍNIO:** Estratégias Dos Alunos De Enfermagem Para Controlar A Dor

Categoria: Estratégias Farmacológicas
Subcategoria: Analgesia
Unidades de Registo
“As estratégias farmacológicas que normalmente utilizo têm a ver com a medicação que está prescrita em horário ou em SOS, basicamente no tratamento da dor recorre-se sempre à terapêutica.” (A1)
“As medidas farmacológicas é através da forma medicamentosa.” (A6)
“... começamos sempre por medicamentos não tão fortes, por exemplo, em dores mais ligeiras administramos o paracetamol, o nolotil ... Em dores mais severas, começamos por administrar na mesma esses fármacos, mas se não ceder, administramos então fármacos mais fortes, como a morfina e pensos de fentanil, por exemplo.” (A9)
“A nível farmacológico em última estância utilizo opiáceos, como morfina, petidina. Podemos também utilizar miorelaxantes. Se formos por grau, paracetamol, ceterolac, tramadol e morfina ... descompensam totalmente muitas das vezes por um mau controlo álgico da dor. Temos de ter em atenção que a dor do outro não tem nada a ver com o nosso limiar da dor e, por isso, às vezes podemos achar que, pelo facto de a pessoa já ter feito o fármaco x ou y “não pode” ter dor e não funciona bem assim ... Tenho o exemplo de um doente que entre a 1h da manha e as 7h fez uma ampola de morfina em 3h, nolotil, tramadol e paracetamol.” (A10)

Quadro 8 - Apresentação das unidades de registo para a subcategoria Analgesia da categoria Estratégias Farmacológicas

Relativamente às estratégias farmacológicas, os alunos responderam em unanimidade e conhecem os princípios da escada analgésica, administrando farmacologia mediante a intensidade da dor.

No controlo da dor, as estratégias farmacológicas têm-se mostrado mais eficazes e eficientes quando combinadas com métodos não farmacológicos (11).

O uso de estratégias farmacológicas, nomeadamente a terapêutica analgésica deve ser administrada consoante a intensidade da dor referida (1).

Categoria: Estratégias Não Farmacológicas
Subcategoria: Comunicação
<p style="text-align: center;">Unidades de Registo</p> <p><i>“Estes doentes não comunicam connosco, mas eu tento sempre comunicar com eles pois eles conseguem ouvir-nos e as nossas expressões, o nosso toque e o nosso gesto fazem com que o doente esteja mais favorável a colaborar connosco e não tenta tanto medo nem dor.” (A1)</i></p> <p><i>“...digo para relaxar e comunico sempre de frente para eles olhando-os nos olhos.” (A2)</i></p> <p><i>“... tentar comunicar com ele, porque sabemos que ele nos está a ouvir na maior parte das vezes e isso poderá acalmá-lo.” (A5)</i></p> <p><i>“Tento passar-lhes tranquilidade através do toque, tento que me percebam verbalmente, mas sobretudo estar mais perto e mostrar disponibilidade. Se eles sentirem segurança da minha parte conseguem colaborar mais no processo.” (A6)</i></p> <p><i>“... tento explicar sempre... ou com palavras ou com gestos ...” (A12)</i></p>

Quadro 9 - Apresentação das unidades de registo para a subcategoria Comunicação da categoria Estratégias Não Farmacológicas

No que diz respeito às estratégias não farmacológicas, todos os participantes referiram que a comunicação é fulcral para a redução do medo e dor por parte do doente, e faz com que o doente se torne mais colaborante nos procedimentos.

A presença de limitações cognitivas ou na capacidade de comunicação surgem como barreiras à avaliação e controlo da dor inerentes à pessoa idosa. É fulcral que os profissionais de saúde preparem e informem previamente os doentes acerca dos procedimentos, utilizando linguagem e estratégias mediante o seu estado clínico e desenvolvimento cognitivo. A informação é um dever dos enfermeiros e um direito dos doentes. Em suma, a comunicação é a ferramenta principal para ultrapassar os obstáculos relacionados com a avaliação e gestão da dor na pessoa idosa (12).

Categoria: Estratégias Não Farmacológicas
Subcategoria: Alternância de Decúbitos
Unidades de Registo
<i>“...tento realizar a mudança dos posicionamentos, colocar almofadas para aliviar as zonas de pressão e com dor...” (A1)</i>
<i>“A nível de estratégias não farmacológicas normalmente utilizamos os posicionamentos para lhes aliviar o local da dor.” (A4)</i>
<i>“...alternância de decúbitos...colocar os doentes em posições mais confortáveis...” (A10)</i>
<i>“... acho que os posicionamentos, a elevação dos membros na cama, como a elevação dos membros inferiores para um maior refluxo venoso são estratégias não farmacológicas muito importantes e que às vezes nós desvalorizamos.” (A11)</i>
<i>“...nos posicionamentos tentar deixá-los numa posição confortável e ... tento sempre ser o mais cuidadosa possível na realização do procedimento quando percebo que estão com dor.” (A12)</i>

Quadro 10 - Apresentação das unidades de registo para a subcategoria Alternância de Decúbitos da categoria Estratégias Não Farmacológicas

A alternância de decúbitos foi também uma das estratégias não farmacológicas que referiram. 11 participantes mencionaram que os posicionamentos promovem o conforto e bem-estar do doente, relaxamento muscular e conseqüentemente o alívio da dor.

A alternância de decúbitos pode “aliviar a pressão das proeminências ósseas ou áreas edemaciadas (...) pode promover aceleração da circulação, relaxamento muscular e conforto generalizado” (13).

Categoria: Estratégias Não Farmacológicas
Subcategoria: Crioterapia e Termoterapia
Unidades de Registo
<i>“...colocar gelo nessas áreas para reduzir sinais inflamatórios.” (A1)</i>
<i>“...temos por exemplo a crioterapia (aplicação do frio), ... a aplicação do calor...” (A9)</i>
<i>“...no tratamento da dor nos doentes, temos por exemplo a crioterapia, termoterapia...” (A10)</i>
<i>“Podemos também utilizar a crioterapia, dependendo do tipo e local da dor.” (A11)</i>

Quadro 11 - Apresentação das unidades de registo para a subcategoria Crioterapia e Termoterapia da categoria Estratégias Não Farmacológicas

Cerca de 38 % dos participantes referiram que a crioterapia e termoterapia era benéfica no alívio da dor, sendo que a termoterapia promovia o relaxamento muscular e a crioterapia reduzia sinais inflamatórios.

A aplicação de calor ou frio, através de “estimulação cutânea (...) pode contribuir para o alívio da dor”, em que a termoterapia “promove o relaxamento muscular e uma

sensação de conforto (...) reduz a tensão muscular”, e a crioterapia provoca uma redução da inflamação (13).

A crioterapia e a termoterapia impulsionam a vasodilatação e vasoconstrição, concomitante, o aumento do suprimento de oxigênio e nutrientes promove o processo de cicatrização e reparação dos tecidos, o relaxamento muscular, a analgesia por diminuição de inflamação tópica e, conseqüentemente, a estimulação nervosa, possibilitando uma redução da ativação do sistema nervoso periférico e central e, por conseguinte, uma diminuição da dor (13).

No entanto, a termoterapia está contraindicada em casos de infecção e hemorragia ativa sobre o local do tumor (em situações de neoplasias), traumatismos agudos e insuficiência vascular. Já a crioterapia, está contraindicada em casos de doença vascular periférica, insuficiência arterial, alteração da sensibilidade e do nível de consciência (13).

Categoria: Estratégias Não Farmacológicas
Subcategoria: Massagem / Relaxamento
Unidades de Registo
“... na hora do banho ao colocar o creme, massajar no local onde sentem dor.” (A7)

Quadro 12 - Apresentação das unidades de registo para a subcategoria Massagem / Relaxamento da categoria Estratégias Não Farmacológicas

A massagem foi referida por apenas 3 participantes, estes referem que realizavam a mesma aquando das higiênes ou posicionamentos e, que esta promovia o bem-estar físico e psicológico do utente.

A massagem é definida, segundo a Ordem dos Enfermeiros (2008), como o “ato de massajar e pressionar partes do corpo” que tem como finalidades promover o relaxamento, diminuir as sensações dolorosas e a tensão muscular. Esta relaxa a musculatura no local da sua aplicação, proporcionando uma sensação de conforto e

bem-estar ao doente, melhora a circulação devido ao aumento do fluxo sanguíneo e linfático e promove o bem-estar psicológico e, conseqüentemente, o alívio da dor (13).

A massagem está contraindicada em pessoas com patologias dérmicas, cicatrizes recentes ou feridas abertas, na presença de tumores, em zonas adjacentes a fraturas recentes, em articulações ou tecidos com inflamação aguda e quando há presença de sinais de compromisso circulatório (13).

Categoria: Estratégias Não Farmacológicas
Subcategoria: Métodos de Distração
Unidades de Registo “A nível de estratégias não farmacológicas... temos por exemplo ... a musicoterapia, o snoezelen ...” (A9)

Quadro 13 - Apresentação das unidades de registo para a subcategoria Métodos de Distração da categoria Estratégias Não Farmacológicas

Os métodos de distração como a musicoterapia e o snoezelen foram abordados por apenas 1 participante. Os métodos de distração (musicoterapia, leitura, snoezelen, entre outros) têm como finalidade direcionar a atenção da pessoa para outro tema ou situação, fazendo com que a percepção da dor fique diminuída (14).

A musicoterapia é uma medida que não carece de concentração ou participação ativa da pessoa para ser realizada, podendo esta “induzir relaxamento, moderar as emoções e resultar na redução da dor”. Deste modo, estes tipos de intervenções possuem benefícios na insónia e na dor (13).

Categoria: Estratégias Não Farmacológicas
Subcategoria: Cinesioterapia
Unidades de Registo

“...cinesioterapia ... muitas vezes pessoas com DPOC por exemplo, que têm dor e que têm uma amplitude maior na respiração, devemos ensinar-lhes técnicas de respiração ativa e movimentos.” (A10)

Quadro 14 - Apresentação das unidades de registo para a subcategoria Cinesioterapia da categoria Estratégias Não Farmacológicas

Por fim, temos a cinesioterapia, que tal como os métodos de distração, foi apenas referido por 1 participante. No envelhecimento, a manutenção do movimento humano é fulcral para a autonomia da pessoa e para a realização das atividades de vida diárias. Para essa manutenção temos a cinesioterapia, que consiste em técnicas terapêuticas baseadas nos movimentos corporais, contribuindo para a promoção e recuperação da função musculoesquelética. A cinesioterapia é crucial no processo de reabilitação pois utiliza exercícios ativos, passivos ou ativo-resistidos (15).

Assim, de acordo com a literatura, a cinesioterapia é um tratamento utilizado, principalmente, para desenvolver a força muscular, reduzir a inflamação e as dores musculares, melhorar a amplitude de movimentos do corpo, melhorar a postura e corrigir alterações da coluna vertebral.

Discussão dos Resultados

Com os resultados obtidos podemos referir que os alunos do curso de enfermagem apesar de compreenderem a importância da avaliação da dor nos idosos não comunicantes têm pouco conhecimento acerca desta temática.

Ao longo de toda a fundamentação teórica pode ler-se que para avaliar a dor em idosos não comunicantes existem maioritariamente duas técnicas, avaliação de sinais vitais e a utilização de escalas (PAINAD, ABBEY PAIN SCALE, PACSLAC, DOLOPLUS 2 e ALGOPLUS), no entanto os alunos não corroboram com a literatura visto que conhecem apenas a Escala de Faces e a utilizam como heteroavaliativa. Esta é uma escala autoavaliativa que se mostra fidedigna para avaliar a intensidade de dor em indivíduos sem alterações cognitivas ou com alterações cognitivas leves, porém, apresenta limitações quando utilizada em pacientes com alterações cognitivas graves (16).

Para o tratamento da dor existem variadas formas de controlar, minimizar ou eliminar, entre elas técnicas farmacológicas (terapêutica) e técnicas não farmacológicas (tais como o relaxamento, a massagem, a distração, a crioterapia e a termoterapia, a alternância de decúbitos e a cinesioterapia).

Com esta investigação, podemos observar que os alunos utilizam para avaliar a dor nestes idosos métodos como a visualização da expressão facial, a visualização dos movimentos corporais, a vocalização, a agitação, a avaliação de sinais vitais e a utilização da escala de faces, apesar de esta não ser adequada para os idosos não comunicantes.

Outro resultado obtido é que todos os alunos conhecem itens de avaliação pertencentes a algumas das outras escalas, mas percebemos que apesar de os alunos irem de encontro às escalas que existem para avaliar a dor nestes idosos, na realidade não as conhecem.

É unânime o valor que dão ao controlo da dor e à utilização de estratégias para minimizar essa dor/medo causada pelos procedimentos. Todos os alunos referiram a importância da comunicação com o idoso, não só no início, na explicação do procedimento, mas também durante o procedimento ajudando o doente a manter-se mais calmo e colaborante.

Quanto à utilização de estratégias farmacológicas, mais concretamente a administração de analgesia, a opinião dos alunos é unânime. Todos eles referem que se baseiam na prescrição medicamentosa em SOS, sabendo distinguir quais os fármacos corretos a serem utilizados.

Podemos também perceber que a nível de estratégias não farmacológicas, a maior parte dos alunos não são capazes de identificar as várias estratégias existentes. No entanto, as estratégias não farmacológicas utilizadas pelos mesmos são a comunicação, a alternância de decúbitos, a crio/termoterapia, a massagem/relaxamento, métodos de distração e a cinesioterapia.

Contudo, tanto nas estratégias utilizadas na avaliação como nas estratégias não farmacológicas, apesar de termos 6 itens diferentes de resposta, a maioria deles foram referidos apenas por 2/3 alunos.

Considerações Finais

Os resultados obtidos comprovaram que os alunos têm uma grande preocupação com a dor em idosos não comunicantes. No entanto, os alunos demonstraram não conhecer a maioria das estratégias para avaliar e controlar a dor descritas na literatura científica. Será importante, futuramente, que estes conhecimentos e competências sejam aprofundados nas diferentes unidades curriculares do curso de enfermagem.

Os alunos dos diferentes anos do curso de enfermagem têm em comum a sensibilidade para o tema da dor e sublinham a importância da formação neste âmbito para proceder da melhor maneira na atuação junto do idoso não comunicante com dor.

A utilização da entrevista como método de colheita de dados foi muito vantajosa, porque permitiu recolher os dados necessários para a investigação, mas também porque nos possibilitou entrar em contacto direto com a amostra em estudo, perceber melhor a realidade sobre este tema e assim obtermos respostas mais espontâneas.

Porém, alguns alunos entrevistados tinham alguma dificuldade em expressar-se, o que se revelou uma dificuldade em alguns casos. O pouco domínio da área da investigação científica, também, se revelou um ponto desfavorável no início da realização do projeto.

Outra dificuldade encontrada por nós, enquanto investigadores, foi a falta de diretrizes/normas sobre este tema apesar de existir muita literatura. Maioritariamente só existem diretrizes/normas sobre este tema para neonatais, lactentes e para crianças.

O objetivo principal, conhecer quais as estratégias utilizadas pelos alunos de enfermagem para avaliar e controlar a dor em idosos não comunicantes, foi alcançado. Os alunos avaliam a dor nestes doentes através da escala de faces, dos movimentos corporais, da vocalização, da agitação e através dos sinais vitais. Foi possível denotar que os alunos recorrem mais frequentemente às estratégias farmacológicas (terapêutica) para controlar a dor e das estratégias não farmacológicas utilizadas destacam-se a comunicação e alternância de decúbitos. Alguns alunos mencionam ainda a frio/termoterapia, a massagem/relaxamento, os métodos de distração e a cinesioterapia.

Referências Bibliográficas

1. Freitas, E., & Py, L. (2016). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. (4.ª ed). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan Ltda.
2. Dias, I. (2011). Dor no Idoso: Satisfação com o Tratamento (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu). Disponível em <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1662/1/DIAS%20Isabel%20Maria%20Gouveia%20Pereira%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20mestrado%20-%20dor%20no%20idoso.pdf>
3. Bidarra, A. (2010). Vivendo com a dor: o cuidador e o doente com dor crónica oncológica (Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa). Disponível em https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1921/1/591852_Tese.pdf
4. Batalha, L.M.C. (2016). Avaliação da dor: manual de estudo - versão 1. Consultado em 12 de abril de 2022, Disponível em <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=120681&code=fd5f4159798001777d637a7194e68c721a1609f9>
5. Varandas, C. (2013). Fisiopatologia da dor (Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa). Disponível em <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/3955/3/CI%3%a1udiaVarandasPPG.pdf>
6. Soares, T. (2016). Relatório de prática clínica: avaliação e controlo da dor no doente que não comunica. Consultado em 09 de março de 2022, Disponível em https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/5447/1/Vers%C3%a3o%20Final%20Relat%C3%b3rio%20de%20Est%C3%a1gio_A.pdf
7. Observatório Português dos Cuidados Paliativos (2021). Diretório De Escalas Validadas Para Português Europeu 2020. Universidade Católica Editora: Lisboa. Consultado a 10 de Abril de 2022, Disponível em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/33733/1/9789725407837.pdf>
8. DGS. (2010). Orientações técnicas sobre o controlo da dor crónica na pessoa idosa. Consultado em 08 de maio de 2022, Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0152010-de-14122010-pdf.aspx>
9. Periquito, C. (2014). Revisão Da Medicação Em Idosos Institucionalizados: Aplicação Dos Critérios De Beers, STOPP e START (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz). Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.26/13028>
10. Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Editora 70.
11. Gil, M. (2011). *Estratégias não farmacológicas no controlo de dor - um novo caminho...* Consultado a 08 de março de 2022, Disponível em https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9462/1/Relat_Leonor_Gil.pdf
12. Fernandes, M.J.V. (2015). Avaliação E Gestão Da Dor Na Pessoa Idosa. Consultado em 07 de março de 2022, Disponível em <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20271/1/RELAT%C3%93RIO%20MESTRADO%20-AVALIA%C3%87%C3%83O%20E%20GEST%C3%83O%20DA%20DOR%20NA%20PESSOA%20IDOS.pdf>
13. Cunha, H.M.P. (2018). Intervenções Não Farmacológicas No Controlo Da Dor No Pós-Operatório (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Leiria). Disponível em https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/3847/1/INTERVEN%C3%87%C3%95ES_N%C3%83O_FARMACOL%C3%93GICAS_NO_CONTROLO_DA_DOR_NO_P%C3%93S-OPERAT%C3%93RIO.pdf
14. Macedo, A. (2019). Estratégias utilizadas pelos Enfermeiros para diminuir a Dor na Criança/Jovem durante os Procedimentos. Consultado em 18 de março de 2022, Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/8686/1/PG_33886.pdf
15. Santos, J. P. (2017). *Cinesioterapia Geral*. Londrina-Paraná. Editora Educacional S.A.
16. Andrade, F., Pereira, L., & Sousa, F. (2006). Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Revista Latino-am Enfermagem*. 14(2), 271-276

MISCELÁNEA



PRESENTACIÓN

El **2º Congreso Internacional de Historia de la Educación en Enfermería (ICoHNE)**, **6º Coloquio de la Academia Brasileña de Historia de la Enfermería (ABRADHENF)**, que se celebrará en la ciudad de Río de Janeiro, tiene su segunda edición conjunta, a través de una fuerte asociación internacional con varios grupos de investigación y entidades de Historia de la Enfermería.

Se puede decir que la enseñanza de la Historia de la Enfermería tiene como marco temporal inicial el establecimiento del Standard Curriculum for Schools of Nursing (SCSN), en los EE.UU., en 1917, denominado Bases Históricas, Éticas y Sociales de la Enfermería.

Dentro de la filosofía curricular actual de formar profesionales críticos, en relación con su profesión y rol social, parece imposible realizar esta tarea sin discutir la Historia de la Enfermería, su legado para el presente y la conciencia de la responsabilidad de las enfermeras en el futuro de Enfermería.

En vista de lo anterior, este evento tiene los siguientes OBJETIVOS:

- Reunir a estudiantes e investigadores en el campo de la Historia de la Enfermería y áreas afines, de diferentes países, para fortalecer la enseñanza de la Historia de la Enfermería de forma presencial;
- Discutir la enseñanza de la Historia de la Enfermería, a través de metodologías activas, dirigidas a la producción de conocimiento en Enfermería y;
- Difundir y difundir la producción de conocimiento, a través del campo de la historia de la enfermería, en el sentido de valorizar a este profesional.
- Fortalecer las redes nacionales e internacionales de investigadores en Historia de la Enfermería

INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES.

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

- EDITORIAL. Estará destinado a artículo doctrinal o de opinión, en los que se abordarán cuestiones de marcado interés, por ser relevantes o polémicas en el momento en se realiza la publicación periódica.
- SAPIENZA VIVA. Esta herramienta está destinada a difundir y dar a conocer las trayectorias de aquellas personas relevantes por su ejercicio profesional dentro de las disciplinas de las Ciencias de la Salud.
- HISTORIA. Destinada a la publicación de anales o crónicas, tanto originales como posibles revisiones relacionadas con disciplinas propias de las Ciencias de la Salud.
- TEORÍA Y MÉTODOS PROFESIONALES. Apartado dedicado a la publicación de originales y/o revisiones que contribuyan al desarrollo tanto teórico como filosófico de las Ciencias de la Salud, así como a sus métodos y aplicaciones prácticas.
- MISCELÁNEA. Sección encargada de la divulgación de actividades, noticias, agenda, entre otros, así como de la revisión de novedades editoriales.
- CARTAS AL DIRECTOR. Serán aceptados en esta sección todas aquellas discusiones de trabajos publicados con anterioridad en EGLE, la aportación de observaciones sobre las líneas editoriales de la revista, así como experiencias de extensión breve en su texto.

PAUTAS PARA LA PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS.

- Estructura del manuscrito: En la primera página estará destinada al título del artículo en minúscula en tres idiomas en este orden: español, inglés y portugués. Seguidamente el nombre de los autores, un máximo de seis (6), también en minúscula. En primer lugar, las iniciales en mayúsculas separadas por un punto y seguido por los apellidos en minúsculas, por ejemplo: M^a. R. Pérez Pérez. 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. La segunda página estará destinada al resumen del trabajo que tendrá un máximo de 200 palabras, igualmente en los tres idiomas ut supra. En la parte inferior se incorporarán un máximo de cinco palabras que los autores consideren claves con respecto al tema abordado en el artículo. El dossier se verá concluido con el contenido del artículo, con un número máximo de veinte páginas, en las que no se incluirán notas al pie de página. La última página estará dedicada a la bibliografía.

Con respecto a esta última, se presentarán según el orden de aparición en el texto con la correspondiente numeración correlativa. En el artículo constará siempre la numeración de la cita en número volado, exponencial o entre paréntesis, vaya o no acompañada del nombre de los autores; cuando se mencionen éstos en el texto, si se trata de un trabajo realizado por dos, se mencionarán ambos, y si se trata de varios se citará el primero seguido de la expresión et al. En el caso de que el trabajo esté orientado hacia las Humanidades, se utilizará el sistema de nombre y año, atendiendo a las recomendaciones establecidas por el Sistema Vancouver o APA. En caso de abreviar los nombres de las revistas se hará utilizando el estilo usado en Index de Enfermería, Index Medicus o en la web CiberIndex. Debe tener presente lo que se reseña a continuación:

- Material gráfico, fotográfico e ilustraciones: deberán ser remitidas, junto con el artículo que se pretende publicar, indicando su número de orden y título a pie de página claramente.

- La fente tipográfica a emplear será Times New Roman, tamaño letra 12, a doble espacio.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DEL ARTÍCULO.

EGLE es una publicación periódica da la posibilidad de incorpora a su texto artículos en español, inglés y portugués. Una vez recibidos, pasan por un proceso de selección que consiste en una primera revisión realizada por el Consejo editorial que examina y comprueba que existe el cumplimiento de los requisitos establecidos por la revista, ut supra. En caso de no ceñirse a ellos, será notificado al autor o a los autores, para acometer los cambios precisos que se le indicarán.

Posteriormente, tras una clasificación temática, el artículo es remitido a dos especialistas para su evaluación, desconociendo éstos en todo momento la autoría del documento enviado. Una vez establecidos

los conceptos de los pares académicos, el Consejo editorial unifica las recomendaciones que se le harán llegar al autor/autores que puede ser en tres modalidades: de aceptación de los ajustes, de aceptación definitiva o de rechazo, situación esta última que deberá hacerse llegar vía correo electrónico o postal.

Si desde el Consejo Editorial se decidiera rechazar el artículo, se remitirá el informe de los evaluadores junto con la decisión razonada adoptada por el órgano rector editorial. Cuando el manuscrito sea considerado para incluir en la publicación de la revista, esta situación será notificada a los autores, disponiendo éstos de un máximo de 2 semanas para comunicar a la secretaria de redacción su decisión en la modificación de este y en el plazo máximo de dos meses se comprometerán a entregar la versión revisada.

EGLE se reserva el derecho de realizar revisiones de estilo que faciliten la claridad y la comprensión del texto aportado que se pretende publicar. Los criterios en los que se fundamenta el Consejo Editorial son los siguientes: la originalidad y actualidad del tema abordado; la calidad y validez de los conocimientos aportados; la presentación, organización y desarrollo del texto; la inclusión en los manuscritos enviados de, al menos, una cita de artículos publicados en *EGLE. Revista de historia de los cuidadores profesionales y de la salud*.

[Blank white rectangular area]