

María Lourdes Jiménez Navascués

Institucionalización de la enfermería geriátrica en España: 1977-2010

Departamento
Fisiatría y Enfermería

Director/es
Germán Bes, Concepción

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>



Universidad
Zaragoza

Tesis Doctoral

INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA GERIÁTRICA EN ESPAÑA: 1977-2010

Autor

María Lourdes Jiménez Navascués

Director/es

Germán Bes, Concepción

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Fisiatría y Enfermería

2013



Universidad
Zaragoza



DEPARTAMENTO DE FISIATRÍA Y ENFERMERÍA

INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA GERIÁTRICA EN ESPAÑA 1977-2010.

AUTORA: M^a Lourdes Jiménez Navascués.

DIRECTORA: Dra. Concha Germán Bes.

Zaragoza 2013



Universidad
Zaragoza



DEPARTAMENTO DE FISIATRÍA Y ENFERMERÍA

INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA GERIÁTRICA EN ESPAÑA 1977-2010.

Memoria presentada por D^a M^a Lourdes Jiménez Navascués para la obtención del Grado de Doctora.

Dirigida por la Dra. Concha German Bes.

Parte de los resultados de esta memoria han sido objeto de las siguientes publicaciones y comunicaciones.

PUBLICACIONES

Jiménez Navascués M^a Lourdes, Hajar Ordovás Carlos A. Estudio bibliométrico (2001-2009) sobre la enfermería geriátrica y gerontológica en España. Gerokomos. 2012;23(2):55-58.

Jiménez Navascués M^a Lourdes, Ruiz Gómez M^a Carmen, Fernández Araque Ana M^a, Alonso Ruiz Carlos. Evolución del enfoque de cuidado a los mayores en los planes de estudios de enfermería. Temperamentum. 2012;16. Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn16/t87031r.php>

Jiménez Navascués M^a Lourdes, Alonso Ruiz Carlos, Ruiz Gómez M^a Carmen, Fernández Araque Ana M^a. La Enfermería Geriátrica en el Espacio Europeo de Educación Superior. Gerokomos 2013;24(2):63-68. PENDIENTE DE EDICIÓN.

COMUNICACIONES

Jiménez Navascués M^a Lourdes, Ruiz Gómez M^a Carmen. Portafolio y competencias. Jornadas de profesorado. Murcia 2011.

Jiménez Navascués M^a Lourdes Ruiz Gómez M^a Carmen, Fernández Araque Ana M^a, Alonso Ruiz Carlos. Una mirada hacia la enfermería geriátrica de los años 70. XVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Murcia 2011.

Jiménez Navascués M^a Lourdes, Ruiz Gómez M^a Carmen, Fernández Araque Ana M^a, Alonso Ruiz Carlos. La rúbrica como herramienta de evaluación en competencias transversales. Jornadas de profesorado. Barcelona 2012.

Jiménez Navascués M^a Lourdes Ruiz Gómez M^a Carmen, Fernández Araque Ana M^a, Alonso Ruiz Carlos. Evolución del enfoque de cuidado a los mayores en los planes de estudios de enfermería. Forandalus 2012, VI Reunión Internacional de Investigación en Enfermería, I Reunión del Grupo de Investigación Aurora Mas. Zaragoza 2012.

Jiménez Navascués M^a Lourdes, Alonso Ruiz Carlos, Ruiz Gómez M^a Carmen, Fernández Araque Ana M^a. La Enfermería Geriátrica ¿cómo se aborda en el EEES?. XIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Tarragona 2012.

ÍNDICE



<i>Introducción.....</i>	<i>13</i>
--------------------------	-----------

PRIMERA PARTE: MARCO GENERAL

I. Aproximación demográfica	23
1. Demografía del envejecimiento	25
1.1 Elementos que favorecen el envejecimiento demográfico.....	26
1.2 Efectos del envejecimiento de la población	27
2. Evolución demográfica en España en el siglo XX.....	30
2.1 Implicaciones del envejecimiento demográfico.....	38
3. Bibliografía	40
II. Antecedentes históricos y conceptuales.....	43
1. Consideraciones sobre la vejez a lo largo de la historia	45
2. Concepto de gerontología y geriatría	49
3. La promotora de geriatría en Europa: Marjory Warren.....	51
4. Aproximación de la especialidad de geriatría en España	53
5. Algunas cuestiones sobre el cuidado profesional enfermero	54
6. El impulso de la Enfermería Geriátrica en España	56
7. Bibliografía	58
III. Legislación, política sanitaria y social.....	63
1. Proceso de protección de las personas mayores	65
2. Asistencia Geriátrica	69
3. Atención a la dependencia	78
4. Bibliografía	82
IV. Marco conceptual	89

SEGUNDA PARTE: LA ENFERMERÍA GERIÁTRICA ESPAÑOLA

V. Hipótesis.....	95
VI. Objetivos del estudio	99
VII. DISEÑO METODOLÓGICO	103
1. Estudio de la producción científica	105
1.1 Análisis bibliométrico 1970-1979	106
1.2 Análisis bibliométrico 1980-2009.....	106
2. Estudio sociohistórico: fuentes documentales.....	109
2.1 Revisión bibliográfica	109
2.2 Planes de estudios de enfermería	111
3. Estudio sociohistórico: fuentes orales	113
3.1 Población de estudio	115
3.2. Recogida de datos.....	117
3.3 Análisis de los datos.....	118
4. Consideraciones éticas.....	119
5. Bibliografía.....	121
VIII. RESULTADOS DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA.....	125
1. Etapa de 1970-1979	128
1.1 Resultados y Discusión	129
2. Etapa de 1980-2009	133
2.1 Producción de artículos.....	134
2.2 Temas de investigación.....	136
2.3 Consideraciones sobre autores.....	146
2.4 Revista Gerokomos.....	147
2.5 Obras de referencia.....	150
3. Resumen.....	154
4. Bibliografía.....	155

IX. RESULTADOS DE FUENTES DOCUMENTALES	167
A. Proceso de formación universitaria de la enfermería geriátrica.	
1. Enfermería Geriátrica en los planes de estudios de 1977	172
2. Enfermería Geriátrica en los planes de e studios de 1990	175
2.1 Diplomados en Enfermería	175
2.2 Formación postgrado	178
3. Enfermería Geriátrica en el EEES.....	180
3.1 El Espacio Europeo de Educación Superior	180
3.2 Primer ciclo: Grado en Enfermería.....	182
3.3 Segundo Ciclo: Postgrado.....	191
4. Resumen evolución de la asignatura EG.....	193
B. Especilización de la enfermería geriátrica.	
5. La Sociedad Española de Enfermería geriátrica y gerontológica	196
6. Normativa especialidades 1987 y 2005	200
7. Desarrollo de la especialidad de Enfermería Geriátrica	203
7.1 Vía ordinaria: EIR.....	205
7.2 Vía de acceso excepcional.....	210
8. Resumen	211
9. Bibliografía	212
X. RESULTADOS DE FUENTES ORALES.....	225
1. Marco para el análisis de las entrevistas	227
2. Concepto de la vejez en la sociedad global	229
2.1 Individualismo.....	229
2.2 Debilitamiento de vínculos humanos	235
2.3 Disminución de la solidaridad	239
3. Los cuidados enfermeros y su influencia en la calidad de vida.....	247
3.1 Competencias transversales del cuidado.....	248
3.2 Los cuidados del bienestar	258
3.3 Los cuidados de la seguridad.....	271
3.4 Los cuidados de la autonomía	275
3.5 La formación	279

3.6 El ambiente laboral	294
4. Valoración social de las enfermeras y enfermeros geriátricos	308
4.1 El reconocimiento	310
4.2 La redistribución.....	337
4.3 La representación	345
5. Bibliografía	356
XI. Consideraciones finales	369
XII. Conclusiones	377
XIII. Compendio bibliográfico	381
Anexos.....	423

INDICE DE FIGURAS.

CAPITULO APROXIMACIÓN DEMOGRÁFICA

Figura 1. Carga global de enfermedades 1990-2020.....	27
Figura 2. Mantenimiento de la capacidad funcional durante el ciclo vital	28
Figura 3. Proporción de sexos por regiones del mundo, mayores de 60 años 2002-2020	29
Figura 4. Pirámides de población según censos 1960-1981-1991 y 2001.....	31
Figura 5. Pirámide de población 2010-20149.....	31
Figura 6. Tasa de dependencia mayores de 64 años.....	32
Figura 7. Esperanza de vida al nacer por sexo 1900-2004 en España	33
Figura 8. Esperanza de vida al nacer por sexo 2004-2010 en España	33
Figura 9. Esperanza de vida a los 65 años 1991-2010 en España.....	34
Figura 10. Diferencia de hombres y mujeres por edad 2009- España	35
Figura 11. Distribución de las personas mayores de 65 y más años	35
Figura 12. Evolución de población mayor en España 1900-2060.....	36
Figura 13. Evolución población 100 y más años.....	37

CAPÍTULO LEGISLACIÓN, POLÍTICA SANITARIA Y SOCIAL.

Figura 14. Recursos de atención primaria	71
Figura 15. Recursos de atención en el domicilio	72
Figura 16. Recursos de atención diurna alternativos o de no internamiento.....	74
Figura 17. Recursos residenciales e institucionales	75
Figura 18. Recursos para la accesibilidad y nuevas tecnologías.....	77

CAPÍTULO MARCO CONCEPTUAL.

Figura 19. Marco conceptual	91
-----------------------------------	----

CAPITULO DISEÑO METODOLÓGICO.

Figura 20. Perfil de los informantes	116
--	-----

Figura 21. Requisitos éticos de la investigación, adaptada de Emanuel et all.....	119
---	-----

CAPITULO RESULTADOS DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA.

Figura 22. Número de publicaciones científicas de Enfermería Geriátrica por año	134
---	-----

Figura 23. Número de publicaciones científicas de Enfermería Geriátrica por periodos.....	135
---	-----

Figura 24. Publicaciones según áreas temáticas 2001-2009	136
--	-----

Figura 25. Obras de referencia de Enfermería Geriátrica 1977-2010.....	150
--	-----

CAPÍTULO RESULTADOS DE FUENTES DOCUMENTALES

Figura 26. Denominación de la asignatura	187
--	-----

Figura 27. Número de créditos asignados	188
---	-----

Figura 28. Número de horas magistrales y prácticas.....	188
---	-----

Figura 29.Descriptor de asignaturas de Enfermería Geriátrica en los planes de estudios	194
--	-----

Figura 30. Criterios para el acceso excepcional al título de enfermero especialista	210
---	-----

CAPÍTULO RESULTADOS DE FUENTES ORALES.

Figura 31. Características de la sociedad global.....	229
Figura 32. Evolución tasa de riesgo de pobreza 2004-2011.....	242
Figura 33. Síntesis: El concepto de la vejez en la sociedad actual	246
Figura 34. Modelo de cuidados: bienestar-seguridad-autonomía.....	247
Figura 35. Síntesis: Los cuidados y su influencia en la calidad de vida (I)	305
Figura 36. Síntesis: Los cuidados y su influencia en la calidad de vida (II)	306
Figura 37. Síntesis: Los cuidados y su influencia en la calidad de vida (III)	307
Figura 38. Dimensiones de la valoración social de la Enfermería Geriátrica	308
Figura 39. Combinación enfermera/médico control de crónicos	332
Figura 40. Síntesis: La valoración social de las enfermeras/os geriátricos.....	335

ABREVIATURAS, SIGLAS Y ACRÓNIMOS.

%	Porcentaje.
A. MAS	Grupo de Investigación Aurora Más.
AEED	Asociación Española de Enfermería Docente.
ANECA	Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación.
AP	Atención Primaria.
Art.	Artículo.
ATS	Ayudante Técnico Sanitario.
ATSF	Ayudante Técnico Sanitario Femenino.
ATSM	Ayudante Técnico Sanitario Masculino.
AVD	Actividades de la vida diaria.
BOCYL	Boletín Oficial de Castilla y León.
BOE	Boletín Oficial del Estado.
BUP	Bachillerato unificado polivalente.
BVD	Baremo de Valoración de la Dependencia.
CCAA	Comunidades Autónomas.
CIDDM	Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías.
CIE	Consejo Internacional de Enfermería.
CIF	Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de Salud.
CIS	Centro de Investigaciones Sociológicas.
CODEM	Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería. Madrid.
Col.	Colaboradores
COU	Curso de orientación universitaria.
CRUE	Conferencia de rectores de las universidades españolas.
CSIC	Consejo Superior de Investigaciones Científicas.
D.	Don
D ^a	Doña.
Dr.	Doctor
Dra.	Doctora.
DUE	Diplomado Universitario de Enfermería.
E.G	Enfermería Geriátrica.
ECTS	European Credit Transfer and Accumulation System.
Ed.	Edición.
EEES	Espacio Europeo de Educación Superior.
EIR	Enfermero Interno Residente.
ENE	Escuela Nacional de Enfermeras.
Et all	Et alli y colaboradores.
Fig.	Figura
FP	Formación profesional.
GNEAUPP	Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de las Úlceras por Presión.
H ^a	Historia.
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales.
INE	Instituto Nacional de Estadística.

Inf.	Informante
Insalud	Instituto Nacional de la Salud.
LOPS	Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.
LOU	Ley Orgánica de Universidades.
LRU	Ley de Reforma Universitaria.
NANDA	Nursing Association Nursing Diagnosis American.
NIC	Nursing Interventions Classification.
Nº	Número.
NOC	Nursing Outcomes Classifications
OMS	Organización Mundial de la Salud.
p.	Página.
PADES	Programa de Atención a Domicilio en Cataluña.
PAE	Proceso de Atención de Enfermería.
RD	Real Decreto.
REBIUM	Red de bibliotecas universitarias.
Rev.	Revista
RPM	Residencia para mayores.
S.	Siglo.
SAAD	Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
SEEGG	Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica.
SEGG	Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología.
UCI	Unidad de cuidados intensivos.
ULE	Unidad de Larga Estancia.
UME	Unidad de Media Estancia.
UPP	Úlceras por Presión.
ZBS	Zona Básica de Salud.

INTRODUCCIÓN



Las actividades supeditadas al restablecimiento, fomento y conservación del nivel de salud, por ser connaturales al propio ser humano, hunden sus raíces en el origen del hombre. Conforme la sociedad fue arbitrando respuestas más complejas a la satisfacción de necesidades individuales, familiares y comunitarias, la actividad de cuidar fue incrementando su nivel de conocimiento de forma gradual hasta que llegó a convertirse en una profesión. El análisis histórico del conocimiento de la enfermería, nos lleva hacia el camino de la integridad de su saber, una disciplina como ciencia debe estar pensada y construida desde su historia¹. Prestigiosas enfermeras han profundizado en la evolución histórica de la enfermería en sus distintas etapas, facilitando la construcción de la enfermería como disciplina con estatus de ciencia, ya que una disciplina explica, analiza y confiere referencias ordenadas y sistemáticas mediante el desarrollo de nuevos conocimientos que producen una diferenciación del objeto y una mayor identidad disciplinar.

En los nuevos Planes de Estudios Universitarios de Enfermería aprobados en el año 1977, con programas pioneros en relación a otros Planes de Estudios de Ciencias de la Salud, se incorporaron materias hasta ese momento inéditas como la Enfermería Geriátrica, Salud Pública ó Administración de Servicios de Enfermería. Enfermería supo identificar las necesidades de la sociedad del futuro, demográficamente caracterizada por una tendencia al envejecimiento de la población, potenciando los cuidados de las personas a lo largo de su ciclo vital, la atención del cuidado a las personas y sus familias con problemas crónicos de salud, la educación sanitaria, la formación continuada o el desarrollo de nuevos modelos de gestión que optimicen la utilización de recursos. Sin embargo, falta por escribir muchos de los hechos de esta historia reciente y son necesarios nuevos estudios para visibilizar la enfermería ante la sociedad².

La enfermera geriátrica y gerontológica requiere un modelo de cuidados para los mayores, que se tiende a considerar una extensión del trabajo doméstico; tradicionalmente éstos cuidados se han atribuido a las mujeres, considerándose una característica natural, gratuita y un deber moral. De manera que estos conceptos han creado la idea de que los saberes de cuidar se oponen a los de curar como natura a cultura³. Lo que es natural es consustancial a cada persona, mientras que lo que es cultural se aprende, es valioso y adquiere valor. Es el pensamiento básico de la cultura patriarcal que ha condicionado y sigue haciéndolo en muchas facetas de la sociedad y de la relación entre mujeres y hombres en sus facetas personales y profesionales. Este patrón que asocia cuidado-enfermera-mujer y curar-médico-hombre, son estereotipos interiorizados en nuestra cultura e influyen negativamente en reconocimiento de los saberes y la autonomía de las enfermeras geriátricas desde y en las propias instituciones sanitarias, sociosanitarias y entre los profesionales enfermeros. Conocer nuestra historia nos ayudará reforzar la identidad y mejorar el reconocimiento, impulsado a través de la investigación y la generación de un cuerpo de conocimientos propios, basado en la sistematización de los cuidados que prestan las enfermeras geriátricas, desde la publicación de las experiencias vividas en el cuidado, desde la evidencia científica de lo que hacemos, que es en definitiva, lo que fomentará la confianza en la población y en el sistema de cuidados.

La carencia detectada en referencias históricas sobre el cuidado profesional de enfermería en la etapa de la vejez, en España, nos hizo proponernos el abordaje de la

conceptualización y la semántica vinculadas a la práctica profesional de la enfermería geriátrica, centrado en el análisis de un proceso dinámico desde una perspectiva histórica. Fue a principios del siglo XIX cuando Majory Warren (1897-1960), supervisora del hospital “West Middlesex County Hospital”, inició lo que hoy es la filosofía de los cuidados en geriatría en el mundo occidental.

Así, con esta investigación tratamos de afrontar cuestiones relacionadas con la sociogénesis de dinámicas que han impulsado la institucionalización de la enfermería geriátrica en España. Este conocimiento nos ayudará a comprender las características de la enfermería geriátrica actual, si no se conoce el pasado, no se sabe de dónde se viene, hay dificultades para identificar dónde se está y difícilmente se puede elegir hacia donde se quiere ir.

Este trabajo no hubiera sido posible sin la labor facilitadora de la Dra. Concha Germán Bes, impulsora del Máster de Ciencias de la Enfermería en el que tuve la oportunidad de formar parte de la primera promoción (2002-04), cuando se ofertó como Título Propio “Segundo Ciclo de Ciencias Sanitarias: Enfermería” en la Universidad de Zaragoza. Me permitió disfrutar de una visión más amplia y profunda de la enfermería a lo que contribuyó un elenco de excelentes profesionales. Empecé a tomar conciencia de lo esencial que resulta la reflexión sobre la propia práctica y comprendí la necesidad de dejarla escrita. Posteriormente por razones familiares y principalmente laborales, prioricé mi actividad en otras cuestiones. En mi condición de enfermera titulada en el Máster de Ciencias de la Enfermería de la Universidad de Zaragoza, conforme al sistema educativo superior del Espacio Europeo de Educación Superior, tuve la suerte de ser acogida de nuevo por la Dra. German como doctoranda en el Departamento de Fisiología y Enfermería, en el Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud, bajo su tutela. Me incorporé a la línea de investigación “Teoría y praxis de los cuidados enfermeros”, con el presente trabajo.

Mi actividad docente como profesora titular de la asignatura de Enfermería Geriátrica desde el año 1987, en la Escuela Universitaria de Enfermería de Soria, hoy integrada en la Universidad de Valladolid y ser miembro de la Sociedad Científica de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, impulsó mi interés en mirar nuestra historia desde nosotros mismos, mirando hacia dentro y reflexionando sobre los elementos que han intervenido en el desarrollo de la especialidad en España. Entendemos que su aprobación y reconocimiento es esencial para alcanzar la excelencia en el cuidado de los mayores y debe formar parte de la estructura de la formación enfermera.

Formo parte desde el año 2010 del grupo de Investigación Aurora Más, grupo plural cuya filosofía y objetivos se sitúan en una corriente social y humanística de la ciencia, que ha supuesto una motivación y estímulo en el desarrollo de la presente tesis. Sus líneas de trabajo con un enfoque orientado a considerar la perspectiva de género como fenómeno cultural y su influencia en el valor del cuidado, en el sentido más intangible del mismo, son especialmente relevantes para este trabajo de reflexión. La Dra. Germán me invitó a participar en el Seminario de Historia de la Enfermería, dirigido por la Dra. Consuelo Miqueo, espacio donde compartir inquietudes, aprender a través de la escucha y reflexiones de los proyectos compartidos con otras colegas, debatir aspectos de la historia de profesiones sanitarias y la influencia del género. Así, profundizamos especialmente en la metodología más acorde para el abordaje de la

investigación y compartimos referencias de interés común, las aportaciones realizadas en las sesiones que he participado han sido sumamente enriquecedoras para este proyecto y especialmente un incentivo para su continuidad.

En este contexto de investigación en el que iniciar mis inquietudes investigadoras nos planteamos la pregunta ¿Qué factores han impulsado la institucionalización de la enfermería geriátrica?, partiendo de la hipótesis que la enfermería en su especialización geriátrica ha respondido de forma positiva a las demandas de la sociedad española. El estudio pretende ser una obra inacabada, en el sentido de la necesidad de continuar la investigación iniciada buscando respuestas a las preguntas que de él surgen o profundizando más detalladamente en aspectos que por razones académicas no podemos abordar en él. Pero fundamentalmente, trata de iniciar la documentación sobre como la enfermería geriátrica está cambiando el modelo de atención basado en la enfermedad hacia un modelo de atención integral del mayor y sus familias; queremos corroborar si la intangibilidad de los cuidados y la asociación de los cuidados a la mujer dificultan el reconocimiento de la enfermera geriátrica y por último, cómo la formación tanto desde el abordaje de la asignatura de enfermería geriátrica en los planes de estudios como la formación postgrado potencian su reconocimiento.

Los objetivos planteados como hilo conductor del estudio han sido los siguientes:

1. Analizar el proceso histórico de creación y desarrollo de la especialidad de enfermería geriátrica, desde el año 1977 al 2010.
2. Estudiar el desarrollo científico de la especialidad enfermería geriátrica, analizando su producción científica.
3. Detallar el proceso de socialización de las enfermeras y enfermeros gerontogerítricos.
4. Describir la opinión de los profesionales del equipo de salud acerca de la especialización de la enfermería geriátrica.

De acuerdo con este planteamiento se ha realizado una investigación plurimetodológica, por un lado el análisis de las fuentes de información bibliográficas para conocer a contribución científica y sanitaria-social de la enfermería geriátrica y por otro lado hemos utilizado las fuentes orales que nos permiten poner de relieve la experiencia profesional de los propios profesionales y gestores.

La presente tesis consta de dos partes. En la primera parte exponemos un marco general sobre envejecimiento, cuidados y legislación, a través del cual planteamos una visión global de la evolución de los cuidados de los mayores en general y establecemos las bases del estudio, consta de cuatro capítulos. En la segunda parte presentamos los resultados de un análisis minucioso del proceso de institucionalización de la enfermería geriátrica en España, que incluye el análisis de la producción científica y los resultados del estudio socio histórico de fuentes documentales y orales. Al finalizar cada capítulo se recoge la bibliografía correspondiente al mismo.

En el primer capítulo describimos el concepto de “envejecimiento demográfico”, los elementos que lo favorecen y las consecuencias que conlleva, realizando un análisis más

detallado de la evolución demográfica en España durante el siglo XX y las proyecciones previstas para un futuro próximo. En el siguiente capítulo, se desarrollan los conceptos teóricos sobre el estudio de la vejez y se analiza las aportaciones de la promotora europea de la geriatría, Marjory Warren autora que estableció la necesidad de una formación específica para el cuidado de los mayores y la importancia profundizar conocimientos a través de la investigación y para finalizar el capítulo se abordan algunas cuestiones sobre el cuidado enfermero y la Enfermería Geriátrica en España. El tercer capítulo nos aproxima a la evolución del proceso de protección de las personas mayores y se describen los recursos y la organización de la asistencia geriátrica en nuestro entorno y para finalizar la primera parte se presenta el marco conceptual con los elementos que inicialmente hemos considerado claves para la delimitación de nuestra investigación.

En la segunda parte los capítulos iniciales presentan la hipótesis central y las hipótesis complementarias, los objetivos específicos que se pretenden alcanzar y que orientan el diseño metodológico. Se especifica la metodología que consideramos más adecuada para presentar diferentes resultados: la producción científica de la enfermería geriátrica y gerontológica en España y el estudio socio histórico a través de fuentes documentales y fuentes orales, para pasar a continuación a ofrecer los resultados y discusión. En el capítulo sobre la producción científica diferenciamos dos etapas de análisis, la primera es la producción durante la década de los años 70, previa a la incorporación de la asignatura de geriatría en los planes de estudios de enfermería y la segunda etapa desde 1980 al año 2009, realizando un análisis cuantitativo y cualitativo de la producción científica.

El estudio socio histórico documental hace referencia a la formación específica de las enfermeras en temas de vejez. En el análisis del periodo formativo, se trata de comprender como ha evolucionado el concepto del cuidado de los mayores y se profundiza en la orientación de los planes de estudios de las últimas décadas 1977-1990 y por último, la adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior, identificando el centro de interés de la materia y constatando los cambios en relación a la corriente de pensamiento enfermero propuesta por Kerouac y col⁴. En el análisis sobre la especialización de la enfermería geriátrica, destacamos la importancia que ha tenido la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica como única sociedad que cumplía los requerimientos para ser la representante e interlocutora válida de la Enfermería Geriátrica española y así liderar el desarrollo de la especialidad, proceso lento en el que de nuevo diferenciamos dos etapas, la primera propuesta de desarrollo de la especialidad en el año 1987 y su desarrollo a partir de la regulación del año 2005.

En el estudio socio histórico a través de fuentes orales, se presenta el análisis de los discursos de los informantes que han colaborado con esta investigación. Exponemos el análisis de los datos y la discusión de los mismos, en torno a tres categorías claramente diferenciadas, el concepto de la vejez en la sociedad global, los cuidados enfermeros durante el proceso de envejecimiento y su influencia en la calidad de vida y por último la identificación social de la Enfermera Geriátrica.

Finaliza la tesis con unas consideraciones finales, la presentación de las conclusiones y el compendio bibliográfico.

BIBLIOGRAFÍA

¹Esteban M. La construcción de una disciplina. Libro de ponencias de las XIII Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Madrid: AED; 1993.

² Durán Escribano Marta. La historia no contada. *Temperamentum* 2008;7. Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn7/t8081.php>

³ Villela Rodríguez Esther. Género, poder/saber, su impacto en la Profesión de Enfermería. *Desarrollo Cientif Enferm.* 2010;18(10):403-408.

⁴ Kerouac S, Pepín J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona; Masson. 1996.

PRIMERA PARTE

MARCO GENERAL



APROXIMACIÓN DEMOGRÁFICA



1. DEMOGRAFIA DEL ENVEJECIMIENTO.

Los avances sociales, económicos y tecnológicos tienen importantes consecuencias en la evolución demográfica. Clásicamente se describen tres fases en la evolución histórica de la población, la primera corresponde a una población estable con altas tasas de mortalidad y natalidad, la segunda fase propiciada por los avances sociales, las tasas de natalidad y mortalidad se reducen pero la segunda lo hace más rápidamente que la primera, generando un aumento de la población y la tercera fase, donde las tasas de natalidad y mortalidad se aproximan, la esperanza de vida aumenta y la mayor proporción de población corresponde a personas de edad intermedia. Este patrón se ha ido modificando y hoy en día, podríamos hablar de una cuarta fase cuando se produce una disminución de la tasa de fecundidad y una reducción de mortalidad en el grupo de más edad, conllevando un aumento de la proporción de personas mayores⁵. Según Naciones Unidas⁶, los cambios demográficos que se están produciendo a nivel mundial, son modificaciones extraordinarias e intensas donde la totalidad de la sociedad se verá reestructurada.

Durante la segunda mitad del Siglo XX, se ha constatado un importante incremento de población mayor de 65 años, hecho considerado como uno de los cambios demográficos más significativos de la historia de la humanidad. Este fenómeno es conocido con “envejecimiento demográfico”, que hace referencia, al proceso mediante el cual se producen transformaciones en la composición de la población en cuanto a edad y sexo (denominado estructura por edades), configurándose una nueva pirámide poblacional, caracterizada por un ensanchamiento de la cúspide y un estrechamiento de la base. Según Julio Pérez Díaz⁷ el término envejecimiento demográfico fue creado por corrientes natalistas con el propósito de calificar negativamente la modernización demográfica, sin embargo, es el término más empleado y por tanto haremos uso de él.

El “envejecimiento demográfico” se entiende como un proceso inevitable e irreversible en las sociedades desarrolladas (demográficamente avanzadas) y debe ser considerado como un gran logro de nuestras sociedades⁸ y puede proporcionar nuevas oportunidades para el desarrollo de las mismas. Es una consecuencia natural de la transición demográfica, que alude al paso de un régimen demográfico de alta mortalidad y alta natalidad a otro de baja mortalidad y baja natalidad. Éste tránsito está influido por distintos factores, entre los cuales se encuentran los cambios sociales derivados del desarrollo económico, tecnológico y social, como ya hemos indicado anteriormente.

1.1. Elementos que favorecen el envejecimiento demográfico.

El descenso de la mortalidad y de la natalidad, con diferentes ritmos e intensidades, tienen una presencia universal en las sociedades desarrolladas o en vías de desarrollo y conllevan necesariamente un aumento progresivo del segmento de población mayor con respecto al segmento de población joven.

Natalidad y fecundidad. Son conceptos que miden parámetros diferentes, el concepto demográfico de “natalidad” mide la frecuencia de los nacimientos ocurridos en el seno de una población en su conjunto. El término de “fecundidad” identifica la frecuencia de los nacimientos que tienen lugar dentro del subconjunto en edad de procrear⁹. Son consecuencias compartidas y el número de nacimientos depende a la vez de la fecundidad y de la composición por edades, podemos encontrar tasas de natalidad altas con fecundidades bajas y a la inversa. La fecundidad es el fenómeno a través del cual la población aumenta sus efectivos y tiene gran incidencia en la proporción de jóvenes. La disminución del número de nacimientos supone de forma automática un envejecimiento de la población, la persistencia e intensidad en la caída de la fecundidad acentuarán en igual medida el peso relativo del grupo de los mayores. Es lo que se conoce como “envejecimiento por la base de la pirámide”¹⁰.

Mortalidad. La disminución de las tasas específicas de mortalidad incide directamente en el envejecimiento de una población, o lo que es lo mismo, el aumento de la probabilidad de supervivencia y de la esperanza de vida en todas las edades. La disminución de la mortalidad se relaciona con el aumento de los efectivos de los grupos de edades más avanzadas. Es lo que se conoce como “envejecimiento por la cúspide de la pirámide”, que incide sobre todo en el crecimiento en términos absolutos del número de personas mayores.

Movimientos migratorios. Es el desplazamiento de individuos o grupos de individuos con modificación de la residencia habitual y del espacio de vida¹¹. Según sea la razón y la dirección de los flujos podremos encontrar efectos muy diferentes en relación al proceso de envejecimiento. Las migraciones por motivos de trabajo, protagonizadas por adultos jóvenes pueden dar lugar a un rápido envejecimiento de las poblaciones emisoras de estos flujos, ya que pierden población adulta-joven y parte de su capacidad reproductora, es decir de su natalidad. Esto dará lugar a un incremento de porcentaje de viejos y una tendencia al estrechamiento de la base de la pirámide. El fenómeno puede producir efectos inversos en las poblaciones receptoras de las migraciones.

En gran parte del mundo estos cambios demográficos son una realidad, aunque en el conjunto de países desarrollados pueden existir diferencias en la secuencia temporal y en la intensidad del proceso. En la mayoría de los países de la Unión Europea la situación de envejecimiento era patente al inicio de los años setenta, en los países del sur europeo, entre los que se encuentra España, esta tendencia se conformaba a finales de la década de los ochenta, este retraso frente a la mayoría de Europa, se caracterizó por su extrema rapidez e intensidad¹², como explicaremos más adelante.

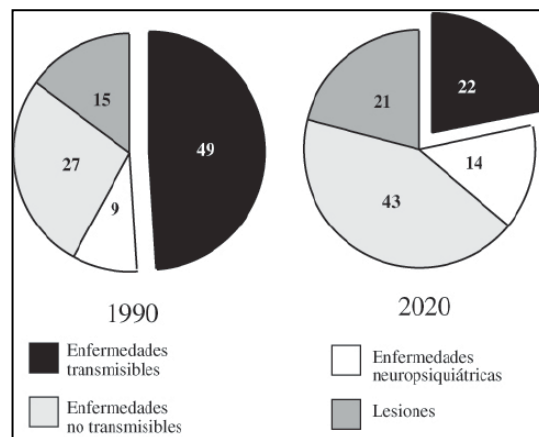
El envejecimiento demográfico se asocia con procesos de desarrollo socioeconómico y provoca modificaciones en los hábitos sociales, teniendo especial repercusión en los sistemas de protección social y de salud.

1.2 Efectos del envejecimiento de la población.

La Organización Mundial de la Salud sugiere que podemos permitirnos envejecer si los países, las regiones y las organizaciones internacionales promulgan políticas y programas de “envejecimiento activo” que mejoren la salud, la autonomía y la productividad de los ciudadanos de más edad. Los desafíos de una población que envejece son mundiales, nacionales y locales. En su documento de preparación para la Segunda Asamblea de las Naciones Unidas para el envejecimiento en el año 2002, proponía tener en cuenta los siguientes desafíos^{13,14,15}:

Doble carga de enfermedad: en los países en vías de desarrollo se producen modificaciones de los modelos de vida y trabajo que van acompañados de cambios en los patrones de las enfermedades. Por un lado siguen luchando contra las enfermedades infecciosas, la desnutrición y las complicaciones del parto, y por otro lado, se enfrentan a un rápido aumento de enfermedades crónicas como las principales causas de mortalidad y discapacidad.

Figura 1. Carga global de enfermedades 1990 y 2020.

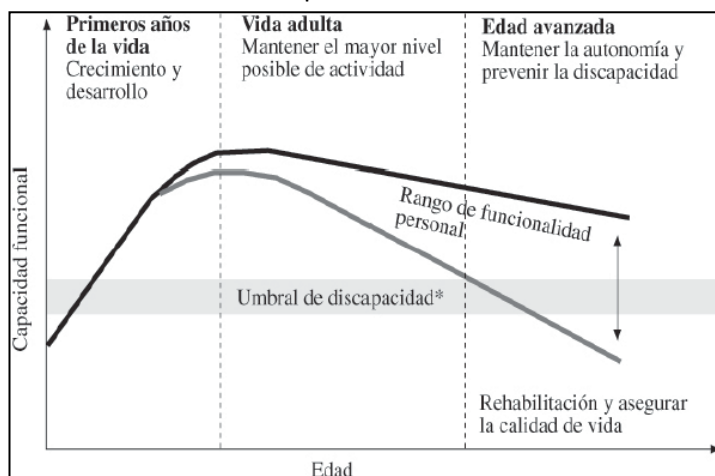


Fuente: Murray y López 1996¹⁶. Contribución por grupos de enfermedades en los países en vías de desarrollo y recién industrializados.

Para el año 2020, más del 70 por ciento de la carga global de la enfermedad en los países en desarrollo y en los países recientemente industrializados, se espera que sea causada por enfermedades no transmisibles, trastornos de la salud mental y lesiones. Las políticas centradas en el desarrollo comunitario, la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, suelen ser las más eficaces para controlar la carga de la enfermedad.

Mayor riesgo de discapacidad: las enfermedades crónicas son una importante causa de discapacidad y de calidad de vida inferior. La autonomía de una persona mayor se ve comprometida cuando las discapacidades físicas o mentales dificultan el desarrollo de las “actividades de la vida diaria básicas e instrumentales”. La probabilidad de tener discapacidades importantes aumenta a partir de los 80 años. Pero las discapacidades relacionadas con el envejecimiento pueden evitarse o retrasarse con políticas y programas adecuados “favorables a los mayores”.

Figura 2. Mantenimiento de la capacidad funcional durante el ciclo vital.



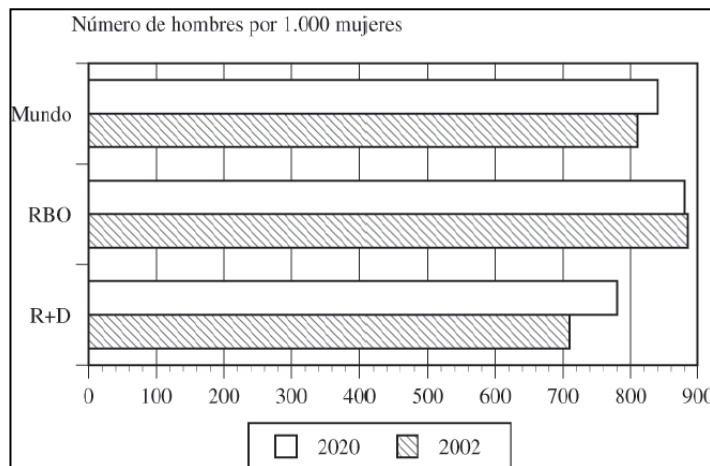
Fuente: Kalache y Kickbusch, 1997¹⁷.

Los cambios en el entorno pueden reducir el umbral de discapacidad, disminuyendo así el número de personas con discapacidad en una comunidad dada. La capacidad funcional (como la capacidad respiratoria, la fuerza muscular y el rendimiento cardiovascular) aumenta en la infancia y llega al máximo en los primeros años de la edad adulta, declinando a continuación. Sin embargo, el ritmo del declive viene determinado, en gran medida, por factores relacionados con el estilo de vida adulta, como el tabaquismo, el consumo de alcohol, el nivel de actividad física y la dieta y con factores externos y medioambientales. La pendiente del declive puede llegar a ser tan inclinada que dé lugar a una discapacidad prematura. No obstante, se puede influir sobre la aceleración de este declive y hacerlo reversible, a cualquier edad, mediante medidas tanto individuales como de salud pública.

Modificación de paradigma: un paradigma que tienda hacia la consideración de los mayores como participantes activos de una sociedad, que integra el envejecimiento y contemple a estas personas como contribuyentes activos y beneficiarios del desarrollo.

Feminización del envejecimiento: las mujeres viven más tiempo que los hombres en casi todas las partes del mundo, esto se refleja en una mayor proporción de mujeres que de hombres en los grupos de edad más avanzada. Las mujeres mayores son más vulnerables a la pobreza, aislamiento social, la enfermedad y la discapacidad.

Figura 3. Proporción de sexos por regiones del mundo 60 y más años, en 2002 y 2020.



Fuente: Naciones Unidas 2001¹⁸. RBD: regiones menos desarrolladas. R+D: regiones más desarrolladas.

La relación de sexos en las poblaciones con 60 años y más, refleja la mayor proporción de mujeres que de hombres en todas las regiones del mundo, sobre todo en las regiones más desarrolladas.

La ética y las desigualdades: el envejecimiento de la población, perfila una serie de consideraciones éticas que están vinculadas con la asignación de los recursos, las decisiones sobre intervenciones sanitarias, relacionadas con la aceleración o el retraso indebido de la muerte, la investigación y la manipulación genética y multitud de dilemas asociados con los cuidados de larga duración y los derechos humanos de las personas mayores pobres y con discapacidad. La toma de decisiones éticas y la defensa de los derechos de todas las personas mayores deben ser estrategias fundamentales en cualquier planificación para el envejecimiento.

Para fomentar un envejecimiento activo desde los sistemas sanitarios, es necesario que se favorezca una perspectiva de ciclo vital orientado a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, el acceso equitativo a la atención primaria y un enfoque equilibrado de los cuidados de larga duración. Es recomendable que los servicios sanitarios y los servicios sociales estén integrados, sean equitativos y rentables.

Los cuidadores profesionales necesitan estar formados sobre modelos que potencien la capacidad de la persona mayor atendida, que conozcan sus puntos fuertes y les permita mantener la independencia incluso cuando están enfermas o en situación de fragilidad. Los cuidados de larga duración requieren de un equilibrio entre el autocuidado, el sistema de apoyo informal y los cuidados profesionales.

2. EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA EN ESPAÑA EN EL SIGLO XX.

En España a lo largo del siglo XX, se ha producido un espectacular aumento, en términos absolutos y relativos de población de 65 y más años. Esta población, que vamos a denominar mayor, ha pasado de representar a principios de siglo el 5,20% de la población total, al 10% en la década de los 70 y al 17,04% a principios del siglo XXI. Al mismo tiempo se ha producido un descenso en el peso demográfico de la población más joven. La estimación de Naciones Unidas en los años 90, era que España sería el “país más viejo del mundo” en el 2050¹⁹.

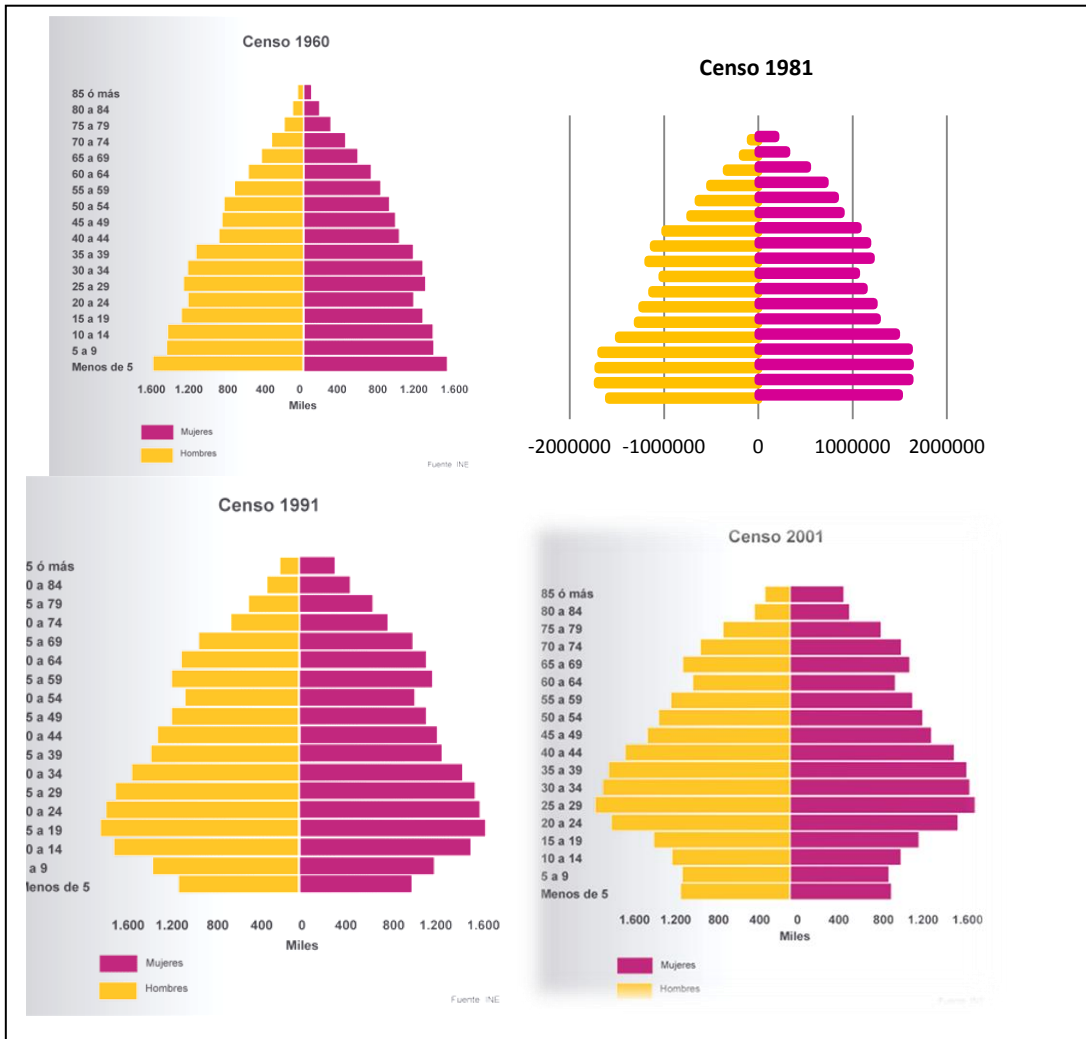
Los escenarios previsibles sobre población mayor (65 y más años), indican que entre los años 2010 y 2020 se incorporarán al grupo de viejos aquellas generaciones nacidas durante la Guerra Civil y la postguerra, en consecuencia, se producirá un vacío relativo de la población mayor en los primeros tramos de edad frente a la población que superará los 75-84 años. Posteriormente durante los años 2020 y 2040 se producirá un aumento de la población, resultado de la incorporación de las generaciones más numerosas de la historia de España²⁰, se estima que hacia el año 2050 las personas mayores supondrán el 32% de la población.

Los principales elementos que han favorecido el cambio de la pirámide poblacional son: la generación del “baby boom”, una fecundidad más baja desde el fenómeno “baby boom” y el aumento de la esperanza de vida en personas de edad avanzada. La creación de la Ley de la Seguridad Social en 1963, hizo que la sanidad pública estuviese generalizada para la mayoría de los ciudadanos, favoreciendo la reducción de la mortalidad, especialmente la mortalidad infantil, se pasó de un 29,5% en 1965 a un 12,47% en 1981.

Se conoce como generación del “baby boom” a las personas que nacieron después de la Segunda Guerra Mundial hasta aproximadamente 1975, en España no se recuperó la natalidad después de la guerra, la dictadura, el aislamiento internacional y la miseria pudieron ser los motivos. Posteriormente, los nacimientos batieron records antes de comenzar un acusado descenso a partir de 1975, época en la que se produjo una crisis económica con un aumento significativo del paro. La precariedad de contratos laborales y el alto precio de la vivienda, dificultaron la emancipación de los jóvenes, prolongando su período de formación y permanencia con los padres.

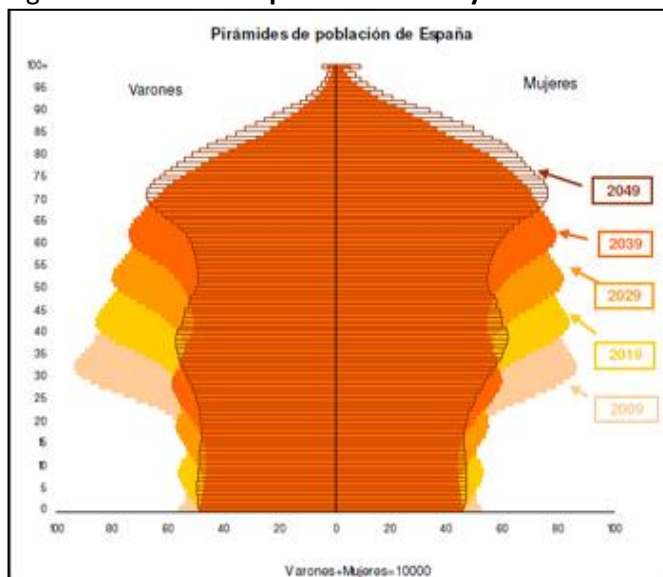
La tasa de fecundidad descendió de forma continuada después de ese período, coincidiendo con el logro social de mejorar las oportunidades para las mujeres, entre las que destacan: el poder de decisión sobre su maternidad y las opciones de actividad en el mundo laboral. Estos fenómenos fueron acompañados de un constante aumento de la supervivencia generacional²¹. Según las proyecciones que presenta Naciones Unidas, España mejorará en los próximos años los datos sobre fecundidad, se pasará del 1,38 niños/mujer en el 2000-2005 a 1,84 en 2045-2050, con perspectivas de mejora para el quinquenio 2095-2100 (2,07)²², aunque tenemos que tener en cuenta que las predicciones demográficas a medio y largo plazo son inestables.

Figura 4. Pirámides de población según Censos: 1961-1981-1991-2001.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística²³

Figura 5: Pirámide de población 2009 y 2049

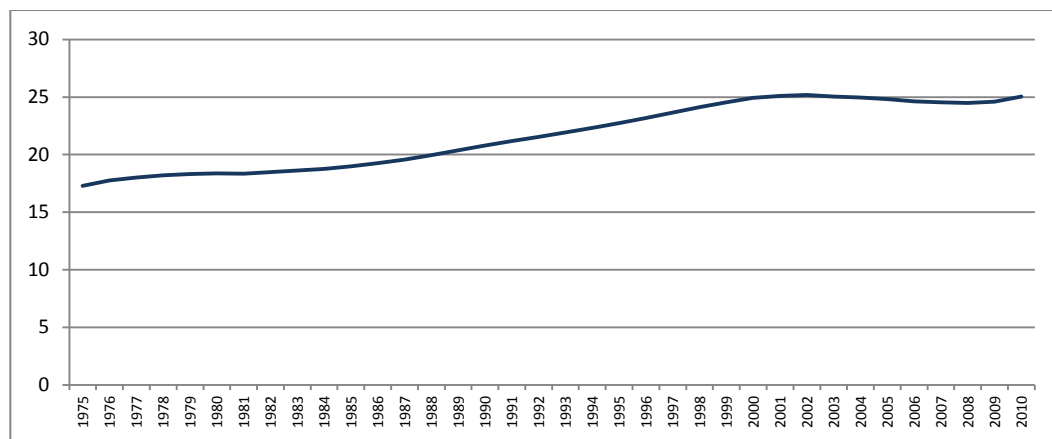


Fuente: INE. Proyecciones de población a largo plazo.

El aumento de la esperanza de vida, producido durante el último siglo, ha supuesto un aumento de supervivientes de cada cohorte, a lo largo de todas las edades del ciclo vital. Se puede interpretar como el resultado de las mejoras en la salud materno-infantil, salud pública, programas sanitarios y en las condiciones de vida. Los nacidos a partir de mediados del siglo XX son las primeras generaciones que consiguen llegar a los 50 años con la mitad de sus efectivos vivos. Se ha pasado de los 34,8 años de vida media en 1900 a 81,6 años en el 2009. En la proyección realizada por el Instituto Nacional de Estadística, se observa cómo los tramos de edades medias se estrecha y la cúspide se va ensanchando, la estimación del porcentaje de personas mayores de 65 años es que aumente del 16,8% al 31,9% y el porcentaje de mayores de 80 años pasará del 4,9% al 11,8%, este envejecimiento previsiblemente determinará la organización social del futuro. Es el momento de planificar y consensuar las políticas de atención a los mayores que garanticen la sostenibilidad del sistema de bienestar.

Una de las implicaciones sociales más importantes del fenómeno del envejecimiento es el problema de la dependencia, la relación entre edad y dependencia es muy marcada²⁴. Al inicio de 2010, la tasa de dependencia para nuestro país se sitúa en el 46,8% y según la proyección de población de España a corto plazo²⁵ realizada por el Instituto Nacional de Estadística aumentará hasta el 55,2% para el 2019, esto significaría que más de la mitad de la población puede llegar ser dependiente, de la población entre 15 y 65 años.

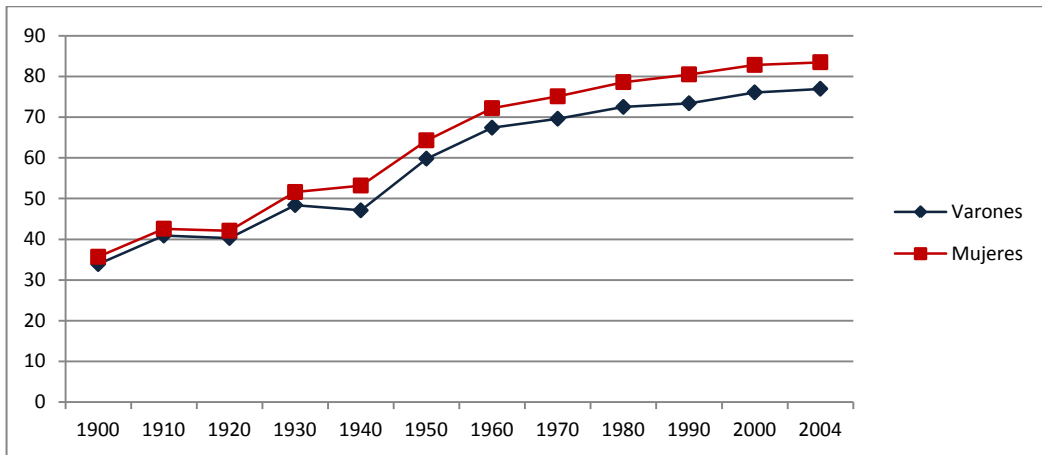
Figura 6. Tasa de dependencia mayores de 64 años, España 1975-2010.



Fuente: INE, INEBASE 2010.

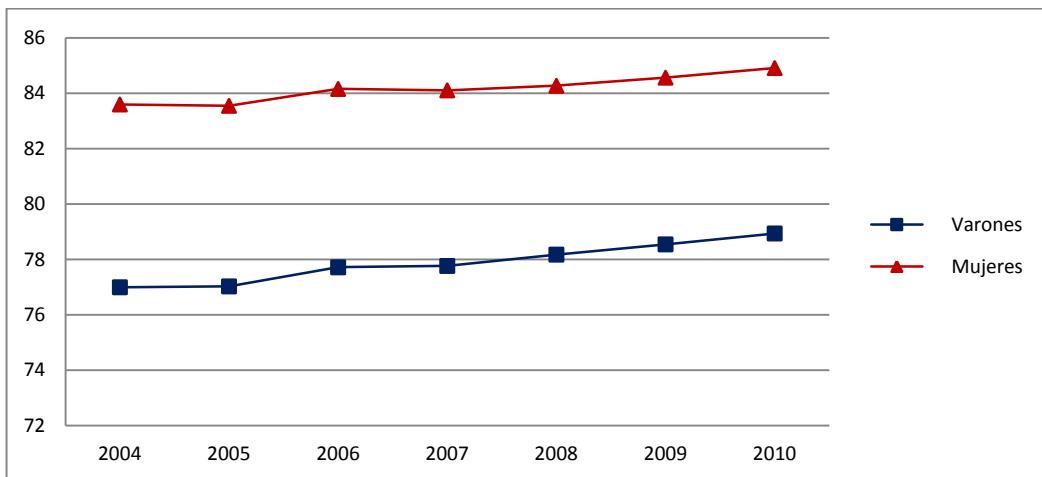
La tendencia global a lo largo de la historia reciente es la existencia de un desequilibrio entre hombres y mujeres, sobre todo a partir de los 65 años, por una mayor mortalidad ente los varones, produciéndose un proceso de feminización de la vejez. Entre los años 1900 y 1960 los varones ganaron 2,8 años y las mujeres 5,8, entre 1960 y 2009 las ganancias fueron de 5.0 y 6,7 respectivamente²⁶.

Figura 7. Esperanza de vida al nacer por sexo 1900-2004. España



Fuente: INE

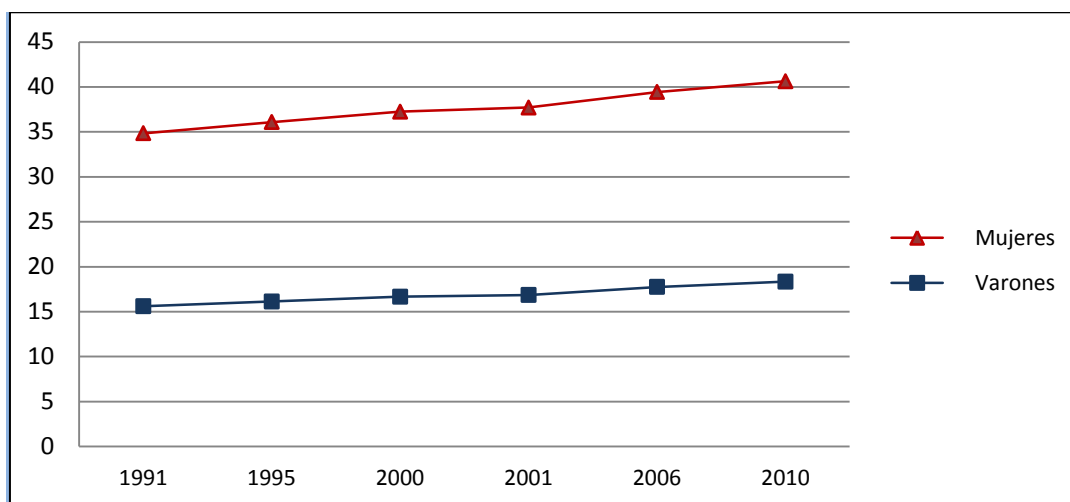
Figura 8. Esperanza de vida al nacer por sexo 2004-2010. España



Fuente INE.

La esperanza de vida femenina es más alta que la masculina en todas las edades. Entre las características de las mujeres mayores en España, podemos destacar que tienden a tener peor estado de salud que los hombres, por ejemplo, la proporción de mujeres que padecen enfermedades crónicas es mayor que la de los varones (86,2% y 79,3% respectivamente), también padecen más enfermedades por persona (4,05 frente 3,57 de los varones) y más de la tercera parte de las mujeres presenta discapacidad (35,9%) mientras que los varones es algo más de la cuarta parte (27,1%)²⁷.

Figura 9. Esperanza de vida a los 65 años por sexo, 1991-2010. España

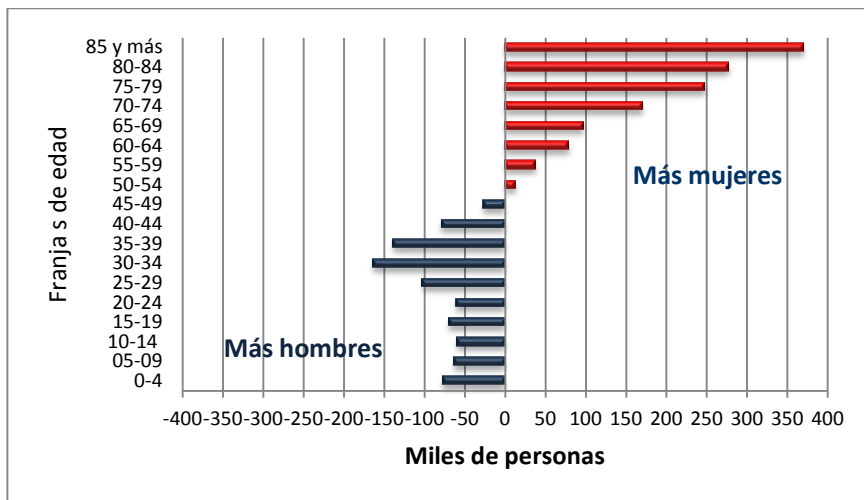


Fuente: INE: INBASE 2010.

La experiencia de soledad entre las mujeres mayores es más frecuente que la media del conjunto de la sociedad española. Entre las variables que más influyen están: estado civil (más viudas que viudos), estado de salud frágil o el nivel educativo que según el Centro de Investigaciones Sociológicas guarda una relación negativa con este sentimiento²⁸. Sobre la aportación de las mujeres mayores a nuestra sociedad, destaca el rol tradicional de cuidado en el hogar, que se llega intensificar en la prestación de ayuda a otras personas, como sus nietos o los hijos que siguen viviendo en sus hogares.

En las conclusiones del XVIII Congreso de la SEEGG²⁹, celebrado en Murcia en el año 2011, con el lema “Envejecer: un éxito vital”, se indicaba que la mujer tiene una manera particular de envejecer, debido a su capacidad y el interés por la vida. A medida que envejece y después de haberse dedicado a los demás miembros de la familia, se siente por fin dueña de su vida, lo que le permite un afrontamiento más eficaz de la jubilación. Con la edad, la mujer desarrolla un rol social poco valorado por la sociedad actual, pero con contribuciones tan significativas como la transmisión de valores, el refuerzo de las redes sociales, el cuidado del hogar y de otros miembros de la familia, además de su aportación invisible a la economía general del país a través del trabajo no remunerado.

Figura 10. Diferencia de población de hombres y mujeres por edad, 2009. España.

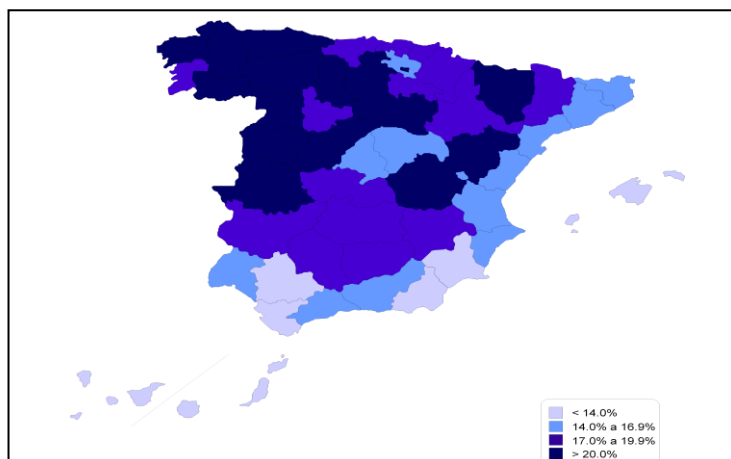


Fuente: INE: INEBASE. Avance del padrón municipal a 1 de enero de 2009

Según las proyecciones de la población española a corto plazo (2010-2020)³⁰, de mantenerse las tendencias y comportamientos demográficos actualmente observados, la esperanza de vida al nacimiento se incrementaría tanto en los varones (1,7 años hasta 80,1 años) como en las mujeres (1,5 hasta los 86,1 años), al mismo tiempo la esperanza de vida de los que cumplan 65 años aumentaría hasta los 19,1 años en los varones y 23,1 años en las mujeres. No obstante este crecimiento puede variar si cesan o ralentizan los avances en sanidad, la adopción de costumbres más sanas o la difusión de estos progresos por los distintos estratos de la sociedad³¹.

La distribución territorial de la población mayor de 65 o más años, no es homogénea en el territorio nacional, podemos encontrar diferencias provinciales³² que siguen el modelo de: provincias interiores envejecidas, y meridionales y periféricas con más jóvenes, como se muestra en el mapa. Las provincias y comunidades autónomas con mayor número de personas de edad avanzada, no coinciden con las que tienen mayor proporción de personas mayores. Los núcleos urbanos son los que acogen mayor número de personas de edad avanzada.

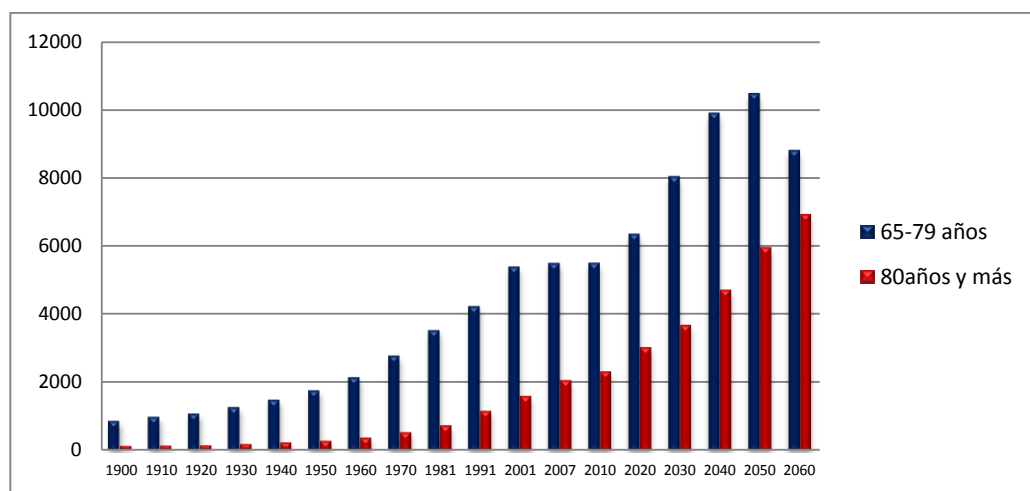
Figura 11. Distribución de las personas mayores de 65 y más años. 2007



Fuente: INE, INE BASE. Revisión del Padrón Municipal de habitantes a 1 enero 2007.

El incremento de la esperanza de vida ha producido cambios en la estructura de la población, no solo ha aumentado el número de personas mayores de 65 y más años, con respecto a la población total sino que también se está dando un fenómeno llamado “envejecimiento del envejecimiento”, es decir, hay un considerable número de personas de 80 y más años de edad. Se estima que en un futuro próximo, como hemos mencionado anteriormente, se producirá un incremento en el porcentaje de población de 80 y más años³³. En la siguiente figura se puede observar la previsión de este incremento.

Figura 12. Evolución de la población mayor. España 1900-2060

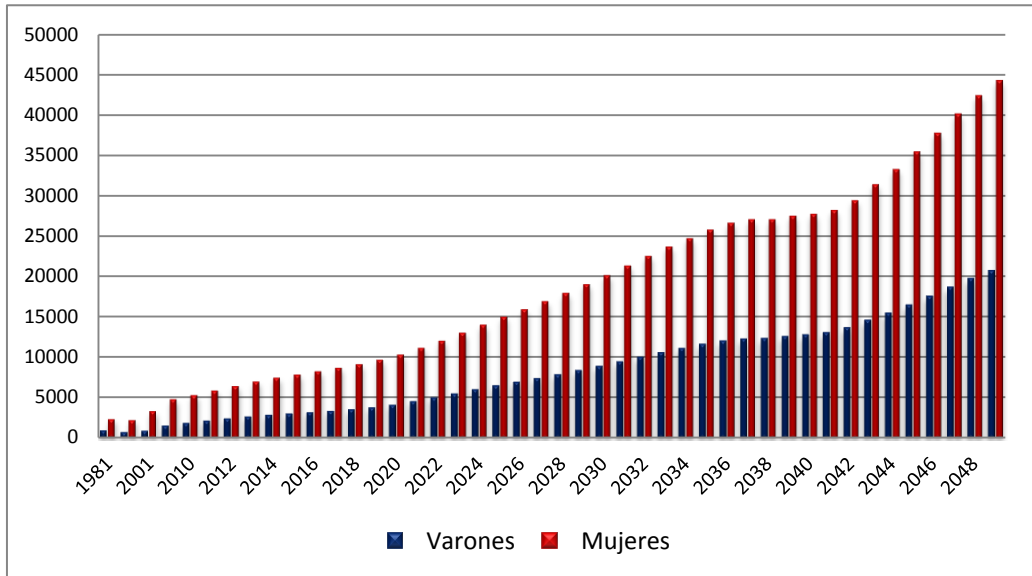


Fuente: INE: INEBASE: 1900-2001 cifras de población, 2007: revisión del Padrón Municipal de habitantes a 1 de enero de 2007. 2010-2060. INE: INEBASE, proyecciones de la población calculadas a partir del Censo de población de 2001.

El incremento de las personas centenarias ha sido exponencial, el volumen de personas centenarias en 1970 representaban un escaso peso, en el 2001 alcanzaban la cifra de 3.000 centenarios, de los cuales el 75% eran mujeres y en el 2008 superaban el valor de 6.000 personas³⁴. Se observan desequilibrios interprovinciales, de forma que las mayores tasas de centenarios en relación con la población de 65 años son: Guadalajara, Ávila Pontevedra, Soria, Segovia, Orense, Zamora y Salamanca.

La tasa de centenarios en Soria en el año 2009 ascendía a 113 por 100.000 habitantes con una relación de un hombre por cada cuatro mujeres, los nonagenarios residentes en la provincia eran 1682 de los cuales 1184 eran mujeres y 498 hombres. Según el investigador de este estudio la genética, la nutrición, el ejercicio físico y mental, los factores ambientales y sanitarios constituyen los principales agentes que intervienen en la longevidad que presentan los sorianos³⁵.

Figura 13. Evolución de la población de 100 y más años, por sexo. España



Fuente : INE. INEBASE. 1981,1991, 2001 datos de censo. A partir del año 2010 son proyecciones.

La aportación migratoria de adultos jóvenes se ha considerado como una solución para aumentar las generaciones menguadas por la caída de la natalidad y conseguir, así un aumento de población en edad activa, ensanchar la base de la pirámide por la inmigración de mujeres fértiles y mejorar de esta forma la tasa de dependencia. Pero los flujos migratorios no son fácilmente predecibles en cuanto a la intensidad ni su tipología, especialmente cuando se necesitarían flujos sostenidos durante largos periodos de tiempo³⁶, los datos del año 2010 indicaban una reducción de inmigrantes de hasta un 54%, respecto a las personas que entraron en España procedentes del extranjero durante el 2007³⁷. El impacto de los inmigrantes en la esperanza de vida es insignificante³⁸.

En España se ha visto una tendencia migratoria, que aunque no es nueva se ha incrementado en los últimos años, como es la llegada de jubilados europeos a las costas (litoral Mediterráneo, Islas Canarias), en busca de clima más suave, coste de vida más bajo e infraestructuras (ocio, sanitarias). La principal consecuencia es la creación de espacios demográficos municipales sobre-envejecidos.

2.1 Implicaciones del envejecimiento demográfico

Estos cambios llevan a modificaciones en la estructura social³⁹ (cambios en la organización laboral, productiva, de seguridad, en la cultura y su jerarquía de status y roles, en los valores, en las actitudes ante la vida...) así como, en el conjunto de las relaciones sociales (familiares, intergeneracionales, de género...).

Es importante considerar al grupo de personas mayores como un grupo muy heterogéneo. Destacan 5 aspectos del envejecimiento⁴⁰: incremento del volumen de mayores; un crecimiento no homogéneo en todas las edades de la vejez; la inversión de la jerarquía entre jóvenes y ancianos, el aumento de población mayor de 65 años va acompañado de una disminución de los jóvenes menores de 15 años; la diferencia del envejecimiento por sexo, caracterizado por la feminización de la vejez y la generalización del envejecimiento en el contexto mundial.

Compartimos la opinión de Gro Harlem Brundtland, directora general de la Organización Mundial de la Salud en 1999, sobre su concepto del envejecimiento de la población, cuando afirma que es ante todo y sobre todo una historia del éxito de las políticas de salud pública, así como del desarrollo social, económico y tecnológico. Estos éxitos conllevan unas implicaciones múltiples y variadas en todos los ámbitos de la vida humana tanto en el plano individual como social.

España tendrá que asumir el reto del envejecimiento y las cuestiones derivadas del mismo, en un tiempo más corto y para un periodo más largo. La respuesta a este reto se realiza a través de políticas públicas, actuando en diferentes áreas como son: política de pensiones, política de empleo, política de migración e integración, desarrollo de infraestructuras, política de salud y cuidados de larga duración.

Las políticas deben abordarse desde el concepto de “envejecimiento activo”, fomentando el potencial de los mayores y haciendo de la sociedad un lugar de convivencia de todas las edades. Las recomendaciones en distintos países están centradas en tres aspectos fundamentales: considerar la vejez como una oportunidad y no como una carga; la provisión de cuidados y seguridad en la vejez debe afrontarse desde una perspectiva integral, más allá de la mera gestión de la dependencia, el grupo de mayores constituyen un grupo de gran valor para la sociedad⁴¹.

Para fomentar el envejecimiento activo⁴², es preciso que los sistemas sanitarios adopten una perspectiva de ciclo vital orientado a la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, el acceso a la atención primaria y un enfoque equilibrado de los cuidados de larga duración. Los servicios sanitarios y sociales deben estar integrados⁴³ y es preciso encontrar una armonía entre el auto-cuidado, el sistema de apoyo informal y los cuidados profesionales.

La respuesta a las necesidades que plantea el envejecimiento, el aumento de enfermedades crónicas, la reducción de reserva funcional y mayor facilidad de aparición de discapacidad, es preciso que sean abordadas desde equipos interdisciplinares, en ellos el/la enfermera/o será responsable del cuidado de la persona, familia o grupo social, desde un enfoque de orden curativo, preventivo y rehabilitador, de promoción de la salud de auto-cuidado y de apoyo al principal cuidador, la familia.

Se precisan profesionales formados y dispuestos a cuidar a los mayores, poniendo de relieve la capacidad de las personas atendidas, reconociendo sus puntos fuertes y permitiendo mantener la independencia en cualquier situación de salud. Habrá que desarrollar una ética de lo cotidiano, que haga hincapié en cuidados que no precisan grandes medios técnicos, como: la escucha, comunicación, estar cerca de la personas, respetar su intimidad, su voluntad, ayudarles a dar soluciones a los problemas cotidianos⁴⁴. Está aceptado que el mejor lugar para cuidar a los mayores es su propio entorno. En el año 1999 bajo el lema “Una sociedad para todas las edades” se presentaron los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas mayores: Independencia, participación, autorrealización, cuidados y dignidad.

3. BIBLIOGRAFIA

⁵Martínez Zahonero Jose Luis. Economía del envejecimiento. Calidad y financiación de los cuidados prolongados para los ancianos. Madrid:Consejo Económico y social;2000.

⁶División de Población del departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. Una sociedad para todas las edades. Envejecimiento de la población hechos y cifras. Basado en el Informe elaborado para proporcionar fundamentos demográficos sólidos para los debates de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento. Madrid 2002. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/newpresskit/hechos.pdf>

⁷Pérez Díaz J. El envejecimiento de la población española. Investigación y ciencia. Noviembre 2010:34-42.

⁸Asghar Zaidi. Características y retos del envejecimiento de la población: La perspectiva europea. European Centre. Policy Brief Marzo 2008.

⁹Vinuesa Angulo Julio, Zamora López Francisco, Génova i Maleras Ricard, Serrano Secanella Pedro, Recaño Valverde Joaquín. Natalidad, Fecundidad y Nupcialidad (Cap. 4). En Vinuesa Angulo Julio. Demografía: análisis y proyecciones. Madrid: Síntesis. 1994. p.93

¹⁰Vinuesa Angulo J. Envejecimiento de la población: una perspectiva sociodemográfica. En: Segovia de Arana. Biosociología del envejecimiento. Madrid: Farmaindustria. 1997. p.20

¹¹Vinuesa Angulo Julio, Zamora López Francisco, Génova i Maleras Ricard, Serrano Secanella Pedro, Recaño Valverde Joaquín. Natalidad, Fecundidad y Nupcialidad (Cap. 5). En Vinuesa Angulo Julio. Demografía: análisis y proyecciones. Madrid: Síntesis.1994. p.129

¹²Uranga Iturroiz MJ, Calvo Aguirre JJ, Torrijos Torrijos M. Enfermería Geriátrica en el medio socio-sanitario. SEEGG Donostia- San Sebastián. 2001.

¹³Boletín sobre envejecimiento. Perfiles y tendencias. 2001;4-5:1-36.

¹⁴Organización Mundial de la Salud, Grupo Orgánico de Enfermedades no transmisibles y Salud Mental, Departamento de prevención de las enfermedades no transmisibles y Promoción de la Salud, Envejecimiento y ciclo vital. Envejecimiento activo: un marco político. Rev. Esp. Geriatr Gerontol. 2002;37(sup 2):74-105.

¹⁵Organización Mundial de la Salud, Grupo Orgánico de Enfermedades no transmisibles y Salud Mental, Departamento de prevención de las enfermedades no transmisibles y Promoción de la Salud, Envejecimiento y ciclo vital. Envejecimiento activo: un marco político. Disponible en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/.../oms-envejecimiento-01>.

¹⁶Murray C, López A. The Global Burden of Disease. Oxford University Press. 1996

¹⁷Kalachea A, Kickbusch I. A global strategy for healthy ageing. World Health 1997:4-5.

¹⁸Naciones Unidas (NN.UU.). World Population Prospects: The 2000 Revision; 2001.

¹⁹Marina JA. Una filosofía de la ancianidad. Rev ROL Enf; 27(4):5-20.

²⁰Salvà Casanovas A, Rivero Fernández A, Roque Figuls M. Evolución del proceso de envejecimiento de la población española y análisis de sus determinantes. Institut de l'Envelliment UAB. Pfizer fundación. 2007:9.

²¹Pérez Díaz Julio. El envejecimiento de la población española. Investigación y Ciencia. 2010:34-42.

²²Source: United Nations, DESA, Population Divison World Population in 2300 (ESA/P/WP.187) forth coming. http://www.un.org/esa/population/Executivesummary_Spanish.pdf.

-
- ²³Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm
- ²⁴Teijeiro Alfonsin, Eduardo. Los mayores en España según censos demográficos. *Rev Estadística y sociedad*. 2005;9:10-11.
- ²⁵Proyección de la población a corto plazo, realizada por el Instituto Nacional de Estadística (19 de noviembre 2009). Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi>
- ²⁶Causapié Lopesino P, Balbontín López-Cerón A, Porras Muñoz M, Mateo Echanagorría. *Envejecimiento Activo. Libro Blanco. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaría General de Política Social y Consumo. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid. 2011. p.39.*
- ²⁷Pérez Ortíz Lourdes. Envejecer en femenino, algunas características de las mujeres mayores en España. *Boletín sobre envejecimiento perfiles y tendencias. Ministerio de trabajo y asuntos sociales*. 2004;9.
- ²⁸Actitudes y valores en las relaciones interpersonales. Centro de Investigaciones Sociológicas. Enero 2002.
- ²⁹XVIII Congreso nacional de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. "Envejecer: un éxito vital". Murcia 2011. Disponible en: http://www.arrakis.es/~seegg/conclusiones_congresos.html#xviiiicongreso
- ³⁰Instituto Nacional de Estadística. *Proyecciones de la Población de España a corto plazo 2010-2020. Notas de prensa; octubre 2010.*
- ³¹Guijarro Marvi Marta, Pelaez Herreros Oscar. *Proyección a largo plazo de la Esperanza de vida en España. Estadística Española. 2009;51(170):193-220.*
- ³²Fuente: INE.INEBASE: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2007. INE.
- ³³2007: INE: INEBASE. Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2007. 2010-2060: INE: INEBASE. Proyecciones de la población calculadas a partir del Censo de Población de 2001.
- ³⁴Reques Velasco P. Longevidad y territorio. Un análisis geodemográfico de la población centenaria en España. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008;43(2):96-105.
- ³⁵Ruiz Liso Juan Manuel. *Historia epidemiológica Soria 1900-2010. Soria. Fundación científica caja rural de Soria, Complejo hospitalario de Soria, Ilustre colegio oficial de médicos de Soria; 2011.*
- ³⁶Vinuesa Angulo Julio. *Análisis del envejecimiento demográfico. Encuentros multidisciplinares. 2004;16(VI). Madrid. Fundación de la Universidad Autónoma. P.30-37.*
- ³⁷INE. *Proyección de la población de España a corto plazo 2010-2020. Disponible en: http://www.ine.es/prensa/prensa.htm*
- ³⁸Bermúdez Morata Lluís, Guillen Estany Montserrat, Solé Auró Aïda. *Escenarios de impacto de la inmigración en la longevidad y la dependencia de los mayores en la población española. Rev Geriatr Gerontol.2009;44(1):19-24.*
- ³⁹Giro Miranda Joaquin. *Envejecimiento y sociedad una perspectiva pluridisciplinar. Universidad de la Rioja, servicio de publicaciones. 2004*
- ⁴⁰López y Villanueva, Cristina. "Perspectivas del envejecimiento mundial". *Educación social. 2002; 22:32-50.*

⁴¹Conference on Caring for Older People at Home - A Strategy for Social Inclusion. Prof. Robert Stout, Member of the UK Royal Commission on the Funding of Long Term Care for the Elderly. Disponible en: http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/ageing/news/care_en.htm

⁴²Organización Mundial de la Salud (2002), utiliza el término de envejecimiento activo como el proceso por el cual se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda a vida con el objeto de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez.

⁴³Peggy Adwards. Salud y Envejecimiento. Boletín sobre el envejecimiento, perfiles y tendencias. Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales. Observatorio de personas Mayores. Organización Mundial de la Salud, departamento de Promoción de la Salud, Prevención y Vigilancia de las Enfermedades no contagiosas. 2001;nº4-5.

⁴⁴Moya Bernal Antonio. Consideraciones Bioéticas alrededor de las personas mayores. Boletín sobre envejecimiento perfiles y tendencias. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. IMSERSO Observatorio de personas mayores. Madrid; 2006.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y CONCEPTUALES



La etapa de la vejez es constitutiva de estudio en diversas disciplinas del ámbito de la sanidad y de las ciencias sociales, desde enfermería, medicina, sociología, psicología..., se han realizado aproximaciones sobre la valoración y el modo de identificar, valorar y tratar la vejez.

La gerontología y geriatría⁴⁵ se consideran especialidades jóvenes comparadas con otras, aunque no tanto como pudiera parecer. En todas las sociedades han existido las personas mayores y a lo largo de la historia se han realizado diversas consideraciones en torno al concepto de vejez, muy relacionado con los factores culturales de la sociedad, estas consideraciones las podemos contemplar como aportaciones previas al desarrollo de la disciplina de la Geriatría⁴⁶. El valor y sentido concedido a la vejez está en función de los diferentes grupos sociales, ya sea como grupo minoritario o como numéricamente significativo. Los ancianos no siempre han tenido la misma consideración, encontrando referencias donde se considera la vejez como una etapa de gran plenitud y en otras se presenta como un momento de deterioro del ser humano.

La forma de enfocar la atención a los mayores, así como su posición en la sociedad, ha sido muy variable, influido entre otros factores por: discursos políticos, prácticas sociales e intereses económicos. Conocer este contexto es vital para entender la valoración que reciben los mayores en cada época y sociedad. Hay autores^{47,48} que afirman que el rechazo a la vejez, se manifiesta de modo diferente según el grupo social y cultural, pero que tiende a estar presente en todas las sociedades, especialmente en las sociedades occidentales donde se percibe una preferencia por la juventud frente a la vejez.

1. CONSIDERACIONES SOBRE DE LA VEJEZ A LO LARGO DE LA HISTORIA.

En el Antiguo Testamento ya se mostraba interés por la vejez y se enfatizaba constantemente sobre la dignidad y la sabiduría de las personas mayores, junto a las especiales cualidades de la vejez para cargos elevados. De esta forma las personas mayores eran consideradas un referente y una guía para los jóvenes.

La cultura griega ofrecía diferentes actitudes y cambios sobre los roles, atributos y expectativas acerca de los mayores, a través de los distintos modelos culturales que jerarquizaban las edades del individuo y las capacidades propias de cada edad. Destacaron posturas antagónicas planteadas por Platón y Aristóteles, el primero en su obra "La República" consideraba la vejez como una etapa de la vida en la que las personas alcanzan la máxima prudencia, discreción, sagacidad y juicio, abogando por la Gerontocracia. Planteaba cómo los estilos de vida en la juventud y adultez, condicionan las vivencias del final de la vida. Platón planteó la importancia de la prevención y profilaxis, transmitiendo una visión positiva de la vejez.

Por el contrario, Aristóteles tiene una visión negativa de la vejez. En su *“Retórica”* destacaba el afán de disputa en la edad avanzada e interpretaba la compasión como una debilidad. La *“senectud”* considerada la cuarta y última etapa de la vida, la equiparaba a un momento de deterioro y ruina, etapa de debilidades e inutilidad social. Las personas mayores estaban caracterizadas como desconfiadas, inconstantes, egoístas y cínicas; asociaba la vejez a una enfermedad natural.

El contexto familiar era el espacio en el que los ancianos recibían cuidados, bien por sus propios hijos o quienes se lo podían permitir por sirvientes o esclavos. No fue posible introducir los cuidados bajo la óptica de la filosofía natural, ya que quienes los practicaban eran considerados, en el caso de las mujeres, jurídicamente menores y sin posibilidades de desarrollo intelectual, y en el caso de los esclavos y siervos como “objetos jurídicos” sobre los que se tenía la propiedad. Esta situación sociocultural obstaculizó que nos quedaran testimonios escritos, lo que hace difícil el estudio de los cuidados de enfermería aprendidos y desarrollados por las mujeres y los esclavos, en un mundo que los excluía. No se han encontrado, hasta la fecha, legados ni instituciones específicas que se ocupasen de los ancianos y es posible que el viejo sólo se encontrara aliviado por los gremios o corporaciones existentes, parecidas a las mutualidades⁴⁹.

Estas visiones antagónicas van a ser matizadas por diversos autores a lo largo de la historia del pensamiento humano, como si se tratara de un péndulo, que pasa de una visión positiva a una negativa sin encontrar el punto medio. La obra de Cicerón presenta una imagen positiva de la vejez. En su obra *“Cato Maior de Senectute”*, defendió la importancia de mantener en la vejez la continuidad de las actividades, en la ejercitación e incluso proponía integrar aspectos nuevos a las experiencias ya existentes⁵⁰. La mayor parte de las reflexiones que aportaba son de una gran modernidad, se puede llegar a pensar que Cicerón constituye quizás el primer antecedente histórico de la gerontología social⁵¹. Séneca sin embargo, seguía la línea de pensamiento de Aristóteles, compartía su visión negativa sobre la vejez asociándola a enfermedad incurable y decrepitud mental y física⁵².

En la cultura clásica la atención a los ancianos se vio condicionada por su situación social, aquellos pertenecientes a clases privilegiadas obtenían mejores consideraciones, como hemos mencionado no se encuentran referencias de instituciones específicas de atención a los ancianos. En el contexto familiar, el mayor tenía gran poder y era respetado y cuidado. La planificación de las ciudades, la higiene y el saneamiento en general fueron la nota predominante en esta civilización, de mentalidad preventiva en las que se elaboraron normas generales para el cuidado de la persona.

Con el triunfo del cristianismo, su dogma de pensar e interesarse por los demás, influyó en la filosofía y forma de vida de la sociedad. El altruismo y la caridad son principios que inspiraron a los cristianos en el cuidado a los más desfavorecidos. Esta nueva motivación obligó a organizar los cuidados y se iniciaron los primeros cuidados institucionales, creando hospicios donde se ocupaban de los más necesitados. Otros centros dedicados al cuidado de los enfermos y necesitados, son los llamados xenodoquios⁵³, éstos poseían varias dependencias con distintos fines como: posada, hospital, geriátricos, manicomios y orfanatos.

Los viejos eran alojados y atendidos en una edificación específica llamada *gerontokomia*⁵⁴ y allí eran atendidos principalmente por diaconisas ayudadas por viudas.

Estas mujeres, enfermeras consagradas y hombres de casta privilegiada pertenecientes a órdenes religiosas o militares⁵⁵, desempeñaban oficialmente las tareas de auxilio a los pobres, enfermos y desvalidos, desde la mayor igualdad y reconocimiento social que proporcionaba la filosofía cristiana. Los cuidados de enfermería⁵⁶ consistían en atender las necesidades físicas, psíquicas y sociales y como objetivo principal, aspiraban a la salvación de las almas de los enfermos y aquellos que les prestaban cuidados.

A lo largo de la Edad Media la población disminuyó drásticamente como consecuencia, entre otros factores de epidemias, desastres naturales, guerras y oleadas de crímenes. La vida se fue haciendo cada vez más peligrosa y se afianzó el rechazo hacia la vejez, considerada como una etapa de decadencia física y moral, donde el viejo se le suponía avaro, lujurioso, decrepito y egoísta. Comenzó, a finales de esta época, el desarrollo científico-médico, con avances en la mejora de alguno de los signos de decadencia física (sordera, dentición, vista). Se crearon los primeros hospitales, construidos cerca de los monasterios o catedrales, destinados a la atención tanto de los enfermos crónicos como de los ancianos e inválidos, ingresaban en ellos buscando cobijo, asistencia y auxilio espiritual hasta el fin de sus días⁵⁷.

El principal avance de los cuidados de enfermería, durante este período, vino probablemente de la organización interna de las instituciones monásticas. Magdalena Santo Tomás⁵⁸, enfermera e historiadora, describe por ejemplo la importancia de los cuidados enfermeros del Hospital de Burgos siendo la alimentación la base de los mismos.

En la época renacentista y barroca persistía una visión negativa y de rechazo a “lo viejo”, si bien volvemos a encontrar diferencias notables en el trato que recibían los mayores, según su poder y riqueza. Los ancianos burgueses eran respetados por sus familias mientras los más pobres eran ayudados en asilos y hospitales. Se iniciaron las primeras teorías sobre la salud, que era identificada como la ausencia de enfermedad, se crearon las primeras universidades y se vincularon con los hospitales, que dejaron de ser concebidos como asilo de desvalidos.

Algunos autores como Comfort⁵⁹, geriatra, biólogo, filósofo, novelista inglés y primer doctorado en gerontología en su país, consideran que la investigación científica del envejecimiento comenzó con la publicación del libro de Bacon (1561-1626), titulado *History of Life and Death*, en el que se planteaba la idea, en su momento precursora, de que la vida humana se prolongaría en el momento en el que la higiene y otras condiciones sociales y médicas mejorasen. Este libro mostraba ciertos matices propios de la Geriatría.

En el mundo contemporáneo, asociado a importantes cambios sociales, económicos y políticos, destacó la revolución industrial y el movimiento obrero. El hacinamiento y el caos urbanístico contribuyeron a unas escasas condiciones de salubridad, a pesar de la progresiva implantación de servicios públicos como el agua, el alcantarillado, el alumbrado y la mejora en la alimentación. En contraposición a las malas condiciones de vida y de enfermedades

endémicas, como la tuberculosis, se produjeron nuevos descubrimientos científicos, como las vacunas y la asepsia, que favorecieron un crecimiento demográfico espectacular.

La familia es quien ofrece en este periodo histórico, siempre que puede, apoyo a sus miembros más viejos, aunque algunos acababan sus días en hospicios totalmente despojados de sus pocas pertenencias. Esta suerte la corrían los ancianos de clases bajas, los pertenecientes a clases más privilegiadas llegaban incluso a ostentar poder, generando la denominada gerontocracia. Socialmente se instituyeron políticas sobre la vejez para dar respuesta a las necesidades de este grupo.

La literatura sobre la ancianidad muestra el interés suscitado durante los siglos XIX y XX por la longevidad, prolongación de vida y las reflexiones acerca de los consejos que permitan conseguirla⁶⁰. En este contexto surgieron los términos de Gerontología y Geriátrica. Si bien, el desarrollo de políticas de atención a los problemas y necesidades, no solo médicos de los mayores, como sujetos con características diferentes del resto de la población, comenzaron después de la Segunda Guerra Mundial.

La evolución histórica de la atención de los mayores coincide con la evolución histórica de la enfermería propuesta por Collière y desarrollada también por otros autores⁶¹, en la que se consideran cuatro etapas para el estudio de la historia del cuidado. La primera etapa, la doméstica, en ella el concepto de salud se relaciona con el mantenimiento de la vida y es la mujer en cada hogar la encargada de este aspecto de la vida. La segunda etapa, la vocacional, en la que se inicia la creencia del concepto de salud asociado a un valor religioso. La enfermería de esta época se representa como una actividad ejercida por personas con gran sentido de religiosidad, caridad, sumisión y obediencia. La tercera etapa, llamada técnica, donde la salud es entendida como una lucha contra la enfermedad, la enfermera técnica centra su atención en el enfermo como sujeto de una enfermedad. Y por último, la etapa profesional, en la que se concibe la salud como el equilibrio entre los individuos y su ambiente; y la actividad de enfermería se entiende como el conjunto de actividades enmarcadas en un sistema conceptual y manejando una metodología de trabajo propia de la disciplina.

2. CONCEPTO DE GERONTOLOGÍA y GERIATRÍA.

CONCEPTO DE GERONTOLOGÍA.

El término “Gerontología” fue propuesto por el biólogo y sociólogo ruso Metchnicoff, en su libro “La naturaleza del hombre: estudios de una filosofía optimista”, para designar el estudio científico de la vejez. En su obra realizó una reflexión filosófico-antropológica sobre la vejez⁶², señalaba *“... pienso que es extremadamente probable que el estudio científico de la vejez y de la muerte, dos ramas de la ciencia, que pudieran ser llamadas respectivamente, gerontología y tanatología, nos aportará numerosas modificaciones en el curso del último período de la vida”*⁶³

El concepto de Gerontología procede de la voz griega ancianos y estudio o tratado. Puede ser definida como la disciplina científica que aborda el envejecimiento en todos sus aspectos, desde una perspectiva multidisciplinar, recibiendo aportes de las ciencias de la salud, enfermería, biología, medicina, psicología, sociología, terapia ocupacional, etc.

La gerontología tiene distintos objetos de estudio caracterizados por ser variables, cambiantes y dinámicos como son: el viejo, la vejez y el envejecimiento así como sus consecuencias⁶⁴. Desde esta perspectiva, se diferencian tres ramas de la gerontología según los aspectos que se aborden⁶⁵: la gerontología social, cuyo objeto de estudio son los aspectos socioeconómicos y culturales que influyen en el envejecimiento; la gerontología experimental, referida a aspectos de investigación que nos permiten avanzar en el conocimiento del envejecimiento y por último, la gerontología clínica, que presenta a todo lo que tiene que ver con la enfermedad, su prevención, diagnóstico y la intervención terapéutica, incluida la rehabilitación y la readaptación social.

CONCEPTO DE GERIATRÍA

Se considera la geriatría como una parte de la gerontología que se ocupa de los aspectos médicos relacionados con el hombre⁶⁶. Se pueden encontrar diferentes definiciones del concepto de geriatría, apoyadas y desarrolladas desde la disciplina de la medicina, como son: “Rama de la Medicina dedicada a los aspectos preventivos, clínicos, terapéuticos y sociales de las enfermedades de los ancianos”⁶⁷. Macías Núñez⁶⁸ amplía esta definición y la expone como: “Rama de la medicina que se ocupa de los aspectos clínicos terapéuticos, preventivos y sociales de los ancianos en la salud y en la enfermedad, de su recuperación funcional y de su reinserción en la comunidad, siendo sus objetivos proteger la salud física y mental del anciano, reinsertándolo y manteniéndolo, a ser posible, en su domicilio en condiciones de independencia y autonomía, proporcionándole en todo momento una calidad de vida digna”.

Estas definiciones que identifican a la Geriatría como especialidad o rama exclusivamente de la medicina y apartarían a otras disciplinas, como la enfermería, de la atención especializada hacia los mayores, tienen su procedencia en la propuesta realizada por Ignatz Leo Nacher, inmigrante austriaco en EEUU, nacido en Viena en 1863 que se estableció

en Nueva York a partir de 1882 y murió en 1944. Él introdujo el concepto de Geriatria como disciplina en 1909 (geriatrics), paralelo al de pediatría (pediatrics), en su artículo "*Geriatrics: The diseases of the old age and their treatments*", publicado en la revista *New York Medical Journal*, cuyo contenido luego amplió en su obra "*Geriatrics*", la proponía como una nueva especialidad médica, dedicada al cuidado y tratamiento de los ancianos. Para algunos autores es considerado el "*el padre de la investigación médica de la vejez*"⁶⁹.

La palabra "Geriatria" definida por Nascher, procede del griego *geros*: viejo y *iatrikos*: médico, parte de la medicina dedicada al estudio, diagnóstico, tratamiento, prevención, rehabilitación y paliación de las enfermedades que afectan a los ancianos. Recomendaba que este término se añadiese al vocabulario, para cubrir en el campo de la vejez, lo que el término pediatría significaba en la niñez. Sostenía que de este modo, se enfatizaría la necesidad de considerar la senilidad y sus enfermedades como un apartado diferente a la madurez y asignándole así un lugar en la medicina⁷⁰. En 1914 Nacher publicó un libro de texto titulado *Geriatrics: The Diseases of Old Age and Their Treatment*⁷¹.

Sin embargo, las enfermeras siempre han desempeñado una importante función en la atención a las personas de avanzada edad, ya en 1904 fue publicado en el *American Journal of Nursing* el primer artículo sobre el cuidado de los ancianos. En 1961 la Asociación Americana de Enfermeras recomendó la formación de grupos de enfermeras especializadas en Geriatria; en 1969 se instruyeron las normas para la práctica de la Enfermería Geriátrica⁷²; en 1975 se editó el primer número de *Journal of Gerontological Nursing* y en 1976 se decidió cambiar el título *Enfermeras Geriátricas* por el de *Enfermeras Gerontológicas*, término más amplio en su concepto de atención al mayor sano y enfermo, ya que no solo atendían al anciano enfermo, sino que lo hacían también en la propia comunidad⁷³.

Esta corriente de pensamiento que defiende la importancia de unos cuidados específicos y por tanto una formación especializada en el campo de la geriatria-gerontología, surge en Europa de la mano de Marjory Warren en el Reino Unido⁷⁴, supervisora del *West Middlesex Hospital* en *Isleworth*. Ella potenció la creación de unidades de evaluación geriátrica para enfermos crónicos. Propició el gran cambio de actitud ante los pacientes ancianos que ocupaban las salas de "crónicos", demostrando cómo una correcta valoración de los mismos y una terapia rehabilitadora activa, conseguía recuperaciones impensables hasta ese momento.

En 1946 publicó "*Care of the chronic aged sick*", donde señalaba el inadecuado cuidado, la poca atención y el escaso tratamiento que recibían los ancianos crónicamente enfermos en el Reino Unido. Sus aportaciones sentaron las bases de la asistencia geriátrica integral, potenciando la Geriatria como especialidad⁷⁵ en Europa. Este proceso favoreció la creación en 1946, por parte del *National Health Service*, de la especialidad de Geriatria⁷⁶ una de las más relevantes para la época⁷⁷.

3. LA PROMOTORA DE LA GERIATRIA EN EUROPA: MARJORY WARREN (1897-1960)

Homóloga contemporánea de enfermeras británicas, cuyas aportaciones han tenido gran repercusión para la enfermería y la atención a personas en distintas situaciones, como son Florence Nightingale (1829-1910) y Cecyle Saunders (1918-2005). F. Nigthingale promotora de la enfermería moderna, aportó referencias para fundamentar el cuidado y sentó los principios que fueron la base de los conocimientos enfermeros⁷⁸, entre los que destacamos una orientación centrada en el enfermo y no en la enfermedad, consideración de los aspectos psicológicos y ambientales en relación a la salud y los cuidados, promoción de aspectos relacionados con la prevención, fomento de la salud, potenciación de la observación de los hechos de cuidados, planificación de los mismos y la participación de la enfermera en la Administración de las Instituciones de salud. Sentó las bases para la creación de muchas de las escuelas de formación de enfermeras⁷⁹.

Cecyle Saunders, en 1940 estudió enfermería en “Nigthingale`s Training School of London`s. St Thomas`s (King`College London), trabajó e investigó sobre el cuidado de los enfermos terminales en el ST. Joseph`s, afirmaba que el cuidado de personas moribundas no se reducía a tratar el dolor sino que se debían incluir elementos sociales, emocionales y espirituales. Un médico le dijo que la gente no le haría caso a una enfermera⁸⁰, así que a los 33 años comenzó la carrera de medicina, obtuvo el título en 1957. Hoy es considerada la promotora de la especialidad de Cuidados Paliativos.

Marjory Winsome Warren nació el 28 de octubre de 1897 en Hornsey, Londres, era la hija mayor de cinco hermanas, su padre era un reconocido abogado y su madre fue la que se preocupó de la educación de sus hijas. Marjory estudió en una de las primeras escuelas públicas para niñas del Reino Unido “North London Collegiate School”, donde reforzó sus aspiraciones profesionales⁸¹. Se formó en el “Royal Free Hospital School of Medicine”, en 1926 fue nombrada supervisora de enfermeras del “West Middlesex County Hospital” en el Isleworth Infirmary⁸², Warren se interesó por la formación de las enfermeras, para reforzar su posicionamiento fue evaluadora de “General Nursing Council”. El año 1935 fue un momento crucial para su carrera, al Hospital West Middlesex se le anexionó el asilo de ancianos, “Warkworth House” según la ley de asistencia pública aprobada en el parlamento en 1597, “Poor Law Infirmary”, en la cual se proveía de asistencia a los pobres, enfermos, enfermos crónicos y a los huérfanos, le responsabilizaron del cuidado de 714 pacientes crónicos la mayoría eran pacientes mayores⁸³, etiquetados de “incurables”.

Ella describió la situación como “salas grandes, mal acondicionadas..., desprovistas de cualquier comodidad y de interés”, según sus observaciones los pacientes mayores estaban descuidados, sin un diagnóstico médico, con tratamiento escaso, carecían de la atención de un equipo multidisciplinar y una ausencia total de rehabilitación. Perdiendo, en estas condiciones, toda esperanza de recuperación y dando lugar a una sensación de desamparo y frustración, esto conllevaba a que el paciente rápidamente perdía la moral y el amor propio, manifestándose como una persona apática, malhumorada, hosca e incluso agresiva⁸⁴. Esta situación facilitaba la aparición de complicaciones como: incontinencia, úlceras por presión, pérdida de tono muscular, atrofias...

Marjory Warren valoró y examinó a los 714 pacientes personalmente, los clasificó según su movilidad, continencia y estado mental; introdujo cambios en los cuidados y en el entorno para promover la rehabilitación reduciendo las complicaciones. Formó un equipo de trabajo en el que incluyó enfermeras, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y trabajadoras sociales y como resultado de sus innovaciones cerca del 35% de estos pacientes “incurables” pudieron volver a sus hogares, la unidad paso de 714 a 200 camas. Los resultados de este trabajo se abordan en los artículos que publicó en relación a la geriatría⁸⁵.

Defendía que el adecuado cuidado de los mayores, requería del conocimiento de su situación individual y que la mayoría de estos pacientes debían ser tratados en un Hospital General, donde existiesen los medios adecuados para el diagnóstico, la investigación, y el tratamiento. Marjory Warren planteaba que la mayor parte de los pacientes preferían ser tratados en sus casas y tendían a recuperarse mejor en el entorno familiar. Siempre que fuese posible, habría que mantenerlos en sus propios hogares, asegurando su comodidad, bienestar, y unas condiciones domiciliarias adecuadas. Ella planteó la necesidad de la figura de la enfermera de atención en domicilio, como una parte esencial de la organización sanitaria y reconocida como tal.

En 1946 M. Warren afirmaba en la revista *The Lancet*⁸⁶: “... se necesita urgentemente un cambio de actitud en el cuidado y tratamiento de los enfermos crónicos. [...]. Si mantenemos el derecho de llamarnos a nosotros mismos una gran nación y una civilización cultivada, debemos incluir en nuestro concepto de sociedad a todos los miembros de la comunidad, viejos y jóvenes, enfermos y sanos, pobres y ricos, dependientes e independientes[...].” Mantuvo que era importante la enseñanza de esta rama para los estudiantes de medicina y que se debía incluir en su plan de estudios el cuidado del enfermo crónico, también defendía que los cuidados de los mayores tenían que ser una parte esencial del entrenamiento de las estudiantes de enfermería. Manifestó, así mismo, la importancia de iniciar la investigación sobre las enfermedades específicas de la vejez.

En 1947 fue miembro fundador de la sociedad médica para el cuidado de los ancianos, precursora de la Sociedad de Geriatría Británica, también le designaron como primera consultora geriatra en el Reino Unido en 1949. Marjory Warren murió en un accidente de tráfico en Alemania en 1960 a los 62 años.

4. APROXIMACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE GERIATRÍA EN ESPAÑA.

En España, la primera obra de Geriátría traducida al castellano es la de Albert Müller-Dehan, cuya versión española, con el título *Las enfermedades internas de la vejez* la publica la editorial Labor de Barcelona en 1940.

En el ámbito docente, la primera aproximación la realizó el profesor Beltrán Báguena, quien introdujo la Geriátría en la Universidad de Medicina de Valencia durante los cursos de doctorado en 1947⁸⁷, fue el primero en el mundo que llevó de forma oficial la geriátría a las aulas. En los cursos universitarios que se organizaron estuvieron interesados diferentes profesionales y entre los participantes se encontraban enfermeras⁸⁸ comprometidas en mejorar sus conocimientos sobre el cuidado de los mayores, sobre la geriátría. En ese mismo año, Pañella Casas creó en el Hospital Nuestra Señora de la Esperanza de Barcelona, la primera unidad de Geriátría. En 1953 se inicia el Dispensario Geriátrico de la Cruz Roja desde donde a partir de 1955 se imparten cursos sobre geriátría destinados a enfermeras y otros miembros del equipo multidisciplinar.

Un hito importante de expansión de esta especialidad fue la creación en 1948 de la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, sus fundadores aspiraban a que la Geriátría fuese oficialmente aceptada como especialidad médica (finalmente se reconoció en 1978⁸⁹), también solicitaban su inclusión en los estudios de licenciatura de medicina (aspiración todavía no lograda en el 100% de las facultades de Medicina^{90,91}), ya que la sentían como una necesidad científica y social⁹². La revista Española de Gerontología, órgano de expresión de la sociedad se creó en 1966.

Con la finalidad de potenciar la investigación sobre el proceso de envejecimiento, se fundó la Asociación Internacional de Gerontología (International Association of Gerontology - IAG), en julio de 1950, durante un Congreso celebrado en Lieja (Bélgica), donde se reunieron científicos de las más diversas especialidades de 11 países, entre ellos España. Un logro importante, para el desarrollo de la geriátría en España, fue la aprobación y puesta en marcha por parte del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social del I Plan Gerontológico en 1970.

Desde el punto de vista asistencial, destacamos la creación del primer servicio de geriátría "completo"⁹³ (con unidades de agudos, media y larga estancia, hospital de día, hospitalización a domicilio, consultas...) en 1977 en el Hospital Central de Cruz Roja San José y Santa Adela en Madrid, al que se sumarían posteriormente otros hospitales: San Jorge de Zaragoza, Provincial de Navarra, Fundación Matías Calvo de San Sebastián, el Clínico de San Carlos de Madrid...

Hoy en día la percepción de la geriátría en nuestra sociedad es muy ambigua⁹⁴, unos pocos la consideran una especialidad joven y prometedora con una visión muy innovadora por aportar una visión holística del ser humano, su visión de trabajo en equipo y con programas coordinados de atención. Mientras que la mayoría la consideran, por el contrario, una de las especialidades más débiles de la medicina clínica, ya que discute el valor del paradigma biomédico y cuestiona los criterios clásicos que miden el éxito de la medicina.

5. ALGUNAS CUESTIONES SOBRE EL CUIDADO PROFESIONAL ENFERMERO.

La Enfermería al igual que cualquier otra profesión, es el resultado de una necesidad social. Las prácticas profesionales surgen de la demanda realizada por los grupos humanos, que posteriormente organizan su conocimiento, desarrollan métodos propios o adaptan modelos preexistentes a su situación específica, desarrollando técnicas que resulten apropiadas a la naturaleza de su objeto. Es así como se desarrollan las disciplinas académicas y científicas. El tipo de cuidado demandado, e indirectamente, la formación de las personas que aportan los cuidados profesionales, las enfermeras, van a estar condicionados por aspectos sociales, la concepción de salud y enfermedad, el concepto de persona, los valores morales y religiosos, las circunstancias económicas, así como el sistema asistencial, entre otros.

La actividad específica y propia de la Enfermería la vemos siempre unida al concepto de cuidar, y el cuidado como un rol tradicionalmente femenino, actualmente las mujeres siguen desarrollando, incluso tras la edad de la jubilación, el papel de cuidadoras⁹⁵. Para Collière: “La mujer desde la prehistoria tiende por naturaleza a cuidar, las prácticas de las mujeres cuidadoras se identifican con el rol social que ejercen entorno a la fecundidad y a todas las formas simbólicas que engendra”⁹⁶. La historia de la enfermería ha sido simultánea a la evolución de la situación de la mujer en los diferentes contextos y épocas, como refleja la OMS⁹⁷, “las mujeres han sido siempre las dispensadoras de atención en la sociedad, siempre han sido ellas las que han prestado cuidados”.

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE)⁹⁸ en la definición de enfermería, dice: “La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, 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 la política de salud, en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación”.

En España, estas funciones esenciales, fueron minimizadas mediante la Ley de Escuelas de ATS (1953-1977), durante esta época se desdibujó la profesión, se generó discriminación entre hombres y mujeres, malas condiciones laborales, contribuyendo a una falta de reconocimiento y representación⁹⁹. Durante los últimos años se está insistiendo en destacar los cuidados como eje de los servicios de enfermería, con un compromiso profesional al lado de las personas, familias o comunidades basado en ofrecer cuidados específicos según las necesidades que viven las personas ante diversas experiencias de salud¹⁰⁰. El cuidado comprende aspectos afectivos, relativos a la actitud y compromiso, a veces es menos visible contribuir a la salud de una persona mediante una intervención centrada en los recursos interiores de las personas (cuidado integral), que una intervención que utiliza los recursos exteriores (etiología, la enfermedad y el tratamiento), con frecuencia el cuidado que se lleva a cabo es invisible, para otros profesionales y para la sociedad. Trabajos recientes tratan de dar identidad a los “cuidados invisibles”^{101,102,103} aquellos que implican establecer la relación del cuidado con las personas, desarrollando habilidades de ayuda, personalizando el cuidado, logrando confianza, tranquilidad y seguridad por parte de las personas cuidadas¹⁰⁴.

La investigación organizada en líneas y desarrollada en grupos de investigación mejoran el conocimiento de la profesión, actualmente se está profundizando, en nuestro entorno, en el estudio del significado del cuidado enfermero, ofreciendo nuevas orientaciones, en esta línea el Grupo de Investigación de la Universidad de Zaragoza, Aurora Mas (A.MAS)¹⁰⁵, trabaja sobre el impacto de la actuación enfermera en la mejora de la Calidad de Vida y sobre la Historia del Pensamiento Enfermero, consideran importante valorar la influencia de la perspectiva de género como fenómeno cultural y su influencia en el valor del cuidado y el cuidado en el sentido más intangible del mismo. Se está profundizando en el conocimiento del impacto de los cuidados enfermeros en la población usuaria de sus servicios y sobre la historia de los cuidados, los condicionantes sociales, económicos y de género que han configurado el actual pensamiento enfermero; y sobre el valor de los cuidados enfermeros en la población general, en el colectivo enfermero, en el médico y en las profesiones de salud en general¹⁰⁶.

La aportación específica que hace la enfermería a la demanda del grupo social, son los cuidados de la salud, que de una manera u otra, representan una constante universal en cualquier época de la historia y en todas las culturas. El cuidado de los mayores asociado a conceptos de fragilidad, enfermedad, discapacidad, dependencia, etc., siempre ha estado presente en la atención de la enfermería. Cuando analizamos el significado del término cuidado, vemos que se emplea para identificar múltiples acciones. Los primeros intentos de sistematizar y clarificar conceptualmente la noción de cuidado, lo debemos a Madeleine Leininger^{107,108}, ella presenta diferencias conceptuales entre cuidado genérico, cuidado profesional y cuidado profesional enfermero.

Al definir *cuidado genérico* se refiere a “aquellos actos de asistencia, soporte o facilitación prestados a individuos o grupos con necesidades evidentes y orientados a la mejora y el desarrollo de la condición humana”. Los *cuidados profesionales* son definidos como “aquellas acciones, conductas, técnicas, procesos o patrones aprendidas cognitivamente y culturalmente que permiten (o ayudan) a un individuo, familia o comunidad a mantener o desarrollar condiciones saludables de vida”. Por último los *cuidados profesionales enfermeros* son “todos aquellos modos humanísticos y científicos, aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas y procesos de cuidado orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte”.

El cuidado profesional se diferencia del genérico, en que este último es representado como un aspecto fundamental de la humanidad y puede incluir asistencia y soporte a otros para el desarrollo de sus vidas; el cuidado profesional añade cierta destreza distintiva y complejidad en esas acciones de soporte y ayuda, que son propias de los seres humanos y necesarias en el cuidado profesional de los ancianos.

En los trabajos de Watson¹⁰⁹ se afirma que el cuidado está constituido por acciones transpersonales e intersubjetivas que buscan: “proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, al sufrimiento, al dolor y la existencia, y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración”. Para Collière¹¹⁰: “cuidar representa un conjunto de actos de vida que tienen por finalidad y función mantener la vida de los seres humanos para permitirles reproducirse y perpetuar la especie”.

Los cuidados se dirigen a todo lo que estimula las fuerzas de vida, las despierta y las mantiene¹¹¹. Cuidar es acompañar las grandes etapas de la vida. De acuerdo con este concepto, sobre la aportación de la enfermería a la sociedad, analizaremos como se han consolidado los cuidados profesionales de enfermería en el campo de la geriatría.

6. EL IMPULSO DE LA ENFERMERIA GERIATRICA EN ESPAÑA.

El desarrollo de la Enfermería Geriátrica en España ha sido y sigue siendo un camino lento y no exento de dificultades, en el que influyen numerosas situaciones. El escenario socio-económico, influenciado por los cambios demográficos, las modificaciones de modelos familiares, la intervención de los organismos políticos con sus recomendaciones y políticas sobre la atención al mayor, los problemas económicos del país donde más que nunca es necesaria una atención eficiente. El contexto asistencial requiere generar nuevas formas de atención sanitaria, el imperativo de la continuidad de cuidados, especialmente en las situaciones de cronicidad, el desarrollo de servicios sociosanitarios, la incorporación al sistema sanitario de la atención geriátrica, con un reconocimiento de la interdisciplinariedad como modelo de atención a los mayores y la consideración de los costes de los cuidados de los mayores, así lo aconsejan. Entendemos que para dar respuesta a estas situaciones, se requieren profesionales cualificados capaces de adaptarse a la realidad social y ofrecer cuidados de calidad.

Como veremos más adelante de forma detallada, la formación de la Enfermería en el ámbito de la Universidad, supuso la inclusión de la Asignatura de Enfermería Geriátrica en los Planes de Estudios, conducentes a la obtención del Título de Diplomados Universitarios de Enfermería (DUE), en las Escuelas Universitarias de Enfermería, tal y como recomendaba M. Warren en décadas anteriores. En los planes de estudio de Grado en Enfermería, se le ha dado continuidad a esta formación, a través del estudio de la materia que define el ciclo vital, en el que se encuentran de forma específica las competencias relacionados con la etapa de la vejez. Según el estudio de Julia Gallo Estrada y col¹¹², Enfermería destaca por ser de las titulaciones universitarias que más horas dedica a la docencia y mayor porcentaje de troncalidad del plan de estudios, se asigna a la materia de gerontología y/o geriatría. Para completar la formación, son numerosos los cursos ofertados, por distintas instituciones (universidades, colegios profesionales, instituciones sanitarias, organizaciones sindicales...) dirigidos a los profesionales enfermería, en los que se abordan aspectos relacionados con la gerontología. El reconocimiento que se les otorga va desde cursos de formación continuada, experto en la materia hasta máster en geriatría y gerontología.

La creación de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG) en 1987, supuso un punto de inflexión en el desarrollo y defensa de todos los aspectos relacionados con la Enfermería Geriátrica y Gerontológica.

La primera regulación de la Especialidad de Enfermería Geriátrica en nuestro país fue en 1987, si bien no llegó a desarrollarse, posteriormente se aprobó el Real Decreto de

Especialidades 450/2005¹¹³, proceso que estudiamos más detalladamente en el capítulo sobre la Especialidad de Enfermería Geriátrica. Quedaba justificado que la evolución de los conocimientos científicos, de los medios técnicos, del propio sistema sanitario, la evolución de la pirámide de población y las necesidades de atención y cuidados especializados que demandan los pacientes y usuarios, hacía necesaria la aprobación de la especialidad de Enfermería Geriátrica. El desarrollo de la especialidad de Enfermería Geriátrica abría nuevos horizontes a la profundización del saber en torno al cuidado de la persona mayor. En el año 2010 se establecía la primera convocatoria de las pruebas selectivas para el programa de formación, por el sistema EIR (Enfermera Interna Residente).

7. BIBLIOGRAFÍA

-
- ⁴⁵ Términos que utilizaremos indistintamente para referirnos a la atención a los mayores. Gerontología es el estudio de los fenómenos del proceso de envejecimiento desde la madurez hasta la vejez, así como el estudio de los ancianos como población especial, término estrechamente relacionado con Geriátrica que se refiere al tratamiento médico de los ancianos, su raíz es el término griego *geras* que significa vejez. En K Warner Schaie, Sherry L. Willis. Psicología de la Edad Adulta y de la Vejez. Pearson Prentice Hall, 5ª ed. 2003. P.12.
- ⁴⁶ Carbajo Vélez M^a del Carmen. La Historia de la vejez. *Ensayos*. 2008;18: 237-254.
- ⁴⁷ Polo Luque M^a Luz, Martínez Ortega M^a Paz. Visión histórica del concepto de vejez en las sociedades antiguas. *Cultura de los Cuidados*. 2001; 5(10):15-20.
- ⁴⁸ Martínez Ortega M^a Paz, Polo Luque M^a Luz, Carrasco Fernández Beatriz. Visión histórica del concepto de vejez desde la edad media. *Cultura de los Cuidados*. 2002; 6(11):40-46.
- ⁴⁹ Grangel Luis Sánchez. Historia de la vejez: Gerontología, Gerocultura, Geriátrica. Salamanca: Uni de Salamanca; 2000.
- ⁵⁰ Leibbrand, W. Ciceros Schrift Cato mayor de senectute. *Zeitschrift für Gerontologie*. 1968;(1):5-10.
- ⁵¹ López Pullido A. Cuidados y calidad en la ancianidad grecorromana. *Revista de enfermería Gerontológica*. 2009; 13:6-19.
- ⁵² Fernández Ballesteros Rocio. Gerontología social. Madrid: Pirámide; 2004.
- ⁵³ Historia de la Enfermería. Enfermer@s On line–Todo Enfermería– Historia: etapa vocacional de los Cuidados. Disponible en: <http://www.terra.es/personal8/enfermeros/vocacional.html>
- ⁵⁴ Nuin Orrio Carmen. Enfermería de las personas mayores. Madrid: Editorial centro de estudios Ramón Aceres S.A; 2011.
- ⁵⁵ Teresa Maria Molina. Historia de la Enfermería. Buenos Aires: Intermédica; 1973 p 17.
- ⁵⁶ Hernández Martín Francisca. "Historia de la enfermería en España. Desde la antigüedad hasta nuestros días. Madrid: Síntesis; 1996. p. 78.
- ⁵⁷ García Guerra D. El hospital general. *El médico*. 1993; 482: 149-158.
- ⁵⁸ Santo Tomas Pérez Magdalena y col. Alimentación en la Baja Edad Media. Base de los cuidados. *Rev Rol Enf* 1996; 214: 57-69.
- ⁵⁹ Comfort, Alex. *The process of ageing*. Nueva York: New Amer Library. 1964
- ⁶⁰ Sánchez Granjel Luis, González González Juan A. Historia de la vejez, gerontología, gerocultura, geriatria. Salamanca; Ed. Universidad de Salamanca; 1991.
- ⁶¹ García Martín-Caro Catalina, Martínez Martín M^a Luisa. Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado Enfermero. Madrid: Harcourt; 2001.
- ⁶² García Ramirez Jose.Carlos. Hacia una fundamentación científica de la gerontología. *Praxis sociológica*;2008, 12:118-136
- ⁶³ Matchikoff M.E. The Nature of man. 1903 Nueva York. Putman. p 297-298.
- ⁶⁴ Fernández Ballesteros Rocio. Gerontología social. Madrid:Ed. Pirámide; 2004. p.35.

- ⁶⁵ Millán Calenti Jose.Carlos. Gerontología y geriatría valoración e intervención. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011. p 2-3.
- ⁶⁶ Cervera Díaz, María del Carmen, Saiz García, Jesús. Actualización en geriatría y gerontología (I). 5º Ed. Alcalá la Real: Formación Alcalá, S.L; 2006.
- ⁶⁷ Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Definición de la especialidad y campo de acción. Disponible en: <http://www.segg.es/book/definicion/de/la/especialidad/y/campo/de/accion>.
- ⁶⁸ Alvarez Gregori Joaquin, Macías Núñez Juan Francisco. Dependencia en Geriatría. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca; 2009.
- ⁶⁹ Streib, G. F. y Orbach, H. L. Aging. En P. Lazarsfeld (dir.), *The uses of Sociology*. 1967(p. 612-640). Nueva York: Basic Books.
- ⁷⁰ Nascher Ignazt Leo. "Geriatrics". N Y Med J 1909; 90:358-359.
- ⁷¹ Geriatrics: The Disease of old Age and Their Treatment. Philadelphia; Blakiston`s Son, 1914.
- ⁷² Fong Juana Adela, Bueno Hechavarria Julia. Geriatría ¿es desarrollo o una necesidad?. Medisan 2002;6(1):69-75.
- ⁷³ Eliopoulus Ch. Gerontological Nursing 3th Ed. New York: Mc. Graw Hill; 1993. p.7-10.
- ⁷⁴ Amulree, Joyce Cockram, Olive AF Davis, Alan Moncrieff. Marjory Warren Memorial Fund. British Medical Journal. 1961;9:713.
- ⁷⁵ Ribera Casado Jose Manuel, Gil Gregorio Pedro. Atención al Anciano en el Medio Sanitario. Clínicas Geriátricas XIV. Madrid Editores Médicos 1998.
- ⁷⁶ Besson PB, Forward. In: Evans JG., Williams TF, Evans JG. Editors. *Oxford Textbook of Geriatric Medicine. 2nd Ed. Oxford: Oxford University Press; 2000*.
- ⁷⁷ Leal Mora David, Flores Castro Miguel, Borboa García Carlos. La geriatría en México. Investigación en Salud. 2006 vol VIII (3):185-190.
- ⁷⁸ Hernández Conesa Juana. Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería. 2ª impresión. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 199:140.
- ⁷⁹ Hernández Conesa Juana, Moral de Calatrava Paloma, Esteban-Albert Manuel. Fundamentos de la Enfermería. Teoría y método. 2º Ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2003.
- ⁸⁰ Michel Cook. Cicely Saunders, la mujer que transformó el cuidado de los moribundos. <http://muertedigna.org/textos/euta285htm>.
- ⁸¹ Matthews Dale A MD. Dr Marjory Warren and the Origin of British Geriatrics. Journal of the American Geriatrics Society 1984;32(4):253-258.
- ⁸² Denham MJ. Dr Marjory Warren CBE MRCS LRCP (1897-1960): the Mother of British Geriatric Medicine. Journal of Medical Biography 2011;19:105-110.
- ⁸³ Barton Alan, Mulley G. History of the development of geriatric medicine in the UK. www.postgradmedj.com:230-231.
- ⁸⁴ TK Kong. FRCP, FHKAM. Dr. Marjory Warren: the mother of Geriatrics. Journal of the Hong Kong Geriatrics Society. 2000,- 10: 102-105.
- ⁸⁵ Grimley Evams J. Geriatric medicine: a brief history. Brit med J. 1997;315:1075-1077.

-
- ⁸⁶Warren MR. Care of the chronic aged sick. *Lancet* 1946; 1:841-3. Citado en: Alonso T. Necesidad del desarrollo de servicios especializados de atención al anciano frágil. *Rev. Esp Geriatr Gerontol* 2004; 39(1):1-5.
- ⁸⁷Granjel Luis Sanchez. Historia de la vejez, gerontología, gerocultura, geriatría. Salamanca: Ed. Universidad de Salamanca 1991 p 67-68.
- ⁸⁸Jimenez Herrero F. Evolución e impulsos a la Geriatría Española aportados por Alberto Salgado Alba. *Rev. Esp Geriatr Gerontol* 2011;36 (S5):6-12.
- ⁸⁹RD 2015/1978 15 de julio, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas. BOE 29 de agosto 1978.
- ⁹⁰Macías Nuñez Juan. Francisco Guillen Llera: un gigante de la geriatría, el Dr. Guillen y la docencia de geriatría en pregrado: desde la Fundación Academia Europea de Yuste a la Facultad de Medicina de Salamanca. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2008;43(supl 2):28-30.
- ⁹¹Ribera Casado Jose Manuel. Los retos de la geriatría en el siglo XXI (II). *JANO*.2006;1600:14.
- ⁹²Jiménez Herrero Francisco. 25 años de la especialidad de Geriatría y Gerontología, Lento y difícil desarrollo de la geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2003;38(6):338-54.
- ⁹³Salgado Alba Alberto, González Montalvo JI. Geriatría. Especialidad médica. Historia, conceptos, enseñanza de la Geriatría. En: Guillen Llera Francisco, Ruipérez Cantera Isidoro. *Manual de Geriatría*. 2ªed. (3ª reimpresión). Barcelona: Masson; 2003.
- ⁹⁴Jean-Pierre Michel y Alfonso F.Cruz Jentolt. El futuro de la geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44(4):171-172.
- ⁹⁵García Laborda Ana. Envejecimiento y género: aspectos sociales. *Metas* 2000:17-22.
- ⁹⁶Collière Marie Françoise. *Promover la vida*. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 1993.
- ⁹⁷OMS. *Función de las mujeres en la asistencia sanitaria*. Ginebra; 1988.p:65.
- ⁹⁸Consejo Internacional de Enfermeras. La definición de Enfermería del CIE. En Disponible en: <http://www.icn.ch/definitions.html>
- ⁹⁹Germán Bes Concha. Apuntes para la Historia de la Enfermería desde Mayo del 68 a la muerte de Franco. Los efectos de la Guerra Civil en la Enfermería en el Tardofranquismo. *Temperamentum* 2009,10. Disponible en <<http://www.index-f/temperamentum/tn10/t709.php>>
- ¹⁰⁰Zarate Grajales Rosa A. La Gestión del cuidado de Enfermería. *Index Enferm*; 13(44-45):42-46.
- ¹⁰¹Huercanos Esparza, Isabel. El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. *Biblioteca Lascasas*, 2010; 6(1). Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0510.php>
- ¹⁰²Huercanos Esparza Isabel. Estudio piloto para la validación de un cuestionario acerca de la percepción de los pacientes sobre la calidad de cuidado invisible de Enfermería. *Biblioteca LasCasas*. 2011;7(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0567.php>
- ¹⁰³Germán Bes Concha Hueso Navarro Fabiola. Cuidados humanizados, enfermeras invisibilizadas. *Parainfo Digital*, monográficos de investigación en salud. 2010. Año IV, nº 9.
- ¹⁰⁴Germán Bes Concha, Hueso Navarro Fabiola, Huercanos Esparza Isabel. El cuidado en peligro en la sociedad global. *Enfermería Global*. 2011;23. Disponible en: <http://www.um.es/eglobal>

¹⁰⁵ Aurora Mas Gaminde, enfermera visitadora madrileña que a sus 36 años fue becada durante el gobierno de la IIª República para cursar sus estudios de Salud Pública en la Fundación Rockefeller. En 1940 por sugerencia de Mary E Tennant fue a Venezuela junto con Montserrat Ripol, y participó en la recién creada Escuela Nacional de Enfermeras (ENE). Fue directora de la ENE de 1941 a 1943 durante los cuales creó la revista también llamada ENE en la que publicó cuatro artículos. Carlos Alvarez Nebreda recoge esta revista en “Catálogo Bibliográfico de Publicaciones Enfermeras - 1864 – 1977”. También trabajo con Manolita Ricart en Maracaibo cuando abandonó la escuela ENE. En 1933 había participado en la nueva revista *La Visitadora Sanitaria*. Según información de Josep Bernabeu-Mestre y Mª Eugenia Galiana. Grupo Balmis de Investigación en Salud Comunitaria e Hª de la Ciencia (Alicante) y Hebe MC Vessuri. Enfermería de Salud Pública, modernización y cooperación internacional. El Proyecto de la Escuela Nacional de Enfermeras de Venezuela, 1936-1950. *Hª Ciencia y Saude, sep-dic 2001;VIII(3):507-39*.

¹⁰⁶Grupo de Investigación. Universidad de Zaragoza, Aurora Mas (A.MAS Disponible en: <http://www.unizar.es/auroramas>)

¹⁰⁷Leininger Madeleiner. The Phenomena and Nature of Caring. Salt Lake City: University of Utah 1978.p.3-17 en Medina JL. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación Universitaria en Enfermería.1999

¹⁰⁸Leininger Madeleiner. Characteristics and Classification of Caring Phenomena. Salt Lake City: University of Utah 1980 p.133-145. en Medina JL. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación Universitaria en Enfermería. Barcelona: Laertes;1999.

¹⁰⁹Watson Jean. Filosofía y Teoría de los cuidados humanos en enfermería de Watson. En J Rhiel-Sisca, Modelos Conceptuales de Enfermería. Barcelona: Doyma; 1992. p 179-192.

¹¹⁰Collière Marie Françoise. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 1993. p 7.

¹¹¹Collière Marie Françoise. Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. Rev ROL Enf 1999; 22(1): 27-31.

¹¹²Gallo Estrada Julia, Martín Perdiz Antonia, Zaforteza Lallemand Concha, Sanchez-Cuenca López Pilar. Formación Universitaria en geriatría: Encuentros y desencuentros. Gerokomos 2004; 15(2):73-77.

¹¹³RD 405/2005, de 22 de abril sobre especialidades de enfermería. BOE número 108, 6 de mayo del 2005.

LEGISLACIÓN POLÍTICA SANITARIA Y SOCIAL



1. PROCESO DE LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES.

La protección social de las personas mayores en nuestra sociedad es bastante reciente. En 1969 se elaboró el “Plan Gerontológico Nacional de Mutualidades Laborales” con el objetivo de analizar las necesidades de la población anciana española y elaborar nuevas orientaciones protectoras más activas y coherentes que las existentes hasta ese momento. Este estudio contemplaba la ancianidad desde una óptica asistencial paternalista, marcaba la relación de la vejez con la dependencia, la enfermedad y la religión entendida como una preparación a la muerte. Sin embargo, supuso la constatación oficial de una nueva situación y la necesidad de modernizar los sistemas de atención social de la vejez, que dependían casi exclusivamente de las familias. Establecía el umbral de la vejez en los 65 años, instituía que “al anciano ha de mantenerse en su hogar, rodeado del ambiente que le es familiar, prestándole el apoyo necesario mediante la ayuda a domicilio y los clubs”, manifestaba la necesidad de crear un “Plan Gerontológico Nacional”¹¹⁴. En 1971 se reguló el Plan Gerontológico Nacional o Plan Nacional de Seguridad Social de Asistencia a los Ancianos, en líneas generales planteaba la construcción de hogares y clubs de jubilados, residencias, centros geriátricos, centros de reeducación, hospitales de día, la extensión de los servicios de ayuda a domicilio y programas de vacaciones¹¹⁵.

En el marco constitucional de 1978, base del funcionamiento orgánico, institucional y político del estado Español, además de los deberes, derechos y libertades de los ciudadanos y las garantías para el pleno respeto de los mismos, se sitúa el punto de partida del desarrollo de políticas de atención a las personas mayores y de educación para la salud. En el artículo 9.2º se consagra la igualdad real y efectiva entre todos los ciudadanos, el artículo 10 trata de la dignidad de la persona, el libre desarrollo de la personalidad y el respeto a los derechos fundamentales de la persona. Un referente específico sobre las personas mayores lo encontramos en el Capítulo III del Título I, que recoge los principios rectores de la política económica y social, que suponen obligaciones de los poderes públicos de atender a través de los servicios sociales sus diferentes problemas, especialmente en el artículo 50 hace referencia a la problemática especial de los mayores. Este capítulo se puede considerar como la base para desarrollar las directrices, normas y programas que deben ser desarrollados por los poderes públicos o como la alegación de derechos como la protección a la salud, a la cultura, al medio ambiente o a la vivienda¹¹⁶.

Art. 50. “Los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistemas de servicios sociales que atenderá sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”.

El Estado asumió el papel de garante de bienestar de sus ciudadanos mayores, las Comunidades Autónomas redactaron sus respectivas leyes de Servicios Sociales, desarrollando legislativa y conceptualmente un amplio sistema de atención a las personas mayores. Las

décadas de los años ochenta y noventa supusieron la implantación definitiva del actual modelo de servicios. Se produjo un cambio importante en los principios que regían las políticas sociales de atención a los mayores, de los objetivos iniciales centrados en la construcción de residencias para pasar a planificar servicios de atención que dieron prioridad a la permanencia del mayor en su entorno, con especial énfasis en la atención domiciliaria¹¹⁷. La conceptualización de la vejez también ha evolucionado desde un concepto de déficit (la vejez sinónimo de deterioro, de ruptura, de dependencia y carga social) a un enfoque más positivo (la vejez como cambio, producto cultural e histórico, como oportunidad, tiempo productivo o como un ajuste vital positivo)¹¹⁸, pudiendo enfocar el envejecimiento como un desafío personal y social y no un peligro¹¹⁹.

A nivel internacional, destacamos la celebración de la I Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento que tuvo lugar en Viena (Austria) en 1982, con el lema “Envejecer en casa”. En esta Asamblea se aprobó el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, en él destacaba la importancia de mejorar las condiciones de vida de los mayores¹²⁰. Se propusieron directrices y principios generales para afrontar el progresivo envejecimiento de las sociedades y las necesidades de las personas de edad de todo el mundo. Las recomendaciones se centraban en siete materias: salud y nutrición, protección de los consumidores ancianos, vivienda y medio ambiente, la familia, bienestar social, seguridad de ingresos y empleo y por último educación. Como ejemplo, de recomendaciones recordamos dos: 1. La tendencia al encarecimiento de los sistemas de servicio social y atención sanitaria deben contrarrestarse mediante una coordinación más estrecha de los servicios de protección social y de atención sanitaria, 2. La atención de las personas de edad debe ir más allá del enfoque puramente biológico y debe abarcar la totalidad de su bienestar, teniendo en cuenta la interdependencia de los factores físicos, mentales, sociales y ambientales. Los avances alcanzados fueron desiguales de un país a otro, en función de los recursos disponibles y de las prioridades políticas, pero en general según evaluaciones de los años 1985-1989-1992-1996, se comprobó una mejora en el desarrollo de las infraestructuras nacionales para las personas mayores, se especializaron servicios de salud, aumentó la seguridad a través de los regímenes de pensiones y se incrementó la participación en la sociedad de los mayores¹²¹.

En 1991 se aprobaron los Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad, como instrumento de apoyo al Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento. En el año 1999 se celebró el Año Internacional de las Personas Mayores, bajo el lema “Hacia una sociedad para todas las edades”. El Año Internacional de las Personas de Edad puso de manifiesto las necesidades de los mayores y el tratamiento integral de los aspectos que rodean al envejecimiento e impulsó un cambio de mentalidad hacia el papel activo de las personas mayores en su entorno. En la Clausura del Año Internacional de las Personas Mayores, España ofreció su candidatura y fue aceptada como sede de la II Asamblea Mundial de Envejecimiento¹²².

La II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, se celebró en Madrid del 8 al 12 de abril de 2002, con el lema “Una sociedad para todas las edades”, es decir, que las personas mayores tengan la oportunidad de seguir contribuyendo a la sociedad. En ella se analizaron los resultados de la Primera Asamblea, se reafirmaron sus principios y recomendaciones y se adoptaron dos documentos claves: una Declaración Política y el Plan de Acción Internacional sobre el

Envejecimiento 2002, conocido como el Plan Madrid, por Resolución de la misma Asamblea, que comprometía a los gobiernos a diseñar y ejecutar medidas que hiciesen frente a los retos planteados por el proceso de envejecimiento.

Declaración Política: los representantes de los Gobiernos se comprometían a adoptar medidas a todos los niveles en las líneas prioritarias marcadas por el Plan de Acción. Adoptaron entre otros los compromisos: eliminar la discriminación por motivos de edad, reconocer el derecho a disfrutar de una vida plena con participación activa en la vida económica, social, cultural y política, la declaración incorporó de forma expresa la perspectiva de género y la obligación de fortalecer la solidaridad entre generaciones.

En el Plan Madrid se propusieron más de un centenar de recomendaciones sobre tres temas prioritarios: las personas de edad y el desarrollo, la promoción de la salud y el bienestar en la vejez y el logro de entornos emancipadores y propicios. En relación a la segunda orientación “fomentar la salud y el bienestar”, el Plan tuvo en cuenta la Carta de Ottawa para el fomento de la Salud de 1986, los objetivos de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994 y las medidas recomendadas en esta materia de la Organización Mundial de la Salud. Entre las cuestiones planteadas destacamos: fomento de la salud y bienestar durante toda la vida, acceso universal y equilibrio a los servicios de atención de la salud, las personas mayores y el VIH/SIDA, capacitación de los proveedores de servicios de salud y de los profesionales de la salud, necesidades relacionadas con la salud mental de las personas de edad y las personas de edad con discapacidad. Para cada una de estas cuestiones se plantearon objetivos muy concretos¹²³. Ahora bien, la responsabilidad de una vida saludable no compete solo a los Gobiernos, sino también a la propia persona. Son numerosos los factores que inciden en la salud y sobre los que habrá que actuar: factores ambientales, económicos y sociales, como el entorno físico, la educación, la ocupación, el apoyo social, la cultura y el género.

Estos acuerdos han sido un referente en las acciones Estatales e Institucionales, donde las personas mayores son merecedoras de acciones gubernamentales y comunitarias. Este interés tiene su manifiesto en el desarrollo de distintos programas de investigación como los sexto y séptimo Programas Marco de la Comisión Europea (2002-2006) “Vida cotidiana Asistida por el Ambiente para las personas Mayores”, (2007-2013) “Vida independiente y e-inclusión”¹²⁴ y en el diseño de planes globales de intervención estatales. En el Estado Español, como referente de la política de Estado durante la década de los años 90 encontramos el “Plan Gerontológico Nacional 1992-2000”, elaborado ente los años 1988-1991, fue la respuesta global e integral de política social dirigida a las personas mayores, se trataba de un diseño de intervención con un enfoque de atención integral y se sistematizaba en torno a cinco grandes áreas: Pensiones, Salud y Asistencia Sanitaria, Servicios Sociales, Cultura y Ocio y Participación, en cada una de estas áreas se establecieron líneas de actuación, objetivos y medidas para la cumplimentación de los mismos, así como los Organismos responsables de llevarlos a efecto.

Según Teresa Sancho, directora de Programas del Plan Gerontológico IMSERSO, este plan contribuyó a un cambio conceptual en la consideración de las necesidades de las personas mayores y en la interpretación del fenómeno del envejecimiento de la población de las sociedades modernas¹²⁵. Los cambios acaecidos posteriormente en las Organizaciones de las Administraciones Públicas, los nuevos retos en el sector de la población mayor, las orientaciones y directrices emanadas del Plan Internacional de Acción sobre el Envejecimiento, justificaron la

elaboración del “Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007”, estructurado en cuatro áreas: Igualdad de oportunidades, Cooperación, Formación especializada y la Información e Investigación, cada una de estas líneas generales desarrollaba objetivos y medidas, señalando las entidades encargadas de su puesta en práctica¹²⁶.

Las Comunidades Autónomas acorde a sus competencias, desarrollaron planes y programas de atención a los mayores, a partir del Programa Vida als Anys de Atención Sociosanitaria de Cataluña (1986)¹²⁷, que abogaba por la integración de los servicios sociales y sanitarios en una única prestación, bajo la triple orientación de prevenir la cronificación, propiciar un aumento de la salud de los mayores y potenciar la rehabilitación y restablecimiento de la salud de las personas¹²⁸, se desarrollaron otros como: Programa PALET de la CCAA de Valencia (1995) y Plan de Calidad Asistencial Gerontológica (1998-2003), Plan de Servicios Sociales de Andalucía (1993-1996), Plan de Atención a las Personas Mayores en Aragón (1995), Plan Gerontológico del Principado de Asturias (1997), Plan Integral de las Personas Mayores de Baleares (1998), Plan de Acción Sociosanitaria para el Mayor de Cantabria (1999-2000), Plan de Atención a las Personas Mayores en Castilla- La Mancha (1998-2002), Plan de Atención Sociosanitaria de Castilla y León, Programa de Atención Sociosanitaria de Galicia (1997), Plan de Mayores de la Comunidad de Madrid, Plan Gerontológico de La Rioja (1994), Plan Gerontológico de Navarra (1997-2000), Plan Gerontológico de Euskadi (1994)¹²⁹.

El campo específico de las políticas sobre el envejecimiento poblacional se orientó y sigue orientándose, hacia un planteamiento de coordinación e integración de los servicios sociales y sanitarios, en nuestro entorno la “asistencia sociosanitaria”, como se denomina, es uno de los principales retos de actuación para adaptarse a las necesidades de este grupo de población. Se inició su desarrollo en 1993, a partir del acuerdo marco que firmaron los Ministerios de Asuntos Sociales y el de Sanidad, en materia de coordinación sociosanitaria, coincidiendo en fecha con la publicación del Plan Gerontológico Nacional, al que nos hemos referido anteriormente, si bien, siguieron calendarios diversos según las Comunidades Autónomas. La Ley de de Cohesión de Calidad del 2003, instaba a las Comunidades Autónomas a desarrollar planes integrales sanitarios o sociosanitarios. En el artículo 14¹³⁰ de dicha ley, quedó definido el concepto de prestación de atención sociosanitaria como: *“La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”*. En el ámbito sanitario, se especificaba, que la atención sociosanitaria se llevaría a cabo en los niveles de atención que cada Comunidad Autónoma determinará y debía comprender los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable.

A pesar de los recursos asignados por las distintas Administraciones, no se realizó una intervención racional y equilibrada, contribuyendo a generar desequilibrios territoriales en la asistencia que se prestaba a los mayores. Existía gran variabilidad en los planes, en función de su orientación al aspecto personal y curativo o hacia aspectos sociales y preventivos; no todas las comunidades formularon un plan sociosanitario y las que lo hicieron mostraban grandes diferencias en las propuestas de intervención^{131,132,133}. Una nueva legislación supuso la esperanza de lograr una equiparación de prestaciones similar a la de los países más avanzados de la Unión Europea¹³⁴, para lo que se legisló la Ley de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las

Personas en Situación de Dependencia del 2006, que describiremos más adelante. Se creó el Observatorio de las Personas Mayores¹³⁵, todavía vigente hoy, como medio para contribuir a la mejora de las políticas sociales y atención a las personas mayores en España, su principal objetivo era y es, favorecer la creación de redes estatales de conocimiento, recapitulando, analizando y difundiendo información relativa a las políticas de atención de los mayores en España, las políticas internacionales y la percepción del fenómeno del envejecimiento. Los destinatarios son los propios mayores, sus órganos de representación como el Consejo Estatal de las Personas Mayores, aquellas instituciones con responsabilidad en la atención a los mayores a nivel estatal, autonómico y local y todos los profesionales del sector. En febrero del 2010 en el marco de la primera conferencia conjunta del Consejo Interterritorial de Sanidad y el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, se acordó la elaboración de un Libro Blanco para la coordinación sociosanitaria, en el que se volvía a insistir en la importancia de coordinar los sistemas de salud y de servicios sociales, con el objetivo último de una atención de calidad a las necesidades de los mayores¹³⁶.

2. ASISTENCIA GERIÁTRICA.

El modelo de asistencia geriátrica, en nuestro país, está basado en el del Reino Unido y propuesto por la OMS en su informe número 584 del año 1974. Este modelo está integrado dentro de la asistencia sanitaria de España y se define como el “conjunto de niveles asistenciales, hospitalarios, extrahospitalarios y sociales para dar respuesta escalonada a las diferentes situaciones de enfermedad o necesidad, de las personas mayores en un área de salud determinada”¹³⁷. Contiene otros aspectos que son significativos en la Asistencia Geriátrica¹³⁸, como son la coordinación de todos los recursos en relación con los mayores: económicos, sanitarios, sociales, públicos y privados; garantizar los cuidados preventivos, progresivos, integrales y continuados e integrar a las familias tanto en la provisión como en la posible necesidad de cuidados.

Se consideran tres las premisas de planificación geronto-geriátrica: la sectorización, la coordinación y la integración. Un sector asistencial es un área de salud geográficamente delimitada, con un determinado número de habitantes, en el que deben existir recursos sanitarios y sociales suficientes para la óptima atención de los mayores. La coordinación de los recursos, diseñado por las Comisiones Sociosanitarias de Área¹³⁹ y que según Ruipérez¹⁴⁰ (geriatra de la primera promoción vía MIR en nuestro país, en el momento de la publicación Presidente Electo de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología), apenas funcionó, probablemente, entre otras razones, por la escasez de recursos sanitarios adecuados, lo que llevaba a trasvasar a los niveles “sociales” necesidades con alto componente sanitario y su consiguiente descoordinación. La falta de coordinación puede desembocar en que los distintos organismos que intervienen se contemplan como competidores, con el riesgo de convertir a las personas en su objeto de cuidado¹⁴¹. La integración puede ser entendida como “inmersión plena de la asistencia a las personas mayores en el sistema sanitario general, que facilite su atención y evite la posible discriminación en el uso de los recursos diagnósticos y terapéuticos. La atención integral incluye la valoración individualizada de los aspectos: clínico, mental, psíquico y social

vista de un modo conjunto”¹⁴². También puede definirse como “un conjunto de servicios y procesos asistenciales bien planificados y bien organizados dirigidos a las necesidades y los problemas multidimensionales de un usuario particular o de una categoría de personas que comparten unas necesidades o problemas similares”¹⁴³.

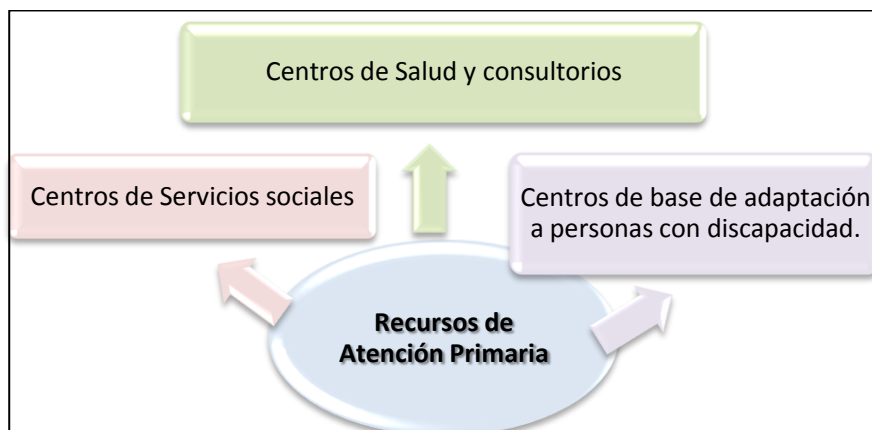
La organización de la asistencia geriátrica debe atender a la problemática orgánica, funcional, mental y social, así como de la rehabilitación tanto física como psíquica y social, a través de equipos interdisciplinarios, en los que las enfermeras deben estar presentes. Las enfermeras deben cubrir adecuadamente las necesidades y expectativas del mayor y su familia en busca de cuidados de excelencia desde, por, para y con el mayor. Se deben desarrollar intervenciones alternativas o complementarias al enfoque “médico” que abarcan la capacidad funcional, movilidad, orientación y relación; es prioritario atender el mantenimiento del entorno familiar y comunitario, situando el eje de coordinación de estos servicios en el nivel de Atención Primaria de Salud y dentro de este nivel, sobre los profesionales de enfermería. Se deben adaptar los servicios y recursos a las nuevas necesidades de los mayores por medio de una colaboración intersectorial, que permita una adecuada utilización de los recursos¹⁴⁴. Se contará distintos niveles asistenciales diferenciados: 1º. Atención sanitaria (atención primaria, asistencia hospitalaria con unidades de agudos, media y larga estancia, unidades específicas, hospital de día, atención domiciliaria); 2º. Atención social (cuidados en la comunidad, cuidados domiciliarios, residenciales) y 3º. Atención sociosanitaria (centros sociosanitarios).

Para dar cobertura a las necesidades básicas de los mayores, en este modelo de asistencia geriátrica, es preciso disponer y ofertar prestaciones, recursos y servicios suficientes y adecuados que garanticen unos cuidados óptimos a los usuarios. Los recursos existentes hoy en día son¹⁴⁵: recursos de atención primaria: centros de salud y consultorios, centros de servicios sociales, centros base de atención a personas con discapacidad; recursos de atención en el domicilio: asistencia sanitaria en el domicilio, hospitalización a domicilio, servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia; recursos de atención diurna, alternativo o de no internamiento: centros de día/estancias diurnas, hospitales de día, centros ocupacionales, centros y servicios de rehabilitación; recursos residenciales/institucionales: unidades de media estancia (UME)/rehabilitación/convalecencia, unidad de larga estancia (ULE), centros residenciales, sistemas alternativos de alojamiento y los recursos para la accesibilidad y nuevas tecnologías: ayudas técnicas, prestaciones ortoprotésicas y ayudas para adaptar el hogar.

Recursos de atención primaria.

Es considerado el pilar básico de la atención sanitaria, ya que atiende entre el 90-95% de las consultas de las personas mayores en materia de promoción, asistencia y rehabilitación. En todas sus áreas de salud se deben implantar y evaluar programas específicos de atención a los mayores¹⁴⁶, se considera el ámbito idóneo para promover la salud de los mayores, prevenir la incapacidad y dar continuidad de servicios y cuidados necesarios para impulsar el envejecimiento activo.

Figura 14. Recursos de Atención Primaria



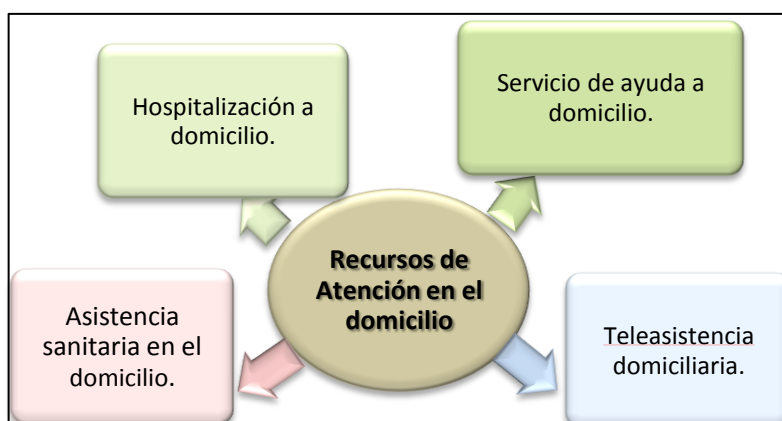
Fuente. Elaboración propia.

- **Centros de Salud y consultorios:** Son la puerta de entrada de los mayores al sistema de salud, al ser el nivel básico e inicial de asistencia sanitaria, debería garantizar la globalidad de la atención a lo largo de toda la vida de la persona y familia, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos en el sistema sanitario¹⁴⁷. Están constituidos por equipos interdisciplinarios en los que los profesionales deberían tener una formación básica y continuada en gerontología y geriatría para conocer los esquemas de valoración integral de los mayores, las características de las enfermedades y las formas de prevención y tratamiento; sobre el desarrollo de programas y protocolos específicos desde la prevención hasta el seguimiento de situaciones crónicas, incluidos los cuidados paliativos y conocimiento y uso de los recursos sociales y asistenciales del área de salud. Se ofrecen generalmente servicios de medicina general y enfermería, a su vez existen unidades de apoyo en los ámbitos de la salud mental y rehabilitación. Los mayores constituyen un grupo que ha ido en aumento durante los últimos años, en las consultas de enfermería¹⁴⁸.
- **Centros de Servicios Sociales:** Son equipamientos de carácter comunitario, que prestan atención e intervención sociosanitaria dirigida a toda la población de un área geográfica determinada. Su función es la atención a la problemática social, tanto a nivel individual y familiar como de desarrollo comunitario, para permitir a los mayores participar en la vida de la comunidad en la que habitan. Las prestaciones básicas son: información y orientación, apoyo a la unidad convivencial y ayuda a domicilio, prevención e inserción social, alojamientos alternativos y fomento de la solidaridad.
- **Centros de base de atención a personas con discapacidad.** Son servicios sociales especializados de atención básica, en régimen ambulatorio, a personas con discapacidad que asumen funciones de información diagnóstico, valoración, calificación del grado de minusvalía, orientación e intervención terapéutica.

Recursos de Atención Domiciliaria.

Durante muchos años se ha asociado las necesidades de atención a domicilio con el envejecimiento de la población. El mantenimiento de la persona mayor en su propio entorno y en condiciones adecuadas es un objetivo clave de la asistencia geriátrica. Los equipos de atención primaria son uno de los principales agentes que desarrollan los programas de atención a domicilio, las enfermeras comunitarias están en disposición de liderar la implementación de unos servicios domiciliarios de calidad¹⁴⁹. Existen distintos modelos que ofertan atención domiciliaria a los mayores.

Figura 15: Recursos de atención en el domicilio.



Fuente: Elaboración propia.

- **Asistencia sanitaria en el domicilio:** Atención que se presta desde los servicios sanitarios de atención primaria a través de la “Visita Domiciliaria” donde se proporcionan cuidados de salud integrales en el domicilio de las personas y a sus familiares. En algunas Comunidades se han formado equipos de soporte de atención domiciliaria que tienen estrecha relación con atención primaria (como el PADES, programa de atención a domicilio, en Cataluña), que dan cobertura en casos asistenciales complejos, sirviendo con frecuencia de enlace con los recursos hospitalarios. Otro modelo desarrollado es el basado en la gestión de casos domiciliarios o enfermeras comunitarias de enlace (Servicio Canario de Salud 1999, Servicio Andaluz de Salud 2002), que pretende asegurar la coordinación de atención domiciliaria prestada por la familias, los profesionales de atención primaria y los profesionales de los servicios sociales municipales, así como la continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria. La enfermera comunitaria de enlace se define como un profesional gestor de casos, que promueve un proceso de colaboración entre los profesionales de la zona básica de salud, mediante el que se valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de la persona incapacitada o de riesgo, y su familia en su domicilio, articulando la comunicación y los recursos disponibles para conseguir resultados de calidad y coste-efectivos. Con menor cobertura que en Canarias y Andalucía, también existe en Aragón la enfermera gestora de casos que se ocupa de situaciones complejas. Como se especificaba en el XVIII Congreso de la Sociedad de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, hablar de enfermera

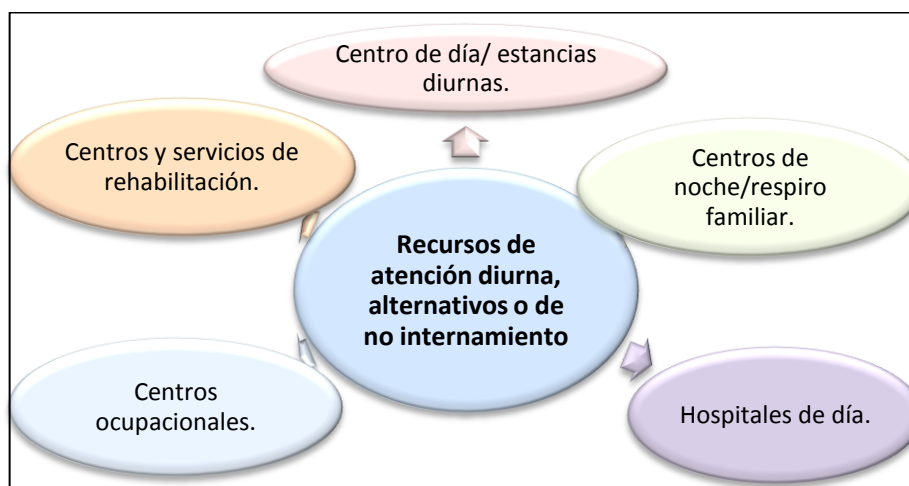
gestora de casos supone desarrollar una enfermería de práctica avanzada, donde la enfermera geriátrica tiene que tener puesta su mirada. El conocimiento de los recursos es uno de los criterios que nos permite evaluar la coordinación y movilización de los mismos, elementos clave para alcanzar con éxito el objetivo marcado.

- Hospitalización a domicilio: Es una alternativa a la hospitalización convencional, diseñado con el objetivo de garantizar la estabilidad clínica de los pacientes con patología crónica y pluripatológicos y sobre todo, intensificar el tratamiento rehabilitador, en especial la recuperación de las actividades de la vida diaria. Lo conforma un equipo multidisciplinar bien estructurado y organizado, con soporte tecnológico hospitalario adecuado, generalmente dependen del hospital de referencia próximo al domicilio del usuario. El traslado de los pacientes es realizado por ambulancias colectivas adaptadas, la estancia es una jornada terapéutica de unas 6 horas, con una periodicidad de entre 2 y 5 días, dependiendo del tratamiento que precisen.
- Servicio de ayuda a domicilio: Es un recurso de servicios sociales de carácter preventivo, consiste en la prestación asistencial en el domicilio, prioritariamente a las personas que presentan algún grado de dependencia para la realización de las actividades de la vida diaria. Existen diversas modalidades, según la necesidad detectada: atención y cuidado personal, apoyo al hogar, técnico, educativo, psicosocial y/o relaciones con el entorno¹⁵⁰. Se establecen períodos de seguimiento y visitas periódicas con el objeto de realizar las modificaciones oportunas por los cambios en la situación de la persona mayor o su entorno. Según el libro blanco de atención a las personas en situación de dependencia¹⁵¹, se define como *“un programa individualizado de carácter preventivo y rehabilitador, en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesional, consistentes en la atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial y familiar y relaciones con el entorno, prestados en el domicilio de una persona”*.
- Teleasistencia domiciliaria: Se trata de un recurso de carácter preventivo, que permite establecer comunicación con los profesionales adecuados durante las 24 horas del día, 365 días al año, a través de una central de atención de llamadas¹⁵². El mayor lleva un dispositivo y al pulsarlo desencadena una señal de alarma identificable en la central de escucha, en función de la solicitud de ayuda se movilizan los recursos precisos en cada caso y se contacta automáticamente con la familia o personas allegadas si la situación lo requiere. En la práctica, el mayor número de llamadas se produce por soledad, también por: accidentes domésticos, problemas de salud y consultas varias. De igual forma, permite realizar llamadas de seguimiento y control, constituye un importante elemento de seguridad y tranquilidad para sus beneficiarios. Son servicios privados concertados.

Recursos de atención diurna, alternativos o de no internamiento.

Constituyen los servicios de apoyo por excelencia a los cuidadores principales, proporcionan apoyo asistencial, previenen posibles conflictos personales y familiares que se producen al compaginar la permanencia de los mayores en el domicilio, con los actuales espacios y modos de vida. Son una importante alternativa a la institucionalización.

Figura: 16. Recursos de atención diurna alternativos o de no internamiento.



Fuente: Elaboración propia.

- Centros de día o estancias diurnas: Son centros sociosanitarios, destinados a la intervención diurna de mayores con algún grado de dependencia, ya sea funcional o cognitiva. Se exceptúa a los pacientes en situación de gran dependencia que no pueden beneficiarse de los programas que se desarrollan, básicamente están destinados a la rehabilitación o mantenimiento de capacidades cognitivas y funcionales. Es fundamental el trabajo con las familias, ya que se busca la continuidad de la acción estimuladora de los centros de día en el ámbito domiciliario, favorece el descanso del cuidador y facilita la permanencia del mayor en su entorno habitual. Suelen funcionar de lunes a viernes y la frecuencia suele ser diaria. Pueden estar integrados en una residencia, en un centro de mayores o en edificios destinados solo a esta actividad. Hay iniciativas que pueden ser consideradas variantes de este recurso, el denominado “Respiro familiar” con los programas “Concilia” que atienden a los mayores durante los fines de semana; los centros de noche destinados al descanso de los cuidadores o a adaptarse a la jornada laboral del cuidador. La oferta es muy variada desde los servicios que pertenecen a las Gerencias de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas hasta los servicios de titularidad privada.
- Centros ocupacionales. Recurso destinado al desarrollo de personas con discapacidad, física o psíquica, y enfermos mentales para lograr la superación de obstáculos que la discapacidad o enfermedad les provoca, para una adecuada integración social.

- Centros y servicios de rehabilitación: Constituyen un conjunto variado de recursos, tanto dentro del sistema sanitario como de servicios sociales.
- Hospitales de día: Servicio diurno de carácter sanitario que se define como “la asistencia en el hospital durante unas horas, ya sea para diagnósticos, investigaciones clínicas y/o exploraciones múltiples, así como para tratamientos que no pueden hacerse en la consulta externa, pero que no justifican la estancia completa en el hospital”¹⁵³, evitando así una estancia hospitalaria de 24 horas. Existen distintos tipos de hospitales de día, los hospitales de día integrados polivalentes vinculados a unidades de pacientes pluripatológicos, paliativos, dependientes, etc...; los hospitales de día integrados especializados: quirúrgicos (cirugía mayor ambulatoria) y los asociados a unidades de diagnóstico y tratamiento.

Recursos residenciales/institucionales.

En principio el domicilio es el lugar ideal para atender al mayor, no obstante las necesidades o la complejidad del manejo del mayor puede desbordar las posibilidades del sistema sanitario y social, en estas circunstancias se requieren otros recursos.

Figura 17: Recursos residenciales, Institucionales



Fuente: Elaboración propia.

- Unidad de agudos: se entiende por unidad geriátrica de agudos “al nivel asistencial, que dentro de un servicio de geriatría, presta atención especializada, en régimen de hospitalización, a ancianos que cumplen criterios de paciente geriátrico con enfermedades agudas o reagudizaciones de enfermedades crónicas”¹⁵⁴. Según estudios realizados en los años 2003 y 2006, no se tenía garantizada una adecuada asistencia geriátrica especializada en la fase aguda de la enfermedad en la mayoría de los hospitales generales, junto a este déficit se destacaba la falta de equidad del territorio español con desigualdades entre autonomías^{155,156}.
- Unidad de Media Estancia (UME): constituyen una pieza clave en la eficacia de la asistencia geriátrica, conocida como unidad de rehabilitación o convalecencia, tienen como objetivo fundamental y prioritario la recuperación funcional de los ancianos con incapacidad o deterioro inicialmente reversible, también se administran cuidados

dirigidos a la adaptación de los pacientes, a la incapacidad, la implicación y aprendizaje de los familiares, en el cuidado de ancianos incapacitados, el cuidado y cicatrización de úlceras y heridas, la planificación de la ubicación definitiva al alta hospitalaria, la evaluación de los síndromes geriátricos e incluso la estabilización clínica de enfermedades en fase subaguda¹⁵⁷. La estancia media es inferior a 30 días. La derivación rápida de pacientes crónicos reagudizados, bien seleccionados puede ser una alternativa a la hospitalización aguda convencional, la clave es la valoración geriátrica integral realizada por un equipo experto¹⁵⁸.

- Unidad de Larga Estancia (ULE): se define como “nivel hospitalario destinado a la atención de pacientes ancianos con muy escasas o nulas posibilidades de recuperación que precisan cuidados continuos clínicos y de enfermería”. La estancia media suele medirse en meses y las altas no superan el 25% de los ingresos. Existen dos modelos para el cuidado de estos pacientes, el modelo hospitalario tradicional (unidades de larga estancia hospitalarias) y las residencias asistidas que dependen de los servicios sociales o del sector privado, son las que están adquiriendo mayor protagonismo en la atención de estos pacientes. Se presta una atención integral con el objetivo de mantener o mejorar la autonomía funcional, atender a sus necesidades básicas de salud y facilitar su integración y participación social. Los cuidados de enfermería son trascendentales y su buena orientación puede cambiar el tipo de vida de estos pacientes.

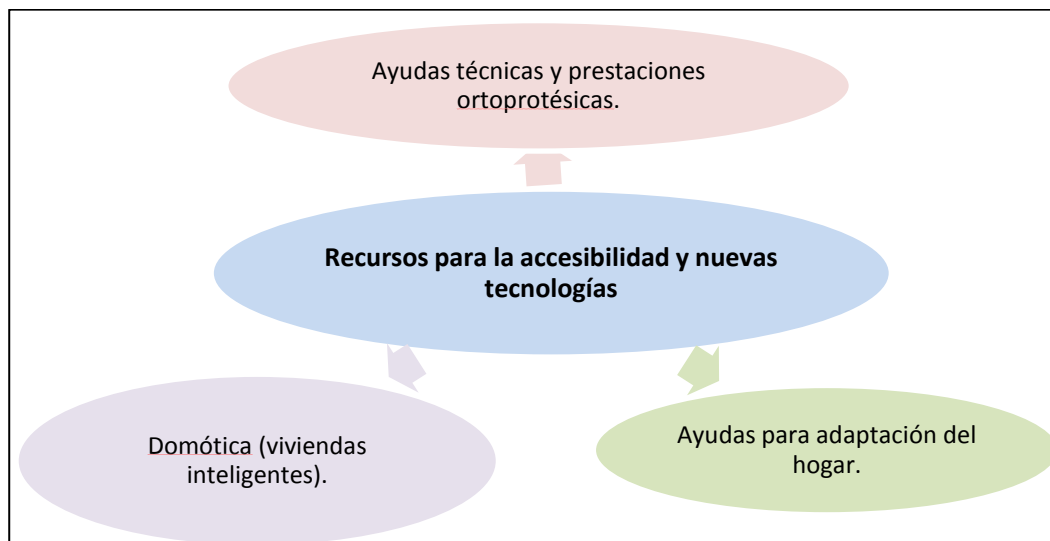
- Residencias: son centros de atención sociosanitaria a los que la persona mayor se traslada a vivir, de forma definitiva o transitoria. Están clasificadas en: centros para válidos, acceden personas mayores que presentan autonomía para la realización de actividades básicas de la vida diaria; centros para asistidos, donde acceden mayores dependientes que necesitan ayuda o suplencia para la realización de las actividades de la vida diaria básica y los centros mixtos de acceso tanto para personas autónomas como dependientes. En estos centros se lleva cabo una intervención interdisciplinaria, a través de diversos programas y actividades desarrollados por los profesionales del centro en los aspectos clínicos, funcional, mental y social, donde prima el mantenimiento de la calidad de vida de la persona mayor. Son centros de puertas abiertas y de participación de los usuarios, donde podemos encontrar distintos tipos de plazas: permanentes, temporales y estancias por vacaciones o descanso de los cuidadores.

- Sistemas alternativos de alojamiento: Es el conjunto de actuaciones que se realizan desde los servicios sociales, para conseguir que una persona en situación de necesidad, por problemas de vivienda, soledad o pérdida de autonomía, cuente con un marco estable para el desarrollo de la convivencia integrado en el entorno comunitario, para un grupo pequeño de personas mayores. Se pueden distinguir los apartamentos con servicios o viviendas comunitarias, viviendas tuteladas, las mini-residencias y los sistemas de acogimiento. Los usuarios mantienen un adecuado nivel de autonomía e independencia para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, pero con dificultades para vivir solos o si carecen de un hogar o no tienen las adecuadas condiciones de habitabilidad.

Recursos para la accesibilidad y nuevas tecnologías.

Las nuevas tecnologías comprenden un amplio abanico de aplicaciones en la mejora de la calidad de vida de los mayores y suponen un avance en las prestaciones sociales.

Figura 18. Recursos para la accesibilidad y nuevas tecnologías.



Fuente: Elaboración propia.

- **Ayudas técnicas y prestaciones ortoprotésicas:** Son aquellos instrumentos, dispositivos o herramientas que permiten a las personas que presentan una discapacidad temporal o permanente, realizar actividades que sin dicha ayuda no podrían realizarlas o requerirían de un mayor esfuerzo para su realización. Deben ser sencillas y eficientes en su objetivo. Existen una amplia variabilidad de tipos de ayudas, las órtesis y prótesis, para la protección y el cuidado personal, para la movilidad personal, para las tareas domésticas, de mobiliario y adaptaciones del hogar, ayudas para la comunicación e información, para la manipulación de productos, equipamiento para la mejora del entorno y ayudas para el ocio y el tiempo libre¹⁵⁹.
- **Ayudas para la adaptación del hogar:** Consiste en las ayudas dirigidas a transformaciones del hogar tendentes a eliminar las barreras que excluyen o marginan a los mayores discapacitados o enfermos. Las acciones pueden dirigirse a modificaciones o adaptaciones arquitectónicas, equipamientos y tecnologías especiales.
- **Domótica:** Es el conjunto de tecnologías aplicadas al control y la automatización inteligente de la vivienda, aporta seguridad, confort y comunicación entre el usuario y las el sistema instalado en el hogar. La domótica permite dar respuesta a los requerimientos que plantean los cambios sociales y las nuevas tendencias de nuestra forma de vida, facilitando el diseño de casas y hogares más humanos, más personales, polifuncionales y flexibles. La domótica contribuye a mejorar la calidad de vida del usuario: fomentando la accesibilidad, facilitando el manejo de los elementos del hogar a las personas con discapacidades de la forma que más se ajuste a sus necesidades, aportando seguridad a las personas con los controles de intrusión y alarmas técnicas que permiten detectar incendios, fugas de gas o inundaciones de agua, etc.¹⁶⁰.

3. ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

Numerosos estudios asocian envejecimiento con dependencia, a pesar de ser un fenómeno presente en todas las edades de la vida, la proporción de personas dependientes aumenta con la edad, dos terceras partes de las personas con discapacidad para las actividades de la vida diaria tienen más de 65 años¹⁶¹. Según los datos del Libro Blanco de Atención a la Dependencia¹⁶², en España el 80% de las personas que padecen dependencia grave y severa, tienen más de 65 años. Los procesos crónicos o degenerativos, el deterioro físico y psíquico que en algunas ocasiones acompañan al proceso de envejecimiento, son en gran medida la causa del alto nivel de dependencia que se observa entre los mayores¹⁶³. Este fenómeno de la dependencia se había considerado, hasta el año 2006, un problema de índole fundamentalmente privado que debía ser resuelto por las familias, según los datos aportados en el informe 2000, Las Personas Mayores en España¹⁶⁴, casi el 85% de los mayores dependientes seguían viviendo en la comunidad, el apoyo informal constituía la mayor fuente de ayuda utilizada por la mayoría de las personas, el 65% de los casos. La Administración en este ámbito actuaba subsidiariamente, cuando la respuesta familiar no era posible o resultaba insuficiente y en general de acuerdo con la capacidad económica del sujeto, se encargaba de proporcionar asistencia¹⁶⁵.

Durante las tres últimas décadas, la discapacidad y la dependencia en las personas mayores han adquirido una gran relevancia política y sociosanitaria. En la década de los años ochenta, se produjo un cambio en la manera de ver la Salud Pública, por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de los países desarrollados, se comenzó a considerar el concepto de calidad de vida de los mayores, interesándose por la discapacidad y la fragilidad. La OMS aprobó la primera clasificación internacional de discapacidades (CIDDM)¹⁶⁶ en 1980 y en el año 2001 se actualizó esta primera propuesta (CIF)¹⁶⁷. En España se realizaron tres encuestas sobre discapacidad, la primera en 1986, a la que le siguieron las de los años 1999 y 2008, a través de ellas, se puede observar el peso cuantitativo de la discapacidad y la dependencia entre la población mayor. Se produjo una evolución en el análisis de la discapacidad, desde el interés por la deficiencia (encuesta de 1986), pasando por el estudio de la discapacidad en detalle y la relación con el entorno (encuesta de 1999), hasta la profundización en las consecuencias de la discapacidad: la dependencia (encuesta del 2008)¹⁶⁸.

La atención a las personas en situación de dependencia se ha convertido en una prioridad social, responder a este desafío, conlleva formular políticas que contemplen una planificación estratégica de provisión de servicios, tanto de iniciativa pública como privada, que permitan asegurar la continuidad del proceso asistencial dando respuesta a las necesidades de las personas dependientes¹⁶⁹, problemática sociosanitaria de gran magnitud todavía no resuelta. Es difícil definir el término discapacidad y dependencia, existen definiciones y medidas para propósitos muy diferentes, programas de asistencia desde la posición médica y rehabilitadora hasta otros sociales, educativos, laborales, de Salud Pública o incluso morales, que complica la conceptualización del término¹⁷⁰.

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia¹⁷¹, define Autonomía como: *“la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por*

propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con unas normas preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria” y la Dependencia como: “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria, o en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”.

La Ley de Dependencia, como habitualmente se le denomina, responde al reto de atender a las necesidades de aquellas personas, que por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía. Se consideró el cuarto pilar del Estado de Bienestar, después de la sanidad, la educación y las pensiones. Esta ley regula las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas. Da cobertura a las necesidades de las personas dependientes y a sus familiares, tiene en cuenta, por primera vez, a las cuidadoras, para que no caigan en situación de indefensión ante su propia enfermedad o tengan hipotecado por ello su futuro y sus pensiones de vejez.

Está estructurada en 4 títulos, el preliminar donde recoge las disposiciones que se refieren al objeto de la Ley, los principios que la inspiran, los derechos y obligaciones de las personas en situación de dependencia y los titulares de derechos; el Título I configura el Sistema de Atención a la Dependencia, la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus competencias, concretándose la creación de Consejo Territorial del Sistema, también se regulan las prestaciones económicas vinculadas al servicio, para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, prestaciones económicas de asistencia personal y la cuantía de las prestaciones económicas; el catálogo de servicios que prevengan la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, servicios de Teleasistencia, de Ayuda a Domicilio, servicio de Centro de Día y de Noche y Atención Residencial. Define los grados de dependencia clasificándolos en tres Grados y para cada uno de los grados establece dos niveles, en función de la autonomía y de la intervención de cuidados que se requieran, así como su procedimiento de reconocimiento del derecho a las prestaciones. El Título II regula las medidas para asegurar la calidad y la eficacia del Sistema, con la elaboración de planes de calidad y sistemas de evaluación, con especial atención a la formación y cualificación de profesionales y cuidadores. En este mismo título se regula el sistema de información de la dependencia y el Comité Consultivo del sistema, por último, en el Título III se regulan las infracciones y sanciones vinculadas a las condiciones básicas de garantía de los derechos de los ciudadanos en situación de dependencia.

Los profesionales de enfermería, en el momento de aprobarse esta ley, se plantearon el reto de tomar iniciativas y asumir, como profesionales de los cuidados, la indicación de cuidados (preventivos y asistenciales) que necesitasen las personas en cada momento, formar parte de los

equipos multidisciplinares para abordar la definición de las escalas de dependencia y los baremos de niveles de cuidados, estar presentes en la formación, capacitación y acreditación de los cuidadores y ser un apoyo para ellos¹⁷². Diversos autores señalan que la enfermera, es el profesional experto que cuenta con reconocimiento legal, académico y formal, para formar parte del sistema que planteó la Ley de Dependencia, en el que se deben llevar a cabo entre otras funciones la valoración, la coordinación y planificación de cuidados. El contenido de la Ley se aproxima, a los fundamentos de la ciencia enfermera, diversas teóricas de la profesión, al hablar del trabajo de enfermería, coinciden en apuntar la atención a la dependencia de personas especialmente vulnerables (V. Henderson, D. Orem)¹⁷³. Se trataba entonces, de una oportunidad para visualizar lo que siempre han realizado las enfermeras, la prestación de cuidados a las personas dependientes y sus familias, diagnosticando la situación y llevando a cabo la planificación, la dirección, la evaluación de los cuidados y la coordinación de los recursos comunitarios¹⁷⁴.

El análisis de países con mayor experiencia en la integración de los servicios sociales y sanitarios, demuestra que la integración obtiene mejores resultados si se ha definido claramente la población beneficiaria, si existe una integración en los niveles políticos, de gestión y clínicos, si existen presupuestos conjuntos, equipos multidisciplinares y protocolos consensuados para conseguir objetivos comunes centrados en los pacientes. Se recomienda que el equipo interdisciplinar y el gestor de casos tengan la responsabilidad clínica y financiera de los cuidados prestados a los usuarios^{175,176}. ¿No sería recomendable que el profesional de enfermería especializado pudiese realizar esta función?

Cada Comunidad Autónoma legisló posteriormente, todo lo relacionado con el procedimiento a seguir, por parte de las personas interesadas, sobre el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones ofrecidas, desde cómo se inicia, con la formulación de la solicitud, hasta que se dicta la resolución¹⁷⁷ y facilitan a través de la una página web¹⁷⁸ información sobre requisitos, normativa y datos de interés, así como los formularios que puedan necesitar los solicitantes, la legislación aplicable, etc. En el año 2007 se aprobó el baremo de los grados y niveles de dependencia, incluyendo el protocolo con los procedimientos y técnicas a seguir y la determinación de los intervalos de puntuación que corresponden a cada uno de los grados y niveles de dependencia¹⁷⁹.

La valoración de diversos profesionales sobre la puesta en marcha de la Ley de dependencia es muy variada, en relación a las cuidadoras hay quienes se sienten más valoradas y menos solas desde la aprobación de esta Ley, si bien el número de cuidadoras que disfrutan de las ayudas es escaso^{180,181} y la media de espera para la ayuda económica supera los 17 meses¹⁸², también existen opiniones que manifiestan que las expectativas generadas en su planteamiento inicial no se han visto cubiertas en la dimensión económica (los recursos los consideran escasos y no llegan a todos aquellos que los necesitan), tampoco ha favorecido la creación de empleo que se transmitía como esencia de la Ley y por último destacan las dificultades burocráticas con las que se encuentran, generando en las familias desconfianza en el apoyo social que proviene del Estado¹⁸³.

Los profesionales de enfermería confirman que la Ley está permitiendo visualizar lo que siempre han realizado, la prestación de cuidados. Los estudios que analizan las etiquetas

diagnósticas más prevalentes, han ayudando a identificar el perfil de las personas dependientes. Algunos investigadores coinciden en la identificación de dependencia asociada a diagnósticos enfermeros, según taxonomía NANDA, de los dominios 3 y 4. Dominio 4- actividad/reposo y dominio 3- eliminación, evidenciando la necesidad de planificar cuidados específicos dirigidos a los cuidadores para que ayuden a suplir los déficits detectados^{184,185,186,187}.

La Ley ha contribuido a detectar un porcentaje importante de pacientes dependientes cuya existencia no se conocía y precisaban de seguimiento enfermero domiciliario, por tanto, la realización por parte de enfermería de los informes de salud, ayuda a captar población dependiente¹⁸⁸, si bien hay profesionales que opinan que les ha supuesto una sobrecarga de trabajo. La valoración a través del baremo de valoración de dependencia (BVD) lo consideran denso y difícil de cumplimentar y sobre todo, critican que en ocasiones no recoge la situación real del paciente. Sugieren que la creación de grupos profesionales enfermeros entrenados e independientes del Equipo de Atención Primaria hubiera salvado obstáculos como la valoración subjetiva y presiones por parte de las familias¹⁸⁹, de nuevo proponemos como opción que sean profesionales de enfermería especializados los responsables de esta evaluación.

Para terminar destacamos la afirmación que se expone en el Libro Blanco de la coordinación sociosanitaria en España, a pesar de los avances sociosanitarios todavía hoy *“el envejecimiento de la población, el aumento de la población y de las enfermedades crónicas, nos plantea tres retos ineludibles: el adecuado desarrollo de un sistema de promoción de la autonomía y atención a la dependencia, la reorientación del modelo tradicional de atención sanitaria centrado en la curación de procesos agudos o descompensaciones hacia un modelo que conceda más importancia al “cuidar”, y la necesaria coordinación entre ambos sistemas sanitario y social, para ofrecer servicios eficientes y de calidad a un número cada vez mayor de personas en un contexto en el que se acrecienta la coincidencia de necesidades de índole sanitaria y social”*¹⁹⁰.

4. BIBLIOGRAFÍA

¹¹⁴Campos Egozcue Begoña. La construcción de una política social de vejez en España: del Franquismo a la normalización democrática. *Reis* 1996;73:239-263.

¹¹⁵Orden 26 de febrero 1971, por la que se regula el Plan Nacional de Seguridad Social de Asistencia los ancianos. *BOE* 3 de marzo 1971.

¹¹⁶Rey Vieites Álvaro, Iglesias Redondo Julio I, Espín Alba Isabel, Mayán Santos Jose Manuel. La protección constitucional de las personas mayores como fundamento de la Gerontología jurídica. *Gerokomos* 2003;14(2):66-73.

¹¹⁷Limón Mendizabal M^a Rosario, Crespo Carbonero Juan A. Ciudad educadora y nuevos espacios de educación para la salud en las personas mayores. *Educación XXI: revista de la Facultad de Educación* 2002;4:91-124.

¹¹⁸Martín García Antonio Víctor. Diez visiones sobre la vejez: del enfoque deficitario y de deterioro al enfoque positivo. *Revista de educación* 2000;323:161-182.

¹¹⁹Fernández Ballesteros Rocio. La gerontología positiva. *Rev Mult Gerontol* 2000;10(3):143-145.

¹²⁰Regato Pajares P. A propósito del "envejecimiento activo" y de la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento: qué estamos haciendo y qué nos queda por hacer. *Aten Primaria* 2002;30(2):77-79.

¹²¹Codón Isabel. Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. *Rev. Del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.* 42:193-208. Disponible en: http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/42/Docu2.pdf

¹²²Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Imserso. Plan de Acción Internacional sobre envejecimiento, antecedentes y contexto. Disponible en: http://www.imserso.es/imserso_01/el_imserso/relaciones_internacionales/rel_inter_nunidas/actividades/conferencia_ministerial_cepe_noviembre2007/antecedentes_contexto/index.htm

¹²³Naciones Unidas. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid 8 al 12 de abril del 2002. A/CONF/197/9

¹²⁴Rodríguez Molinero Alejandro, Escriche Vicente Manuel. Guiando el desarrollo tecnológico en Geriatría. *Rev Geiatr Gerontol* 2009;44(3):117-118.

¹²⁵Limón Mendizabal M^a Rosario, Crespo Carbonero Juan A. Ciudad educadora y nuevos espacios de educación para la salud en las personas mayores. *Educación XXI: revista de la Facultad de Educación* 2002;4:91-124.

¹²⁶Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria General de Asuntos Sociales, IMSERSO. Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007. Disponible en: <http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-plan20032007-01.pdf>

¹²⁷Salvà Casanovas Antoni, Llevadot Roig D, Miró M, Vilalta M, Rovira JC. La atención geriátrica. Uno de los grandes ejes de la atención sociosanitaria en Cataluña. *Rev Esp Griatr Gerontol* 2004;39(2):101-108.

- ¹²⁸Moren Orobítg Francesc. Una revisió del espai sociosanitari a la llum de la Ley de Autonomía Personal. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2006;41(supl1):59-60.
- ¹²⁹Ponencia. Conrad Ensenyat i Sacristán, presidente de federació d'organitzacions catalanes de gent gran – foccag. Legislación y planes de atención a la dependencia en las comunidades autónomas españolas. Disponible en: www.ceoma.org/vicongreso/.../ponencia%2013.%20conrad.doc
- ¹³⁰Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE número 128, de 29 de mayo del 2003.
- ¹³¹Zafra Eduardo, Peiró Rosana, Ramón Nieves, Álvarez Dardet Carlos, Borrell Carme. Análisis de la formulación de las políticas sobre envejecimiento en los planes autonómicos sociosanitarios y de atención a las personas mayores en España. *Gac Sanit.* 2006;20(4):295-302.
- ¹³²Martínez Aguayo C, Regato Pajares c, Gogorcena Aóiz MA. La coordinación sociosanitaria en la atención al anciano. *Cuad Gestión.* 1996;2(2):86-94.
- ¹³³Hernández Quevedo Cristina, Jiménez Rubio Dolores. Inequidad en la utilización de servicios sociosanitarios en España para las personas discapacitadas. *Gac Sanit.* 2001;25(S):85-92.
- ¹³⁴Corral Fernández Julián. Proveer asistencia social y sanitaria integrada a las personas mayores en situación de dependencia: una solución a los problemas de continuidad. *Rev Geriatr Gerontol.* 2006;41(5):255-257.
- ¹³⁵Instituto de Mayores y Servicios Sociales. IMSERSO. Observatorio de las Personas Mayores Disponible en: http://www.imserso.es/imserso_01/innovacion_y_apoyo_tecnico/observatorio_personas_mayores/presentacion/index.htm
- ¹³⁶Instituto de Mayores y Servicios Sociales. IMSERSO. Libro Blanco de Coordinación Sociosanitaria en España. Disponible en: http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/doc_interes/lb_coorsociosanitaria/index.htm
- ¹³⁷OMS. Planificación y organización de los servicios geriátricos. Comité de expertos de la OMS. Ginebra 1974.
- ¹³⁸Salgado Alberto, Beltrán M. Asistencia geriátrica: geriatría de sector. En Salgado Alberto, Guillen Francisco, editores. *Manual de geriatría (2ªed.)*. Barcelona; Masson, 1994.p.43-53.
- ¹³⁹Insalud. Criterios de ordenación de servicios para la atención sanitaria a las personas mayores. Madrid; Insalud 1995.
- ¹⁴⁰Ruipérez Cantera Isidoro. Asistencia geriátrica sectorizada. *Rev Geriatr Gerontol* 2001;36(S5):20-24.
- ¹⁴¹Ducharme F, Lebel P, Bergman H. Vieillesse et soins, l'urgence d'offrir des services de santé intégrés aux familles du XXIe siècle. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé.* 2001;8;2:110-21.

¹⁴²Guillen Llera Francisco. Asistencia Geriátrica sectorizada. Esquemas asistenciales. En Guillen Llera F, Pérez del Molino Martín J, Petidier Torregrosa R. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2ªed. Barcelona; Elsevier Masson; 2008. p.83-91.

¹⁴³Corral Fernández Julian. Proveer asistencia social y sanitaria integrada a las personas mayores en situación de dependencia: una solución a los problemas de continuidad. Rev Geriatr Gerontol. 2006;41(5):255-7.

¹⁴⁴Mayan Santos José Manuel. Gerontología social. Santiago de Compostela. Universidad de Santiago de Compostela; 2000. Capítulo XII Niveles asistenciales.

¹⁴⁵Mayan Santos José Manuel. Cap 2. Modalidades asistenciales y de recursos. En Mayan Santos Jose Manuel. Enfermería en cuidados sociosanitarios. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE, SL); 2005. p. 43-51.

¹⁴⁶Macía Soler Loreto, Conca Pérez Victoria Minerva. Red formal de atención a la persona mayor. En: Nuin Orrio. Enfermería de la persona mayor. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces; 2011, p.357-568.

¹⁴⁷López Martín Inmaculada, Petidier Torregrossa.Roberto. Capítulo 12. Geriatria y Atención Primaria de Salud. En: Guillen Llera Francisco, Pérez del Molino Martín Jesús, Petidier Torregrossa Roberto. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2ªed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008. p.117-131.

¹⁴⁸Peñacoba Maestre Delia, Franco Vidal Amalia. Perfil de las personas mayores de 75 años que acuden a un centro de salud. Enferm. Comun. 2005;1(1). Disponible en: http://www.index-f.com/comunitaria/1_articulo_29-34.php.

¹⁴⁹Contel Segura, Joam Carles. La tención a personas en situación de dependencia: aportaciones de la evidencia en la construcción de un modelo de atención compartida. Index Enferm. 2009;18(3):179-173.

¹⁵⁰Bohorquez Rodriguez Alfredo, Martín García Mª Salomé. Capítulo 15 Cuidados sociales domiciliarios. En: Guillen Llera Francisco, Pérez del Molino Martín Jesús, Petidier Torregrossa Roberto. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2ªed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.p 157-165.

¹⁵¹Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Libro blanco: atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid: IMSERSO; 2005.

¹⁵²Instituto de Mayores y Servicios sociales. IMSERSO. Teleasistencia domiciliaria. Disponible en:http://www.imserso.es/imserso_01/envejecimiento_activo/teleasistencia_domiciliaria/index.htm

¹⁵³Ministerio de Sanidad y Política Social. Hospital de día, estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación; 2009.

¹⁵⁴Guillen Llera Francisco, del Valle Operé Inés. Capítulo 11, Unidades de Hospitalización en geriatría. En: Guillen Llera Francisco, Pérez del Molino Martín Jesús, Petidier Torregrossa Roberto. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2ªed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.p 107-115.

- ¹⁵⁵Ruipérez Isidoro, Midón J, Gómez-Pavón J, Maturana N, Gil P, Sancho M, Macías JF. Nivel de adecuación de los recursos geriátricos en los hospitales generales españoles. *Rev Geriatr Gerontol.* 2003;38(5):281-287.
- ¹⁵⁶Gómez Pavón J, Ruipérez Cantera Isidoro, Rodríguez Valcarce A, Rodríguez Solis J, González Guerrero JL, Maturana Navarrete N. Nivel de adecuación de los recursos geriátricos en los hospitales generales españoles: período 2003-2005. *Rev Geriatr Gerontol.* 2006;41(1):77-80.
- ¹⁵⁷Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/segg-analisis-01.pdf>
- ¹⁵⁸Marco Inzitari, Espinosa Serralta Lluís, Pérez Bocanegra Maria Carmen, Roqué Fíguls Marta, Argimón Pallás Josep María, Farré Calpe Joan. Derivación de pacientes geriátricos subagudos a un hospital de atención intermedia como alternativa a la permanencia de un hospital general. *Gac. Sanit.* 2012;26(2):166-169.
- ¹⁵⁹Laloma Miguel. Ayudas técnicas y discapacidad. Número 15 de la colección *cermis.es*. Comité Español de Representantes de personas con discapacidad- CERMI; 2005. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/cermi-ayudas-01.pdf>
- ¹⁶⁰Asociación española de domótica. ¿Qué es la domótica?. Disponible en: <http://www.cedom.es/que-es-domotica.php>
- ¹⁶¹Sánchez Fierro Julio. Libro verde sobre la dependencia en España. Madrid: Grupo de Trabajo "Dependencia de la fundación AstraZeneca"; 2004.
- ¹⁶²Libro blanco sobre las situaciones sobre la situación de personas dependientes en España. Madrid: Ministerio de asuntos sociales; 2005.
- ¹⁶³Toronjo Gómez Ángela María, Rojas Ocaña María Jesús. Capítulo 18, El envejecimiento y la dependencia. En: García López M^a Victoria, Rodríguez Ponce Catalina, Toronjo Gómez Ángela M^a. *Enfermería del anciano*. 2^aed. Madrid: Ediciones DAE (Grupo Paradigma); 2009.p 319-345.
- ¹⁶⁴IMSERSO. Informe 2000. Las Personas Mayores en España: datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Madrid: IMSERSO; 2001
- ¹⁶⁵Casado Marín David. La atención a la dependencia en España. *Gac. Sanit.* 2006;20(supl 1):135-142.
- ¹⁶⁶Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM). Madrid: IMSERSO (reedición 1994). Ministerio de Asuntos Sociales; 1980. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/inserso-clasificaciondisca-01.pdf>
- ¹⁶⁷Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud (CIF): OMS y MTAS. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-clasificacion-01.pdf>
- ¹⁶⁸Abellán Antonio, Esparza Cecilia, Castejón Penélope, Pérez Julio. Epidemiología de la discapacidad y la dependencia de la vejez en España. *Gac Sanit.* 2011;25(S):5-11.

¹⁶⁹Dirección General del IMSERSO, dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Libro Blanco de la coordinación sociosanitaria en España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

¹⁷⁰Abellán García Antonio, Hidalgo Checa Rosa. Definiciones de discapacidad en España. Informes Portal Mayores, número 109. Madrid; 2011. Disponible en: <http://www.imsersomayores.cisc.es/documentos/documentos/pm-.definiciones-01.pdf>

¹⁷¹Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE nº 299 de 15 de diciembre del 2006.

¹⁷²Salazar Agulló Modesta. Las enfermeras y la Ley de Dependencia en España. Index de Enferm. 2006; 52-53:7-9.

¹⁷³Fuente MJ. La Ley de dependencia: una oportunidad para la enfermería. Enferm Clín. 2007;17(3):107-108.

¹⁷⁴Arriaga Piñeiro Esperanza, Martínez Riera José Ramón. Las enfermeras y el anteproyecto de Ley de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Retos y oportunidades. Index de Enferm. 2006;54:35-38.

¹⁷⁵Zunzunegui Pastor M^a Victoria, Lázaro y de Mercado Pablo. Integración y fronteras entre la atención sanitaria y social. Gac Sanit. 2008;22(supl1):156-162.

¹⁷⁶Guerrero Martín Jorge, Suero Villa Pedro, Comellas Nicolás Manuel, Luna Giles M^a Fernanda. Papel de la Enfermería en la atención a la dependencia: reflexiones desde Extremadura. Enfermería Comunitaria 2008;4(2):42-46.

¹⁷⁷Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Orden FAM/824/2007, de 30 de abril por la que se regula el procedimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia. BOCYL nº 96, 18 de mayo del 2007.

¹⁷⁸Sede electrónica de Castilla y León. Tramitacastillayleon. Disponible en: https://www.tramitacastillayleon.jcyl.es/web/jcyl/AdministracionElectronica/es/Plantilla100Detalle/1251181055331/_/1259395711876/Tramite

¹⁷⁹Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. BOE nº 96 de 21 de abril del 2007.

¹⁸⁰Serrano Cepas MC, Torres Montero MD, Hevilla Ordóñez C, López León A, Boatella Cumpian L. Expectativas de las cuidadoras y la ley de dependencia. Rev Paraninfo Digital, 2008:3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p148.php>

¹⁸¹Escuredo Rodríguez Bibiana. Políticas de dependencia, consecuencias para las familias. Rev ROL Enferm. 2008;31(5):22-32.

¹⁸²Bernal Pérez Francisca. ¿Qué pasará con nuestros mayores ahora?. Ética de los Cuidados 2012;5(9). Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n9/et7828.php>

-
- ¹⁸³Martorell Poveda M^a Antonia, Jiménez Herrera María, Burjalés Martí M^a Dolors. La Ley de la Dependencia: más allá de la crisis. *Ética de los Cuidados* 2011 4(7). Disponible en <http://www.index-f.com/eticuidado/n7/et7751.php>
- ¹⁸⁴Ferrer Marín Fernando, Esteban Moya Francisco, Atienzar Tobarra M^a Dolores. Informes de Condiciones de Salud de una Unidad de Gestión Clínica. Diagnósticos enfermeros relacionados con la dependencia. *Rev Paraninfo digital* 2008; 3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p195.php>
- ¹⁸⁵Cortes Piña Francisco, Rodríguez Ruiz M^a Eva, Ceballos-Arjona Zuñiga Sonia, Ruges Muñoz Carlos, Camacho Naharro Alonso, Dorronzoro Sánchez M^a Paz. Identificación de diagnósticos enfermeros más prevalentes, a través de la Ley de Dependencias, en la ZBS Conil. *Rev Paraninfo Digital* 2008; 3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p197.php>
- ¹⁸⁶Pozanco Gallego M^a Jose, Ruiz Cayuso Pilar. La Ley de Dependencia y el papel relevante de la Enfermería de Familia en la valoración de las solicitudes. *Rev Paraninfo Digital* 2008;3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p191.php>
- ¹⁸⁷Pérez Navarro Adelaida, López Cano María, Fernández Leyva Antonia, Ruiz Fernández M^a Dolores, Tobías Manzano Ana, García Arrabal Juan José. Mejoras conseguidas tras la entrada en vigor de la Ley de Dependencia. *Rev Paraninfo Digital* 2008;3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p185.php>
- ¹⁸⁸Arango JM^a, Mancha M^aL, Ega AF, Arias JC, Zájara M. Granados M^aJ. Captación de nuevos pacientes dependientes en relación con la aplicación de la Ley de Dependencia. *Rev Paraninfo Digital* 2008;3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p188.php>
- ¹⁸⁹Maestro González Belén, Martín Marin Cristina, Hernández Blanco Raquel, Izquierdo Narganes Luz Divina, Vallejo de la Gala Purificación. Repercusión de la implantación de la Ley de Dependencia sobre los Profesionales de Enfermería. *Metas Enferm.* 2010;13(5):62-67.
- ¹⁹⁰Dirección General del IMSERSO, dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Libro Blanco de la coordinación sociosanitaria en España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. p. 17.

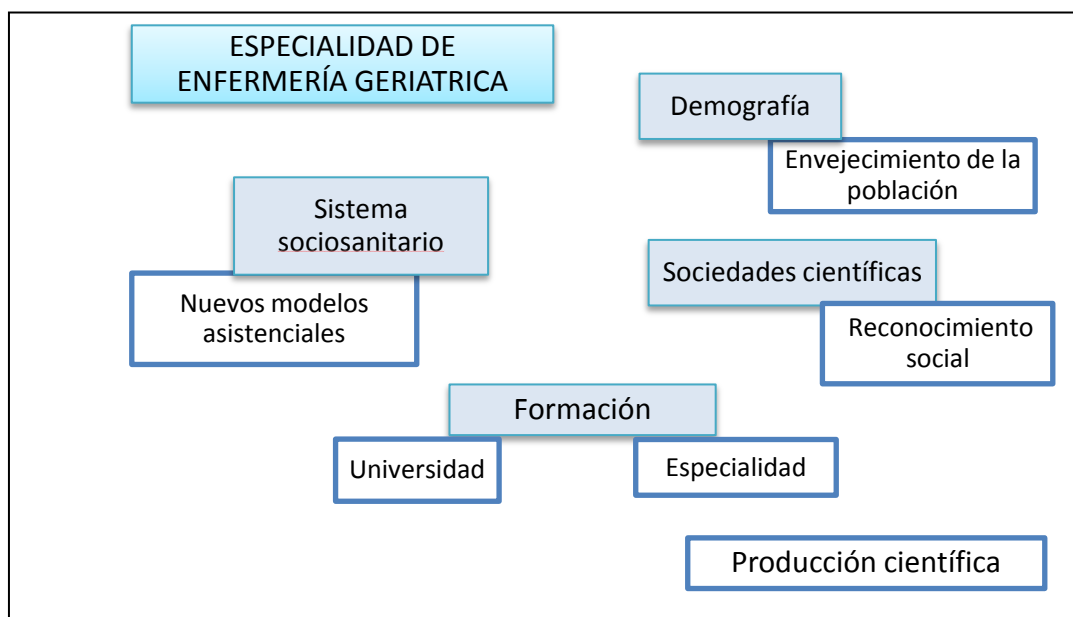
MARCO CONCEPTUAL



1. MARCO CONCEPTUAL.

Todas las investigaciones se presentan como un procedimiento a través del cual se ponen de manifiesto una serie de problemas a resolver, de forma planificada y con un determinado fin, generar conocimiento¹⁹¹. Se trata de comprender los fenómenos que constituyen nuestra realidad y producen inquietud en el investigador hacia la búsqueda de respuestas que interpreten o expliquen tales acontecimientos¹⁹². Para ello es necesario establecer un camino adecuado que guíe el proceso de búsqueda desde la reflexión hasta la obtención de los resultados mediante el método que permita el mejor abordaje del fenómeno. En nuestro estudio contemplamos distintos elementos que inicialmente consideramos claves en el desarrollo de la especialidad de Enfermería Geriátrica: una aproximación sobre el envejecimiento de la población, delimitar los conceptos de geriatría y gerontología, las aportaciones de la sociedad científica de la Enfermería Geronto-Geriátrica y los sistemas de atención al mayor en España, la formación universitaria de la Enfermería Geriátrica, su desarrollo como especialidad de enfermería y la producción científica entorno a la especialidad que investigamos.

Figura nº 19. Contexto de producción del discurso.



El marco conceptual se utiliza como guía en este estudio. De acuerdo con este marco, los datos sociodemográficos justifican una creciente demanda de atención por parte de los mayores. Los cuidados de enfermería a los mayores, tanto en salud como en enfermedad son complejos, generalmente de larga duración y requieren conocimientos, actitudes y habilidades especializados. Siguiendo las directrices europeas desde 1977, los estudios de enfermería se reconocieron con nivel universitario y fue a partir de ese momento histórico, cuando se incorporó la asignatura de Enfermería Geriátrica en los nuevos planes de estudios, se desarrolló de forma paralela una formación postgrado que incluían cursos de extensión universitaria, expertos y máster. La Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG), se constituyó en 1987 con el propósito de fomentar y defender, dentro de su ámbito, todo lo

relacionado con la Enfermería Geriátrica y Gerontológica, podríamos decir que garantizaba la visibilidad de los aspectos relacionados con el cuidado de los mayores, siendo promotores y defensores de la aprobación y desarrollo de la especialidad de Enfermería Geriátrica según indicaba la directiva europea 77/452/CEE. Desde la aprobación de la Constitución española en 1978, que consagra la igualdad real y efectiva entre todos los ciudadanos y recoge principios rectores que suponen obligaciones de los poderes públicos de proveer servicios sociales y sanitarios a los mayores, la definición de un nuevo sistema de salud con modelos de atención más integrales e integrados en el marco de política europea sobre el envejecimiento, potencia la atención a los mayores desde un incremento de coordinación ente el sistema social y el sistema sanitario. El interés por el conocimiento y desarrollo de este campo disciplinar se ha incrementado en los últimos años, según se refleja en la producción científica de los últimos años.

¹⁹¹Cánovas Tomás Miguel. La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión. Tesis doctoral, Universidad de Murcia 2008

¹⁹²Bover Bover Andreu. Cuidadores informales de salud del ámbito domiciliario: percepciones y estrategias de cuidado ligadas al género. Tesis doctoral. Universidad de las Islas Baleares 2004.

SEGUNDA PARTE

LA ENFERMERÍA GERIÁTRICA ESPAÑOLA



HIPÓTESIS



HIPÓTESIS

La pregunta base de la presente investigación hace de guía en el itinerario metodológico y marca un plan idóneo e irrenunciable para hallar las respuestas oportunas.

¿Qué factores han impulsado la institucionalización de la Enfermería Geriátrica?

Partimos de una **hipótesis central**.

La enfermería en su especialización geriátrica ha respondido de forma positiva a las demandas de la sociedad española, siendo partícipe del desarrollo de un nuevo modelo de Sistema de Salud.

Hipótesis complementarias.

1. La Enfermería Geriátrica está cambiando del modelo basado en la enfermedad y dependencia hacia una perspectiva integral de la atención a los mayores y familias. Este modelo comprende la prevención, curación, rehabilitación, adaptación y apoyo en fase terminal. O dicho en términos más enfermeros: mayor bienestar, conservar la mayor autonomía posible, versus autocuidado, en el anciano o sus cuidadores familiares, garantizando la seguridad clínica, tres dimensiones claves para lograr la mayor calidad de vida posible y enfrentar serenamente el final de la vida.
2. La intangibilidad de los cuidados enfermeros, la asociación de los cuidados al papel femenino de la mujer en etapas recientes de nuestra historia, lo que se conoce como estereotipos de género y el proceso socializador de subordinación conceptual de la enfermería, dificultan el reconocimiento y diferenciación de la labor especializada de la enfermería geriátrica tanto por parte de los profesionales del equipo de salud como de la población.
3. Finalmente, el abordaje en los planes de estudios de la asignatura de enfermería geriátrica ha potenciado la valoración y reconocimiento, por parte de los profesionales de enfermería, de la especialidad de la Enfermería Geriátrica. La aproximación a la vejez, más como una categoría social, que como una característica individual desde el campo académico, produce un desafío a las percepciones mantenidas anteriormente que relegan a lugares alejados de interés a las personas mayores. La atención Geronto-Geriátrica, ha permitido valorar las experiencias de los mayores, poniendo de manifiesto la necesidad de profundizar en su atención como un elemento de gran significado cultural, estableciendo relaciones entre el mundo sanitario y social.

OBJETIVOS



OBJETIVOS DEL ESTUDIO.

Para dar respuesta a nuestro planteamiento hemos definido los siguientes **objetivos**.

1. Estudiar el desarrollo científico de la especialidad de Enfermería Geriátrica-Gerontológica -analizando su producción científica-.
2. Analizar el proceso histórico de creación y desarrollo de la especialidad de Enfermería Geriátrica, desde 1977 hasta el año 2010.
3. Detallar el proceso de socialización de las enfermeras y enfermeros geronto-geriátricos.
4. Describir la opinión de profesionales del equipo de salud acerca de la especialización de la Enfermería Geriátrica.

DISEÑO METODOLÓGICO



METODOLOGÍA.

De acuerdo con el planteamiento inicial, de profundizar en la historia reciente de la Enfermería Geriátrica, realizamos inicialmente una aproximación a través de un estudio documental que nos permita analizar la situación histórico-social y la producción científica específica sobre la Enfermería Geriátrica en España, durante el periodo de estudio 1977-2010. Posteriormente, a través de fuentes orales incorporaremos la visión de los profesionales que han vivido y protagonizado este hecho histórico. En cada capítulo al presentar los resultados se realizara de forma simultánea la discusión de los mismos.

1. ESTUDIO PRODUCCIÓN CIENTÍFICA.

Conocer la producción científica desde 1977 hasta el año 2009, nos va a permitir aproximarnos al desarrollo evolutivo de la Enfermería Geriátrica y su proceso de profesionalización. Este proceso implica adquirir el rol, el estatus y el reconocimiento de profesión con autonomía e identidad propia. Esta profesionalización se contempla, a la vez que el desarrollo profesional, en la relevancia social de los cuidados a los mayores y en el sistema socio-sanitario.

El estudio bibliométrico se utiliza para evaluar diferentes áreas científicas y resulta un método confiable y universal para medir la productividad de un sector, pudiendo evaluar el avance y estado de consolidación del sector analizado. Estos estudios son cada vez más generalizados en países científicamente con mayor desarrollo¹⁹³. Desde la incorporación de los estudios de enfermería en la Universidad, junto con otros factores como los cambios económicos, sociales y políticos, se ha producido un incremento de la producción científica en enfermería y la realización de distintas evaluaciones, permite analizar aspectos relativos a la producción, consumo de la información y repercusión de esta. Varios trabajos de investigación analizan la producción del conocimiento en áreas concretas de la enfermería, por ejemplo: Enfermería Comunitaria o Atención Primaria^{194,195,196}, Historia de la Enfermería¹⁹⁷, Cuidados Intensivos o de cardiología^{198,199}, especialidad de matronas²⁰⁰, Úlceras por Presión²⁰¹. El análisis de la producción científica sobre la Enfermería Geriátrica, nos permitirá adquirir una perspectiva temporal de las investigaciones pasadas y observar su evolución.

En nuestra investigación, hemos diferenciado dos momentos consecutivos en la enfermería española, en primer lugar analizamos las publicaciones de los años 1970-79, momento histórico en el que se gestó la transformación de las escuelas no universitarias en universitarias, proceso definitivo para la incorporar en los planes de estudios la asignatura de Enfermería Geriátrica y posteriormente analizamos la producción que abarca desde 1980 hasta el año 2009.

1.1 Análisis bibliométrico 1970-1979.

Material: Publicaciones disponibles en la biblioteca del CODEM (Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Madrid), en el mes de septiembre del año 2010, sección de Historia de la Enfermería – Revistas antiguas – recopiladas por Carlos Álvarez Nebreda, con la finalidad de facilitar la documentación que indague en la evolución de las funciones y de los cuidados de enfermería en un marco histórico.

Criterios de inclusión: artículos que en su título especifiquen aspectos relacionados con vejez, anciano, tercera edad, geriatría, gerontología y daten entre los años 1970 y 1979. Las publicaciones revisadas durante este periodo son: Revista Medicina y Cirugía Auxiliar órgano de expresión del Consejo General de Practicantes de España; Revista Caridad, Ciencia y Arte, órgano de expresión del Colegio de Enfermeras de Madrid, que en 1973 pasó a denominarse: Boletín de las Enfermeras Españolas y ATS de España; Boletín informativo y cultural representando al Consejo General de Practicantes de España. El número de artículos finalmente analizados son 20.

Una vez recuperados los trabajos se hizo un análisis descriptivo sobre: autores, temas abordados y su enfoque.

1.2. Análisis bibliométrico 1980 al 2009.

Material: Artículos publicados en las revistas españolas indexadas en la base de datos CUIDEN PLUS y recuperados a través de los descriptores Enfermería Geriátrica o Gerontológica, Geriatría o Gerontología o ancianos/as desde 1980 al año 2009. Hasta el año 2000, este análisis de la producción científica sobre la Enfermería Geriátrica en España había sido realizado por: Álvarez et col.²⁰² que analizaron las publicaciones desde 1980 hasta 1990, por Gálvez Toro et col.²⁰³ ellos revisaron el periodo comprendido entre 1991-1995 y por Rodríguez Borrego Aurora²⁰⁴ que analizó el periodo comprendido durante los años 1997-2000, dado el vacío existente desde el 2001 al 2009 procedimos a completar el análisis durante este período²⁰⁵.

CUIDEN²⁰⁶: Base de Datos Bibliográfica de la Fundación Index, que incluye producción científica sobre Cuidados de Salud. Contiene artículos de revistas científicas, libros, monografías y otros documentos, incluso materiales no publicados, cuyos contenidos han sido evaluados previamente por un comité de expertos. CUIDEN PLUS: versión avanzada de acceso exclusivo a suscriptores de Ciberindex que permite recuperar referencias bibliográficas con el resumen de autor, acceder al texto completo de los documentos (cuando están disponibles en acceso abierto o en la Hemeroteca Cantárida), y conocer el impacto científico de las principales revistas incluidas. Citación Cuiden ofrece un modelo de análisis bibliométrico, utilizado por el grupo de Estudios documentales de la Fundación Index, elaborado a través de un proyecto financiado por el Ministerio de Sanidad y Consumo dentro del Programa de Promoción y Fomento de la Investigación Biomédica y Ciencias de la Salud del Instituto de Salud Carlos III, es considerado como fuente válida para la evaluación del conocimiento enfermero en las diferentes Comunidades Autónomas y Universidades de España, así como en otros países de

ámbito Iberoamericano²⁰⁷. La Unidad SciELO España, coordinada desde la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud, ha establecido un acuerdo entre FAPESP (Fundación Científica Brasileña promotora de la Red SciELO) y Thomson Reuters, para la inclusión de la colección SciELO en la plataforma “Web of Knowledge”, lo que supone que un número considerable de revistas que se expresan en español y portugués podrán consultarse a través de la plataforma de ISI. La empresa norteamericana de gestión del conocimiento, con amplia influencia en las áreas que ahora incorpora, reconoce con ello la gran laguna que sus instrumentos de gestión de citas experimentan respecto a una parte considerable del conocimiento proveniente de áreas científicas no hegemónicas²⁰⁸.

La base de datos Cuiden Plus ha adquirido gran importancia a la hora de realizar cualquier búsqueda, por su carácter de exclusividad y de exhaustividad de indización para enfermería. Los inicios de la documentación en enfermería están relacionados con esta base de datos, comenzó a difundirse primero en formato impreso para adaptarse posteriormente a un formato automatizado. Contiene el grueso de la producción científica enfermera publicada en revistas especializadas²⁰⁹, hoy en día es considerada la base de datos nacional, que contiene el mayor número de revistas indexadas²¹⁰, el fondo de publicaciones periódicas de la Fundación Index cuenta con 464 publicaciones, de estas 295 son procedentes de España y en español. Destacar el avance de esta base de datos, en cuanto al número de publicaciones que recoge, en el estudio de Gálvez en 1999 el número de revistas indizadas era de 52, ya mencionaba que se encontraba en el momento del inicio de su difusión.

Criterios de inclusión: Artículos originales, de revisión, breves y comunicaciones publicados en revistas de procedencia española, reflexiones, experiencias y trabajos de campo. Se excluyeron del análisis: Artículos de revistas de procedencia no española, artículos de revistas de otras disciplinas, registros de años diferentes al período de estudio y literatura gris, monografías, cartas, notas, entrevistas, editoriales.

Una vez seleccionados los artículos a través de la lectura del resumen, valoramos si estaban relacionados con el tema de nuestra investigación y posteriormente procedemos a la lectura del texto completo, en esta etapa alguno de los artículos seleccionados es eliminado por no aportar información sobre los objetivos planteados. A continuación, se evaluaron los trabajos recuperados por medio de una lectura crítica. Recuperamos 675 artículos y analizamos 418.

Estudiamos las siguientes características bibliométricas de los artículos: Ley de Price: número global de artículos y número de artículos por año, análisis de los autores y ley de Bradford: número de revistas que publican artículos de geriatría y análisis de la revista del núcleo o 1ª zona según Bradford. El estudio de la evolución de la producción científica está basado en la Ley de Price (1954), aplicable a la ciencia moderna desde el siglo XVII hasta la actualidad. Según dicha ley²¹¹ «la forma normal de crecimiento de la ciencia es exponencial, y mucho más rápido que el crecimiento de la mayoría de los fenómenos sociales. Así, por ejemplo, mientras el tamaño de la población se duplica cada cincuenta años, el tamaño de la ciencia lo hace, tan sólo, cada diez a quince años». En 1948 apareció la Ley de Bradford (caso particular de la Ley de Zipf, formulada en 1935 primeramente por este autor en el campo de la

lingüística), que clasifica las revistas en orden decreciente de productividad de artículos de un tema determinado, postulando que dado un universo de autores, revistas y artículos sobre un tema determinado, se producirían determinadas relaciones constantes, ante la productividad media de los autores y la clasificación en grupos de revistas, según el volumen que contengan²¹². Permite conocer qué revistas publican más sobre un determinado tema o especialidad.

En el estudio cualitativo de los artículos valoramos el ámbito de trabajo de los autores: docencia, asistencial (Atención Primaria, Atención Especializada, Sociosanitaria) gestión o investigación, las áreas y enfoques de los temas de investigación publicados. Una vez identificados los temas prioritarios, realizamos una nueva búsqueda en la que la palabra clave es el tema que queremos estudiar, por ejemplo “metodología enfermer* and geriatri*”, aumentando de esta manera el número de trabajos encontrados para su posterior análisis.

Análisis de obras de referencia y manuales.

Para el análisis de las obras de referencia y manuales sobre la Enfermería Geriátrica, consultamos en la Red de Bibliotecas Universitarias (REBIUN). La búsqueda se realizó a través de los catálogos de las bibliotecas de las Universidades Españolas, los criterios de inclusión fueron las obras catalogadas en la materia: Enfermería Geriátrica, periodo desde el año 1977 al 2010. La red REBIUN²¹³ se creó por iniciativa de los directores de bibliotecas de las universidades españolas en 1988 y se incorporó posteriormente como una de las diez comisiones sectoriales de la Conferencia de Rectores de Universidades Españolas (CRUE). El objetivo básico de REBIUN es constituir un organismo estable en el que estén representadas todas las bibliotecas universitarias españolas. Entre los fines de REBIUN destacan: elevar el nivel de los servicios y de la infraestructura bibliotecaria mediante la cooperación, llevar a cabo acciones cooperativas que supongan un beneficio para los usuarios de las bibliotecas universitarias españolas, mantener contactos con diversos organismos, así como fomentar el intercambio y la formación del personal.

Entre las actuaciones promovidas por la Red, se pueden mencionar el fomento de las redes de comunicaciones en las bibliotecas universitarias, la conexión en red de los sistemas automatizados de bibliotecas, la creación y publicación del catálogo colectivo de bibliotecas universitarias así como del anuario estadístico de las bibliotecas universitarias y científicas españolas, el fomento de la aplicación de las tecnologías de la información a los servicios bibliotecarios y la incorporación de los fondos bibliográficos procedentes de proyectos de investigación a las bibliotecas universitarias.

2. ESTUDIO SOCIO HISTÓRICO: FUENTES DOCUMENTALES.

En este punto procedemos a avanzar en lo que han estudiado otros investigadores acerca de la institucionalización de la Enfermería Geriátrica, a través de una revisión documental, organizando y resumiendo referencias en el contexto de nuestra investigación. La revisión de manuales nos permite definir conceptual y operativamente los términos de nuestra búsqueda, la revisión de la legislación nos facilita contextualizar y analizar la evolución de la normativa referida, tanto a la atención de los mayores como al enfoque de cuidados enfermeros, a través de la revisión bibliográfica en bases de datos obtenemos registros y referencias bibliográficas completas, organizadas en campos que cubren todos los aspectos de la información. Esta metodología en la que llevamos a cabo una revisión de los datos hasta ahora conocidos, nos permite²¹⁴: ahondar en la explicación de las razones por las que hemos elegido este tema de investigación, conocer el estado actual del tema, qué se sabe y qué aspectos quedan por investigar, identificar el marco de referencia las definiciones conceptuales y operativas de las variables estudiadas y para finalizar contar con elementos de discusión en la comparación de los datos en el nivel de las dimensiones y mejorar la sensibilidad a los matices sutiles de los datos.

2.1 Revisión bibliográfica.

La revisión bibliográfica sobre el desarrollo de la Enfermería Geriátrica en España, la realizamos a través de las bases de datos de ciencias de la salud y específicas de enfermería, también en portales de geriatría que más adelante describimos. La estrategia de búsqueda ha consistido, en la primera etapa de la investigación, en definir palabras clave: especialidad de enfermería; enfermería geriátrica y gerontológica, cuidados de enfermería: al mayor, anciano, en la vejez, en la senectud, de la tercera edad o paciente viejo, atención geriatría, gerontología, especializada, planes de estudio enfermería. Estas palabras clave se han introducido en el buscador haciendo uso de los operadores “booleanos” que nos han ayudado o bien a delimitar el resultado en unas ocasiones o ampliar la búsqueda cuando los resultados eran escasos, también empleamos los operadores de exactitud en los que se utilizaba la raíz del término para obtener todos los vocablos derivados, por ejemplo enfermer* para enfermera, enfermero, enfermería, enfermeras, enfermeros. También ha sido útil la búsqueda avanzada que permiten las bases de datos, hemos hecho uso de los campos de título, palabras clave y resumen, si no había resultados suficientes lo hacíamos a través del campo texto completo. En el desarrollo de cada capítulo hemos vuelto a realizar las búsquedas que ampliasen y concretasen la primera información obtenida. Las fuentes consultadas han sido las siguientes.

CUIDEN PLUS, ya explicada anteriormente es una versión avanzada de la base de datos Cuiden (Cuidados de Enfermería), base de datos bibliográfica de la Fundación Index, que contiene información sobre enfermería española e iberoamericana, tanto de contenido clínico-asistencial en todas sus especialidades, como enfoques metodológicos, históricos, sociales o culturales. Comprende bases de datos especializadas en Investigación Cualitativa, Enfermería

Basada en la Evidencia e Historia y Pensamiento Enfermero, así como una hemeroteca virtual de revistas de enfermería a texto completo²¹⁵.

TESEO²¹⁶: Base de Datos de tesis doctorales del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

CINAHL²¹⁷: es una base de datos especialmente diseñada para responder a las necesidades de los profesionales de enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional, así como otros relacionados. Su equivalente impreso es el Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature. Facilita acceso a prácticamente todas las revistas sobre enfermería, fisioterapia y terapia ocupacional publicadas en inglés, a las publicaciones de la American Nurses' Association y la National League for Nursing, así como revistas procedentes de otras 17 disciplinas relacionadas con la salud.

ENFISPO²¹⁸: permite la consulta del catálogo de artículos de una selección de revistas en español que se reciben en la Biblioteca de la Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid.

PUBMED²¹⁹: Servicio de la biblioteca Nacional de Medicina de EEUU, incluye más de 22 millones de citas de la literatura biomédica de MEDLINE, revistas de ciencias de la vida y libros en línea. Las citas pueden incluir vínculos a contenido de texto completo desde PubMed Central y sitios de los editores web.

CUIDATGE²²⁰: es una base de datos bibliográfica producida por CRAI (Centro de recursos para el aprendizaje y la investigación) del Campus Cataluña de la Universidad Rovira y Virgili. Nació en 1993 con el propósito de dar a conocer la producción científica producida en el ámbito de la enfermería. La base de datos contiene referencias de las revistas publicadas en catalán y castellano desde el año 1993 hasta hoy en día. Actualmente dispone de más de 47.000 registros. Alcance temático: enfermería y otras disciplinas afines. Esta base de datos contiene referencias bibliográficas de las publicaciones periódicas que se reciben en la biblioteca, se vacían exhaustivamente los títulos de revista específicos de enfermería, y las del ámbito de la salud que se consideran más relevantes. Los datos disponibles de los registros bibliográficos son: título del artículo, autor, datos fuente (Título de la revista, ISSN, año, mes, número, volumen y páginas), descriptores (materias en catalán) y un breve resumen.

DIALNET²²¹: es uno de los mayores portales bibliográficos de acceso libre y gratuito, cuyo principal cometido es dar mayor visibilidad a la literatura científica hispana en Internet, recopilando y facilitando el acceso a contenidos científicos, principalmente a través de alertas documentales. Además cuenta con una base de datos exhaustiva, interdisciplinar y actualizada, que permite el depósito de contenidos a texto completo. Dialnet es un proyecto de cooperación institucional que integra distintos recursos y servicios documentales.

PORTAL MAYORES²²²: Portal científico de acceso libre y gratuito especializado en Gerontología y Geriátrica, desarrollado por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) y dirigido al ámbito académico y

científico, los profesionales de los servicios sociales, los propios mayores y la sociedad en general. Creado en 2001 como resultado de un convenio de colaboración entre ambas instituciones, su actividad se basa en el intercambio de información sobre personas mayores en la red. Los principales contenidos de Portal Mayores se recogen en las secciones de Documentación, Legislación, Estadísticas, Investigación, Salud, Residencias, Programas e Internacional. También ofrece información de actualidad, de áreas concretas de interés, direcciones de entidades relacionadas con personas mayores y establece diferentes modos de colaboración.

Una vez seleccionados los artículos a través de la lectura del resumen, valoramos la relación con nuestro tema de investigación y posteriormente procedemos a la lectura del texto completo. En la redacción y defensa de cada capítulo de la presente tesis realizamos una búsqueda con términos más específicos del tema a tratar y continuamos con la misma dinámica de trabajo.

2.2 Planes de estudios de Enfermería.

El estudio sobre la vejez dota a la enfermería de conocimientos sobre los mayores, ya sean sanos o enfermos situados en su entorno influyente y así, poder ofrecer unos cuidados basados en unos referentes teóricos y la aplicación de una metodología científica. Los paradigmas que han servido para orientar la disciplina enfermera descritos por Kerouac²²³ son categorización, integración y transformación, clasifican los modelos de enfermería como paradigma y aplica los conceptos metaparadigmáticos: persona, entorno, salud y enfermería, para contemplar los trabajos en este campo de un modo que mejore la comprensión del desarrollo del conocimiento y arrojen luz sobre el avance de la ciencia de la enfermería dentro de las visiones contempladas por estos paradigmas, en época de transición se superponen, sin que una forma de pensamiento supere totalmente la anterior²²⁴.

La Enfermería Geriátrica ha evolucionado con los acontecimientos y las corrientes de pensamiento sucedidos a lo largo de estos años, provocando situaciones de cambio dentro de ésta. Es importante que el personal de enfermería comprenda estos cambios y así, poder adaptarse mejor a las nuevas necesidades, tanto profesionales como de la comunidad donde brinda sus cuidados²²⁵ En la docencia universitaria se han suscitado cambios desde sus inicios, que han influido en la asignatura de Enfermería Geriátrica. En nuestro estudio diferenciamos tres etapas, marcadas por la normativa sobre las directrices de los planes de estudios, su estructura y contenido de los mismos.

Material: Normativa sobre planes de estudios universitarios de Enfermería. Publicaciones sobre la asignatura de Enfermería Geriátrica en España.

Método: Revisión de Boletines Oficiales del Estado desde 1977, sobre planes de estudios, su estructura y aspectos relacionados con la asignatura de Enfermería Geriátrica. Revisión bibliográfica a través de Cuiden con descriptores: Enfermería Geriátrica, planes de estudios, paradigma y posterior análisis.

Criterios de análisis: descriptor de la materia en los Boletines Oficiales del Estado, la orientación de la asignatura y la filosofía subyacente.

Al analizar los nuevos planes de estudios de Grado en Enfermería, nos preguntamos ¿Cómo se están diseñando las asignaturas relacionadas con la especialidad, dentro del nuevo paradigma basado en el aprendizaje, en el Espacio Europeo de Educación Superior?. Para obtener una respuesta, realizamos un estudio descriptivo transversal, con un muestreo no probabilístico y una muestra por conveniencia²²⁶, los datos fueron obtenidos de 79 centros de formación universitaria de enfermería pertenecientes a la Conferencia Nacional de Directores de Centros Universitarios de Enfermería, tanto integradas como adscritas, privadas y públicas, de aquellos centros en los que estaba accesible la guía docente de la asignatura, relacionada con los cuidados de enfermería durante la etapa de la vejez, a través de la página web de la Universidad correspondiente. El 30% de los centros consultados no tenían la guía totalmente desarrollada en éstos solo pudimos consultar la ficha de la materia. Las variables que analizamos son: denominación de la asignatura, temporalización en el plan de estudios, número de créditos y horas, competencias específicas y transversales, objetivos, metodología didáctica y criterios de evaluación.

3. ANÁLISIS SOCIO HISTÓRICO: FUENTES ORALES.

Para el logro de los objetivos propuestos en la presente investigación, sobre la institucionalización de la enfermería geriátrica, llevamos a cabo un análisis desde el paradigma cualitativo, conocido como indagación naturalística, en cuanto que se utiliza para comprender con naturalidad los fenómenos que ocurren²²⁷, la realidad que importa es lo que las personas perciben como importante. La metodología de la investigación cualitativa es una herramienta excelente para la construcción de la enfermería como disciplina y profesión social, con el cuidado como objeto de estudio y trabajo, con el ser humano en sus dimensiones individual y colectiva, como sujeto de este cuidado²²⁸. Está encaminada hacia la producción de un conocimiento válido y relevante de tipo socio histórico que nos ayuda a comprender los contextos sociales y profesionales actuales²²⁹, produce evidencia cuya relevancia es más bien general y no específica, por tanto su impacto es indirecto²³⁰.

Esta metodología se refiere, en su más amplio sentido, a la investigación centrada en la profundidad de una experiencia²³¹, que genera datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas y la conducta observable. La metodología cualitativa no mide resultados, sino que describe e interpreta un fenómeno para que se conozca de manera más compleja y profunda²³². Atribuye gran importancia a los significados sociales que las personas otorgan al mundo que les rodea, en este caso, al significado que otorga la enfermera al cuidado de los mayores. Es un modo de encarar el mundo empírico, de forma inductiva, viendo a las personas desde una perspectiva holística no reduciéndolos a variables, considerando todas las perspectivas valiosas, tratando de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas, apartando el investigador sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones. También es identificado como un método humanista ya que aprendemos sobre “La vida interior de la persona, sus luchas morales, sus éxitos y fracasos en el esfuerzo por asegurar su destino en un mundo demasiado frecuentemente en discordia con sus esperanzas e ideales”²³³.

La investigación histórica estudia los acontecimientos del pasado y aporta un conocimiento que permite a las enfermeras una mayor comprensión de su profesión²³⁴. En este trabajo se opta por entrevistar a profesionales que han participado u observado el proceso de institucionalización de la Enfermería Geriátrica y pueden aportar información valiosa sobre este hecho histórico, descubrir detalles desconocidos hasta este momento y obtener puntos de vista adicionales de la realidad del proceso que estudiamos. El recurso de las fuentes orales no es nuevo en la bibliografía histórico-sanitaria, aunque probablemente, la visibilidad historiográfica de los trabajos basados en ellas ha sido pequeña hasta bien entrada la última década del siglo XX. Desde el punto de vista teórico responde al interés por el estudio de la memoria, la representatividad y la subjetividad, tiene una característica epistemológica propia, que radica en la importancia que la historia da elementos tan inasibles en otras ciencias como son el tiempo y la memoria²³⁵.

La historia oral constituye la posibilidad de recuperar el testimonio de aquellos sujetos que vivieron y protagonizaron un hecho histórico, facilita una mayor aproximación a la realidad de aquellos grupos sociales alejados de las esferas de poder, y que por ello, no han dejado

testimonio escrito de su experiencia y su participación en la historia, permite el surgimiento de nuevas alternativas a dilemas sociales²³⁶, o bien, inicia áreas de investigación allí donde no existen documentos escritos²³⁷. La aportación principal, que propone la historiografía oral, está relacionada con el carácter epistemológico que otorga a la subjetividad, el hecho de que quien investiga, pueda generar e intervenir en la creación de la propia fuente de estudio, sin embargo, se debe mantener una coherencia con los elementos de análisis previamente conocidos a partir de las fuentes escritas consultadas. La historia oral en España ha tenido un desarrollo posterior al de otros países europeos, durante la década de los ochenta la celebración del I Col-loqui sobre Les Fonts Orals, en Palma de Mallorca y las sucesivas Jornadas sobre Historia y Fuentes Orales, organizadas por el seminario de Fuentes Orales de la Universidad Complutense de Madrid²³⁸, la revista semestral del seminario Historia Oral del Departamento de Historia Contemporánea de la Universidad de Barcelona, "Historia, Antropología y Fuentes Orales"²³⁹ o la revista dirigida por Anna Caballé²⁴⁰ sobre método biográfico posibilitaron un importante avance de la historia oral en España, incorporando personas de relevancia social en distintos estudios. La práctica más común es la utilización de las fuentes orales como complementarias en investigaciones, en las que la evidencia oral sirve para confirmar, contrastar o bien refutar las hipótesis enunciadas a partir de las fuentes escritas y así, avanzar en el conocimiento de la realidad pasada.

Con las biografías e historias de vida podemos conocer el contexto en el que vivieron las enfermeras y enfermeros que de una u otra forma han estado vinculadas con el cuidado de los mayores, es decir sus circunstancias profesionales, sociales, políticas, económicas y culturales. El contexto impregna de valores una sociedad en la que cada persona, desde su perspectiva particular, se posiciona por pasiva o por activa de una determinada manera²⁴¹. El método biográfico es útil porque permite obtener el punto de vista del actor, llegando a conocer aspectos que la historia oficial y documental no revela, visualizando a partir de la profundización y conocimiento de casos individuales, la posibilidad de acceso a la dimensión más universal. El investigador construye la propia investigación y lo hace empleando la reflexividad, por tanto es un instrumento de reflexión que no de precisión, al ser reflexivo se relaciona íntimamente con el tema de investigación y con los informantes, involucrándose en su mundo social. Para Cuesta²⁴² investigar de manera cualitativa no es aplicar una metodología sino construir un camino que lleve, en un momento dado, a la mejor respuesta a una pregunta.

La metodología cualitativa considera que la singularidad y la heterogeneidad de las situaciones individuales, reconocen la aparición progresiva de elementos que permiten analizar los procesos comunes que estructuran las conductas y organizan estas situaciones. Es una propuesta de investigación, como hemos visto, que alude a situaciones singulares, pero entendidas como parte de conflictos sociales. A partir de los "relatos de vida profesional" realizados a informantes clave que han vivido profesionalmente el periodo histórico que estudiamos, analizaremos las experiencias relatadas en cuanto al reconocimiento de la labor enfermera percibida desde las instituciones, otros profesionales y la sociedad, la influencia de género en el reconocimiento social de la Enfermería Geronto-Geriátrica, la relación entre los conceptos de cuidados enfermeros a los ancianos y la calidad de vida, la enseñanza académica y el aprendizaje autónomo, especialmente relevante en el cambio de concepto de atención a las personas mayores centrado en una atención integral al mayor y sus cuidadores

3.1 Población de estudio.

Nuestra población de estudio son los profesionales de enfermería, geriatras y gestores que trabajan en el ámbito gerontológico, no hay criterios firmemente establecidos sobre el tamaño de la muestra, depende en gran medida, además, del objetivo de la investigación, de los recursos disponibles, del tiempo y del acceso a los participantes, que la información recogida se repita, lo que conocemos como “saturación de la información”. El muestreo *“tiene la tendencia a convertirse en algo más centrado y con propósito a medida que la investigación progresa y dura hasta que se saturan las categorías”*²⁴³, saturación se refiere a cuando no se encuentran más explicaciones, interpretaciones o explicaciones del fenómeno estudiado, es decir, tiende a haber una redundancia, en cuanto, a que se obtiene la misma o similar información en repetidas indagaciones²⁴⁴. Si la información de cada caso tiene la profundidad suficiente, la redundancia suele alcanzarse con un número relativamente pequeño de informantes²⁴⁵, una muestra no es mejor cuanto mayor sea el número de participantes, sino en la medida que logra presentar las diversidades pertinentes al fenómeno estudiado.

Para nuestro estudio hemos tomado como referencia profesionales que su actividad laboral se centra en el ámbito sanitario especializado (unidades asistenciales de geriatría) y sociosanitario (residencias para mayores de titularidad pública y privada) de Soria y Toledo, profesionales que han formado parte de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG) desde su constitución, estudiante de la primera promoción de la especialidad de enfermería geriátrica y docentes universitarios que imparten la materia de geriatría. La elección de los informantes se basa en una muestra seleccionada intencionadamente que refleje realidades múltiples, si bien los criterios de selección son flexibles y elásticos, para permitir una adaptación a las necesidades de información detectadas en los primeros resultados y se prolongará hasta que la saturación de los datos sea alcanzada. Como hemos visto anteriormente, el número de casos es menos relevante, lo capital es el potencial de cada uno de ellos²⁴⁶.

Los informantes presentan unas características propias y diversificadas que permiten conocer la realidad social a través de un discurso valioso, lleno de experiencias, vivencias y conocimientos acerca del desarrollo de la especialidad de la Enfermería Geriátrica. Son personas que han participado u observado el desarrollo de la especialidad que estudiamos, son representativas, informadas, reflexivas y dispuestas a expresar sus experiencias y sentimientos, consideramos que cumplen con los requisitos de pertinencia y adecuación. Entre los profesionales entrevistados se encuentran los fundadores de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, el promotor y director de la revista Gerokomos, la presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Geriátrica, coordinadora y tutoras de la primera promoción de especialistas de Enfermería Geriátrica, un estudiante de la primera promoción de la especialidad, responsables de instituciones sanitarias y sociosanitarias, docentes y profesionales con un elevado compromiso profesional, que se sienten orgullosas y aman la profesión, la mayoría están preparándose para examinarse de la prueba de la competencia que les dará acceso a ser especialistas de Enfermería Geriátrica, también han colaborado dos geriatras, uno de ellos con un perfil muy especial, previo a realizar su residencia en la especialidad de geriatría, cursó los estudios de enfermería. En el

siguiente cuadro se muestra su perfil, detallamos la edad, los años de ejercicio profesional en el ámbito de la geriatría y otros datos relevantes sobre su formación.

Figura 20. Perfil de los informantes.

Año de nacimiento	Actividad laboral actual.	Experiencia laboral EG	Otros datos
1955	Enfermera Docente. Profesora Titular EG. Barcelona.	28 años.	Trabajadora social. Licenciada en Historia. Máster Gerontología social. Especialista EG. Comisionada de sociedad y envejecimiento, U. Barcelona. Presidenta SEEGG. Presidenta Comisión Nacional de la especialidad EG.
1955	Geriatra. Jefe de Servicio Geriatría. Complejo hospitalario Sacyl. Soria.	32 años.	MIR: Geriatría.
1956	Enfermera Docente. Profesora Titular EG. Toledo	24 años.	Antropología. Máster en Atención Socio-Sanitaria.
1957	Enfermera-Supervisora. Servicio Geriatría. Complejo hospitalario Sacyl. Soria.	26 años.	Pendiente prueba competencia EG.
1959	Enfermera-Supervisora Hospitalización a domicilio. Toledo.	24 años.	Pendiente prueba competencia EG. Coordinadora de la Unidad Docente Multidisciplinar EIR de Geriatría.
1960	Geriatra. Servicio de geriatría. Complejo hospitalario del Sacyl. Soria.	16 años.	Enfermera. MIR: Geriatría.
1961	Médico. Director RPM Junta de Castilla y León. Soria.	25 años.	Máster en Gerontología.
1962	Enfermera. Subdirectora de procesos. Complejo hospitalario del Sacyl . Soria.	22 años en gestión.	Máster en Investigación en cuidados. Especialista en Salud Mental. Enfermera de empresa y del trabajo. Experto universitario en nutrición.
1962	Enfermera asistencial. Servicio Geriatría. Complejo hospitalario del Sacyl. Soria.	25 años.	Pendiente prueba competencia EG.
1962	Enfermero asistencial y docente. Profesor Asociado EG. Logroño	28 años.	Antropología. Máster Gerontología Social. Doctor U. Santiago. Especialista EG. Miembro Comisión Nacional de la especialidad EG. Director de la revista Gerokomos.
1964	Enfermero. Director de enfermería. Complejo hospitalario Sacyl. Soria.	17 años en gestión.	Antropología. Especialista en Salud Mental.
1965	Enfermera-Supervisora. Unidad de Media Estancia. Geriatría. Hospital del Valle. Toledo.	24 años.	Antropología. Pendiente prueba competencia EG. Tutora EIR.
1965	Enfermera asistencial. RPM. Junta de Castilla y León. Soria.	17 años.	Pendiente de la prueba de la competencia.
1967	Enfermera. Responsable área asistencial. RPM. Junta de Castilla y León . Soria.	18 años.	Máster en Gerontología. Pendiente prueba competencia EG.
1967	Enfermera Asistencial. Servicio Geriatría. Complejo hospitalario Sacyl. Soria.	10 años.	Pendiente prueba competencia EG.

1971	Director privada. Soria.	RPM.	Entidad	19 años.	Gestión empresas geriátricas. Dirección especializada en residencias.
1974	Enfermera asistencial. RPM Entidad privada . Soria.			13 años.	Pendiente prueba competencia EG.
1975	Enfermera asistencial. RPM Entidad privada. Soria.			13 años.	Pendiente prueba competencia EG.
1989	Estudiante Geriatría.	EIR	Enfermería	2º curso EIR	EIR: Unidad Docente Multidisciplinar.

R.P.M: residencia para mayores. E.G: enfermería geriátrica. E.I.R: enfermera interna residente. M.I.R: médico interno residente.

3.2 Recogida de datos.

Las entrevistas serán el principal método de recogida de datos, aseguran el logro de información detallada a la que no se puede acceder cuando se utilizan cuestionarios. Hemos elegido la entrevista semiestructurada en profundidad, por diversos motivos, este método nos permite obtener descripciones subjetivas y narrativas del proceso de institucionalización de la Enfermería Geriátrica. Facilita abordar temas y subtemas que debemos cubrir de acuerdo a los objetivos de nuestra investigación, teniendo la flexibilidad suficiente para abundar en el tema, a través de las reflexiones de los informantes, ya que ellos pueden hablar y expresar libremente sus sentimientos y percepciones y por último el hecho de que la investigadora pueda pedir aclaraciones a los entrevistados, aumenta la validez²⁴⁷. Para asegurarnos de que no quedan parcelas de memoria olvidadas, se prepara un guión sobre los principales temas a tratar. (Anexo 1)

En primer lugar, se explicó a la persona entrevistada la finalidad del proyecto y las razones por las cuales buscamos su colaboración, según su localización se hizo por vía telefónica a los informantes que no viven en Soria y con visita personal de la investigadora a aquellos que desarrollan su actividad profesional en Soria. Se solicitó a los informantes la autorización por escrito, previo a proceder a la grabación, a través de un modelo de elaboración propia, basado en las sugerencias de María J. Mayan en su módulo de introducción a los métodos cualitativos, donde se identifica el nombre del proyecto, el investigador, el propósito de la investigación, el procedimiento de recogida de datos, el compromiso de confidencialidad y el acuerdo de participar en el estudio, junto con los datos sociodemográficos (Anexos 2 y 3). Cada entrevista es individual y grabada con equipo digital (Digital voice recorder VN-712PC- Olympus), previa autorización y consentimiento informado, para posteriormente ser transcrito fielmente el testimonio de los informantes, por parte de la investigadora.

El periodo de recogida de información se realizó entre los meses de octubre y diciembre del 2012. El lugar y hora de la entrevista es pactado con la persona entrevistada, procurando que se encuentre confortable y relajada, cada informante decidió el lugar del encuentro, fue muy variado: en el propio centro de trabajo por la seguridad que les ofrecía un entorno que ellos controlaban, en casa de la investigadora o en salas de distintos hoteles, según la ciudad donde se realizó la entrevista, cuidando en todos los casos que hubiera un entorno acogedor de forma que se creó un clima de confianza que facilitó la expresión de sus

reflexiones. El tiempo estimado inicialmente fue de una hora, el máximo de entrevista fue de dos horas, siendo la media de 80 minutos, a todos se les ofreció la posibilidad de entregarles la transcripción de la entrevista por si querían corregir, aclarar o completar la información obtenida, solo dos informantes estuvieron de acuerdo en revisarla. Todos los entrevistados manifestaron lo agradable que les resultó compartir sus experiencias y muestra de su inmensa generosidad después de compartir su tiempo al agradecerles su colaboración, expresaron ser ellos los agradecidos por haber confiado y contado con su experiencia, *“gracias a tí por hacerme partícipe”, “gracias por confiar en mí”, “he estado agustísimo”, “muchas gracias, te he abierto el corazón, más de lo que te he dicho no sé más”, “ha sido un placer” “¡Animo y éxito!”*.

3.3 Análisis de los datos

El análisis de los datos se hizo según Huberman y Miles²⁴⁸ que recomiendan tres subprocesos ligados entre sí: reducir los datos, exponerlos y sacar y verificar conclusiones. En el análisis de nuestro material seguimos unos pasos metodológicos para cada relato, generando una visión de cada caso, para luego, dar lugar a una mirada transversal de todas las narraciones. En primer lugar se transcribieron y elaboraron esquemas, se realizó una transcripción completa de las entrevistas y posteriormente se realizó una lectura que permitió una primera impresión global para pasar a reconstruir el relato por parte de la investigadora identificando ejes temáticos y reflexiones interpretativas; seguidamente se reconstruyó el relato en base a los ejes temáticos, destacando la significación e impacto subjetivo, de acuerdo a la interpretación realizada se elaboró un nuevo texto para dar a conocer la historia recogida; y finalmente, en el tercer subproceso analítico se hizo un análisis e interpretación, con una triangulación de la información, se procede a una lectura más analítica del material, se incorporan referentes teóricos que permiten aclarar el análisis de cada historia en relación a la temática investigada.

El proceso de análisis de los datos fue recursivo, es decir, retrocediendo un y otra vez a los datos con el fin de incorporar los aspectos necesarios para dar consistencia a los resultados, puesto que fue necesario ampliar, redefinir y consolidar categorías, conforme fuimos avanzando en el análisis de la totalidad de las narraciones.

4. CONSIDERACIONES ETICAS.

El ejercicio de la investigación científica y el uso del conocimiento producido por la ciencia demandan conductas éticas en el investigador. El investigador que trabaja con participantes humanos se puede ver enfrentado a disyuntivas, por un lado la obligación de contribuir al avance del conocimiento mediante el empleo de los procedimientos científicos y por otro, debe sujetarse a las normas éticas creadas para proteger los derechos humanos. Toda investigación con sujetos humanos debe estar sometido a rigor científico y ético, independientemente del método que se utilice sea cualitativo o cuantitativo. Existen diversas normas éticas de investigación, aplicables tanto a la investigación cualitativa como cuantitativa, de índole internacional: Código Nuremberg (1947), Declaración de Helsinki (1964 y posteriores revisiones), Informe Belmont (1979), Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (Consejo de Europa 1997), pautas éticas internacionales para la investigación biomédica de seres humanos (Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas y Organización Mundial de la Salud 1992, posteriores revisiones). Hoy en día se consideran cuatro los principios de ética aplicada a la investigación: autonomía, beneficencia, no maleficencia y el principio de justicia.

La propuesta de Ezekiel J. Emanuel (bioeticista e investigador) sintetiza en siete²⁴⁹ los requisitos de la ética de la investigación, destacados por diversos autores que profundizan en los problemas éticos de la investigación cualitativa^{250,251,252}, son el valor social y científico, la validez científica, la razón riesgo-beneficio favorable, el consentimiento informado, el respeto por los participantes, la evaluación independiente y la selección equitativa de los sujetos.

Tabla 20. Requisitos éticos de la investigación, adaptada de Emanuel et all.

Requisitos	Principios éticos	Medidas adoptadas en nuestra investigación
Valor social o científico, producción de conocimiento que genere beneficio personal o social.	Beneficencia Justicia	Apuesta por abordar cuestiones relacionadas con la sociogénesis, de dinámicas que han impulsado la institucionalización de la enfermería geriátrica en España.
Validez científica, diseño metodológico acorde a los objetivos, al contexto y adecuada elección de los informantes e interpretación adecuada de los resultados.	No maleficencia. Beneficencia	Metodología cuantitativa y cualitativa capaz de poner de relieve matices ya descritos como aquellos a los que la metodología cuantitativa difícilmente puede explorar. Muestreo teóricamente conducido, participantes con vivencias relacionadas con el tema de estudio.
Razón riesgo beneficio, pertinencia del estudio, minimizando el impacto emocional. Dejar claro al participante el papel que cumple y los posibles resultados.	No maleficencia. Justicia	Tesis que puede ayudar a avanzar en el conocimiento de la evolución de la profesionalización en el marco de la Enfermería Geriátrica. Los participantes podrán revisar lo que se va publicar de sus declaraciones. Solo se actuará de observador no de juez.
Consentimiento informado, confirmar que la participación es voluntaria con el conocimiento necesario para	Autonomía. No	Registro de consentimiento por escrito y verbal al inicio de la grabación del testimonio del informante.

decidir con responsabilidad sobre sí mismos.	maleficencia	
Respeto por los participantes, proteger la intimidad y confidencialidad, se informará en la forma en que se van a proteger los datos y quien accederá a ellos.	Autonomía No maleficencia.	Solo la investigadora conocerá la identidad de las personas colaboradoras, las entrevistas serán identificadas con códigos para preservar el anonimato.
Evaluación independiente, deben ser evaluados por personas independientes.	Justicia.	Previo a la aprobación del proyecto este fue evaluado e informado por una evaluadora externa.
Selección equitativa de los sujetos, criterios rigurosos que apoyen la selección de los participantes. No sobreutilizar población vulnerable.	Justicia No maleficencia	Se describen los criterios clave que definen la muestra teórica.

5. BIBLIOGRAFIA.

¹⁹³García Suárez Lourdes, León Rosales L de, Fuentes García S, Ferreiro García B. Análisis bibliométrico de los artículos científicos publicados en la Revista Médica Electrónica (2003-2009). Rev. Méd Electrón.2010;32(3). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202010/vol3%202010/tema05.htm>.

¹⁹⁴Germán Bes Concha, Hueso Navarro Fabiola. Producción científica de la Enfermería Comunitaria en España 1977-2009. Modelo Agora u Olimpo. VIII Congreso Iberoamericano de Ciencia Tecnología y Género; 2009. Disponible en: http://200.134.25.85/eventos/cictg/conteudo_cd/E1_La_Producci%C3%B3n_Cient%C3%ADfica.pdf

¹⁹⁵González Soriano M, Risco Otaolaurruchi C, Freixas Pascual MJ. Evolución de las publicaciones de Salud Pública y Enfermería comunitaria en seis revistas españolas durante 10 años. Enferm. Clínica. 1997; 7(5):217-255.

¹⁹⁶Gálvez Toro Alberto. Producción científica de la enfermería española en Atención Primaria. Metas de enfermería. 2001; IV(34):24-30.

¹⁹⁷Gómez González JL, Ruiz Berdún D, Carrasco Fernández B, Polo Luque ML. Análisis de las publicaciones de Historia de la Enfermería: un acercamiento cuantitativo-cualitativo. Híades. Revista de Historia de la Enfermería. 2008; 10: 889-901

¹⁹⁸López Ferrer MT, Osca Luch J. Análisis de la literatura internacional sobre Enfermería en Cardiología durante el período 1990-1999. Enfermería Cardiológica. 2000; 20:22-27.

¹⁹⁹Lizarbe Chocarro M. Enfermería en Cuidados Intensivos y Coronarios. Análisis bibliométrico de 180 artículos originales. Enferm. Intensiva. 2007; 18(3):126-37

²⁰⁰Sánchez Perruca MI, Fernández M. Producción científica relacionada con la especialidad de matrona. Metas de Enfermería. 2000; 23:35-41.

²⁰¹Gálvez Toro Alberto. Quién, cuándo y dónde de la investigación sobre Úlceras por Presión en España: grupos de investigación de enfermería. Gerokomos. 1999; 10(1):34-41.

²⁰²Álvarez Gutiérrez L, Castanedo Pfeiffer Cristina, Fernández Fernández M^a Luz. Artículos sobre enfermería geriátrica: una revisión. Gerokomos. 1991; II(2):6-7.

²⁰³Gálvez Toro Alberto, Poyato Huertas Encarnación. La producción científica de enfermería geriátrica en España 1991-1995. Enferm. Clínica. 1999; 9(5):200-205.

²⁰⁴Rodríguez Borrego M^a Aurora. La ancianidad en las publicaciones periódicas enfermeras: rol y Nursing edición española, de 1997 a 2000. Enfermería Global. 2007; 10. Disponible en: <http://www.um.es/eglobal>

²⁰⁵Jiménez Navascués Lourdes, Hajar Ordovás Carlos. Estudio bibliométrico (2001-2009) sobre la enfermería geriátrica y gerontológica en España. Gerokomos.2012;23(2)55-58.

²⁰⁶Cuiden y cuiden plus. Fundación Index. <http://www.index-f.com/new/acceso.php>

²⁰⁷Citation Cuiden, índice de revistas sobre cuidados de Salud con repercusión en Iberoamérica. Disponible en: http://www.index-f.com/cuiden_cit/citacion.php

²⁰⁸Espinosa de los Monteros José. Las revistas sciELO serán consultables a través de la web of knowledg (WOK). Disponible en: <http://www.index-f.com/blog/>

²⁰⁹Estrada JM, Jiménez M, Moreno T, Mariño L, Blanco A, Grupo de investigación. Información bibliográfica para la enfermería española: las bases de datos BDIE y BEDIE-SIDA. S.E.S.L.A.P [revista en internet]. 2002;1 (6):11-15. Disponible en: <http://www.seslap.com/seslap/html/pubBiblio>

²¹⁰Sobrido Prieto M., Sobrido Prieto Natalia., González Guitián Carlos., Pichel Guerrero M. Josefa, García Sánchez M^a Matilde., Prieto Díaz Amelia Revistas españolas de Enfermería en bases de datos nacionales e internacionales. Index Enferm [revista en la Internet]. 2005;14(48-49):74-77. Disponible en: <http://scielo.isciii.es>.

²¹¹Price DJS. Hacia una Ciencia de la Ciencia. Barcelona: Ariel; 1972.

²¹²Bradford SC. Sources of information on specific subject. Engineering. 1934; 137:85-6.

²¹³Red de Bibliotecas Universitarias. REBIUN. Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas CRUE. Disponible en: <http://www.rebiun.org/pruebaConfig/>

²¹⁴Pedraz Azucena. La revisión bibliográfica. Nure Investigación 2; 2004. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/formacion%20metodologica%202.Revision%20bibliografica.pdf

²¹⁵Fundación Index. Base de datos bibliográfica sobre cuidados de salud en Iberoamérica. CUIDEN PLUS. Disponible en <http://www.index-f.com>

²¹⁶Teseo. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. <https://www.educacion.es/teseo>

²¹⁷CINAHL. Universidad de Granada. Disponible en: http://biblioteca.ugr.es/pages/biblioteca_electronica/bases_datos/cinahl

²¹⁸Enfispo. Escuela de enfermería, fisioterapia y podología de la Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <http://alfama.sim.ucm.es/isishtm/Enfispo.asp>

²¹⁹Pub Med. Servicio de la biblioteca nacional de medicina de los Institutos Nacionales de Salud, de EEUU. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

²²⁰Cuidatge. Universidad Rovira i Virgili. Disponible en: <http://teledoc.urv.es/cuidatge>

²²¹Dialnet. Fundación Dialnet. Disponible en: <http://www.fundaciondialnet.es/dialnet/descripcion>

²²²Portal Mayores. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, IMSERSO. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/index.html>

²²³Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, 1996.

-
- ²²⁴Marriner Tomey A, Raile Alligeod M. Modelos y teorías de enfermería. 4ª ed. Madrid: Harcourt, 1999.
- ²²⁵Martínez Pérez M. Hacia la consolidación de los paradigmas de enfermería a través de la universalización de la enseñanza. Revista Médica electrónica. 2008; 30(2).
- ²²⁶Polit D, Hungler B. Investigación científica en Ciencias de la Salud. 6ª ed. McGraw Hill/Interamericana. México;2000.
- ²²⁷Patton MQ. Qualitative evaluation and research methods 2ª ed. Newbury Park, CA: Sage; 1990. Citado en Mayan María J. Una introducción a los métodos Cualitativos: módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. Qual Institute Press, International Institute for Qualitative Methodology; 2001. p:5
- ²²⁸Coffey Amanda, Atkinson Paul. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Ed. Universidad de Antioquía; 2005. p.:13-14
- ²²⁹Beratux Daniel. Los relatos de vida. Perspectiva etnosociológica. Barcelona: Bellaterra; 2005.
- ²³⁰Cuesta Benjume Carmen. La contribución de la Evidencia Cualitativa al campo del cuidado y la salud comunitaria. Index de Enferm. 2005; 14(50):47-52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962005000200010>
- ²³¹Gerrish Kate, Lacey Anne. Investigación en enfermería. Madrid: McGraw Hill Interamericana de España;2008.
- ²³²Guba EG y Lincoln I.S. Competing paradigms in Qualitative research. En: Denzin NK y Lincoln IS (eds) Handbook of Qualitative Research, SAGE: Newbury Park; 1994. p.105-117.
- ²³³Bodgan R, Taylor SJ. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Tercera reimpresión de la 1ªEd. Barcelona: Paidós; 1996. p:20.
- ²³⁴Burns Nancy, Grove Susan. Investigación en Enfermería. 3ª ed. Barcelona: Elsevier;2004. p:401
- ²³⁵Ortiz Gómez Teresa. Fuentes orales e identidades profesionales: las médicas españolas en la segunda mitad del siglo XX. Asclepio revista. 2005;LVII (1):75-97.
- ²³⁶Pujadas Joan J. El método biográfico y los géneros de memoria. Revista de Antropología Social.2000;9:127-158.
- ²³⁷Folguera Pilar. Cómo se hace la historia oral. Madrid: EUDEMA;1994. p:7.
- ²³⁸Seminario de Fuentes orales de la Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <http://www.seminariofuentesorales.es>
- ²³⁹Historia, Antropología y Fuentes Orales. HAFO. Universidad de Barcelona, departamento de historia contemporánea. <http://www.hayfo.com/hafo/es.html>
- ²⁴⁰Memoria. Revista de estudios biográficos. Universidad de Barcelona. Disponible en: <http://www.ub.edu/ebfil/ueb/memoria.htm>

²⁴¹Germán Bes Concha, Chamizo Carmen, Hueso Navarro Fabiola, Subirón Ana Belén. El método biográfico y la compilación de biografías e historias de vida profesionales de la Enfermería Española. *Temperamentvm* 2011; 13. Disponible en: <<http://www.index-f.com/temperamentum/tn13/t1302.php>>

²⁴²Cuesta Benjumea Carmen. Desafíos de la investigación cualitativa. *Nure Invest* 2006;1:1-2.

²⁴³Straus Anselm, Corbin Juliet. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. 1ª ed. en español. Colombia: Universidad de Antioquía;2002. p:235

²⁴⁴Morse Janice M. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. 1ª ed. en español. Alicante: Universidad de Antioquía; 2005.

²⁴⁵Pérez Vega Mª Elena. Perspectiva de la Enfermera ante el paciente oncológico en fase terminal en Tampico, Tamaulipas-México. Tesis doctoral. Universidad de Alicante 2009.

²⁴⁶Sanz Hernández Alexia. El método biográfico en investigación social: potencialidades y limitaciones de las fuentes orales y los documentos personales. *Asclepio*. 2005;LVII-1:99-115.

²⁴⁷Vivar Cristina, Canga Armayor Ana, Canga Armayor Natividad. Propuesta de Investigación Cualitativa: un modelo para ayudar a investigadores noveles. *Index de Enferm*. 2011;20(1-2):91-95

²⁴⁸Huberman AM, Miles MB. Data management and analysis methods. En: Coffey Amanda, Atkinson Paul. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Ed. Universidad de Antioquía; 2005 P:23.

²⁴⁹Emanuel EJ Wendler D, Grady C. What makes clinical research ethical? *JAMA*. 2000;283:2701-11.

²⁵⁰Barrio Cantalejo Ines M, Simón Lorda Pablo. Problemas éticos de la investigación cualitativa. *Med Cli*. 2006;126(11):418-423.

²⁵¹González Avila Manuel. Aspectos Éticos de la investigación cualitativa. *Rev. Iberoamericana de Educación*. 2002;29:85-93.

²⁵²Pastor Montero Sonia. La ética de la investigación cualitativa en salud. *Archivos de Memoria* 2011;8(4). Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/8/8400.php>

RESULTADOS DE LA PRODUCCIÓN CIENTÍFICA



Analizar la producción científica desde la década de los 70 hasta finales del 2009, nos permite conocer el desarrollo evolutivo de la Enfermería Geriátrica y su proceso de profesionalización. Este proceso implica adquirir el rol, el estatus y el reconocimiento de la especialidad con identidad propia. Diversas situaciones han impulsado este proceso.

A comienzos del curso 1977-78, con el primer plan de estudios universitario de enfermería, comenzó la opción de estudiar la asignatura de Enfermería Geriátrica durante la formación enfermera. En la siguiente reforma de planes de estudios en 1990, se estableció la Enfermería Geriátrica como una asignatura troncal, es decir, obligatoria en el plan de Estudios Universitarios de Enfermería y en la actualidad los estudios de Grado en Enfermería, contemplan la adquisición de competencias enfermeras en relación a las distintas etapas del ciclo vital, donde ubicamos la etapa de la vejez.

A nivel social, el incremento de la población mayor ha sido paralelo al incremento de la respuesta social a este grupo de población, se han ido aprobando distintos planes gerontológicos, con el consiguiente desarrollo de recursos y programas de atención a los mayores. La celebración de las Asambleas Mundiales del Envejecimiento con sus respectivas recomendaciones, impulsaron el desarrollo de acciones por parte de los países representantes. La aprobación en el año 2006 de la llamada “ley de dependencia” en España, ayudó a sensibilizar a la sociedad sobre las necesidades que plantean las personas dependientes, entre las que se encuentran mayoritariamente los mayores.

A nivel profesional, el envejecimiento de la población española ha impulsado a los profesionales de enfermería a desarrollar programas de atención a los mayores en todos los niveles asistenciales, Atención Primaria, Atención Especializada o Atención Sociosanitaria. La creación de servicios específicos de atención geriátrica requiere sin duda profesionales especializados, que den respuesta a las necesidades de cuidados de calidad.

En 1987 se constituyó la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, ardua defensora del grupo de los más mayores de nuestra sociedad, potenciando todo lo relacionado con la enfermería Geriátrica y Gerontológica, incluida la especialización, aspectos científicos y de investigación. En 1990 comenzó la publicación de la Revista Gerokomos dirigida a los profesionales de enfermería dedicados al cuidado de los mayores.

En 1987 (RD de 1 de agosto) se estableció la creación de la especialidad de Enfermería Geriátrica, aunque no vio la luz hasta pasadas más de dos décadas, en este tiempo no se ha dejado de demandar y de justificar su necesidad. La finalidad de esta formación es capacitar a la enfermera especializada para proporcionar cuidados de enfermería, para enseñar, investigar, gestionar y liderar los cuidados prestados a este grupo etario. Se identifica la enfermería como una profesión aplicada, en la que la calidad de sus acciones con el ciudadano es primordial, lo que hace que el aprendizaje, la formación y la investigación se conviertan en objetivos profesionales de las enfermeras que cuidan al colectivo de los mayores y por tanto, una experiencia que debe verse reflejada en sus publicaciones.

Objetivar y cuantificar la actividad netamente científica, creativa o investigadora, significa aportar pruebas o evidencias de la real transformación de una ocupación u oficio en una profesión en el sentido sociológico. En el caso de la especialidad de Enfermería Geriátrica, significa ampliar el campo de búsqueda de información por sus continuas, relevantes y naturales interacciones entre lo social, político, cultural y científico.

En nuestro estudio hemos abordado dos momentos muy diferentes para la enfermería española, en primer lugar analizamos publicaciones de la década de los 70, previa a la puesta en marcha de la asignatura de Enfermería Geriátrica, en los planes de estudios universitarios de enfermería y posteriormente las publicaciones que abarcan desde los años 80 hasta finales del año 2009, para finalizar haremos un breve recorrido sobre las obras de referencia en nuestro entorno y su evolución.

1. ETAPA DE 1970 A 1979.

Recordemos que hasta el año 1977 no se unificaron los Colegios Profesionales (Practicantes-Matronas y Enfermeras tituladas), diferenciados por razón de género, desde 1970, fecha en que se promulgó la Ley de Educación de Villar Palasí en la que decía que las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios (ATS) pasarían a ser Universitarias o de Formación Profesional, los Colegios de ATS masculinos y femeninos defendían posturas diferenciadas en cuanto al futuro de la formación enfermera. Los representantes de las ATSF y enfermeras, abogaban por una formación universitaria básica, especializada y superior y los representantes ATSM y Practicantes defendían una Diplomatura en Medicina y Cirugía y que la enfermería pasase a nivel de Formación Profesional.

Como consecuencia de estos hechos, a nivel docente se vivió un momento histórico en el que se gestionó la transformación de las Escuelas de ATS en Escuelas Universitarias. Los nuevos estudios recuperaron la denominación Enfermería, detentada tiempo atrás y una nueva orientación en sus programas educativos donde la Enfermería Geriátrica encontraría un espacio para promocionarse. Desde el punto de vista asistencial, destacar la creación del primer servicio de "Geriatría Completo" en 1977 en el Hospital Central de Cruz Roja San José y Santa Adela en Madrid.

A pesar de que nuestro período de estudio abarca desde 1977, nos cuestionamos qué se publicaba y qué orientación tenían los trabajos publicados, durante los años inmediatos a la incorporación de la Enfermería Geriátrica en la formación básica de enfermería. ¿Quiénes fueron los impulsores de esta materia, con qué orientación, desde cuando, con qué motivación?.

Como hemos detallado en el capítulo de metodología realizamos una revisión de las publicaciones disponibles en la biblioteca del CODEM (Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Madrid), en la sección de Historia de la Enfermería – Revistas antiguas – recopiladas por Carlos Álvarez Nebreda, durante la década comprendida entre 1970 y 1979. Recuperamos todos los trabajos que rezaban en su título temas relacionados con la geriatría.

1.1. Resultados y discusión.

El número de artículos que contaban en el título con términos próximos a la vejez, geriatría o gerontología fueron 20. El número de trabajos con temas relacionados con el concepto de vejez, geriatría, gerontología fueron 3, los que abordaban aspectos sobre la asistencia a los anciano/as 3 artículos, sobre distintos aspectos de la Gerontología social 5 artículos, resúmenes de ponencias a congresos o cursos encontramos 8 artículos y concernientes a la especialidad de Enfermería Geriátrica 1. Los autores de los trabajos eran: Enfermeros: 4, Doctores: 9, no identificada la profesión: 4, sin autor: 3.

Al analizar estos artículos publicados en las revistas: Revista Medicina y Cirugía Auxiliar órgano de expresión del Consejo General de Practicantes de España; Revista Caridad, Ciencia y Arte, órgano de expresión del Colegio de enfermeras de Madrid, Boletín de las enfermeras españolas y ATS de España; Boletín informativo y cultural representando al Consejo General de Practicantes de España, encontramos publicaciones en las que se demandaba, por parte de las enfermeras, una formación especializada en el campo de la Geriatría. Los principales temas abordados por los profesionales en esta década estaban relacionados con conceptos sobre vejez, geriatría, gerontología y aspectos concretos de la asistencia a los mayores.

Como ha sucedido a lo largo de la historia no se percibía una posición unánime entorno al concepto de vejez, proyectando visiones tanto positivas como negativas, expresiones como *“Dolorosa transmutación, en leña seca de ramas desnudas en las que solo quedan algunas hojas doradas, próximas a huir también” “Salto del ser al no ser”*²⁵³, cuando se referían a la vejez, lo ponían de manifiesto.

Se asociaba el envejecimiento a una constelación de factores, *“lo normal, aunque no común, es la longevidad, que es un proceso biofisiológico”*. *“La gerontoterapia puede hacer posible una acción específica dinámica integral y total para levantar el estado general; mejorar la capacidad de rendimiento físico y psíquico, reactivar defensas naturales... prolongando la juventud y la vida hacia una longevidad plena y útil”*, este *“rejuvenecer”* mencionaban que era posible gracias al avance de muchas ciencias²⁵⁴.

En previsión del desarrollo de los primeros planes gerontológicos y de la posible aprobación de la especialidad, se planteaban los conocimientos que debían tener los ATS, lo justificaban diciendo *“ya que su participación será muy importante”*. Son trabajos firmados por médicos con una visión sesgada de la aportación enfermera, en ningún momento se especificaba el concepto de enfermería geriátrica-gerontológica. Entre las aportaciones realizadas, destacamos, la descripción de la misión del ATS, consideraban fundamental *“tener aptitud, visión y conducta ante los problemas de la vejez y adquirir conocimientos: clínicos, terapéuticos, higiénicos, socioculturales y asistenciales alrededor del anciano”*²⁵⁵.

Definían como misión fundamental del ATS *“Favorecer y mantener el estado nutritivo e higiénico de la piel del anciano”*, dando una serie de recomendaciones sobre cómo se debían realizar cuidados referidos a temas como la deshidratación, hipotermia, detección de síntomas asociados a patología como ICTUS, prevención de caídas, atención ante el fallecimiento, y

señalaban que *“lo mejor es ser muy prudente y transferir al facultativo que le corresponda la última palabra”*.

En la editorial de la revista Medicina y Cirugía de 1970 se reivindicaba para los ATS la especialidad de Geriátrica y entre sus justificaciones estaba la necesidad de sumar de manera constante nuevas especialidades *“impuestas por:*

- a. *El continuo progreso de la humanidad y la complejidad de las materias sanitarias existentes se oponen a una práctica global.*
- b. *La creación de centros asistenciales dedicados al anciano requiere que nosotros participemos y contribuyamos con nuestro sentido del deber, el anciano (lo identificaban como esos seres un poco desvalidos y un poco tristes) por encima del medicamento necesita un cuidado especial, unas atenciones exquisitas y un amor prodigado a manos llenas.”*

Entre las preguntas que se planteaban en la defensa de la especialidad constaban: *“¿no verá con satisfacción el enfermo este anhelo nuestro? ¿no lo verá así mismo con alegría la totalidad de la clase médica? ¿no tendrá que reconocerlo así, al fin y a la postre el propio Estado”?*²⁵⁶.

En 1973 con motivo del XV Congreso celebrado en Méjico, el CIE (Consejo Internacional Enfermería) encomendó a la enfermería española preparar el tema referente a la Geriátrica, este acontecimiento fue el motivo de la publicación de varios trabajos sobre el envejecimiento²⁵⁷ y los problemas de la geriátrica en ese momento. En fechas posteriores a la celebración del Congreso, la Comisión elaboradora del trabajo, Carmen Cavestany (presidenta del Colegio de ATSF y enfermeras de Madrid), García Mauriño, M. (diplomada en geriátrica), Alonso M.L. (enfermera), Ruano J. (enfermera), publicaron tres artículos^{258,259,260}, con el objetivo de que todas las enfermeras pudiesen conocer el contenido del mismo, instándoles a que tomaran conciencia de que la vejez debía ser un tema de estudio en su preparación profesional.

Cavestany y colaboradoras, realizaron una síntesis del concepto de geriátrica y gerontología, para pasar posteriormente, a desarrollar tres factores que consideraban los problemas esenciales en ese momento en relación con el anciano: 1. Problemas sociales y ambientales: jubilación asociado a inactividad y rechazo social, las barreras en las estructuras socioculturales, soledad social, convivencia familiar, vivienda, aburrimiento e inadaptación; 2. Problemas económicos: escasa pensión, abogaban por la actualización constante de las pensiones, falta de centros recreativos y de ocio (faltan clubs, organizar vacaciones...); y 3. Problemas sanitarios: hacían una subdivisión sobre los aspectos psíquicos y aspectos patológicos.

A modo de conclusión, las autoras de estos tres artículos, planteaban como muy prioritario: *“insertar temas de geriátrica en la carrera enfermera con mayor amplitud”*, decían *“es urgente la tarea de fomentar estudios sistemáticos, para determinar los medios más eficaces de aplicar los conocimientos existentes y de evaluar distintas modalidades de asistencia sanitaria”*. Incidían en recordar que los centros que se iban abriendo reclamaban esta especialidad con gran urgencia y número. Tenían una visión clara sobre las necesidades que planteaban y siguen planteando los mayores y sobre el cambio del modelo asistencial al que se debía tender, en el que las enfermeras debían estar presentes y preparadas.

Dado el contexto en el que se desarrollaron estos artículos, es fácil entender el perfil de los temas publicados en las distintas revistas según fuesen representantes de los Practicantes-ATSM (Boletín informativo y cultural: medicina y cirugía auxiliar, órgano de expresión Consejo General de practicantes de España) o de las enfermeras-ATSF (Caridad, ciencia y arte, órgano de expresión del Colegio de Enfermeras de Madrid). Los ATSM planteaban una especialidad acorde a la “obediencia” que se debía, al estamento médico, paralela-sombra de los médicos. Para argumentar la necesidad de la especialidad, trasladaban resúmenes de las conferencias o ponencias presentadas en cursos de formación o congresos a los que habían asistido, dirigidos e impartidos por doctores. Sin embargo las enfermeras y ATSF presentaron su trabajo elaborado por y para enfermeras, más en la línea del concepto de la enfermería existente, en ese momento, en el ámbito internacional.

Los ATS participaron en varios cursos y posteriormente trasladaron el contenido de los mismos a sus publicaciones, como ejemplo destacamos el Primer Curso de Geriátrica para ATS y Asistentes Sociales²⁶¹, donde el autor de la publicación analizada realizaba una reseña del programa del curso celebrado en el Hospital de San Pablo y Santa Tecla de Tarragona, dirigido por el Dr. Bofarull Puigdengoles, jefe del departamento de esta especialidad, señalaba que había habido una muy buena acogida por parte de los colegiados. De los 14 temas que se desarrollaron dos fueron impartidos por ATS, uno por el Sr. D. Antonio Oliach García, presidente del Colegio de Practicantes y ATS de Tarragona con el tema “Actitud del auxiliar sanitario ante un enfermo anciano”. Otro tema estuvo a cargo de Sor Pilar González, supervisora del hospital General de San Pablo y Santa Tecla, junto a dos asistentes sociales, “Situación actual de la asistencia a los ancianos en nuestra provincia. Órganos que intervienen en la misma y labor que realizan”.

E. Cobo trasladaba a la revista de Medicina y Cirugía Auxiliar, tres conferencias impartidas en el V Curso de Gerontología Social, celebrado en Madrid, con el lema “La preparación a la Jubilación”. De entre las múltiples conferencias que se abordaron, seleccionó aquellas que consideraba de mayor interés, por su relación con la medicina de empresa, no hacía mención al interés que hubieran podido tener para los ATS, ni para las enfermeras generalistas. Los temas seleccionados fueron tres: Consejos para la preparación a la jubilación: se transmitía la experiencia de EEUU en cuanto a los cursos de preparación ante la jubilación, afirmaban que el 95% de los participantes estiman oportuno realizarlos 5 años antes de la jubilación, los temas que recomendaban abordar versaban sobre: financiación, salud y tiempo libre²⁶²; sobre la anticipación de la jubilación y adaptación a la jubilación, hablaban de los aspectos psicológicos de la preparación a la jubilación, realizaron un estudio comparativo entre Alemania y EEUU, narrando la experiencia de diferentes ancianos ante su jubilación, los determinantes de la adaptación a la jubilación, la captación de necesidades y la posible preparación, contenido y metodología adecuada²⁶³ y para finalizar, la tercera publicación sobre el mencionado curso, hacía referencia a la educación a lo largo de la vida, sus consecuencias durante la etapa de trabajo y de la jubilación. Enfocaban el trabajo hacia el ocio y la cultura: por una mayor flexibilidad en la vida. Ofrecían una visión objetiva y subjetiva de la problemática que socialmente planteaba el individuo en su proyección hacia la vida de retiro²⁶⁴.

Con motivo de la publicación del Plan Nacional de la Seguridad Social de Asistencia a los ancianos²⁶⁵, donde se estudiaron y sistematizaron temas relacionados con la asistencia social, en el orden gerontológico a las personas que ostentaban la calidad de pensionistas o de otros

que por razones de edad, incapacidad y demás circunstancias individuales o familiares se consideraban pertinentes, Mercader Fernández R., se hizo eco de dicho Plan a través de la publicación “La vejez dos obras admirables”²⁶⁶, describió los medios que el Plan proponía como opciones para los mayores: ayudas, hogares y clubs, centros geriátricos (residencias), sanatorios geriátricos de rehabilitación, hospital de día, turnos de vacaciones en residencias y balnearios y las ayudas a domicilio. Si bien, llegó a la conclusión de que el problema del anciano no estaba resuelto, incidía en la soledad, la inactividad o la falta de afecto familiar y enfocaba la atención solicitando a los jóvenes que *“presten una migaja de atención a los ancianos, comprensión-preocupación y cariño”... “ya no tienen aspiraciones, ni ambiciones, ni mando, si bien pueden ser jueces imparciales y clementes, porque ya nada quieren para sí”*.

Cuando analizamos los informes realizados sobre las residencias de ancianos, poco se especificaba sobre su organización y mucho menos sobre la aportación o las funciones que debían desarrollar los profesionales de enfermería, los temas versaban sobre los turnos de descanso (los viajes)²⁶⁷, la descripción de la residencia²⁶⁸ o notas de agradecimiento a alguna institución²⁶⁹. Estos datos nos dan una idea de la aproximación de los profesionales de enfermería hacia el mundo de la vejez y el proceso de envejecimiento, predominando el abordaje desde el punto de vista de la gerontología social.

Después de analizar estas publicaciones, llegamos a la conclusión de que independientemente de los criterios argumentados, la realidad es que todos los ATS, desde sus respectivos órganos representativos, solicitaron ya en 1970 la especialidad de Enfermería Geriátrica, posiblemente motivados por la aprobación del primer Plan Gerontológico en España. Hoy sabemos que se han tardado 40 años en hacerse realidad la formación de especialistas en el área que nos ocupa y que los problemas que describieron, no difieren mucho de los que nos preocupan hoy en día: los aspectos sanitarios (patológicos y psíquicos, estilos de vida y proceso de envejecimiento), sociales y económicos (jubilación, soledad, inadaptación, convivencia familiar, recursos de atención a los mayores, etc). Creemos que el enfoque ha cambiado en la misma dirección que la propia enfermería: más científica, con un lenguaje enfermero propio, asumiendo mayor responsabilidad en la toma de decisiones y dando opción de participación a los protagonistas de nuestros cuidados, como veremos en el análisis de las publicaciones en etapas posteriores.

2. ETAPA DE 1980 A 2009.

En 1978 nació la primera revista de enfermería en España, llevaba el nombre de Revista Rol de Enfermería, era un momento histórico caracterizado por los escasos recursos bibliográficos y pocos referentes después de 30 años siendo Ayudantes Técnicos Sanitarios. Desde 1978 a 1990 hubo un progresivo aumento de la información enfermera española, con un incremento de revistas circulantes, investigadores de enfermería españoles recomendaban la creación de fuentes bibliográficas secundarias y en 1991 nació la primera base de datos bibliográfica de cuidados enfermeros en España, CUIDEN²⁷⁰. A partir del año 1980 diferentes enfermeras y enfermeros, realizaron análisis bibliométricos como herramienta esencial para describir y evaluar los resultados de las investigaciones que se divulgaban a través de las revistas científicas, como ya hemos visto al describir la metodología de este estudio. El análisis de la producción científica sobre la Enfermería Geriátrica, nos va a permitir adquirir una perspectiva temporal de las investigaciones pasadas y observar su evolución. La producción científica no puede avanzar sino apoyándose en los trabajos precedentes, siendo los trabajos actuales la base de futuras investigaciones²⁷¹.

Analizamos los artículos publicados en las revistas españolas indexadas en la base de datos CUIDEN PLUS, con los descriptores enfermería geriátrica o gerontológica, geriatría o gerontología y ancianos/as. Previo a nuestro estudio ya se habían publicado los análisis bibliométricos, que comprendían las publicaciones relacionadas con la Enfermería Geriátrica desde el año 1980 hasta el 2000, por este motivo completamos el estudio hasta el año 2009²⁷². Como hemos descrito en el capítulo de metodología, nos centramos en las características bibliométricas de la Ley de Price (número de artículos por año) y la Ley de Bradford (revistas que publican sobre temas de Geriatría) y llevamos a cabo un estudio cualitativo de los artículos haciendo referencia a la profesión de los autores, al ámbito de trabajo y los temas abordados.

Resultados y discusión.

La Enfermería Geriátrica no ha sido ajena a estudios descriptivos centrados en cuestiones de productividad, colaboración, áreas temáticas, que han contribuido al conocimiento de la estructura social de la comunidad científica, al grado de madurez de la especialidad y sobre los principales temas de interés, además de la cuantificación de su producción.

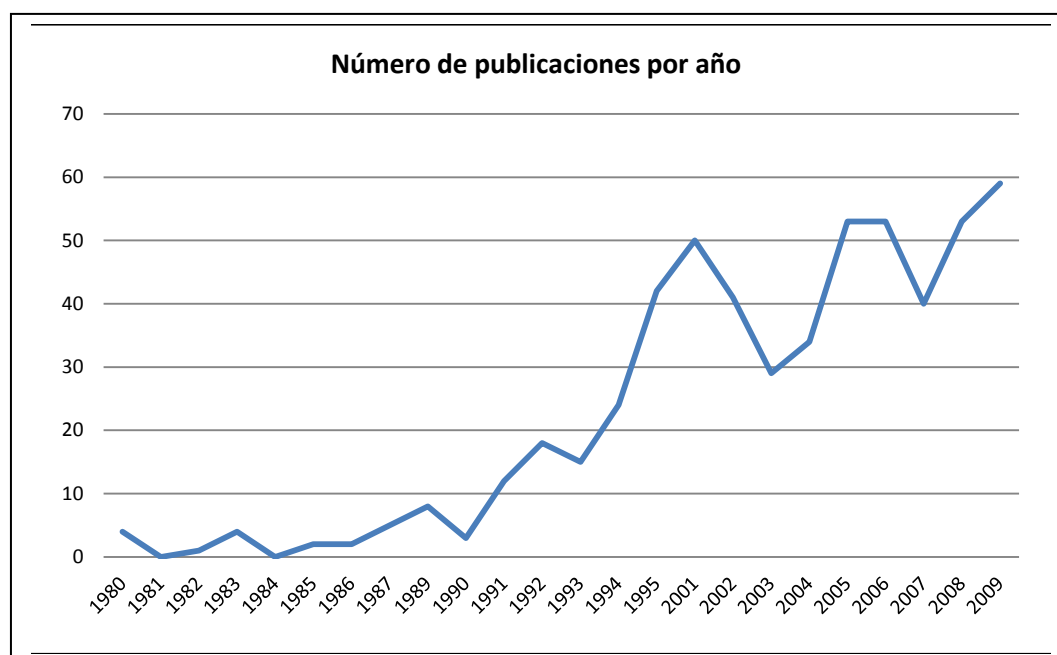
En nuestro trabajo (2001-2009) hemos localizado un 23,38% de revistas españolas y en español que publican trabajos relacionados con la especialidad de Enfermería Geriátrica. Siguiendo los criterios de la Fundación Index para la clasificación de los documentos, hallamos que el 54.3% de trabajos son originales y el 26.6% de revisión, el resto de artículos corresponden a otros tipos: artículos breves (3,6%), reflexión (2,4%), experiencia y trabajo de campo (2,2%), relato de vida (1,2%) y comunicaciones (9,6%).

2.1. Producción de artículos.

El número de artículos recuperados sobre temas de geriatría o gerontología es de 675, un 8,43% del total (8.802 artículos publicados), entre los años 2001-09. Una vez aplicados los criterios de inclusión estudiamos un total de 418 trabajos. Los años 2008 y 2009, con 59 y 56 artículos respectivamente destacan por su alta productividad. Se observa un incremento de la producción de artículos desde el año 1990 al 2009. En 1990 se inició la edición de la revista de Gerokomos, órgano de expresión de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, con el objetivo de recoger los trabajos relacionados con el cuidado de los mayores de los profesionales de enfermería.

Con la aprobación en diciembre de la ley 39/2006, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, la llamada “Ley de dependencia”, desde diferentes Comunidades Autónomas, se potenció la formación de las enfermeras con subvenciones en este área de trabajo, lo que pudo generar reuniones científicas y ser un impulso para realizar trabajos de investigación, que posteriormente fueron publicados. Como ejemplo de este interés, la Gerencia de Salud de Área de Soria en el año 2007, fue la primera vez que introdujo en su Plan Anual de Gestión objetivos relacionados con la Geriatría, “A-3. Mejorar la atención y la coordinación en la Asistencia Geriátrica”, “Objetivo A-10 Coordinación sociosanitaria- Potenciar la utilización de la metodología de gestión de casos en los Equipos de Coordinación de Base, al objeto de facilitar la valoración compartida de necesidades y el diseño conjunto de intervenciones en la prestación integrada de servicios sociales y sanitarios”, este objetivo conllevó la aplicación de guías sobre la atención de los ancianos.

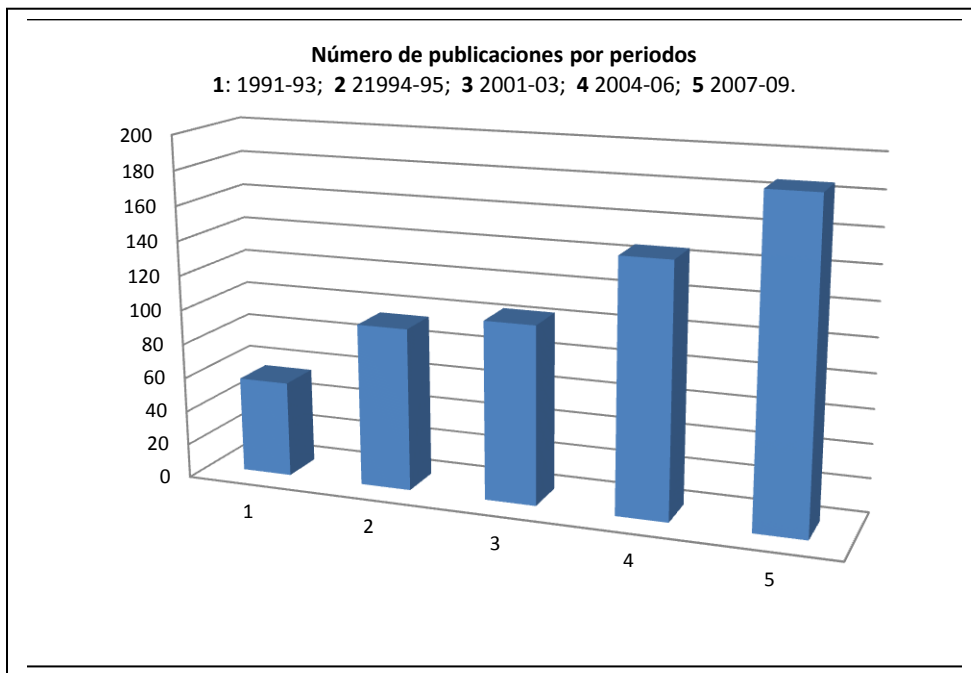
Figura 22. Número de publicaciones científica de Enfermería Geriátrica por año.



Fuente: elaboración propia.

Según Price la forma normal de crecimiento de la ciencia es exponencial, en relación a la producción científica, dice que ésta se duplica cada diez a quince años. Observamos si hacemos un análisis agrupando los trabajos en varios años, cómo los artículos publicados sobre la Enfermería Geriátrica-Gerontológica han seguido una progresión regular, en el trienio 1991-93 encontramos 56 trabajos, en el periodo 2004-06 localizamos 146 publicaciones y en el trienio 2007-2009 la producción fue de 168 artículos. Las publicaciones analizadas manifiestan un incremento exponencial de la producción científica sobre aspectos relacionados con Enfermería Geriátrica, en los últimos 15 años prácticamente se ha triplicado.

Figura 23. Número de publicaciones por períodos de años.



Fuente: elaboración propia.

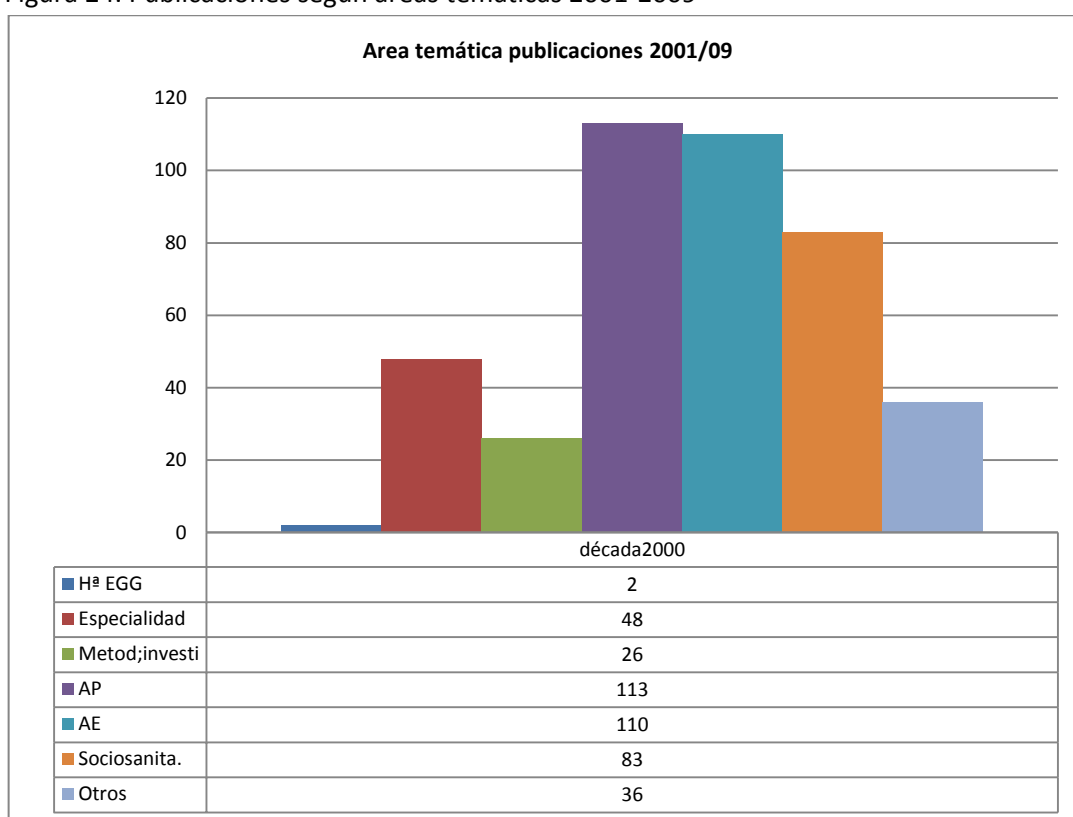
Coincidimos con Gómez González²⁷³ cuando justificaba que las reuniones científicas y la inclusión curricular de asignaturas en un área de conocimiento, evidenciaba un desarrollo y un mayor interés por el área, añadiríamos que la creación de sociedades científicas, son fundamentales en el estímulo hacia el avance del conocimiento y su divulgación. Pensamos que esta tendencia al alza de la producción científica sobre aspectos específicos de Enfermería Geriátrica, todavía no se ha estabilizado, entendemos que es un área de enfermería con un futuro esperanzador, la potenciación de la sociedad del conocimiento con la formación continuada como base del desarrollo profesional, los cambios legislativos en la Universidad con el reconocimiento de los tres niveles académicos para las enfermeras (grado-postgrado-doctorado), a nivel asistencial el desarrollo de la Carrera Profesional, donde se valora tanto la formación como la investigación entre otros criterios, el envejecimiento progresivo de la población junto con la puesta en marcha de la especialidad de Enfermería Geriátrica, incrementará el interés y la necesidad de profundizar en el conocimiento y desarrollo científico, referente a los cuidados de enfermería para este sector etario.

2.2. Temas de investigación

En el análisis sobre las áreas de investigación prioritarias para enfermería, identificamos aspectos relacionados con el envejecimiento, calidad de vida, calidad de cuidados, cuidadores y promoción de la salud, como líneas de trabajo prioritarias^{274,275,276}, nos llama la atención el escaso número de trabajos sobre aspectos epistemológicos o del proceso de enseñanza aprendizaje de esta especialidad.

En cuanto al campo de aplicación de los temas estudiados, encontramos con mayor frecuencia estudios relacionados con la asistencia sanitaria en el ámbito de Atención Primaria, seguido de aspectos relacionados con los cuidados en Atención Especializada y 19,9% han trabajado sobre temas específicos con los recursos socio-sanitarios.

Figura 24. Publicaciones según áreas temáticas 2001-2009



Fuente: elaboración propia

Cuando valoramos los temas que profundizan en conceptos aplicables en cualquier ámbito de trabajo con mayores: metodología de los cuidados aplicada a los mayores, valoración geriátrica, calidad de vida, síndromes geriátricos, etc., el porcentaje de artículos es de 17,7%. Sobre la historia de la Enfermería Geriátrica hemos encontrado 2 trabajos (0,5%). El 8,6% de las publicaciones analizadas abordan otros temas como aspectos económicos, sobre la percepción de la vejez, bioética, recursos, gestión. A continuación analizamos con más detalle algunos de estos temas.

Calidad de vida

Un objetivo prioritario en el cuidado de los mayores es mantener su independencia, el máximo tiempo posible, dando más importancia a la calidad de vida que a la cantidad de vida en la vejez, como difundió la Organización Mundial de la Salud (OMS) “Dar vida a los años y no solo años a la vida”. Son numerosos los trabajos, que no siendo el objetivo principal del estudio valoran la calidad de vida, relacionan los cuidados con la calidad de vida de los sujetos atendidos, en el 1^{er} Congreso Internacional de Enfermería Geriátrica, la calidad de vida se encontraba entre los temas más tratados, con un 20% de los trabajos²⁷⁷. Tomando como referencia la OMS en cuanto a la definición de calidad de vida “percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de los valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”, debemos aceptar que es un término totalmente subjetivo y ésta subjetividad puede llevar a aceptar distintos instrumentos de medida como válidos^{278,279}. Entre los trabajos analizados se observan distintas formas de abordarla, unos la relacionan con el uso de servicios, otros con el grado de autonomía y también hay estudios que la diferencian según la institucionalización del mayor, llegaban incluso a recomendar su inclusión en la valoración integral del anciano frágil²⁸⁰ y que fuese una herramienta de uso habitual en la práctica clínica²⁸¹.

Las publicaciones de enfermería donde se abordaba de forma específica la calidad de vida, los encontramos a partir del año 1990. Son estudios donde podemos asociar la calidad de vida de los mayores, con diferentes aportaciones desde la profesión enfermera. El primer trabajo localizado, asociaba la calidad de vida del anciano con un modelo de promoción de la salud integrando las necesidades comunitarias y la atención personalizada²⁸². El cuidado o atención de enfermería se relacionaba directamente con la calidad de vida en trabajos como: Anciano encamado y anciano terminal: atención de enfermería²⁸³ o Cuidar: promover la calidad de vida²⁸⁴. Otras investigaciones validaban el lema de dar vida los años y no años a la vida²⁸⁵, proponiendo actividades que debían potenciarse desde enfermería: actividad física con ejercicio moderado y sistemático²⁸⁶, ocupar el tiempo libre ejercitando la mente, actividades recreativas de grupo, actitud abierta ante los acontecimientos²⁸⁷, potenciando la iniciativa de las personas en cuanto a la preparación de una vejez sana²⁸⁸, proporcionando bienestar psicológico, satisfacción personal, actitudes y actividades de la vida diaria a través de terapia de reminiscencia²⁸⁹, determinando la responsabilizan de los profesionales a contribuir en el logro de una mayor calidad de vida en el proceso de envejecimiento²⁹⁰.

Otro aspecto diferente, analizado en varios trabajos, es acerca de cómo cuantificar con escalas/instrumentos la calidad de vida en los mayores, por ejemplo: con una escala sociométrica Mini-Duke-UNC²⁹¹, a través del perfil de salud de Nottingham (NHP)²⁹² donde describían las actividades de la vida diaria (AVD), llegaban a la conclusión de que los aspectos más afectados eran las actividades del hogar y las relaciones sociales; la evaluación con el instrumento COOP/Darmouth en las consultas de Atención Primaria para contribuir a su validación, fue considerada por las enfermeras útil, sencillo de aplicar y bien valorado por los pacientes²⁹³; hay autores que comparaban y asociaban los resultados de las escalas de valoración funcional de las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales (nivel de dependencia) con la calidad de vida^{294,295}. Otro abordaje sobre la medida indirecta de la calidad de vida es utilizar los instrumentos de valoración habituales en enfermería, teniendo en cuenta

la dependencia o independencia en la satisfacción de las necesidades básicas, donde se concluye que las necesidades más demandadas en los cuidados son: la comunicación, movilidad y ocio²⁹⁶, el nivel de autonomía de los mayores igualmente se relaciona con la calidad de vida²⁹⁷; además, hay estudios que muestran una visión de la calidad de vida adaptada a la institución donde se encuentre el mayor^{298, 299}.

Metodología enfermera: Modelos de cuidados.

El desarrollo teórico de la enfermería se inició a partir de mediados del siglo XIX, cuando comenzó el proceso de profesionalización de la enfermería, liderado por enfermeras de Estados Unidos y Canadá, en ese momento histórico se promovieron las teorías y modelos de enfermería, en búsqueda de respuestas teóricas a las situaciones enfermeras y de un método para su aplicación práctica. El progreso teórico de bases conceptuales, se complementaba con el desarrollo de la metodología enfermera y de la taxonomía diagnóstica.

Desde que comenzaron los estudios universitarios de enfermería en España en 1977, se ha profundizado en los aspectos teóricos que sustentan la profesión como una disciplina en el campo de ciencias de la salud, en España el modelo más utilizado por su generalidad, sencillez y claridad es el de Virginia Henderson, la profesora D^a Rosa M^a Blasco afirma que es el modelo que mejor se adapta a nuestro contexto sociocultural³⁰⁰. La definición de enfermería planteada por Virginia Henderson, fue aceptada por el Consejo Internacional de Enfermeras, es una definición basada en términos funcionales: “la única función de la enfermera es ayudar al individuo enfermo o sano en la realización de aquellas actividades que contribuyan a la salud o a su recuperación (o a una muerte tranquila) y que él realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, voluntad o conocimientos necesarios. Y hacer esto de forma que le ayude a ser independiente lo antes posible”³⁰¹.

El estudio y aplicación de los modelos con el mundo de la vejez se ve reflejado en publicaciones que abordan este tema a partir del año 1995, buscaban dar respuesta a la pregunta ¿Son posibles los modelos de enfermería para el cuidado del anciano?³⁰², en 1998 se incidía en la importancia de la utilización de un modelo conceptual para la práctica de la enfermería en Gerontología³⁰³. Otras publicaciones estaban relacionadas con la aplicación de estos modelos en el cuidado de los mayores, en diversas situaciones de salud, como por ejemplo, el seguimiento de un anciano afectado de hemorragia cerebral según el modelo de Virginia Henderson³⁰⁴, recordemos que identifica 14 necesidades básicas en la persona y las considera los componentes de asistencia de enfermería, con este mismo modelo de referencia se estudia la aportación, que desde la consulta de enfermería, se realiza a aspectos relacionados con la nutrición humana, llegando a la conclusión que es un modelo de cuidados que cubre las expectativas de los pacientes³⁰⁵, otros autores trabajaron en la línea de presentar este modelo como uno de los más conocidos y desarrollados entre los profesionales de enfermería y para ello presentaban el seguimiento de una anciana de 82 años, diabética ingresada en el hospital por una cetoacidosis³⁰⁶, también validaron una encuesta basada en el modelo de Henderson a partir del cual se detectaban las necesidades en la población anciana³⁰⁷, Vernet³⁰⁸ hacía una reflexión sobre cómo los valores y postulados de Henderson, se adaptaban muy especialmente a la

atención gerontológica y lo hacían comprensible y compatible con los objetivos interdisciplinarios, reforzando el liderazgo de la enfermera dentro del equipo de atención. Es el modelo más citado en la bibliografía revisada aunque no el único, en la misma línea de aplicar las bases teóricas a un caso práctico se analizaban los modelos de adaptación de Roy en primaria³⁰⁹, Callista Roy defiende que la enfermera promueve acciones que hacen posible la adaptación del ser humano en las 4 esferas (fisiológica, autoimagen, dominio del rol e independencia), tanto en la salud como en la enfermedad, a través del cuerpo de los conocimientos científicos de la enfermería; también D. Orem es tenida en cuenta al aplicar su teoría en el cuidado de un anciano sano, en el modelo de Dorothea Orem la enfermera actúa de modo complementario con las personas, familias y comunidades en realización a los autocuidados, en esta publicación su autora consideraba indicada la actuación de enfermería para ayudar a la adaptación del anciano, así como para paliar las pérdidas de esta nueva etapa de desarrollo³¹⁰.

Metodología enfermera: Proceso enfermero.

El método científico de resolución de problemas adaptado al proceso de cuidar, en enfermería, ha originado lo que denominamos Proceso de Enfermería o Proceso Enfermero, el término aparece en la década de los años 50 con L. Hall, al definir la atención de enfermería como un proceso global y concatenado que lleva a unos resultados. Posteriormente, otras teóricas fueron profundizando y haciendo aportaciones al concepto que hoy identificamos como un proceso sistemático, flexible y dinámico de cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación durante las cuales se llevan a cabo acciones deliberadas para lograr máxima eficacia y conseguir a largo plazo resultados beneficiosos.

Desde 1987 encontramos publicaciones que trabajaban el concepto y principalmente la aplicación del proceso de enfermería en geriatría y gerontología, denominado en varios títulos como PAE, se enfoca desde distintas perspectivas: docente^{311,312,313} donde se reafirma la necesidad de adoptar la metodología de los cuidados como elemento básico y principal en la enseñanza y aprendizaje teórico-práctico de la enfermería geronto-geriátrica; y asistencial, como medio para identificar las necesidades del mayor, priorizar los problemas a atender, planificar los cuidados y evaluar los resultados en distintas situaciones de salud, como por ejemplo, en el cuidado de mayores con enfermedad de Alzheimer³¹⁴, con Incontinencia urinaria³¹⁵ o ante un Cuadro Confusional³¹⁶.

Taxonomía enfermera: NANDA-NOC-NIC.

El diagnóstico enfermero corresponde a la segunda etapa del proceso de enfermería, analizado en el punto anterior y es una fase intelectual compleja, de análisis y síntesis de la información obtenida en la etapa de valoración, donde se obtienen los datos sobre el nivel de salud del mayor, familia o comunidad que proporcionan la base para la selección de las intervenciones de enfermería. Lynda Carpenito³¹⁷ defendía una práctica bifocal, donde las enfermeras son responsables de dos tipos de juicios clínicos: los diagnósticos de enfermería y los problemas de colaboración. Con el objetivo de identificar, desarrollar y clasificar los diagnósticos

enfermeros, en el año 1982 se constituyó la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)³¹⁸ y en 1988 surgió la primera clasificación de esta taxonomía, a partir de esta fecha los trabajos del Comité Taxonómico han tenido continuidad y aproximadamente cada 2 años publican la revisión de sus propuestas.

La utilización por parte de las enfermeras de una taxonomía, beneficia la práctica asistencial ya que identifica el ámbito de la enfermera, proporcionando un marco común que facilita la comunicación, en la investigación proporciona una estructura para el estudio clínico de casos y en la docencia ayuda a profesores y estudiantes a centrarse en los fenómenos de enfermería. En esta línea, de justificar y valorar los beneficios que se obtienen del uso de los diagnósticos enfermeros en el ámbito de la geriatría, son los trabajos que hemos analizado, pudiendo estructurarlos en tres etapas, la primera son trabajos más descriptivos³¹⁹, en la segunda se establecen diagnósticos estandarizados que ayudan a potenciar el rol autónomo de los profesionales de enfermería, afirmaban que elaborando un método que integre en la práctica asistencial, la metodología del proceso de atención, incorporando los diagnósticos NANDA, todo enmarcado en el modelo conceptual de Henderson³²⁰, nos aportará la implantación de un método de trabajo basado en los diagnósticos enfermeros que favorecerá la continuidad en los cuidados, la comunicación y la coordinación dentro del equipo, estimulara el rol profesional y su diferenciación de otros profesionales y todo esto permitirá ofrecer mejor calidad de cuidados individualizados a la población. En la misma línea de la estandarización de diagnósticos, se demostraba la eficacia de este instrumento de detección y organización de problemas en el ámbito de la psiquiatría³²¹. Ya en la tercera etapa se aportaban los beneficios que ofrece a los usuarios y a los profesionales esta taxonomía, decían: sirven de instrumento para definir el perfil de las necesidades de los usuarios, para establecer juicios clínicos enfermeros y definir el producto enfermero³²². Para terminar destacamos el trabajo que defendía que el conocimiento de la prevalencia de diagnósticos enfermeros facilitaba hacer estudios posteriores sobre la evolución de los mayores y emplearlos como elementos a tener en cuenta en las nuevas técnicas de gestión, en el diseño arquitectónico de las residencias, así como en la formación de los profesionales que prestan sus servicios en estas instituciones³²³.

NOC-NIC. La clasificación de resultados (NOC) se origina ante la necesidad de las enfermeras de concretar los resultados de sus actuaciones y pretende³²⁴: definir el receptor de los cuidados, pormenorizar la descripción de los resultados, los niveles de abstracción que se deben desarrollar y cómo deben plantearse o describir resultados que procedan de acciones de cuidados, así como su medición. La clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)³²⁵, supone una ordenación extensa y estandarizada de los tratamientos que realizan las enfermeras, tanto de forma independiente como de colaboración, en todos los ámbitos de trabajo y en todas las especialidades. En nuestra especialidad no han sido muchas las publicaciones, que hasta el momento, profundizan en este sistema de clasificación, Clavo Martín y col.³²⁶, identificaban como necesarias las actividades incluidas en las intervenciones NIC, también las defendían como un medio que favorecía la utilización de un lenguaje estandarizado en la asignatura de Enfermería Geriátrica³²⁷. Ya en la aplicación asistencial encontramos la aportación de esta nomenclatura en la estandarización de los cuidados, el caso analizado es el plan de cuidados estandarizado para aplicar en pacientes geriátricos con fractura de cadera, llegaban a la conclusión de que su uso mejora la seguridad de actuación en el equipo de enfermería y la calidad de los cuidados aportados al paciente³²⁸.

Valoración geriátrica funcional

Considerada como la piedra angular de la geriatría, describe el proceso estructurado de valoración multidimensional, con frecuencia interdisciplinar, en el que se detectan, describen y aclaran los múltiples problemas físicos, funcionales, psicológicos, sociales y ambientales que presenta el paciente geriátrico. Es útil para identificar áreas de deficiencia, indicar necesidades y tipo de cuidados, valorar la evolución de los ancianos enfermos, valorar la eficacia de las intervenciones, establecer pronósticos, construir bases científicas de intervención e identificar población de riesgo. Las escalas que se utilizan con mayor frecuencia en nuestro entorno de atención sanitaria o sociosanitario en el cuidado de personas mayores, son las que evalúan el estado funcional físico, psíquico y social. La valoración funcional física mide la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, diferenciando actividades básicas de la vida diaria, elementales para cubrir las necesidades de la vida cotidiana y las actividades instrumentales de la vida diaria consideradas funciones más complejas y hacen referencia a actividades necesarias para adaptarse con independencia al medio en el que viven los mayores habitualmente. Las escalas de evaluación mental incluyen la valoración cognitiva que facilita la detección de signos de deterioro cognitivo de forma precoz, ayudando a tomar medidas preventivas y la valoración funcional emocional que permiten detectar signos depresivos y de ansiedad. La valoración social evalúa la percepción que la persona mayor tiene de su estado de salud, su ambiente, situación familiar, estado económico y actividades de ocio.

A pesar de que son herramientas de valoración habituales en los equipos de trabajo interdisciplinar de geriatría, solo hemos encontrado dos trabajos que las referencian en el título. Su estudio estaba enfocado desde el punto de vista de su utilidad para medir el grado de dependencia de los mayores³²⁹ y para identificar a los mayores dependientes³³⁰, en este estudio identificaban el perfil de las personas con peor puntuación (mayor dependencia): mujeres, edad avanzada, personas viudas o sin familia, sin apoyo de red social o sin una buena relación social. Generalmente se emplean como un medio para describir el grado de dependencia de los mayores, en este sentido sí hallamos más estudios donde ponen de manifiesto la necesidad de aplicar las escalas a la población mayor de 65 años, útiles para identificar la dependencia y valorar el tipo de ayuda que requiere el anciano en las actividades de la vida diaria y así establecer medidas para prevenir posibles complicaciones³³¹, las consideraban como un medio adecuado para precisar el nivel de dependencia de las personas cuidadas³³², planificar y controlar la evolución de los pacientes³³³. Estas escalas se aplican tanto en Atención Primaria: consultas, visitas a domicilio, en el medio rural o urbano como en Atención Especializada: unidades de geriatría, hospitales sin unidades geriátricas³³⁴, en unidades funcionales interdisciplinares (UFISS)³³⁵ y en residencias para mayores.

Recursos sociosanitarios de atención o apoyo a la vejez.

Encontramos dos sectores claramente diferenciados, el sector formal de salud y sociosanitario, correspondiente a entidades privadas o estatales, instituidas dentro de las estructuras sociopolíticas del Estado y la familia, cuidadores, los amigos y vecinos que componen el sector informal, ellos constituyen las principales fuentes de apoyo de los ancianos³³⁶ y son un

recurso central en la atención a la dependencia y fragilidad³³⁷. La distribución en España del cuidado formal e informal a los mayores de 65 años en situación de dependencia, se establece de la siguiente manera³³⁸: el 7,5% de los mayores que necesitan cuidados no lo reciben, de quienes lo reciben el 89,4% obtiene cuidado informal, el 14,8% servicios privados y el 8,1% servicios públicos. Cuidados formales e informales se combinan en el 11,9% de los casos. El cuidado formal sirve de complemento al informal y los cuidados privados tienen mayor presencia que los públicos.

Cuidadores informales.

La revisión de la literatura identifica cuatro áreas temáticas principales del fenómeno de cuidador informal de personas mayores: el perfil de la persona cuidadora, las actividades que realiza, los recursos implicados y el impacto de cuidar en sus propias vidas³³⁹. En nuestro análisis diferenciaremos estos cuatro aspectos.

Sobre el perfil de la persona cuidada, se describen las características sociodemográficas y sociolaborales de los cuidadores principales³⁴⁰, los datos son corroborados por la mayoría de los trabajos, excepto la edad media que varía de un trabajo a otro, “el porcentaje de mujeres como cuidadores principales es mayor que el de hombres, tienen entre 45 y 54 años, bajo nivel de estudios, peor situación convivencial, económica y laboral; se responsabilizan y realizan individualmente más actividades domésticas, invierten más horas, atienden más necesidades de la persona dependiente y aplican más variedad de cuidados. Mujeres y hombres tuvieron buena relación previa con la persona cuidada, llevan menos de 10 años cuidando, tienen similares motivaciones (obligación moral) y perciben repercusiones positivas por cuidar (mejorar la calidad de vida de la persona dependiente). El trabajo del cuidador principal puede ser valorado por el tiempo invertido, responsabilidad, variedad y cantidad de actividades no remuneradas”.

En cuanto a las actividades que realizan los cuidadores, la que mayor carga de trabajo les supone es la higiene³⁴¹, además de la responsabilidad de administrar la alimentación, medicación y realizar movilizaciones. Dentro de los cuidadores habituales también se encuentra un importante número de inmigrantes, el tipo de atención que proporcionan estas cuidadoras se extiende al ámbito de las tareas domésticas (100%), de acompañamiento (87%), ayudas personales (79%) y cuidados socio-sanitarios (75%), las cuidadoras inmigrantes actúan como conectores de la persona dependiente con su red social, con las instituciones sanitarias y sociales³⁴².

Entre los recursos, que los profesionales de enfermería aportan a los cuidadores principales, se describen: los programas de apoyo y de formación de los cuidadores. Los programas de apoyo se llevan a cabo tanto desde la atención especializada³⁴³, haciendo partícipe al cuidador de los cuidados que requiere el anciano e instruyéndole acerca de la importancia de su propio bienestar, como en Atención Primaria donde encontramos trabajos que analizan la importancia del apoyo de enfermería a los cuidadores con riesgo de claudicación³⁴⁴. Con la finalidad de conocer y comprender mejor las experiencias de las personas cuidadoras que ayuden a detectar sus necesidades más prioritarias, se llevaron a cabo una serie de

investigaciones cualitativas, facilitando una aproximación a sus vivencias³⁴⁵ y a las situaciones con las que se enfrentaban, como son: el miedo, la culpabilidad, la soledad, el cansancio... Desde el año 2004 en Archivos de la Memoria de la Fundación Index³⁴⁶, se publican historias de vida y relatos biográficos de cuidadores, con la finalidad de recuperar la memoria histórica en torno a los cuidados y a la enfermería.

La creación de grupos de apoyo también está presente en las publicaciones enfermeras³⁴⁷ así como temas relacionados con la formación de los cuidadores. Desde el año 2000, se está profundizando y creando evidencia sobre la importancia de mejorar los conocimientos de los cuidadores y la necesidad que tienen de apoyo psicológico, para de esta forma mejorar su calidad de vida.

Cuidados formales.

Los cuidados formales se refieren a los proporcionados por los profesionales, principalmente las enfermeras³⁴⁸ y sirven de complemento a los informales³⁴⁹. La enfermería como disciplina científica especializada en cuidar, aporta una cartera de servicios, que en un contexto interdisciplinario, permite ofertar una atención global, integral y centrada en las necesidades individuales del usuario³⁵⁰. Los patrones epidemiológicos de los ancianos se centran principalmente en problemas crónicos y degenerativos que conllevan a un aumento de personas en situaciones de dependencia³⁵¹. Las publicaciones analizadas sobre la atención de los mayores hacen referencia principalmente a los llamados “Síndromes Geriátricos”, que a continuación analizamos más detalladamente, incontinencia urinaria, úlceras por presión, inmovilidad/fractura de cadera, polifarmacia, malnutrición, deterioro cognitivo. Otras publicaciones profundizan sobre diversos aspectos de la gestión de estos cuidados: satisfacción/percepción cuidados, control de calidad y cuestiones éticas como son los malos tratos.

Incontinencia urinaria.

Son numerosas las aportaciones realizadas por los profesionales en relación a la incontinencia urinaria, desde diferentes miradas. Inicialmente observamos un abordaje más conceptual donde exponían las características de la incontinencia en pacientes geriátricos, detallando los cuidados de enfermería^{352,353}, posteriormente se incorporaron estudios que tenían en cuenta la visión del mayor³⁵⁴ y la evaluación de beneficios de los programas de intervención^{355,356}. Destacaban una importante falta de información, sobre las diferentes posibilidades que ofrecían los tratamientos, hecho que podía contribuir negativamente a la búsqueda de ayuda, estas conclusiones las avalaban los trabajos específicos sobre la frecuencia de personas incontinentes y la búsqueda de ayuda sanitaria. Se estimaba que entorno al 65% de los mayores no reconocían su incontinencia, además, el diagnóstico y tratamiento que realizaban los profesionales era “subóptimo”, por lo que se proponía interrogar sistemáticamente a los mayores que acudiesen a los Centros de Salud, con la finalidad de

identificarlo y adoptar las medidas correctoras adecuadas^{357,358}, todavía en el año 2003 se consideraba uno de los síndromes geriátricos desconocidos en la práctica clínica hospitalaria³⁵⁹.

Otros estudios versaban sobre los tratamientos y las repercusiones de la incontinencia en distintos ámbitos. Destaca el trabajo de “La incontinencia en los viajes de la tercera edad”³⁶⁰, su autor ponía de manifiesto cómo la falta de información y orientación conllevaba al mayor a no realizar viajes, se considera un problema que provoca inseguridad y aislamiento social, derivado de actitudes no siempre condescendientes del entorno^{361,362}. La incontinencia urinaria afecta a los mayores indistintamente del entorno donde sea atendido, las investigaciones fueron realizadas en entornos diferentes como Atención Primaria³⁶³, Residencias^{364,365,366}, Centros de Día³⁶⁷ y Atención Especializada³⁶⁸.

Úlceras por Presión.

Según la Declaración de Rio de Janeiro³⁶⁹, promovida por 10 sociedades científicas internacionales, se estima que las úlceras por presión (UPP) son un grave problema de Salud Pública, que genera elevados costes para los sistemas de salud y serias implicaciones éticas y legales para los profesionales y las organizaciones. La consideran una amenaza de primera magnitud a la seguridad de los pacientes y piensan que es posible evitar casi la totalidad de estas lesiones. Entre las propuestas para afrontar este problema, plantean fortalecer el liderazgo de la Enfermería en el cuidado de las personas de riesgo, entre las que se encuentran principalmente los mayores. Todas las revistas que abordan los cuidados a los mayores publican trabajos relacionados con las UPP, es un área prioritaria de investigación³⁷⁰, la revista más productiva es la revista de Gerokomos que desde noviembre del año 1994³⁷¹, presenta en todos sus números una sección llamada “HELICOS”, término griego de úlcera o llaga, que nació con la intención publicar los estudios, trabajos de opinión o experiencias que se generasen acerca de las úlceras por presión. Es el órgano de expresión del entonces recién creado Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión (GNEAUPP). Este grupo se propuso transformar esta patología, tradicionalmente ingrata, en una cuestión manejable a través de meticulosos estudios científicos, con criterios uniformes, con materiales testados y procedimientos actualizados. Los trabajos generados al amparo del grupo, constituyen hoy un referente en el abordaje de este problema de salud pública. En la página web del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas, podemos encontrar un importante número de publicaciones, documentos técnicos, guías y noticias relacionados con el cuidado de los pacientes con úlceras por presión y heridas crónicas³⁷².

Las investigaciones presentadas en las publicaciones tienen un amplio abordaje: estudios de prevalencia^{373,374}, reflexiones ético-legales³⁷⁵, perfil de pacientes³⁷⁶, la prevención^{377,378}, instrumentos de valoración³⁷⁹, propuestas de tratamiento para distintas situaciones, características y grados^{380,381}, sobre costes³⁸², efectividad de productos existentes en el mercado^{383,384,385}, casos clínicos³⁸⁶, protocolos de actuación^{387,388}, guías³⁸⁹, formación^{390,391}, todo bajo el prisma del papel de los profesionales de enfermería³⁹².

Inmovilidad.

Entendido como la disminución de la capacidad de desplazamiento de la persona en el medio que le rodea, es considerada uno de los grandes síndromes geriátricos, puede ser manifestación de diversos padecimientos o bien ser enfermedad *per se*, es decir, causa o efecto de distintas afecciones. Es un problema que aumenta con la edad, siendo las limitaciones mayores para las mujeres³⁹³. En los estudios científicos la causa de inmovilidad más estudiada es la fractura de cadera, en ellos se analizan los factores favorecedores y causales de la inmovilidad, así como las complicaciones que de ella se derivan, señalando las intervenciones enfermeras, que abarcan desde la valoración, prevención, intervenciones y atención en las complicaciones. Los estudios demuestran que es un problema que afecta a la calidad de vida de los pacientes, aumenta la dependencia física y social y supone una elevada morbi-mortalidad con un elevado coste socio-sanitario^{394,395,396,397}. Establecen la importancia de los programas, protocolos, intervenciones dirigidos a la prevención^{398,399,400}, la formación del equipo como elemento clave en la prevención de caídas^{401,402} y las intervenciones de enfermería, que en fechas más actuales, incorporan la taxonomía NANDA-NOC-NIC⁴⁰³.

Polifarmacia/Polimedicación.

En España entre el 75-93% de los mayores consumen medicamentos, las investigaciones tienen el mismo perfil que hemos descrito en los temas anteriores, estudios descriptivos sobre el problema que ponen de manifiesto el elevado número de medicamentos y los errores en el cumplimiento^{404,405}, consecuencias y su prevención^{406,407}, cuidados de enfermería^{408,409}, establecimiento de guías⁴¹⁰.

Para finalizar este análisis destacamos la importancia que desde enfermería se da a profundizar sobre el conocimiento existente en relación a los problemas más prioritarios de los mayores, los síndromes geriátricos. Los trabajos de investigación van dirigidos fundamentalmente a profundizar sobre los factores de riesgo, así como las medidas de prevención, sobre las intervenciones de enfermería en los distintos niveles de atención, también se abordan aspectos relacionados con la calidad de los cuidados^{411,412,413}, se proponen guías y protocolos de actuación que faciliten la toma de decisiones y un lenguaje común, también se trabaja sobre la percepción que tienen los mayores y/o su familia en relación a la atención/asistencia de enfermería en los distintos temas analizados.

2.3. Consideraciones sobre los autores.

En el estudio, sobre el ámbito de desarrollo profesional, encontramos una mayoría de artículos firmados por docentes 29,7%, dato que podríamos ampliar si tenemos presente que los trabajos firmados por equipos de investigación hay colaboradores docentes, estos resultados se pueden comprender si tenemos en cuenta el reconocimiento expreso que se realiza desde las Universidades a la actividad investigadora, los autores procedentes de Atención Especializada corresponden al 22,7% de los trabajos, procedentes de Atención Primaria se identifican el 11,2% y Atención Sociosanitaria el 8,4%, los equipos de investigación en los que participan profesionales de distintas instituciones es el 15,6% de los artículos analizados. Un 9,3% no describe su ámbito de trabajo, el 1,9% corresponde a otros profesionales como sociólogos, institutos de investigación, filósofos o escritores y un 1,9% a profesionales que trabajan en puestos de gestión.

En cuanto a la profesión en un 53,3% de los artículos publicados entre el año 2001 y 2009 no estaba clara la identidad profesional del autor, como ocurría en la publicación del año 1991 con un porcentaje del 53%. En ambos estudios se especificaba la institución donde trabaja el autor o autores (Universidad, Centro de Salud, etc.) o las funciones que desarrollan en la institución (profesor, investigador...). En la publicación del año 2009 el 29,4% de los firmantes son enfermeras o enfermeros, dato inferior al año 1991 que eran el 34%, sin embargo, por los contenidos de los trabajos se puede intuir que la participación de los profesionales de enfermería en los artículos es bastante importante, consideramos que sería adecuado mejorar esta información que permita analizar con más detalle la implicación de los profesionales de enfermería. El 12,7% de los artículos los firman equipos multidisciplinares, el 2,2% de los documentos los firman profesionales médicos, 2,4% otros profesionales: Terapeuta Ocupacional, Psicólogos, Sociólogos, etc. La falta de identidad profesional hace invisible la participación de las enfermeras en los equipos investigadores.

El número medio de autores por artículo se ha ido incrementando se ha pasado de 2,1 en 1999 a 3,15 en el 2009, pudiendo interpretarse como un signo de maduración de los investigadores en cuanto a cuidados en Geriátrica⁴¹⁴. En la última década la media de autores por trabajo es de 3,15 con un rango entre 0 y 10, el 29,9% de los trabajos están firmados por un solo autor, el 68,7% en colaboración y en un 0,7% no se especifica el autor o autores.

2.4 Revista Gerokomos.

El número de revistas recuperadas con artículos sobre Enfermería Geriátrica y Gerontológica, en nuestro estudio del año 2009 eran 69, de las revistas españolas y en español incluidas en la base de datos de Cuiden, es decir, en el 23% de las revistas, en 1999 eran 52, confirmándose de nuevo el interés que suscitan los temas relacionados con la especialidad de Enfermería Geriátrica.

Distribuyendo las revistas en zonas o grupos como indica la Ley de Bradford, encontramos que el núcleo, 1ª zona de Bradford, lo domina la revista Gerokomos con 81 artículos (20%), en la 2ª zona se encuentran 4 revistas: Revista ENE de Enfermería, Gaceta Sanitaria, Enfermería Clínica y Rol de Enfermería y en la 3ª zona destacamos las revistas: Metas, Enfermería Global, Educare, Evidentia, Enfermería Científica y Nursing (Ed. Esp). Como en otros estudios, donde las revistas especializadas concentran una mayor producción científica sobre los temas relacionados con el perfil, por ejemplo: Híades para Historia de Enfermería o Matronas Hoy para las matronas, Gerokomos se identifica como el núcleo de información más importante en Enfermería Geriátrica-Gerontológica, esto indica la importancia de las publicaciones especializadas que se convierten en un referente necesario.

El avance durante los últimos años en cuanto a la productividad de publicaciones sobre la Enfermería Geriátrica y Gerontológica, confirmaría el proceso de consolidación en el que la Especialidad de Enfermería Geriátrica se encuentra.

Gerokomos.

Revista oficial de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica y del Grupo Nacional de Estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas Crónicas, se distribuye en edición impresa, ISSN 1134-928X por el Grupo Drug Farma (SPA. SL) desde 1990 y en edición electrónica, <http://www.drugfarma.com/SPA/gerokomos>, donde se pueden consultar los números publicados desde el año 2002. Es una publicación trimestral dirigida a personal de enfermería dedicado a la Gerontología y Geriátrica, así como a otros profesionales implicados en la asistencia del anciano y en el cuidado de las heridas crónicas. Publica trabajos originales, artículos de revisión o recopilación, artículos de opinión y los que presenten algún caso de aplicación de plan de cuidados relevante, construidos en base al método científico y aquellos referentes a cualquiera de los aspectos de la Enfermería Geronto-Geriátrica y la atención de las heridas crónicas, que contribuyan al avance de su conocimiento. Los manuscritos deben elaborarse siguiendo las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Está indexada en: Bibliomed, Cuiden, IME, CINAHL, Índice Bibliográfico en Ciencias de la Salud (IBECS), COMPLUDOC, EMBASE, SciELO, Medes y SCOPUS.

La revista Gerokomos nació en 1990⁴¹⁵ con la intención de ser el medio escrito de diálogo y soporte del cuerpo de conocimientos propio y científico, así se presentaba la primera edición, en la que Javier Soldevilla, director del Comité de Redacción, mostraba el deseo de que fuese sucedida por otras muchas ediciones, lo hacía con el verso de Antonio Machado "Hoy es

siempre todavía”, 20 años después se ha seguido *“siendo...todavía”*. Este primer número sirvió de presentación de los vocales de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, en la sección *Vocalías regionales ...“Al habla...”*, cada vocal hizo énfasis en diferentes aspectos de la atención geriátrica: Principado de Asturias *“Atención geriátrica en la zona rural”*, Aragón *“Situación de la asistencia geriátrica en Aragón”*, Islas Baleares, Cantabria *“Cita con la vejez”*, Castilla La Mancha *“desde un lugar de Castilla La Mancha”*, Castilla y León, Cataluña *“Aproximación al diagnóstico de enfermería en Geriatria”*, Comunidad de Madrid *“Enfermería Geriátrica: algunas estrategias para el éxito”*, Región de Murcia *“nos ha tocado vivir”*, La Rioja *“desde la Rioja”*, Comunidad Valenciana *“Perspectivas futuras de la especialidad de Geriatria”* y País Vasco *“Consideraciones geriátricas”*. En las siguientes publicaciones, se dio la opción de oír su voz a las Comunidades de Andalucía, Navarra, Extremadura, Canarias y Galicia. En ese mismo número se presentaba un Programa de formación de Especialidad de Enfermería Geriátrica, con una carga lectiva total de 150 créditos a impartir en Unidades Docentes Acreditadas.

La estructura de la revista se ha modificado a lo largo de su historia, inicialmente en el sumario incluyeron las secciones: *editorial*, *vocalías* donde se incluían temas de interés para la enfermería geriátrica-gerontológica, reflexiones sobre temas de actualidad e información generada desde cada vocalía; en el *rincón científico* se publicaban trabajos originales, revisiones, comunicaciones, ecos, opiniones, novedades...; *nuestra sociedad* sección que informaba de las actividades desarrolladas al amparo de la sociedad, su contenido, compromisos alcanzados y conclusiones; y la *agenda* que recogía aquellos eventos que se organizaban relacionados con la enfermería gerontológica y geriátrica, como jornadas, congresos, cursos... En 1994 se inauguró una nueva sección, denominada Helcos, como hemos mencionado anteriormente denominación griega de úlcera o llaga y representaba y sigue representando, el órgano de expresión del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión (GNEAUPP). Desde sus inicios poco se ha rediseñado, hasta 1996 la portada de la revista presentaba una foto relacionada con temas sobre la vejez, a partir de entonces y hasta ahora se sustituyó por la presentación del sumario, en color blanco y verde, generando una identificación y familiarización con los usuarios. A partir de 1997 desaparece como sección fija la denominada *“nuestra sociedad”* y desde el año 2002, la sección Helcos, se diferencia del resto de las secciones por el color de sus páginas (sepia), hasta esta fecha también era habitual que en el cuarto número del año se recogiera el índice de los autores y la relación de artículos/sumarios incluidos en los fascículos del año. En el año 2010 las secciones fijas son: Editorial, Agenda, Rincón Científico y Helcos. La publicidad, aparecida en la revista, está relacionada principalmente con productos para el cuidado de la piel de las distintas casas comerciales.

Los Índices de Impacto son indicadores bibliométricos que pretenden clasificar las revistas en función de su repercusión en la comunidad científica⁴¹⁶. En cuanto al Factor de Impacto de la revista, entendido como el número de veces que se cita por término medio un artículo publicado en ella y considerado como un instrumento para comparar revistas y evaluar la importancia relativa de una revista dentro de un mismo campo científico, es Thomson ISI quién se encarga de analizar las revistas con este fin⁴¹⁷, definiendo los índices JRC, Journal Citation Report.

Existen distintas herramientas, modelos alternativos, para consultar los índices de impacto y hemos optado por plantear tres diferentes. Según Scimago Journal Ranking (SJR), referencia alternativa al Journal Citation Reports (JCR), obtiene los datos de las citas en Scopus, base de datos bibliográficos de Elsevier, en el año 2010 la Revista Gerokomos obtiene un índice SJR de 0,027, el número total de revistas es de 297.

Según indexación Scielo, herramienta española, Scientific Electronic Library Online (biblioteca Científica electrónica en Línea), el índice de impacto de la revista en los últimos tres años de nuestro estudio oscila entre el 0,1818 del año 2008, el 0,2687 para el año 2009 y el 0,2000 del año 2010⁴¹⁸. Al analizar los accesos de la revista⁴¹⁹, encontramos que desde el año 2006 al 2010 se accedió 63.752 veces a los artículos publicados, el número más visitado es el de diciembre de 2006 con 17.623 accesos, durante los dos últimos años de estudio, constatamos que el artículo más visitado, medido a través del acceso a la tabla de contenido, a los resúmenes y a los artículos en HTML y en PDF, ha sido: "Oferta de servicios sociosanitarios en Atención Primaria para la atención a mayores de 65 años"⁴²⁰ con 13.201 visitas, seguido del titulado "Úlceras por presión en el postoperatorio de intervenciones quirúrgicas de cadera o de rodilla" con 46.48 accesos⁴²¹. En cuanto al informe de citas, en el periodo del 2006 al 2010 se publicaron 20 fascículos con 115 artículos en total, una media de 5,75 por fascículo, el número total de citas recibidas fue de 199⁴²², priorizamos las revistas que más citas generaron: Gerokomos, Enfermería Global, Index de Enfermería, Revista Española de Salud Pública, Revista Chilena Nutrición, Avances de Enfermería.

Según el Ranking Cuiden Citación 2010⁴²³, destacable por su capacidad para informar sobre la visibilidad de las revistas de enfermería iberoamericana⁴²⁴. Las Revistas con Repercusión (Impacto) son analizadas (revistas fuente) en los estudios bibliométricos realizados por el Grupo de Estudios Documentales (GED) de la Fundación Index y cuya repercusión inmediata es superior a 0. En los estudios bibliométricos del GED se utilizan cuatro criterios para su selección como revistas fuente: que estén incluidas en la base de datos CUIDEN; que tengan una repercusión inmediata distinta de 0 en estudios anteriores; que tengan un mínimo de citas en análisis anteriores al año de estudio (punto de corte variable en función del volumen total de citas generado en cada periodo) y que cumpliendo o no con los requisitos anteriores fueran revistas fuente en análisis previos. RIC: Repercusión Inmediata Cuiden (Índice de Impacto), es el número de citas que recibe una revista dividido entre el número de artículos publicados (citas que recibe una revista fuente en los dos años previos al de citación entre el número total de artículos publicados en el año de análisis). El Índice de Inmediatez informa de la inmediatez en el consumo de los artículos publicados en una revista sobre la base de su producción en el año de estudio. CD: Cuartil según dispersión. Los cuartiles se han establecido en función de la dispersión del impacto en 4 zonas con 5,2131 de RIC cada una; CO: Cuartil ordinal; P: Posición de la revista según su RIC. Con estos criterios la Revista Gerokomos está en la posición 13, con un CD: 3, CO: 2 y un RIC: 0,56.

Como conclusión, podemos destacar que Gerokomos es una revista de referencia fundamental para el personal de enfermería y los profesionales implicados en la asistencia, en la investigación y docencia de los cuidados de los mayores. Es un punto de encuentro entre la experiencia, la visión y las perspectivas que de la geriatría tienen los profesionales del ámbito de la docencia, investigación y la gestión. Aúna el rigor científico con la utilidad práctica y tiene un

amplio eco nacional e internacional, especialmente en los países Iberoamericanos. Desde su editorial se transmite, hacia quienes el director de la revista denomina “la gran familia de la geriatría”, un mensaje de potenciación de los espacios de encuentro que permitan fomentar, consolidar, cooperar, compartir, investigar y divulgar aspectos relacionados con el cuidado de los mayores.

2.5 Obras de referencia y manuales.

Según el análisis de las obras consultadas en los catálogos de las bibliotecas de las Universidades Españolas, a través de REBIUN y Materia: Enfermería Geriátrica, 1977-2010, actualmente contamos con una mayor oferta bibliográfica, en cantidad y calidad, sobre Enfermería Geriátrica, que en 1977. El aumento de la oferta lo asociamos con el paralelismo de la necesidad surgida sobre reconocimiento de esta actividad en enfermería. A continuación exponemos la relación de obras que nos ayudan a definir conceptualmente y operativamente los principales aspectos relacionados con el cuidado de los mayores, por orden cronológico y para terminar este capítulo comentaremos alguna de las obras pertenecientes a los distintos subperiodos analizados, también por orden cronológico.

Tabla 25. Obras de referencia Enfermería Geriátrica 1977-2010

1980-1989	<p>1980. Mcleod, Fiona. Geriatría: Manuales para Diplomados en Enfermería y A.T.S. Traducción Enriqueta Fors Pallás.</p> <p>1981. J. Quevauvilliers et all. Cuadernos de enfermería, vol 20, por Berthaux P. Gerontología Geriatría, con la colaboración de S. Menguy, versión castellana de Silvia Serra solé y Isaura Rodríguez.</p> <p>1982, Agate John. Como cuidar a un anciano en familia, traducción del inglés por Francesc Jufresa i Roca.</p> <p>1988. Carnevali Doris L, Patrick Maxime. Enfermería Geriátrica.</p> <p>1989, Carroll Mary, L. Jane Bue. Cuidados de enfermería individualizados en el anciano.</p>
1990-1999	<p>1990. Salgado Alba Alberto, Guillen Francisco. Manual de geriatría.</p> <p>1992. García Hernández Misericordia, Torres Egea, Pilar, Ballesteros Pérez Esperanza. Enfermería Geriátrica.</p> <p>1992. Lueckenotte Giesler (traducción Ma. Del Pilar Aparicio Knorr). Valoración Geriátrica.</p> <p>1993, Anzola Pérez Elías. Enfermería gerontológica: conceptos para la práctica.</p> <p>1994, Beatriz Gil. Enfermería Geriátrica: clínica y práctica.</p> <p>1994. Guillen Llera Francisco, Pérez del Molino Martín. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico.</p> <p>1994. Pras Pierre, Bertrand François, traducción de Bibiana Lienas Massot. Urgencias en el anciano.</p> <p>1995. Rogers-Seidl Frances F., traducción de M^{re} Dolores Lozano Vives. Planes de cuidados de enfermería geriátrica.</p> <p>1995. Hamn Richard J. Atención Primaria en geriatría: casos clínicos.</p> <p>1995. Newman Diane Karschak, Smith Jakovac; revisión de la versión española Pilar Vilagrasa. Planes de cuidados en geriatría.</p> <p>1996, Timiras Paola. Bases fisiológicas del envejecimiento y geriatría.</p> <p>Herrero Botín Magdalena. Cuidados de enfermería en el Alzheimer y otras demencias.</p>

	<p>1997, Pérez Melero Andrés. Enfermería Geriátrica.</p> <p>1997. Burgos Mellado Martín, Dominguez Bidagor Julia, Sanz-Vírseza de la Fuente. Atención a las personas mayores.</p> <p>1998, Burke Mary M., Walsh Mary B. Enfermería gerontológica: cuidados integrales del adulto mayor.</p> <p>1999, Manuel Oñorbe de torre, Sagrario Gúrpide Ibarrola. El anciano en su casa: Guía de cuidados para familiares, auxiliares domicilio, voluntariado y ancianos solos.</p>
2000-2010	<p>2000. Pérez Melero Andrés, Palacios Ceña Domingo. Cuidados de enfermería geriátrica en residencias asistidas.</p> <p>2000. Bermúdez Fernández José Ignacio, Navas Moreno Juan. Valoración de enfermería en geriatría.</p> <p>2000. Gandoy Crego. Instrumento para la valoración de la dependencia funcional de los pacientes con deterioro psíquico como carga asistencial de sus cuidadores.</p> <p>2000. Torres Egea Pilar. 700 preguntas y respuestas en enfermería: especialidades enfermería geriátrica, enfermería infantil, enfermería maternal, salud mental y enfermería psicosocial.</p> <p>2000. Mayán Santos, Jose Manuel. Gerontología Social. Santiago de Compostela. Segra Ediciones.</p> <p>2001. García López M^a Victoria, Rodriguez Ponce Catalina, Toronjo Gómez Ángela M^a. Enfermería del anciano.</p> <p>2002. Pérez Melero Andrés. Guía de cuidados de personas mayores.</p> <p>Salgado Alberto, guillen Francisco, Ruipérez I. Manual de geriatría.</p> <p>2002. Ruiz González M^a Dolores. 600 preguntas test comentadas: Enfermería del niño, enfermería de la mujer, enfermería del anciano.</p> <p>2003. Fernández Gutierrez Martina, Palomo Castro Olga. Guía de prácticas clínicas. Enfermería Geriátrica.</p> <p>2004. Castanedo Pfeiffer Cristina, García Hernández Misericordia. Guía de intervención rápida en enfermería geriátrica.</p> <p>2005. Mayán Santos, José Manuel. Enfermería en Cuidados Sociosanitarios. Madrid Ediciones DAE (Grupo Paradigma).</p> <p>2005 y 2006. Geriatría y Gerontología. Atención integral al anciano. Formación continuada Logoss.</p> <p>2005. Diosdado Domínguez M Teresa, Calvo Aguirre J. José. Enfermería Geriátrica.</p> <p>2005. Pinazo Hernandis Sacramento, Sánchez Martínez Mariano. Gerontología, actualización, innovación y propuestas. Madrid Pearson Hall.</p> <p>2008. Kristen L Mauk. Enfermería Geriátrica: competencias asistenciales. Barcelona Mc Graw-Hill Interamericana, D.L.</p> <p>2010. García Hernández Misericordia. Manual de enfermería geriátrica: Módulo I. Ed. MAD. 2^o ed.</p>

McCleod Fiona. Manuales para diplomados en enfermería y ATS. Geriatría. Barcelona. Ed. Médica y Técnica SA. 1980. Traducido por Enriqueta Fors Pallas.

Texto en el que junto con los manuales de Obstetricia y Psiquiatría, proponen una visión de los cuidados geriátricos desde la atención médica, social y necesidades especiales que pueda necesitar el mayor. Destaca el enfoque de los mayores como miembros de la comunidad y la atención en el hospital. Dice la autora en su presentación "... Da la oportunidad de desarrollar habilidades de paciencia, observación y amabilidad, les orientará para trabajar como parte de un equipo".

Carnevali Doris L, Patrik Maxine. Enfermería Geriátrica. 2ª ed. Madrid; Interamericana Mc Graw-Hill 1988.

La primera traducción de esta obra llegó a España en 1988, en un momento clave del desarrollo profesional: incorporación de los estudios de enfermería en la universidad, cambio de planes de estudios donde se incorpora la asignatura de enfermería geriátrica, evolución del rol profesional de las enfermeras y cambios en el modelo Asistencial de atención Geriátrica. La tercera edición 1996, añadía 7 nuevos capítulos con respecto a la segunda, dando respuesta a nuevos problemas que planteaba en ese momento el cuidado del anciano y los hallazgos científicos más recientes. Es una obra enfocada hacia las actividades de la vida diaria, las capacidades funcionales del anciano tanto sano como enfermo, centrada en la enfermería y los conocimientos subyacentes que permitan a las enfermeras realizar unos diagnósticos de enfermería y decisiones terapéuticas firmes. El contenido se divide en cinco partes: 1- Enfoque específico de la disciplina de enfermería en la presentación de asistencia sanitaria al anciano. 2- Cuestiones éticas y gubernamentales asociadas con el cuidado de enfermería del anciano. Parte 3- envejecimiento normal, que describe en nueve capítulos. Parte 4- problemas neurológicos y de conducta en el anciano y la quinta parte trata de la fisiopatología de alto riesgo en el anciano: tratamiento médico y de enfermería. Esta obra tiene además un anexo, a pesar de ser una traducción, sobre las fuentes de información acerca de los recursos comunitarios más generales en nuestro país. La presencia de esta obra en las recomendaciones bibliográficas de las guías docentes, muestran que realmente se convirtió en una obra de referencia para los profesionales de enfermería.

García Hernández Misericordia, Torres Egea Mª Pilar, Ballesteros Pérez Esperanza. Enfermería Geriátrica. Barcelona; Masson-Salvat Enfermería 1992. 1ª edición España.

Libro que surge ante la necesidad de desarrollar programas docentes sobre el cuidado de los mayores, muestra a través de sus capítulos como llevar a cabo un sistema de atención, da a conocer formas y fórmulas de asistencia dirigidas al ámbito geriátrico. Las autoras presentan una obra, actualizada en sus posteriores ediciones, 2000; 2003 y 2006, que va a contribuir a una mejor competencia profesional de las enfermeras gerontológicas. El contenido aborda temas como el análisis histórico de la evolución de la ancianidad, los cambios demográficos de finales del S. XX, las modificaciones que acontecen en el proceso de envejecimiento, repasa las características que acompañan la satisfacción independiente de las necesidades de las personas ancianas, las manifestaciones de dependencia más habituales, los problemas que generan las situaciones de enfermedad y la terapia que estas requieren, también se incluye las características de la organización de recursos, tanto sanitarios como sociales que dan respuesta a las necesidades de atención de los mayores. Texto de gran valor, ya que es una obra publicada por enfermeras españolas con dilatada experiencia profesional en el ámbito de la gerontología, se adaptaba a las estructura de los programas de la asignatura de Enfermería Geriátrica y no había en ese momento casi publicaciones con un enfoque enfermero adaptado al contexto español.

Pérez Melero Andrés, Palacios Ceña Domingo. Cuidados de enfermería geriátrica en residencias asistidas. Madrid; Síntesis 2000

Manual centrado en el perfil de la persona mayor que vive en una residencia asistida, con problemas que son muy frecuentes en este ámbito asistencial. Los autores orientan sobre la actuación de enfermería, en las distintas situaciones en las que se pueden encontrar los residentes, con un esquema similar a los protocolos clínicos, pueden ser consideradas guías de ayuda rápida y concisa para los centros donde enfermería debe tomar decisiones de amplia repercusión sobre la salud de los residentes en situación de incertidumbre. Puede ser un manual de ayuda cuando el profesional de enfermería se inicia en el cuidado de los mayores en el contexto de residencias de ancianos. Está estructurado en tres partes, la primera centrada en la valoración geriátrica, la segunda parte desarrolla los cuidados de enfermería en distintos síndromes geriátricos y en la tercera plantean los cuidados de enfermería en problemas de salud agudos.

García López M^a Victoria, Rodríguez Ponce Catalina; Toronjo Gómez Ángela María. Enfermería del anciano. Madrid; Difusión Avances de Enfermería, 2003.

Es un texto científico y académico, dirigido a los profesionales de enfermería, dedicado a la atención del anciano. Escrito por avaladas profesionales de enfermería en el campo de la geriatría. Es un manual de gran ayuda para los profesionales que cuidan a los más mayores y a los estudiantes de enfermería. El objetivo del libro era ofrecer una guía que ayude a entender el fenómeno de envejecimiento desde la multidimensionalidad y marcar una práctica profesional concreta desde la perspectiva profesional en que en ese momento se estaba trabajando: establecer un modelo, juicio profesional, etiquetas diagnósticas etc. La primera edición presenta seis partes en las que se trabaja: aspectos generales de la vejez, los cambios individuales y sociales que conlleva el envejecimiento, abordaje del cuidado de los ancianos en distintas situaciones de salud y en distintos entornos, para terminar ofrecen un glosario de términos.

Desde la perspectiva que nos da el tiempo, destacar las revisiones y ediciones posteriores (2006-2009), donde se introdujeron temas nuevos que dan respuestas a aspectos de la práctica profesional más actualizada, en la edición del 2006 destacaban las aportaciones sobre dependencia y envejecimiento, el uso de nuevas tecnologías al servicio de las necesidades de los mayores y visibilizaba el problema de los malos tratos a este colectivo. En el año 2009, la nueva edición, contemplaba en los capítulos donde se abordaban los problemas más frecuentes propuestas para interrelacionar las taxonomías: Diagnósticos enfermeros (NANDA), criterios de resultados (etiquetas NOC e indicadores) y las intervenciones (etiquetas NIC y actividades).

Kristen L. Mauk. Enfermería Geriátrica. Competencias asistenciales. Madrid. Mc Graw-Hill Inteamericana. 2008. Traducción Oliva Núñez Fernández; revisión Paloma Moral de Calatrava.

Obra que ofrece a los profesores de enfermería, información básica para facilitar el desarrollo de las competencias geriátricas en los planes de estudios. Está basada en las recomendaciones de la Asociación Estadounidenses de Facultades de Enfermería AACN-American Association of College of Nursing, en cada capítulo enuncia las competencias que recomienda la AACN, para facilitar su aprendizaje. Abarca distintas áreas de la enfermería gerontológica: gestión, educación, garantía de calidad, práctica clínica en diversos marcos asistenciales, investigación, asesoría y aspectos académicos. Los autores son un amplio equipo interdisciplinar.

3. RESUMEN

Según nuestro análisis, la producción científica española sobre el cuidado de las personas durante el envejecimiento, ha supuesto un verdadero hito histórico, ya que es la primera vez en la historia de la enfermería geriátrica que se logra tal desarrollo de publicaciones, reflejo de la institucionalización científica de la especialidad de Enfermería Geriátrica. Este proceso se ha realizado en un corto periodo de tiempo, ya que los primeros artículos encontrados de autoría enfermera datan del año 70, en la década de los 80 se registran 18 artículos relacionados con la especialidad y en el primer decenio del 2000 pasamos a 507 artículos. La revista de referencia para la especialidad en cuanto a publicaciones relacionadas con ella es Gerokomos. Los temas y objetivos de investigación que abordan las enfermeras son muy amplios y diversos, corresponden a problemas reales y sentidos por los servicios de salud, por lo que la mayor parte de los estudios son de carácter local y tratan de dar respuestas a preguntas formuladas por ellos mismos. Como hemos visto se tratan problemas relacionados con los síndromes geriátricos como incontinencias, úlceras por presión, inmovilidad...; temas relacionados con la metodología enfermera, valoración, diagnósticos, intervenciones...; y también existe gran preocupación por la calidad de vida de los mayores y sus cuidadores.

Como conclusión general podemos afirmar, tras el análisis de la producción científica, que las enfermeras geriátricas se han comprometido en la promoción del conocimiento y de la evidencia científica para dar respuesta a las necesidades surgidas en la sociedad española actual. La demanda de cuidados dirigidos a la etapa de la vejez, fomentada por el incremento de la población mayor de 65 años, ha encontrado respuesta en la iniciativa de las enfermeras para organizar su propia formación en investigación y sus propios medios de difusión a través de una sociedad científica. La formación, la investigación y la difusión del conocimiento generando ha logrado un amplio reconocimiento. Por tanto, hemos estudiado una etapa que consideramos clave en la institucionalización de la enfermería geriátrica. Los cambios académicos y de formación especialista, suponen un incentivo en cuanto a aumentar la capacidad de investigación de las enfermeras que trabajan desde la perspectiva de la vejez.

4. BIBLIOGRAFÍA

- ²⁵³ Alfredo S. de Ynestrilla. El viejo y su alma. Medicina y cirugía auxiliar. 1970 (4):32-33.
- ²⁵⁴ Lilúe Antonio. Replanteo gerontológico. Medicina y cirugía auxiliar. 1971(11):16-17.
- ²⁵⁵ Jiménez Herrero F. Algunos conocimientos geriátricos de interés para Ayudantes Técnicos Sanitarios (resumen de la conferencia pronunciada por el Dr. Jiménez en el ciclo patrocinado por Laboratorios Rocher y celebrado en su delegación de la Coruña). Medicina y cirugía auxiliar. 1970(6):18-19.
- ²⁵⁶ La geriatría como especialidad. Editorial. Medicina y Cirugía Auxiliar. 1970;10:5
- ²⁵⁷ Nicolas Retana. Teoría sobre el envejecimiento. Revista Caridad Ciencia y Arte. 1972;7:7-9
- ²⁵⁸ Cavestany Carmen, García Mauriño M., Alonso M.L., Ruano J. Trabajo sobre problemas de la geriatría en el mundo actual, presentado por España en el congreso de Méjico. Revista Caridad Ciencia y Arte. 1973;14:14-15.
- ²⁵⁹ Cavestany Carmen, García Mauriño M, Alonso ML, Ruano J. Trabajo sobre problemas de la geriatría en el mundo actual, presentado por España en el congreso de Méjico. Revista Caridad Ciencia y Arte. 1973;15:14.
- ²⁶⁰ Cavestany Carmen, García Mauriño M., Alonso M.L., Ruano J. Trabajo sobre problemas de la geriatría en el mundo actual, presentado por España en el congreso de Méjico. Revista Caridad Ciencia y Arte. 1973;16:12-13.
- ²⁶¹ Tamarit V. Primer curso de geriatría para ATS y Asistentes sociales. Medicina y cirugía auxiliar. 1974;2:31.
- ²⁶² Merlyn S. Pitzele (director "Reiterement Advisors, Inc" Verbank. EEUU). Consejos para la preparación a la jubilación. Medicina y Cirugía auxiliar. 1974;11:31-34
- ²⁶³ H.Thomae (Director del Instituto de Sociología de la Universidad de Bonn. Alemania). Anticipación de la jubilación y adaptación a la jubilación. Aspectos psicológicos de la preparación a la jubilación. Medicina y Cirugía Auxiliar. 1974;12:27-30
- ²⁶⁴ J.M Kreps (Profesora en Economía de Duke University Durkan. EEUU). Educación a lo largo de una vida; sus consecuencias durante la etapa de trabajo y de la jubilación. Trabajo, ocio y cultura: hacia una mayor flexibilidad en la vida. Medicina y Cirugía Auxiliar. 1975;2:17-20
- ²⁶⁵ Orden del Ministerio de Trabajo de 26 de febrero de 1971, por la que se regula el Plan Nacional de la Seguridad Social de Asistencia a los ancianos. BOE nº 35 de 3 de marzo 1971.
- ²⁶⁶ Mercader Fernández R. La vejez dos obras admirables. Medicina cirugía Auxiliar. 1975;2:21-23
- ²⁶⁷ Mutualidad laboral del seguro obligatorio de enfermedad. Residencia para pensionistas. Medicina y Cirugía auxiliar.1975;35:12.
- ²⁶⁸ P.R. Residencia de Ancianos "Francisco Franco". Medicina y Cirugía auxiliar.1975;25:8-11.
- ²⁶⁹ J.C.D. Teresa de Jesús Jornet e Ibars y los asilos de ancianos desamparados. Medicina y Cirugía auxiliar.1973;12:34.

- ²⁷⁰Gálvez Toro Alberto. Documentación y producción científica de la Enfermería Española. El proceso de construcción de una disciplina, evolución de los recursos documentales en la Enfermería Española (1977-2000) (Cap 3). En: *Enfermería Basada en la Evidencia: cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados*. Granada: Fundación Index,2001. P.45
- ²⁷¹Rodríguez Álvaro, Martín; Toledo Rosell, Cristina. Análisis de la producción científica de la revista de enfermería ENE en los años 2007-2009. *ENE, Revista de Enfermería* 2009; 3(2):12-24, sep. Disponible en <http://enfermeros.org/revista>.
- ²⁷²Jiménez Navascués Lourdes, Hajar Ordovás Carlos. Estudio bibliométrico (2001-2009) sobre la enfermería geriátrica y gerontológica en España. *Gerokomos*.2012;23(2)55-58.
- ²⁷³Gómez González JL, Ruiz Berdún D, Carrasco Fernández B, Polo Luque M^aLuz. Análisis de las publicaciones de Historia de la Enfermería: un acercamiento cuantitativo-cualitativo. *Híades. Revista de Historia de la Enfermería* 2008; 10: 889-901.
- ²⁷⁴Comet-Cortes Pilar, Escobar-Aguilar Gema, González-Gil Teresa, de Ormijana-Sáenz Hernández Amaia, Rich-Ruiz Manuel, Vidal-Thomas Clara et All. Establecimiento de prioridades de investigación en enfermería en España: estudio Delphi. *Enferm Clínica* 2010;20(2):88-96.
- ²⁷⁵Moreno Casbas Teresa, Martín Arribas M^aConcepción, Orts Cortés M^aIsabel, Comet Cortés Pilar. Identification of priorities for nursing research in Spain: a Delphi study. *J Adv Nurs*. 2000;20:156-159.
- ²⁷⁶Pulpón Anna, Icart Teresa. Análisis de las áreas prioritarias de investigación en enfermería en Cataluña. *Enferm Clinica* 1995;5:152-162.
- ²⁷⁷Martínez Cuervo, Fernando. Compartiendo enfermería. *Gerokomos*. 1998;23:33-39.
- ²⁷⁸Kaplan G, Bavell V, LuskyA. Subjective state of health and survival in elderly adults. *J Gerontol*. 1998;43:1145-205.
- ²⁷⁹Grand A, Grosclaude de P, Bocquet M, Pous J, Albarede JL. Disability, psychosocial factors and mortality among the elderly in a rural French population. *J clin Epidemiol*. 1990;43:773-82.
- ²⁸⁰Orueta Sánchez Ramón, Rodríguez Cossio Angela, Carmona de la Morena Javier, Moreno Álvarez-Vijande Almudena, García López Antonio, Pintor Córdoba Cristina. Anciano frágil y calidad de vida. *Rev Clin Med Fam*. 2008;2(3). Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2008000100003&script=sci_arttext
- ²⁸¹Casado JM, González N, Moralela S, Orueta R, Carmona J, Gómez-Calcerrada RM. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;28(3):167-173.
- ²⁸²Aparicio Ramón V, Merelles Tormo T, Sánchez García A, Ruiz Sanchez M, Pablo Ramis R, Hurtado Navarro C, Ruano Casado L, Ballester i Diez F. Promocionar la salud del anciano. *Rev ROL Enferm*. 1990;147:16-20.
- ²⁸³Sastre J, Repulles L. Anciano encamado y anciano terminal: atención de enfermería. *Enferm Integral*. 1991;20:70-77.
- ²⁸⁴Moraga, M. Cuidar: promover la calidad. *Gerokomos*. 1992;III(4):6-8.

- ²⁸⁵Sánchez Rodríguez M^a Encarnación, Rodríguez Medina M^a Teresa de Jesús, Rojas García Carmen M^a, González Victoria Belén. Vida a los años: residencias de la 3^a edad de Granada. *Garnata*. 1995;9:39-56.
- ²⁸⁶Guallar-Catillón Pilar, Santa-Olalla Peralta Patricia, Banegas Jose Ramón; López Esther, Rodríguez-Artalejo Fernando. Actividad física y calidad de vida de la población adulta mayor en España. *Med Clínica*. 2004;123(16):606-610.
- ²⁸⁷Rodríguez Gómez Carmen V, García Jardón S, Barbosa Álvarez MA, Tresandi P, MA. Necesidades básicas en ancianos de residencias y asilos de Vigo y Tuy. *Gerokomos*. 1993;IV(9)122-127.
- ²⁸⁸Jiménez Navascués Lourdes, Ballesteros García Montserrat, De Dios Martín Henar, Hajar Ordovás Carlos. ¿Nos preparamos para una vejez más sana?. *Gerokomos*.1998;9(4):151-156.
- ²⁸⁹Macías Juanita Y, Solís Olga M, Sánchez Juana A, Gaza M^a Magdalena, Reyna M^a de los Angeles, Cerda M^a de los Ángeles. Reminiscencia y calidad de vida en la población anciana. *Metas Enferm*. 2002;V(43):6-11.
- ²⁹⁰Díez MS, Alonso Ana M^a, González MI. El arte de saber envejecer. *Gerokomos*. 1993;IV(7):3-7.
- ²⁹¹Pont Ribas Assumpta, Granollers Mercader Silvia. Calidad de vida en los ancianos. Un estudio descriptivo. *Rev ROL Enferm*. 1992;XV(165):21-26.
- ²⁹²Vázquez-Noguerol Méndez Raul, García Boró S. Calidad de vida de las personas mayores e inmovilizadas de un distrito urbano de Madrid. *Medifam*. 1997;7(6):368-376.
- ²⁹³Grau Fibla G, Solas Gaspar O, González Nebauer V, Gayarre Jorge R, Fernández Jiménez A. Utilización del COOP/Darmouth en Atención Primaria para la valoración de la calidad de vida de los usuarios mayores de 65 años. *Index Enferm*. 1999; VIII(24-25):89.
- ²⁹⁴Jiménez Navascués, Lourdes. Autonomía y calidad de vida de los ancianos válidos de una residencia en relación con las alteraciones visuales. *Biblioteca Lascasas*, 2005; 1. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0014.php>
- ²⁹⁵Belmonte García M^a Teresa, Alcalde Huete Jose M^a. Valoración funcional en el anciano residenciado, un instrumento de evaluación para enfermería. *IASO*. 1999; V(5):4-12.
- ²⁹⁶Jiménez Navascués Lourdes, Lafuente Mateo Dolores, Hernández Romero Belén, Fernández Rodríguez Carmen, Hajar Ordovás Carlos. Ancianos. Calidad de vida y necesidades básicas. *Rev ROL Enferm*. 1999; 22(11):743-746.
- ²⁹⁷Sarabia Cobo Carmen M^a. Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos*. 2009;20(4):172-174
- ²⁹⁸González Expósito Josefina, Pariente Rodrigo Emilio, Carbajo Payo Mónica, Tregallo Fernández Nieves, Ruiz Robles Esperanza, Peña Sarabia Nicolás. Calidad de vida relacionado con la salud del anciano institucionalizado. *Metas Enferm*. 2008;11(5):26-31.
- ²⁹⁹Fernández Bono R, Ramos Alfonso MRR, Gallardo Frías JS, Navarro Torrente MD, López Montoya IA, Ibañez Gil E, Marín Carrillo I et coll. Efecto de la intervención de las enfermeras hospitalarias de enlace en la calidad de vida y estado funcional en pacientes crónicos, frágiles, pluripatológicos y sus cuidadores. *Biblioteca Lascasas*. 2008;4(2).

³⁰⁰Luis Rodrigo M^a Teresa, Fernández Ferrin Carmen, Navarro Gómez M^a Victoria. De la teoría a la práctica. El pensamiento enfermero del siglo XXI. Barcelona. Masson;1998.

³⁰¹Henderson Virginia. La naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después. Madrid. Mc Graw Hill Interamericana; 1994:21.

³⁰²Toronjo Gómez Angela M^a, Cárdenas Santos M^a Dolores, Castaño Dios Otilia. ¿Son posibles los modelos de enfermería para el cuidado del anciano?. Incontinencia urinaria en el anciano desde un modelo teórico. Ses Salud. 1995;12:4-7.

³⁰³Ducharme, F. La importancia de la utilización de un modelo conceptual para la práctica de la enfermería Gerontológica. Gerokomos. 1998;9(3):94-106.

³⁰⁴Lasaga Heriz Amaya, Bonfill Accensi Encarnación, Mateu Gil M^a Luisa. Seguimiento de un anciano afectado de hemorragia cerebral según modelo Henderson. Enferm Clinica. 1995; 5(4):171-174.

³⁰⁵Dominguez Maeso Ana, Sol Arroyo Josefa del, Fernández Roa M^a Estrella. Aportación de la consulta de enfermería a la nutrición geriátrica. Gerokomos. 2002;13(3):32-36.

³⁰⁶Hernández Neila Luis M, Prieto Moreno Jesús, Tirado Altamirano Francisco, Barabancho Cisneros Francisco Javier, Moreno Méndez Andrés, Galea Jiménez Fernando. Aplicación del proceso de atención de enfermería a un paciente anciano según el modelos de Virginia Henderson. Gerokomos. 2003;14(3):127-131.

³⁰⁷García González Yolanda, Cayuelas Onivea Fernándo, Martín Morales Elodia, Santillana Garrido Jose M^a, Butjosa Navarro Anna, Vizuet Pérez Manuel. Validación de una encuesta para detectar necesidades en poblaciones ancianas. Educare 211. 2005;16. Disponible en <http://www.enfermeria21.com/educare>

³⁰⁸Vernet Aguiló Fina. Conceptos básicos de enfermería en la atención gerontológica según el modelo de V.Henderson. Gerokomos. 2007;18(2):77-83.

³⁰⁹Madina Lizarralde Eider. Estudio de un caso clínico en atención domiciliaria desde el modelo de adaptación de Roy. Metas de Enferm. 2001;IV(33):18-25.

³¹⁰García Velázquez M^a del Castillo. Un anciano sano: plan de cuidados basado en la teoría de D. Orem. Gerokomos. 2002;13(1):17-26.

³¹¹Hernández Conesa Juana M^a, Calles Fernández M^a C, Andrés Bullon A, Cuevas Tortosa E. Proceso de atención de enfermería en gerontología y geriatría. Enferm Cientif. 1987;62:12-15.

³¹²Rodríguez Serrano M^aV. Problemas y estrategias de la enseñanza del PAE en Geriatría. Gerokomos. 1993;IV(7):34-36.

³¹³Rodríguez Serrano M^a V. El proceso de atención de enfermería como instrumento docente orientado a los ancianos. Gerokomos. 1993;IV(8):80-82

³¹⁴Piriz Campos Rosa María, González Arévalo B, Sánchez Lozano Yolanda. Enfermedad de Alzheimer: proceso de atención de enfermería. Gerokomos.1996;VII(16):6-12.

- ³¹⁵Barajas Román J, Doñoro Álvaro M^aA, Fernández Manzano M, Fernández Rodríguez R, García Castell M, García Jabonero G, Llorente Andrés M, Rodríguez González M^aC. Plan de cuidados al paciente geriátrico con incontinencia urinaria de urgencia, Gerokomos. 2002;13(1):32-36
- ³¹⁶Palacios Ceña Domingo. Atención de enfermería ante un paciente geriátrico con un Cuadro Confusional Agudo. Enferm Clínica. 2003;13(2):118-121.
- ³¹⁷Carpenito Lynda J. Manual de Diagnósticos de enfermería. 9^aed. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana. 2002
- ³¹⁸NANDA. North American Nurses Diagnosis Association. Disponible en:<http://www.nanda.org>
- ³¹⁹Flores Boixader Emma. Diagnósticos enfermeros en atención primaria en la población anciana mayor de 65 años. Enferm Clínica. 1996;6(6):242-248.
- ³²⁰Fernández Solana C, Román Alonso E, Martínez Sellares R. Método de trabajo en una institución geriátrica basado en los diagnósticos enfermeros. Gerokomos. 2001;12(3):107-113.
- ³²¹Sales i Orts R, Grau I Muñoz A, Muñoz I Montagud M, Leal Cercós M, Guillem Cruz M. Diagnósticos de Enfermería detectados en una población mayor de 65 años con problemas psiquiátricos. Educare21. 2004;12. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/educare>
- ³²²Frias Trigo Victor Manuel, Anguera Manrique Marta, Rius Toledo María del Mar, Martínez Masegosa Elvira. Diagnósticos enfermeros en una unidad sociosanitaria psicogeriátrica. Enferm Clínica. 2005;15(2):71-75.
- ³²³Barrigüete Andreu M^aIsabel, González Parras Carmen. Prevalencia de los diagnósticos enfermeros en una residencia geriátrica. Hygia de Enfermería. 2009;XVI(72):50-54
- ³²⁴Johns M, Maas M, Moorhead S. Proyecto de resultados del Iowa. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). 2^aEd. Madrid: Harcourt Mosby; 2001.
- ³²⁵McCloskey J, Bulechek. Proyecto de intervenciones Iowa. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Nursing Interventions classification (NIC).3^aed. Madrid: Harcourt Mosby;2001.
- ³²⁶Calvo Martín Carlos, Blanco Rodríguez Jose M^a, Carrión Baloños M^a Isabel, Gaspar Alonso-Vega Gabriel, García Navarrete Fernando. Clasificación de las intervenciones de enfermería (CIE) en los diagnósticos NANDA relacionados con las úlceras por presión: validación de las actividades. Gerokomos. 2003;14(1):48-57.
- ³²⁷Bros i Serra M. Aplicación de los lenguajes estandarizados NANDA-NOC-NIC en las asignaturas de Enfermería Geriátrica. Gerokomos 2006;17(3):140-143.
- ³²⁸Hanzeliková Pogrányivá Alicia, Pomares Martínez Dolores. Plan de cuidados estandarizado:fractura de cadera con pacientes geriátricos. Educare 21. 2010;64. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/publicaciones/educare>
- ³²⁹Belmonte García M^a Teresa, Alcalde Huete Jose M^a. Valoración funcional en el anciano residenciado, un instrumento de evaluación para enfermería. Iaso. 1999;V(5):4-12
- ³³⁰Huertas I, Llopis ML, Navarro MA, Paredes MT, Rioja L, Sáez del Castillo MC, Vázquez J, Vicente MT. Salud Mental y actividades básicas de la vida diaria en una población mayor de 65 años, usuarios de la policlínica Casa del Mar de Valencia. Enferm Integral. 199;50:VII-XIV.

- ³³¹Fontana Fortuny Cristina, Estany Almirall Josefa, Pujol Salud Jesús, Segarra Solanes Isabel, Jordan Gómez Yolanda. Concordancia entre índices de dependencia en las actividades de la vida diaria. Experiencia de aplicación en población geriátrica de ámbito rural. *Enferm Clínica*. 2002;12(2):47-53.
- ³³²Rodríguez Pérez M, Abreu Sánchez Ana, Barquero González Ana, León López Rocio. Cuidadores de ancianos dependientes. *Cuidar y ser cuidados*. *Nursing*. 2006;24(1):58-70.
- ³³³Alonso Pérez Laura, Ezkurra Loyoa Alezne, Amilibia Garaizabal Libe, González Ignacio Asunción, Guridi Amenabar, Maite. Nivel de dependencia de los pacientes ingresados. *Metas Enferm*. 2006;9(8):18-24.
- ³³⁴Cruz Lendínez Alfonso Jesús, Pancorbo Hidalgo Pedro Luis, García Fernández Francisco Pedro, Carrascosa García M^a Isabel, Jiménez Díaz M^a Carmen, villar Dávila Rafael. Deterioro funcional en ancianos ingresados en un hospital sin unidades geriátricas. *Gerokomos*. 2010;21(1):8-16.
- ³³⁵Cuesta Antelo M^a Inés. Puesta en marcha de una unidad de valoración sociosanitaria ubicada en un hospital de agudos. *Gerokomos*. 2008;19(1):16-20.
- ³³⁶Curcio Borrero Carmen Lucía. Soporte social informal, salud y funcionalidad en el anciano. *Promocion Salud*. 2008;13:42-58.
- ³³⁷Domínguez Alcón, Carmen. Cuidado informal, redes de apoyo y políticas de vejez. *Index Enferm*. 1998;VII(23):15-21.
- ³³⁸Rogero García Jesús. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Rev Esp Salud Pública*. 2009;83(3):393-405.
- ³³⁹Zabalegui A, Rodríguez E, Ramírez AM, Pulpón A, López L, Izquierdo MD, Gual P, González-Valentín A, Gallart A, Díaz M, corrales E, Cabrera E, Bover A. Revisión de evidencias: cuidadores informales de personas mayores de 65 años. *Evidentia*. 2007;4(3). Disponible en: <http://index-f.com/evidentia/n13/291articulo.php>
- ³⁴⁰Pérez Ruiz Isabel M^a. Características sociodemográficas y sociolaborales de las personas cuidadoras principales de personas dependientes. *Metas Enferm*. 2006;9(2):62-67.
- ³⁴¹Sánchez Cánovas S, Mears Baño R. Necesidades del cuidador del enfermo de alzheimer terminal. *Enferm Global*. 2005;7. Disponible en: <http://www.um.es/eglobal/7/07b03.html>
- ³⁴²Rogero García Jesús, Martín Coppola Eva. Un estudio del cuidado provisto por inmigrantes a personas mayores de 64 años en los hogares. *Index Enferm*. 2010;19(1):29-33.
- ³⁴³García Castillo Nieves, Pérez Fonollá M^a Dolores. Implantación de un programa de apoyo al cuidador del anciano dependiente hospitalizado. *Nure Inv*. 2005;2(17). Disponible en: http://www.fuden.es/protocolos_detalle.cfm?ID_PROTOCOLO=62&ID_PROTOCOLO_INI=1
- ³⁴⁴Ubierno Ubierno M^a Carmen, Regoyos Ruiz Sonia, Vico Gavilan M^a Victoria, Reyes Molina Rosalía. El soporte de enfermería y la claudicación del cuidador informal. *Enferm Clínica*. 2005;15(4):199-205.
- ³⁴⁵Bonill de las Nieves Candela. Vivir al día. Experiencia de Carmen, cuidadora de su marido enfermo de Alzheimer. *Index de Enferm*. 2006XV(52-53):64-68.

-
- ³⁴⁶ Archivos de la memoria. Revista anual en formato digital de la Fundación Index. Disponible en: http://www.index-f.com/memoria/me_inicio.php
- ³⁴⁷ García Gómez A, Castanedo Pfeiffer Cristina, Castro Ugalde P, García Revilla P. Grupo de apoyo y ayuda mutua a cuidadores informales de ancianos dependientes. *Gerokomos*. 2005;16(2):74-79.
- ³⁴⁸ Martínez Riera Jose Ramón. Cuidados informales en España. Problema de desigualdad. *Rev Adm. Sanit.* 2003; 1(2):275-88.
- ³⁴⁹ Rogero García Jesús. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 años y más en situación de dependencia. *Salud Pública*. 2009; 83(3). Disponible http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272009000300005&script=sci_arttext
- ³⁵⁰ Peñafiel Olivar Antonio. Atención sociosanitaria y bienestar. *Agathos*. 2002;2(3):44-50.
- ³⁵¹ Escudero Rodríguez Bibiana. El discurso de las enfermeras ante el cuidado de las personas mayores dependientes y sus cuidadores familiares. *Index de Enferm.* 2006;15(52-53). Disponible en <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962006000100010>
- ³⁵² Iraizoz Itziar M^a Dolores, Sancerní Oliván Pilar. Incontinencia urinaria en el anciano. *Rev. ROL Enferm.* 1989;XII(135):25-34.
- ³⁵³ Ureta Ibáñez Petronila, Velasco Puente Antonia, Marijuan García M^a Teresa, Calzada Calzada Purificación, Rodrigo de la Cal Emiliana, Marcos Díaz José. Proceso de atención de enfermería del anciano incontinente. *Cuidados básicos. Rev Asoc Urol.* 1991;38:23-30.
- ³⁵⁴ Gavira Iglesias Francisco Javier, Caridad y Ocerin JM, Romero López M, López López M. Expectativas del tratamiento de la incontinencia urinaria vistas desde una población de ancianos. *Aten Primaria*. 2000;26(7):482-484.
- ³⁵⁵ Del Rey Contreras Silvia, García González Montserrat, Rodríguez de Prada M^a Luisa, Baztán Cortes Juan José. Beneficios de un programa de reeducación vesical en ancianos hospitalizados. *Nure Inv.* 2007;4(28).
- ³⁵⁶ Mauk, Kristen L. El tratamiento conservador de la incontinencia urinaria puede ayudar a los ancianos. *Nursing Ed. Esp.* 2006;24(8):40-41.
- ³⁵⁷ Gavira Iglesias Francisco Javier, Pérez del Molino Martín, Valderrama Gama Emiliana, Caridad y Ocerin JM, López Pérez M, Romero López M, Pavón Aranguren MV, Guerrero Muñoz JB. Comunicación, diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en una zona básica de salud. *Aten Primaria*. 2001;28(2):97-104.
- ³⁵⁸ Sánchez González Raúl, Rupérez Cordero Olga, Delgado Nicolás MA, Mateo Fernández R, Hernando Blázquez MA. Prevalencia de incontinencia urinaria en la población mayor de 60 años atendida en atención primaria. *Aten Primaria*. 1999;24(7):421-424.
- ³⁵⁹ Rio Sevilla Mercedes del, Gótor Pérez Pilar, Alarcón Alarcón Teresa, González Montalvo JI. Utilidad de un taller de incontinencia urinaria en la formación del personal de enfermería de un hospital general. *Gerokomos*. 2003;14(4):195-200.
- ³⁶⁰ Ortega López Luis. La incontinencia urinaria en los viajes de la tercera edad. *Rev ROL Enferm.* 1997;XX(227-228):57-63.

³⁶¹Leal Felipe Milagros, Leal Felipe Ángeles, Darías Curvo Sara, Arroyo López C. Aislamiento social en el anciano con incontinencia urinaria. Rev AE Enferm Urolog. 1999;72:27-33.

³⁶²Jurado Mérida Antonia, Rodríguez Magallanes Dolores, Sánchez Boix Encarna, Guerrero Rabinat Montse, Galán Merino M^a Elena. Incontinencia urinaria. Prevalencia en personas mayores de 64 años. Rev AE Enferm Urolog. 1997;65:49-54.

³⁶³Gavira Iglesias Francisco Javier, Caridad y Ocerin JM, Pérez del Molino Martín, Valderrama Gama Emiliana, López Pérez M, Romero López M, Pavón Aranguren MV, Guerrero Muñoz JB. Uso de accesorios para incontinencia urinaria en los ancianos de la Zona Básica de Salud de Cabra (Córdoba). Aten Primaria. 2000;25(8):556-559.

³⁶⁴García Fernández Cristina, Moreno Pastor Antonio, Núñez Palenzuela Carmen. Incontinencias en una residencia asistida geriátrica. Rev ROL Enferm. 1996;XIX(211):65-67.

³⁶⁵Vallés Fernández Roser, Mimoso Moreno Sonia, Martínez Fruos Fina, Serrano Romero Antonia, Ferrete Gracia M Victoria, Plans López M Angeles, Fernández Marcial Cristina, Rosell Murphy Magdalena. Utilización de los absorbentes para incontinencia en 2 residencias geriátrica. Enferm Clínica. 2006;16(4):206-209.

³⁶⁶Merce Catalán Gemma, Tell Esparraguera Ángeles. Conocimiento y actuación sobre incontinencia urinaria. Metas Enferm. 2005;8(6):8-15.

³⁶⁷Prada Pérez Francisco Javier de, Prada Pérez Montserrat de. Incontinencia urinaria en el anciano: concepto, tipos y eficacia del entrenamiento del hábito urinario en un centro de día. Pulso. 2005;41. Disponible en <http://www.enfermerianavarra.org/actualidad/41.pdf>

³⁶⁸Paz Baña Aurea, Castellanos Ruiz Teresa, Carbajosa Blanco Rosario, Aldrey Rey Tomás, Pena Frade Fe. ¿La hospitalización geriátrica favorece la incontinencia urinaria?. Rev AE Enferm Urolog. 1999;70:27-30.

³⁶⁹Declaración de Rio de Janeiro sobre la Prevención de las Úlceras por Presión como Declaración Universal (Octubre 2011). Disponible en: <http://silauhe.org/img/Declaracion%20de%20Rio%20-%20Espanol.pdf>

³⁷⁰Sánchez Criado, Vicente; López Medina, Isabel María; Pancorbo Hidalgo, Pedro Luis. Producción científica de enfermería sobre úlceras por presión en España, 1998-2001. Gerokomos. 2004;15(1):42-48.

³⁷¹Soldevilla Ágreda Javier. Editorial, Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión. Gerokomos. 1994 (12):99-100.

³⁷²Grupo Nacional para el estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas crónicas. Disponible en: <http://www.gneaupp.es/app/portada>

³⁷³Rueda López Justo, Torra i Bou Joan-Enric, Martínez Cuervo Fernando, Verdú Soriano José, Soldevilla Ágreda José Javier. 1er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España: epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos. 2003; 14(1): 37-47.

³⁷⁴Soldevilla Ágreda José Javier, Verdú Soriano José, Mayán Santos José Manuel, López Casanova Pablo, Rueda López Justo, Torra i Bou Joan-Enric, Martínez Cuervo Fernando. 2º Estudio Nacional de

Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005: epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos*. 2006;(17):154-172.

³⁷⁵Soldevilla Agreda, José Javier; Navarro Rodríguez, Sonia. Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. *Gerokomos*. 2006;17(4):203-224.

³⁷⁶Melo, Elizabeth Mesquita; Gonzaga, Ana Virgínia Lima; Félix, Lilliane Kelly Pimentel; Barbosa, Islene Victor; Studart, Rita Mônica Borges. Evaluación de los factores de riesgo de la úlcera por presión en pacientes hospitalizados. *Evidentia*. 2010;7(29). Disponible en:<http://www.index-f.com/evidentia/n29/ev7158.php>

³⁷⁷Pancorbo Hidalgo, Pedro Luis; Alcázar Cámara, M^a José; Pérez Catalán, M^a José; Ramírez Pérez, M^a Carmen. Colchón de aire. Prevenir úlceras por decúbito. *Rev ROL Enferm*. 1993; 183:75-78

³⁷⁸Santonja Pastor, T; Burguete Ramos, M^a Dolores; Cebrián Doménech, Javier. Identificación de factores de riesgo para el desarrollo de Úlceras por Presión en pacientes ingresados en unidades críticas. *Gerokomos*.1997;VIII(22):XIV-XXII.

³⁷⁹Quirante, Cristina; Martínez, Rosa M; Fernández, Cristina. Estudio de validez de criterio de la Escala de Norton modificada del Hospital Clínico San Carlos. *Enferm Clínica*. 1998 ;8(4):151-155.

³⁸⁰Roldán Valenzuela Andrés; Jaen Ferrer Pere; Ferrer Cano, Francisca; Torra i Bou Joan Enric. Úlceras por presión en el sacro: evaluación multicéntrica de un apósito hidrocoloide hidroregulador específico. *Rev ROL Enferm*. 1999;22(3):223-230.

³⁸¹Escobar Bravo Miguel Angel. Úlceras por presión en atención primaria: frecuencia y características. *Rev ROL Enferm*. 1998; XXI(237):55-58.

³⁸²Capillas Pérez, Raúl; Cabré Aguilar, Victoria; Gil Colomé, Anna María; Gaitano García, Amparo; Torra i Bou, Joan Enric. Comparación de la efectividad y coste de la cura en ambiente húmedo frente a la cura tradicional. Ensayo clínico en pacientes de atención primaria con úlceras vasculares y por presión. *Rev ROL Enferm*. 2000;23(1):17-24.

³⁸³Robledillo Barba, Rosario; Ortiz Cachero, Eloy; Ugarte López, Nuria. Estudio del manejo de lesiones cutáneas con Varihesive® Gel Control. *Metas Enferm*. 2002;V(42):6-12.

³⁸⁴Torra i Bou, Joan Enric; Segovia Gómez, Teresa; Verdú Soriano, José; Nolasco Bonmatí, Andreu; Rueda López, Justo; Arboix i Perejamo, Monserrat. Efectividad de un compuesto de ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las úlceras por presión. *Gerokomos*. 2005;16(4):229-236.

³⁸⁵Tarín Sáez, Juan José; Ibáñez Esquembre, Carlos; Sifre Artal, Ismael; Ramírez Domínguez, Eduardo; Campo Ferrandiz, Ruth; Sanz Esplá, Sergio. Efectividad de un apósito bioactivo con carga iónica, en la reducción del tiempo de cicatrización en heridas crónicas. *Metas Enferm*. 2006; 9(1):58-64.

³⁸⁶Galindo Sancho, Manuel; Castro Varela, Laura; Zapata Sampedro, Marco Antonio. Úlceras por presión en talones: un abordaje multifactorial. Caso clínico. *Educare21*. 2010;62. Disponible en: http://www.enfermeria21.com/publicaciones/educare/archivo-de-revistas.html?idArticulo=62023&task=verArticulo&anyo=2010&numPublica=4&numRevista=62&id_menu=20

³⁸⁷González Monterrubio, Gema; Martín de la Torre Martín, Mercedes; Moreno Gómez, Nuria; Revilla Trujillo, Elena; Ruiz Pato, Julia. Eficacia de un protocolo de tratamiento de úlceras por presión en pacientes críticos. *Metas Enferm.* 1998;II(11):27-33.

³⁸⁸Pinto Coca Francisco. Implantación de un programa del desarrollo de las úlceras por presión (UPP) en el Centro de Salud de La Plata (Sevilla). *Hygia de Enfermería.* 2001;XIV(48):11-15.

³⁸⁹Rodríguez Palma, Manuel; Malia Gázquez, Rosario; Barba Chacón, Antonio. Nociones básicas acerca de las úlceras por presión y su prevención: una guía para los cuidadores familiares. *Gerokomos.* 2000; 11(3):152-156.

³⁹⁰Roca Biosca, Alba; Velasco Guillén, María Carmen; Anguera Saperas, Laura; García Grau, Natalia. Impacto de un programa educacional sobre úlceras por presión en un servicio de cuidados intensivos. *Metas Enferm.* 2010;13(2):25-31.

³⁹¹Jiménez García, Juan Francisco; Torres Alegre, Pilar; Silvano Arranz, Agustina; Martínez Menguar, Evangelina; García Arrabal, Juan José; Tobías Manzano, Ana. Rol activo de las cuidadoras ante las úlceras por presión. *Rev Paraninfo Digital.* 2008;2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p145.php>.

³⁹²Colina Javier. Atención de enfermería a pacientes con úlcera por presión. *Rev ROL Enferm.* 1988;XI(113):41-52.

³⁹³Jiménez Navascués Lourdes, Ruiz Gómez M^a Carmen. Inmovilidad. En Nuin Orrio Carmen. *Enfermería de la persona mayor.* Editorial Universitaria Ramón Areces. Madrid; 2011: 185-199.

³⁹⁴Fernández García-Valdivielso Mercedes, Moragón Arcas Raquel, Moratalla Arnas Elena, Ríos Martínez Ana, Sánchez Naharro Dolores. Fracturas de cadera en mujeres mayores de 65 años. Hospital General de Albacete. *Enferm Univ Albacete.* 1996;6:38-45.

³⁹⁵Amatريان MD, Iraizos I, Pilart S. Inmovilidad en el anciano. *Rev ROL Enferm.* 1993;174:33-43.

³⁹⁶Garreta Burre Marisa. Trastorno de la movilidad física tras el ingreso hospitalario. *Gerokomos.* 2005;16(1):37-41.

³⁹⁷Pagés Esther, Cuxart Ampar, Iborra Jordi, Olona Montserrat, Bermejo Begoña. Fracturas de cadera en el anciano determinantes de mortalidad y capacidad de marcha. *Med Clinica.* 1998;110(18):687-691.

³⁹⁸Ruiz Márquez Trinidad, Muñoz Muñoz FJ. La calidad asistencial: una necesidad para prevenir la pérdida de autonomía en pacientes geriátricos. *Gerokomos.* 1996;VII(16):23-28.

³⁹⁹Guallar-Catillón Pilar, Santa-Olalla Peralta Patricia, Banegas José Ramón, López Esther, Rodríguez-Artalejo Fernando. Actividad física y calidad de vida de la población adulta mayor en España. *Med Clínica.* 2004;123(16):606-610.

⁴⁰⁰Gonzano Rubio M, Martínez Sellarés R. Las caídas geriátricas y su prevención en la Residencia Asistida Fundación Santa Eulalia. *Gerokomos.* 2002;13(2):80-90.

⁴⁰¹Torres Egea Pilar, Sánchez Castillo Pablo David, Gonzano Rubio Montserrat, Martínez Sellares Rosa. Importancia de la formación continuada de los profesionales en la prevención de caídas en pacientes geriátricos institucionalizados. *Gerokomos.* 2005; 16(1):6-17.

- ⁴⁰²Capilla Díaz Concepción. El miedo de las personas mayores a caerse reduce la calidad de vida. *Evidentia*. 2007;4(17). Disponible en <http://www.index-f.com/evidentia/n17/374articulo.php>
- ⁴⁰³Hanzeliková Pogrányiva Alicia, Pomares Martínez Dolores. Plan de cuidados estandarizado: fractura de cadera en pacientes geriátricos. *Educare21*. 2010;64. Disponible:http://www.enfermeria21.com/publicaciones/educare/archivo-de-revistas.html?dArticulo=620292&task=verArticulo&anyo=2010&numPublica=4&numRevista=64&id_menu=30
- ⁴⁰⁴Fraile Pérez MA, Velasco Mateos MA. Consumo de fármacos en la población anciana de una zona rural. *Gerokomos*. 1998;IX(24):74-78.
- ⁴⁰⁵Valderrama Gama Emiliana, Rodríguez Artalejo Fernando, Palacios Díaz Antonia, Gabarre Orús Pilar, Pérez del Molino Martín J. Consumo de medicamentos en los ancianos: resultados de un estudio poblacional. *Rev Esp Salud Pública*. 1998;72(3):209-219.
- ⁴⁰⁶Tejedor Molina Agueda, Ibañez Muñoz Blanca, Revuelto Duro Herminia, Dios Martín Henar de, Chicharro Boillos Avelino, Romero Jiménez Purificación, Pacheco Mayo Encarnación. Reacciones adversas a medicamentos en pacientes urológicos geriátricos. *Rev AE ATS Urol*. 1991;39:20-25.
- ⁴⁰⁷Drake, AC; Romano, E. Cómo proteger al paciente anciano frente a los peligros de la polifarmacia. *Nursing*. 1995;13(10):9-13.
- ⁴⁰⁸Castillo López, Nuria; Sabatell Ayala, Elena; Rojano Pérez, Remedios; Fortes Moreno, Manuel; Gómez Oneto, África; Sánchez del Campo, José Luis. Resultado de un estudio aleatorizado y controlado sobre el impacto de una intervención multicomponente en ancianos crónicos polimedcados (ACP) con Manejo Inefectivo Régimen Terapéutico (MIRT). *Rev Paraninfo digital*. 2008;2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/o021.php>
- ⁴⁰⁹Sabatell Ayala, Elena; Rojano Pérez, Remedios; Castillo López, Nuria; Gómez Oneto, África; Fortes Moreno, Manuel; Sánchez del Campo, José Luis. Adquisición de conocimientos tras una intervención multicomponente en pacientes crónicos polimedcados con Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico (MIRT). *Rev Paraninfo Digital*. 2007;1(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n2/162.php>
- ⁴¹⁰Fernández Espínola, Sergio; Suárez Alemán, Carmen; Vela Márquez, Carmen; Bellosta Ymbert, José Manuel. Guía de uso adecuado de medicamentos en ancianos institucionalizados. Biblioteca Lascasas. 2007;3(4). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0283.php>
- ⁴¹¹Amezcu Manuel, Muñoz Tapia Adoración. La calidad de los cuidados de enfermería en ancianos asistidos: identificación de criterios y estándares de proceso a través del consenso. *Enferm Clínica*. 2000;10(6):245-251.
- ⁴¹²Lara Rébola M^a Soledad. Cuidados de Calidad en centros de mayores. *Enferm Docente*. 2001;71:10-14.
- ⁴¹³Montoya Juarez r, Calero Martín de villodres P, Alguacil V. Gestión e indicadores de calidad en residencias de ancianos: una revisión bibliográfica. *Evidentia*. 2004;1(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n2/49articulo.php>
- ⁴¹⁴Gutiérrez García JJ, Guillen Grima F, Pérez Riquelme F, Hidalgo García ML. La atención primaria vista a través de las publicaciones médicas españolas (1974-1983). *Aten Primaria* 1985;6:329-337.

- ⁴¹⁵Soldevilla Agreda Jose Javier. Editorial. Gerokomos. 1990;l(0):2.
- ⁴¹⁶Amezcuca Manuel. ¿Para qué sirve el Índice de Impacto de una revista?. Index de Enfermería. 2010;19(2-3).
- ⁴¹⁷Biblioteca Universidad de Zaragoza. Factor de impacto de una revista. Disponible en: <http://biblioteca.unizar.es/buscar/factor.php>
- ⁴¹⁸Gerokomos. Scielo. Factor de impacto. Disponible en: http://statbiblio.scielo.org//stat_biblio/
- ⁴¹⁹Gerokomos. Scielo. Informes de uso del sitio. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/statjournal.php?lang=es&issn=1134-928X>
- ⁴²⁰Navalpontro Pascual, Susana, González María Esther, Martín Iglesias Susana. Oferta de servicios sociosanitarios en atención primaria para la atención a mayores de 65 años. Gerokomos. 2006;17(4):189-196.
- ⁴²¹Díaz Matínez Juana M^a, López Donaire Pilar, Molina Mercado Pilaret all. Úlceras por presión en el postoperatorio de intervenciones quirúrgicas de cadera o de rodilla. Gerokomos. 2009;20(2):84-91.
- ⁴²²Gerokomos. Scielo. Informes de citas de revistas: datos fuente. Disponible en: <http://statbiblio.scielo.org>
- ⁴²³Citación Cuiden, Índice de Revistas sobre cuidados de Salud con repercusión en Iberoamérica. Ranking cuiden citación 2010. Disponible en: http://www.index-f.com/cuiden_cit/citacion.php
- ⁴²⁴Erdmann AL, Marziale MHP, Pedreira MLG, Lana FCF, Pagliuca LMF, Padilha MI, Fernandes JD. Evaluation of scientific periodicals and the brazilian production of nursing articles. Rev Latino-am Enfermagem. 2009;17(3):403-409.

RESULTADOS
FUENTES
DOCUMENTALES



A. PROCESO DE FORMACIÓN UNIVERSITARIA DE LA ENFERMERÍA GERIÁTRICA.

En España en las décadas de los setenta y ochenta ocurrieron diversos hechos que iban a transformar la orientación de la enfermería en nuestro país, estos hechos tuvieron que ver principalmente con la orientación en su formación y con la redefinición del sistema sanitario. Se produjo la mayor movilización de la Historia de la Enfermería Española, un conflicto durante el que se abordaron problemas académicos, profesionales y sociales de la enfermería. Entre las reivindicaciones /propuestas que se defendían constaban las referidas a un mejor cuidado del enfermo, a una sanidad más democrática y como consecuencia la elevación del nivel de formación y preparación de los profesionales, así como la contratación de profesorado enfermero en las Universidades⁴²⁵.

Como hechos previos a la integración en la Universidad de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios, consideramos muy significativa, la aprobación de la Ley General de Educación (1970)⁴²⁶ cuyo desarrollo posterior determinó que los estudios de enfermería se encuadrasen en el nivel universitario. Esta ley decía en su art. 7 que las Escuelas de ATS pasarían a ser Universitarias o de Formación Profesional, según la naturaleza de sus estudios.

Un Decreto posterior el 2293/73 de 17 de agosto de 1973, definió en su artículo primero a las Escuelas Universitarias como “centros docentes destinados a impartir enseñanzas orientadas fundamentalmente a la educación científica y técnica y preparación de profesionales en aquellas especialidades que, por su extensión y naturaleza, exigen un solo ciclo de estudios, con una duración de tres años, salvo excepciones”.

En junio de 1970, la presidenta del Consejo Nacional de Enfermeras y ATSF, Teresa Loring, pidió a las Cortes Españolas durante la elaboración de la Ley General de Educación que las Escuelas de ATS se convirtieran en Escuelas Universitarias, documento apoyado por la directiva ejecutiva del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), que expresó la conveniencia de su aprobación al Ministerio de Educación y Ciencia⁴²⁷. Mientras tanto, en el seminario de Educación Médica, se establecían los criterios para una enfermería modelo de Formación Profesional de segundo grado y con un férreo control médico en la formación.

Hasta que en 1977 se promulgó el RD 2128/77, que ordenaba y legalizaba las Escuelas Universitarias de Enfermería y la titulación de Diplomado en Enfermería, se vivieron momentos convulsos entre los profesionales de nuestro país, había posturas encontradas entre las enfermeras y ATSF (Ayudante Técnico Sanitario Femenino) y las propuestas de los practicantes y ATSM (Ayudante Técnico Sanitario Masculino). Por un lado, se defendía la necesidad de mejorar la formación (formación universitaria) para el desarrollo de nuevas e imprescindibles misiones de las enfermeras, en la misma línea que las corrientes internacionales más avanzadas y para defender esta postura se organizaron numerosos eventos (congresos, jornadas, movilizaciones de las “batas blancas”), liderados por la sección de enfermeras (ATSF de diversos colegios), por otro lado, el consejo General de Practicantes y ATSM proponía como alternativa al plan de ATS, el Graduado en Medicina y Cirugía, excluyendo de esta titulación a las enfermeras de antes de 1953, creando así una “mini-medicina made in Spain”, esta opción nos hubiera dejado fuera del ámbito universitario⁴²⁸.

Estos planteamientos dieron lugar a las propuestas presentadas en junio de 1976, en la Comisión Interministerial (representantes del Ministerio de Sanidad y Educación, Sindicato de Actividades Sanitarias y de las tres secciones del Consejo General de Ayudantes Técnicos Sanitarios) y la Coordinadora de Profesionales:

El Dr. Fernández, asesor de la Comisión Interministerial, proponía: FP1 para Auxiliares de Enfermería, Enfermería Básica de 3 años con BUP, pero sin COU en FP3 y Enfermería superior en Escuela Universitaria para un 20% y dependiendo de Facultades de Medicina.

La Sra. Loging, representante de las enfermeras, propuso: Auxiliar FP1, auxiliar especializada FP2 y para enfermeras/os estudios universitarios básicos, especializados y superiores. Propuesta que apoyó la Coordinadora Nacional que gestionó las movilizaciones conocidas como “la revolución de las batas blancas”.

El Sr. Ruidavets, representante de ATS masculinos pidió: Diplomados en Medicina y Cirugía, creando una escuela con el mismo nombre y que la carrera de enfermería pasase a nivel de Formación Profesional.

El 30 de octubre de 1976 el RD 2879⁴²⁹, estableció el carácter mixto de las Escuelas de Ayudantes Técnico Sanitarios y derogó la obligatoriedad del internado para las alumnas, habían pasado 21 años desde que la Orden del 6 de julio de 1955, hubiera prohibido la coeducación de alumnos de ambos sexos, es decir, la separación educativa por razones de sexo. En diciembre de 1976, la Comisión Interministerial convino la denominación de Enfermería, lo que supuso un debate entre las diversas formas de entender la profesión. Las diferentes secciones de los Colegios Profesionales fueron unificadas, en febrero de 1977⁴³⁰, en un único colegio que acogió en su seno a practicantes, comadronas y enfermeras tituladas, se puso de manifiesto que la discriminación colegial en razón de sexo carecía de sentido. Esta modificación fue formalizada en 1978, con la elección del Consejo General de Enfermería⁴³¹.

Fruto de estos acontecimientos se promulgó el R.D 2128/77, que ordenó y legalizó las Escuelas Universitarias de Enfermería y la Titulación de Diplomado en Enfermería. En este decreto se reflejaban aspectos decisivos de la formación enfermera tales como: la estructuración de las escuelas, la creación de organismos profesionales para el control del nivel de enseñanza, incorporación de enfermeras/os docentes universitarios, enseñanza continuada, convalidación de titulaciones y el desarrollo de la profesión asumiendo las funciones de docencia e investigación.

En cuanto a la Estructuración se diferenciaron tres tipos de Escuelas: 1. Las Escuelas integradas en la Universidad: eran las Escuelas de ATS existentes en las Facultades de Medicina, que se convirtieron en Escuelas Universitarias integradas en la Universidad; 2. Las Escuelas adscritas: eran Escuelas de ATS dependientes de otros Departamentos Ministeriales o del Instituto Nacional de Previsión, se transformaron en Escuelas Universitarias, previa solicitud de aquellos, al Rectorado de la Universidad a la que debían quedar adscritas y 3. Las Escuelas no incluidas en los puntos anteriores, podían transformarse en Escuelas Universitarias, mediante la adscripción a una Universidad estatal o su integración en una Universidad no Estatal.

A finales de los años setenta, numerosas escuelas casi un centenar se fueron transformando en Escuelas Universitarias, bien como integradas o adscritas. Como recordaba Ortega y Gasset⁴³² en la enseñanza superior se integran tres funciones: transmisión de la cultura, enseñanza de las profesiones, investigación científica y educación de nuevos hombres y mujeres de ciencia. El nuevo plan de estudios de enfermería introdujo diferencias notables en relación con los anteriores, acordes a los principios de profesionalismo e investigación, incorporando las ciencias humanas y sociales, promoviendo en concepto de persona como un ser bio-psico-social, orientando la formación hacia la promoción y prevención en salud dirigida al ámbito comunitario e introdujo la metodología científica. Capacitaba a los profesionales a tener una visión diferente a la mera función técnica y su visión del ser humano como un ser físico con patología orgánica, el desarrollo del pensamiento crítico, la toma de decisiones y la reorientación de sus actividades de acuerdo a las transformaciones sociales, las demandas y necesidades de la comunidad fueron el nuevo enfoque de la formación. En esta nueva estructura la Enfermería Geriátrica encontraría un espacio donde promocionarse. Como dice Paloma Moral de Calatrava⁴³³ “fue el momento de empezar a soñar”, aunque conseguir que el sueño se hiciera realidad, hoy sabemos que no fue fácil.

En 1983 se aprobó la Ley de Reforma Universitaria (LRU), dando paso a que las enfermeras pudiesen formar parte del cuerpo de profesores Universitarios. *“Entrar en la Universidad permite a las enfermeras salir del espacio unidimensional del Hospital-Escuela y liberarse de la uniformidad de los modelos sociales que produce, para descubrir la polivalencia de las corrientes de pensamiento, su diversidad, su contradicción, su oposición, así como las diferentes opciones sociales, económicas y políticas que las sustentan”*. Collière, 1982⁴³⁴

En el cuidado de los mayores la enfermería desempeña un papel relevante, su desarrollo profesional es muy importante en todos los niveles asistenciales y en especial sobre los aspectos preventivos, es determinante en los cuidados de larga duración, tanto a domicilio como en el medio institucional, en este colectivo, descansa la garantía de los cuidados continuados⁴³⁵. Los mayores deberían poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad en conformidad con un sistema de valores culturales de cada sociedad, acceso a servicios de atención de la salud, que le ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de enfermedades, acceso a medidas apropiadas de atención institucional que les proporcione protección, rehabilitación y estímulo social y mental, en un entorno humano y seguro, poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamientos con pleno respeto a su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y calidad de vida. Los profesionales de enfermería que forman parte de los equipos de atención geriátrica, deben tener una adecuada formación que les permita defender los derechos de los mayores y atender sus necesidades.

Según Lourdes Bermejo, Diplomada en Gerontología y experta en Intervención Sociosanitaria, la formación de los profesionales en el ámbito de la vejez va mejorando gracias a la inclusión de asignaturas de geriatría y/o gerontología en los estudios de pregrado y en la amplia oferta de formación de postgrado⁴³⁶. Los resultados que presentamos en este capítulo, hacen referencia al estudio realizado sobre la normativa concerniente a los planes de estudios

de la enfermería desde 1977, para ello llevamos a cabo una revisión de los Boletines Oficiales del Estado a partir del citado año, sobre las publicaciones relacionadas analizamos las directrices de los planes de estudios, su estructura y aspectos relacionados con la asignatura de Enfermería Geriátrica, constatando los cambios que se han ido produciendo en el enfoque y descripción de los criterios que afectan a esta asignatura y lo relacionamos con las corrientes de pensamiento enfermero propuestas por Kerouac y col⁴³⁷, la revisión bibliográfica la realizamos a través de la base de datos Cuiden con los descriptores, “enfermería geriátrica y planes de estudios”, “Enfermería y paradigma” y concluimos con un análisis y discusión de los datos. En la presentación de los resultados, optamos por diferenciar tres etapas, marcadas por la publicación de las directrices sobre la estructura y contenido de los planes de estudios de la enfermería universitaria, 1977, 1990 y el proceso de Convergencia Europea (Espacio Europeo de Educación Superior).

1. LA ENFERMERÍA GERIATRICA EN LOS PLANES DE ESTUDIOS DE 1977.

Como ya hemos visto, la necesidad de formación en aspectos relacionados con la vejez ha sido justificada desde principios del siglo XIX, sin embargo en España, es en el año 1977 cuando se incluye, en las directrices de elaboración de Planes de Estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería⁴³⁸, la asignatura de Enfermería Geriátrica.

En ese momento, se puso en marcha la asignatura de Enfermería Psiquiátrica y Geriátrica en el área de Ciencias de la Enfermería, fue obligatoria en el 95% de los planes de estudios y en el resto fue optativa junto a la Enfermería Psiquiátrica. Proponían que se impartiera en tercer curso, como asignatura cuatrimestral. El descriptor de la asignatura contemplaba los aspectos patológicos que plantea el paciente geriátrico, encaminados a conseguir una adecuada asistencia de Enfermería en estos procesos y su rehabilitación posterior.

En relación a las enseñanzas prácticas, se describían en el plan de estudios, con los siguientes términos: *“se establecerán en cada curso, de acuerdo a las necesidades de cada área de conocimiento, buscando que en ellas exista la traducción a la realidad de los conocimientos teóricos, no solo como testimonio de la objetividad de los mismos, sino también con el propósito de proporcionar al estudiante la posibilidad del desarrollo de actitudes y habilidades. Se procurará hacer posible aquellas prácticas que, independientemente de poder ser realizadas en el medio hospitalario, extrahospitalario, rural o urbano, concuerden con las áreas de conocimientos adquiridos (dispensarios de sanidad, guarderías, centros gerontológicos, establecimientos públicos y de trabajo, hospitales etc.)”*.

Consideramos un logro la incorporación, en la formación de las enfermeras, de conocimientos relacionados con el campo de la geriatría, era la primera vez que se definían en los planes de estudios de enfermería temas específicos de esta especialidad. Al analizar el contenido, observamos un enfoque caracterizado por corrientes de pensamiento configuradas desde el paradigma calificado como enfermedad, concibiendo la salud como ausencia de enfermedad, la persona como un conjunto de órganos y sistemas con funciones concretas y la influencia de la hegemonía de la medicina, ejercida por hombres, en un modelo de atención con

una orientación biologicista⁴³⁹. En esos momentos históricos el hecho de que la mayoría de las escuelas se encontraran dotadas de profesorado médico⁴⁴⁰, determinaba que las enseñanzas impartidas fueran una explicación reducida de sus conocimientos⁴⁴¹, esto no facilitaba la formación con un enfoque centrado en el cuidado de la persona.

Según los paradigmas que han servido para orientar la disciplina enfermera, la Dra. Jaqueline Fawcett⁴⁴² estudiosa de las teorías de enfermería, con el fin de precisar las características de la disciplina enfermera, examinó los textos de varias enfermeras teorizadoras y reconoció, que los conceptos cuidado, persona, salud y entorno estaban presentes en estos escritos. Es, precisamente, la manera particular con que las enfermeras abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno y sus interrelaciones, lo que ofrece una perspectiva única diferenciadora y universal que identifica el campo de estudio de la disciplina enfermera. Estos cuatro fenómenos constituyen el metaparadigma enfermero y dan una perspectiva específica a la enfermería. Aunque esta propuesta ha recibido algunas críticas, actualmente está reconocida su validez y aceptada entre la comunidad científica enfermera. A principios de los 90, Newman y col^{443,444}, propusieron una terminología específica de los paradigmas enfermeros teniendo en cuenta la influencia que la evolución de la sociedad y del conocimiento científico, han ejercido sobre las concepciones de la disciplina enfermera, denominando a las grandes corrientes del pensamiento enfermero paradigmas de la categorización, de la integración y de la transformación.

Siguiendo la perspectiva de Kerouac y col⁴⁴⁵, que definen varias categorías de paradigmas, la corriente de pensamiento o forma de percibir al mayor, definido en la asignatura de Enfermería Geriátrica en el plan de estudios que analizamos, se puede encuadrar en el denominado paradigma de la categorización. En este paradigma la enfermera es el experto y sus intervenciones son sinónimo de “hacer para” la persona a quien se percibe “bajo” sus cuidados y los de otros profesionales.

El cuidado de los mayores, si interpretamos el descriptor propuesto en el Boletín Oficial del Estado, se percibe con una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica. Según esta configuración, *la persona* es un todo formado por la suma de partes, independientes entre sí y que además, no participa en su cuidado, *el entorno* es independiente de la persona y algo que se puede controlar y manipular, *la salud* es la ausencia de enfermedad, un estado deseable y *el cuidado* es aquel que ofrece la enfermera experta en conocimientos y habilidades, con el fin de suplir las incapacidades y déficits que surjan en la persona. Siendo la consecuencia, la fragmentación de los cuidados en numerosas tareas, una enfermera participa en la higiene, otra en la distribución de medicación, otra hace las curas, todos los cuidados están categorizados. Ella es la experta y la relación de desigualdad enfermera-anciano es evidente⁴⁴⁶.

En la Asamblea Mundial del Envejecimiento, celebrada en Viena en 1982⁴⁴⁷, los profesionales de enfermería fueron citados como piezas clave en la atención a los mayores y se reconoció que la capacitación en geriatría debía impartirse en todos los niveles de formación, en esta misma línea se manifestó el Consejo Internacional de Enfermería. Según Salas⁴⁴⁸, enfermero de la Consejería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía, la ciencia de los cuidados es

necesaria para alcanzar el éxito y la calidad de vida en el envejecimiento, esto se consigue desde el conocimiento de las diferentes condiciones que rodean al individuo y su contexto.

En 1982 en la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad Complutense, se realizaron unos Talleres Pedagógicos, donde detectaron “la carencia de objetivos de aprendizaje explícitos que distorsionaba el contenido de las asignaturas” y la “necesidad de que los profesores y alumnos elaborasen los objetivos correspondientes a cada una de las áreas y asignaturas en breve plazo”, fruto de ese trabajo se editó un libro⁴⁴⁹ en el que se incluyeron todas las asignaturas del plan de estudio y en cada una se definía: la filosofía que inspiraba su contenido, sus objetivos específicos de aprendizaje, el programa, actividades, la metodología pedagógica, la evaluación y la bibliografía recomendada a los alumnos. Este texto trascendió y sirvió de modelo en otras Escuelas.

La asignatura de Enfermería Geriátrica fue desarrollada por la profesora D^a Helena de Udaeta y Montaner. Propuso incluir como objetivo una atención integral del anciano “...será capaz de prestar cuidados al anciano en sus tres aspectos biológicos, psicológicos y sociales”, también planteó la necesidad de una atención sanitaria que comprendiera la promoción y el fomento de la salud, la prevención, recuperación y rehabilitación. El programa constaba de cinco unidades: en la primera unidad, proponía contenidos acerca de los conceptos y características generales relacionados con la Gerontología y Geriátrica, las teorías sobre el envejecimiento, el rol del profesional de enfermería y la problemática que plantea el envejecimiento de las poblaciones. La segunda iba dirigida a la Atención Primaria del anciano, se incluían aspectos relacionados con la actividad cotidiana, perfil de la personalidad del anciano, jubilación. La tercera y cuarta englobaban aquellos cuidados de Enfermería relativos a la Atención Secundaria y Terciaria, así como en los distintos niveles de Asistencia de Enfermería. En la quinta y última unidad se enumeraban los distintos Organismos y Organizaciones que se ocupaban del anciano y su asistencia.

La estructura de esta propuesta todavía hoy podemos percibir su influencia en el desarrollo de las asignaturas que profundizan sobre el cuidado de los mayores. Posteriormente el Ministerio de Educación y Ciencia, realizó una revisión de las enseñanzas universitarias en base a las directrices generales comunes de los planes de estudios de los títulos universitarios de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional. Se publicó el R.D 1497/1987⁴⁵⁰ donde se dio paso al sistema de créditos, se ordenaron los contenidos de los planes de estudios distinguiendo materias troncales, obligatorias de universidad, optativas y de libre configuración y estableció que las enseñanzas de primer ciclo como Enfermería debían tener entre 180 y 210 créditos. El desarrollo del trabajo en el área sanitaria le correspondió al grupo de trabajo IX⁴⁵¹, en el que hubo una amplia participación, se elaboraron unas directrices, que posteriormente cada Universidad desarrolló en sus programas docentes, correspondiendo al Ministerio dar el visto bueno de las propuestas finales. En 1990 se modificaron los planes de estudios, en ese momento muchas enfermeras ya eran responsables de la docencia de la Enfermería Geriátrica en las distintas Universidades.

2. ENFERMERÍA GERIÁTRICA EN LOS PLANES DE ESTUDIOS DE 1990⁴⁵².

2.1. Diplomado Universitario de Enfermería.

El inicio de la década de los 90 marca, según nuestra propuesta, la segunda etapa de formación enfermera universitaria, ya que como resultado del desarrollo de la Ley de Reforma Universitaria (LRU), se publicaron las nuevas directrices para la elaboración de los planes de estudios de los Diplomados en Enfermería. En esta reforma de los planes de estudios, lograron incluir el área de Enfermería en muchas materias, a Enfermería Geriátrica se le asignaron las Áreas de Enfermería y Medicina. La asignatura de Enfermería Geriátrica se consideró materia troncal, de obligada inclusión en todos los planes de estudios que conducían a un mismo título oficial, sin excepción, formación mínima que podía aumentarse con asignaturas optativas.

Las nuevas directrices modificaron sustancialmente el enfoque de la asignatura incluyendo en el descriptor: teorías del envejecimiento, aspectos demográficos, sociológicos y psicológicos del envejecimiento, cuidados de enfermería al anciano sano y enfermo. Las enfermeras y enfermeros docentes de esta materia, por iniciativa de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, organizaron unos talleres para docentes, donde propusieron un modelo de estructura y contenidos para el desarrollo de la asignatura de Enfermería Geriátrica, como orientación para los profesores responsables de la materia, acorde con estas directrices. En 1991 el INSALUD⁴⁵³ bajo la dirección de D^a Catalina García Martín-Caro, publicó un libro titulado “Metodología de la enseñanza en enfermería”, en el que teniendo en cuenta el sistema educativo español, el sistema sanitario y el marco conceptual de la profesión, proponían una guía de desarrollo de las asignaturas del plan de estudios de enfermería. En la descripción de la asignatura de Enfermería Geriátrica, se diferenciaban tres unidades: conceptos generales de geriatría y gerontología, atención de enfermería al anciano sano y cuidados de enfermería al anciano enfermo, en cada unidad desarrollaron los objetivos, contenidos y distintas pruebas de evaluación, además presentaron un anexo con un caso práctico. Estas propuestas/sugerencias coincidían en la estructura básica que se proponía en los talleres docentes para el desarrollo de la asignatura, constituyendo una ayuda para las enfermeras docentes de la materia que estudiamos.

Observamos un cambio y evolución del concepto de atención profesional, adaptándose más a las necesidades y expectativas de los ancianos. Considerando imprescindible la concepción holística del mayor, *“holo: cada individuo es un todo, una persona única...”*, basándose en los principios de universalidad, integralidad y la relatividad donde un aspecto fundamental lo constituye la exploración del entorno⁴⁵⁴, como sujeto y objeto de los cuidados, centrandose su atención en la persona, familia y comunidad, siendo la enfermera parte y líder indiscutible⁴⁵⁵ de un equipo interdisciplinar, entendido como modo de acción conjunto y estructurado de los diversos profesionales implicados en un objetivo común. La respuesta individualizada de las enfermeras a las necesidades de salud de los mayores será el principio de atención, como dice Collière⁴⁵⁶: *“el cuidado debe proporcionarse a cada persona teniendo en cuenta su manera y sus condiciones de vida e interesándose directamente en la elaboración y la puesta en marcha de una política de salud apropiada a la forma, a la frecuencia y a la manifestación de sus problemas en ese campo”*.

Se adaptó al concepto de cuidado de los mayores y la misión de los profesionales de enfermería, “*prestar atención de salud, siendo su ámbito de responsabilidad prestar cuidados integrales de salud a la persona, familia y a la comunidad, tendentes a promover, mantener o recuperar la salud...*”⁴⁵⁷.

Interpretamos que este planteamiento orienta a la práctica de la Enfermería Geriátrica, hacia una concepción del cuidado conducente hacia lo que se realiza “con la persona”, en nombre de ella, más que lo que “se hace a la persona o para ella”, teniendo en cuenta la interrelación de los componentes biológicos, psicológicos, sociológicos culturales y espirituales. El proceso sistemático en la atención de los mayores (recogida de datos, análisis e interpretación de los mismos, planificación, intervención y evaluación), basado en un modelo conceptual enfermero, se incorporó en la docencia de la Enfermería Geriátrica, permitiendo profundizar en el conocimiento del rol de la enfermera en el cuidado a las personas en la etapa de la vejez⁴⁵⁸.

Esta evolución la podemos asociar, siguiendo la propuesta de Kerouac, con el paradigma de la Integración por su orientación hacia una visión global de la persona como centro de la práctica de la enfermería, estableciéndose diferencias entre la disciplina enfermera y médica, considerando el contexto como un elemento imprescindible para poder llegar a comprender y explicar los fenómenos.

Recordemos que, según esta orientación, los metaparadigmas de enfermería entienden a *la persona*, como un todo formado por la suma de las partes que están interrelacionadas entre sí y puede influenciar los factores preponderantes de su salud, teniendo en cuenta el contexto en el que se encuentra; *el entorno* está constituido por los contextos en que la persona vive (histórico, social, político) y suponen una interacción constante en forma de estímulos positivos o negativos y de reacciones de adaptación; *la salud* es un ideal que se ha de conseguir y está influenciada por el contexto en el que la persona vive; y por último el cuidado va dirigido a mantener la salud en todas sus dimensiones, intervenir se interpreta como “actuar con” la persona, a fin de responder a sus necesidades.

La asignatura de Enfermería Geriátrica, en este nuevo plan de estudios, tampoco fue ajena a los cambios en la modificación de la carga práctica, se planteaba que era necesario programar prácticas asistenciales obligatorias en instituciones geriátricas. La distribución de créditos, propuesta en las directrices generales propias de los planes de estudios fue: teóricos 2, prácticos 4 en total 6. En la programación de los créditos prácticos había que tener en cuenta que los créditos asignados no tenían el mismo valor en horas que los llamados LRU, 1 crédito eran 10 horas, sino que fue necesario establecer un número de horas similar al que hoy conocemos como ECTS, 1 crédito equivalía a 25-30 horas, se estableció así para cumplir la normativa europea en cuanto al número mínimo de horas de formación que debían realizar las enfermeras.

Según los datos analizados para la elaboración del Libro Blanco, Título de Grado en Enfermería, las Escuelas Universitarias de Enfermería tenían organizada la Asignatura de Enfermería Geriátrica en la Diplomatura de la siguiente manera: el 78,4% la impartían en tercer curso, el 21,6% en segundo curso y el número de horas presenciales del estudiante era de unas 155 horas. El cálculo de las horas de dedicación presencial de los estudiantes lo obtuvieron de la

traducción de los créditos según constaba en los respectivos planes de estudios, de acuerdo con la equivalencia de horas teóricas, prácticas, práctica clínica y/o seminarios que correspondía en cada caso. Además del tiempo dedicado a los exámenes.

Los cuidados de enfermería a los mayores, propuestos en los nuevos planes de estudios, respetaban los siguientes principios: el envejecimiento es un proceso común y natural; el envejecimiento es multifactorial; el conocimiento del proceso de envejecimiento y la ciencia enfermera se combinan en el cuidado del anciano; el proceso de enfermería se aplica a los cuidados de los mayores y la Enfermería Geriátrica proporciona actuaciones planificadas, organizadas y terapéuticas.

La impartición de la asignatura de de Enfermería Geriátrica, en la formación básica de las enfermeras, al igual que ocurre en otras titulaciones⁴⁵⁹, muestra una influencia positiva en los estudiantes, sobre su percepción en relación al anciano, en su concepto sobre la vejez y su disponibilidad para trabajar en instituciones geriátricas⁴⁶⁰, pudiendo conllevar una optimización de los cuidados al mayor.

Durante este periodo, en el marco legislativo sanitario y profesional se introdujeron modificaciones que interesaban a las enfermeras, se publicaron unas disposiciones legales y profesionales que presentaban la oportunidad profesional de avanzar hacia la excelencia del cuidado, hacemos referencia a la Ordenación de la actividad profesional enfermera⁴⁶¹ y a la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias⁴⁶², que modificaban el RD 2319/1960 que especificaba la dependencia jerárquica de la enfermera.

La Enfermería Geriátrica-Gerontológica se presentó como un servicio a la comunidad especializado en los cuidados a las personas que envejecen. La Comisión de Enfermería Gerontológica del Conseil de Collegis de Diplomats en Infermeria de Catalunya elaboró un documento que fue asumido por la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Asamblea General. Gijón 2001, en el que establecían las competencias de las enfermeras en la atención gerontológica, y dice⁴⁶³:

“El objetivo fundamental de las competencias de las enfermeras en el ámbito de la atención a las personas mayores, es proporcionar atención integral a este grupo de población en el conjunto de sus necesidades, en cualquier situación en que se encuentren, ya sea en instituciones específicas, en el domicilio o en la atención comunitaria”.

Para la consecución de este objetivo será preciso que la enfermera:

Se responsabilice del proceso de cuidados, es decir que sea capaz de garantizar atención individualizada a la persona anciana, utilizando un método sistemático y organizado, valorando sus necesidades, limitaciones, recursos y posibilidades de funcionamiento autónomo, lo que le permitirá priorizar los problemas y establecer un plan de atención adaptado a la problemática detectada, estableciendo objetivos realistas y alcanzables por el anciano, su familia y los cuidadores. Así mismo, podrá planificar actividades conjuntamente con el anciano y su familia, que le permitan mantener o recuperar el mayor grado de autonomía al que pueda optar, evaluando los resultados de su intervención.

Desarrolle actividades de prevención de la enfermedad o problemas derivados teniendo en cuenta las situaciones de fragilidad en que se encuentran la mayoría de personas mayores, identificando situaciones de riesgo, aconsejando sobre el mantenimiento de la salud, la recuperación de diferentes enfermedades o bien el seguimiento de tratamientos en situaciones crónicas y la ayuda personal en el proceso de morir.

Participe del trabajo en equipo interdisciplinar para ofrecer y dar atención integral, definiendo y formulando su especificidad en la atención a las personas mayores, asumiendo el rol que le corresponde en cada circunstancia, intercambiando y aportando a los otros profesionales las opiniones, conocimientos y experiencias en cualquier ámbito de actuación.

Realice el análisis continuado de su actividad específica, mediante la investigación, para mejorar la calidad de la atención que proporciona y fomentando al máximo la formación en el ámbito de la gerontología, entre los enfermeros, los cuidadores y otros grupos sociales.

Asuma la responsabilidad de sus decisiones y acciones, centrando su praxis profesional en el respeto a la persona mayor y su familia, y emprenda las medidas destinadas a preservarlos de riesgos y ayudarles a superar las dificultades de salud, ajustando las decisiones y comportamientos a los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.”

2.2 Formación postgrado.

En la década de los 90 comenzó a plantearse la posibilidad de una licenciatura en Enfermería, basándose en el RD 1497/1987, de 27 de noviembre, que establecía el título Universitario de Licenciado en Enfermería⁴⁶⁴, sin embargo, en España a nivel estatal únicamente estaba reconocida la Diplomatura Universitaria. Algunas Universidades ofrecieron Títulos Propios como iniciativa para potenciar una formación postgrado, con la pretensión de ofrecer la posibilidad de desarrollo profesional a las enfermeras, también se ofertaron cursos de: Extensión Universitaria, Expertos, Diplomas Universitarios y Máster Universitarios de una elevada calidad, que han permitieron que la formación de los profesionales enfermeros fuera de gran nivel⁴⁶⁵.

La oferta de formación postgrado en el campo de la Enfermería Geriátrica-Gerontología, se adaptó a esta tendencia, justificada principalmente por la evolución demográfica que aumentó la necesidad de cuidados de enfermería a los mayores, en cualquier situación de salud y por la complejidad del abordaje de los cuidados, que requiere de conocimientos, actitudes y habilidades especiales, no cubiertas en su totalidad durante la formación básica. Está demostrado que cuanto más alto es el nivel de preparación formal del personal de enfermería, se incrementan los resultados positivos para los pacientes y sus familias^{466,467,468}.

La denominación de las propuestas era y sigue siendo amplia, algunos ejemplos: Máster Gerontología Social (Universidad de Zaragoza), Máster en Enfermería Geriátrica y Gerontológica (Universidad de los Pueblos de Europa), Máster Universitario en Psicogeriatría y Gerontología Social (Universidad de La Laguna), Máster Universitario en Geriátrica y Gerontología (Universidad Católica San Antonio de Murcia), Máster Universitario en Gerontología Social: longevidad, salud

y calidad (Universidad de Jaén). Diploma de postgrado en Enfermería Gerontológica y Geriátrica (Universidad Autónoma de Barcelona), Especialista Universitario en Atención y Asistencia a Personas Mayores (Universidad Pablo Olavide), Especialista Universitario en Gerontología Clínica y Social (Universidad de Murcia).

Se ofrecieron también cursos de expertos, alguno de ellos daba la opción de completar la formación hasta alcanzar el título de máster (aproximadamente el curso de experto tenía una duración de un año y el máster de dos), ejemplos de esta oferta: Experto en la Enfermería Gerontológica en los diferentes Niveles Asistenciales (Universidad Complutense de Madrid), Experto Universitario en Envejecimiento (Universidad de La Rioja), Experto Universitario en Geriátrica y Gerontología (Universidad de las Palmas de Gran Canaria), Experto Universitario en Gerontología (Universidad de Málaga, Universidad de Oviedo, Universidad de Salamanca), Universidad de Sevilla o Universidad de Granada en las que se ofertaba Experto Universitario en Gerontología aplicada o Social respectivamente, etc.

Los programas se ofrecían en distintas modalidades presencial, semipresencial o a distancia y los contenidos de los programas aunque presentaban aspectos muy diversos tenían propuestas comunes, como los objetivos concernientes a la formación especializada de permitir conocer las necesidades de los mayores para trabajar con ellos desde una perspectiva interdisciplinar; la adquisición de conocimientos que capacitasen para afrontar nuevos retos, ante cuidados complejos de este sector de la población; sobre la gestión en los distintos niveles de atención sociosanitaria desde la planificación, programación, coordinación, evaluación y el liderazgo y la familiarización con los programas socioculturales. Alguno de estos Másteres se adaptaron posteriormente al Espacio Europeo de Educación Superior bien con orientación a la especialización académica o profesional, como por ejemplo el Máster de la Universidad de Zaragoza.

Desde el Consejo Internacional de Enfermería, en 1998⁴⁶⁹, se adoptó un posicionamiento sobre la atención de enfermería a las personas mayores, en el que se destacaba el papel de los profesionales de enfermería en el cuidado de éstas, *“la meta de los cuidados de enfermería en el trabajo con personas mayores es conseguir una salud, bienestar y calidad de vida óptimos, según decidan quienes reciben los cuidados o que sean compatibles con los valores y deseos de las personas”*. Instaba una formación específica en el campo de la vejez, cuando declaraba que la consecución de la meta, citada anteriormente, requiere de un número suficiente de personas cualificadas. En esta declaración se daba un paso más en el concepto de atención a los mayores, decía *“según decidan quienes reciben los cuidados”*, consideramos que nos invitaba a reflexionar sobre la orientación del cuidado, pasando del paradigma de la integración que asocia el concepto de cuidar, como hemos visto anteriormente, a *“realizar los cuidados con la persona”* (nosotros decidimos con ellos), al paradigma de la transformación, que como explicaremos más adelante, defiende que el cuidado se relaciona con *“estar con la persona, respetando sus deseos”* (ellos deciden y nosotros les acompañamos en su experiencia de salud).

3. LA ENFERMERÍA GERIÁTRICA EN EL ESPACIO EUROPEO DE EDUCACIÓN SUPERIOR.

3.1 El Espacio Europeo de Educación Superior.

La construcción del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), es un proceso que se inició en La Sorbona (1998)⁴⁷⁰, con la declaración que instaba al desarrollo de un "Espacio Europeo de Educación Superior"; se consolidó y amplió con la Declaración de Bolonia el 19 de junio de 1999⁴⁷¹, pretendía promover la convergencia entre sistemas nacionales de educación. Supuso una gran oportunidad para mejorar la calidad de la enseñanza superior en toda Europa, abriendo también una nueva etapa para la formación en Enfermería.

La Declaración estableció el plazo del año 2010 para la realización del Espacio Europeo de Enseñanza Superior, con fases bienales de realización, cada una de ellas termina mediante la correspondiente Conferencia Ministerial que revisa lo conseguido y establece directrices para el futuro. Desde 1999 se han celebrado las Cumbres Ministeriales de Bolonia 1999, Praga⁴⁷², Berlín⁴⁷³, Bergen⁴⁷⁴, Londres⁴⁷⁵, Benelux⁴⁷⁶ y Bucarest⁴⁷⁷.

El EEES no tiene como objetivo homogeneizar los sistemas de Educación Superior sino aumentar su compatibilidad y comparabilidad, respetando la diversidad. La construcción del EEES se basó en acuerdos y compromisos sobre los objetivos a alcanzar, se contempló como un espacio abierto en el que no existían obstáculos a la movilidad de estudiantes, titulados, profesores y personal de administración, se articuló en torno al reconocimiento de titulaciones y otras cualificaciones de educación superior, la transparencia (un sistema de titulaciones comprensibles y comparables organizado en tres ciclos) y la cooperación europea en la garantía de la calidad⁴⁷⁸.

Sistema de créditos europeos.

Tienen su origen en 1989, se desarrollaron con el programa de movilidad de estudiantes entre universidades "Programa ERASMUS", dando respuesta a la necesidad de encontrar un sistema de equivalencias y de reconocimiento de estudios cursados en otros países. El sistema de créditos europeos, se conocen como ECTS (European Credits Transfer System), es un sistema basado en la carga de trabajo que el estudiante necesita para la consecución de los objetivos de un programa. Estos objetivos se expresan en términos de resultados de aprendizaje y de las competencias que se han de adquirir⁴⁷⁹.

Los créditos europeos ECTS se definen como: la unidad de medida del haber académico, que comprende las enseñanzas teóricas y prácticas, con inclusión de otras actividades académicas dirigidas, así como las horas de estudio y de trabajo que el estudiante deba dedicar para alcanzar los objetivos formativos propios, de cada una de las materias del correspondiente plan de estudios. El sistema ECTS establece en 60 créditos el volumen de trabajo total de un estudiante a tiempo completo durante un curso académico y esto supone aproximadamente, para el crédito europeo, un volumen de trabajo del alumno entre 25 y 30 horas.

Se modificaba el concepto de crédito según la Ley de Reforma Universitaria (art 2º punto 7) que lo definía como la unidad de valoración de enseñanzas, corresponde a 10 horas de enseñanza teórica, práctica o sus equivalencias (ratificado en RD 779/1998 de 30 de abril, por el que se establecían las directrices generales comunes a los planes de estudios de títulos universitarios). Eran unidades de acumulación y tenían en cuenta exclusivamente las horas lectivas presenciales (clases teóricas y/o prácticas).

Sistema de calificaciones

En España, para facilitar la conversión rápida e inmediata de las calificaciones nacionales y su lectura en todos los países de la Unión Europea, se introdujeron las notas numéricas con un decimal y el cálculo de los porcentajes relativos de cada curso para su adaptación al sistema ECTS. Estas calificaciones se completarían añadiendo la escala de grados ECTS normalizada y la referencia a los porcentajes por curso⁴⁸⁰. En septiembre del 2003⁴⁸¹ se estableció que “El nivel de aprendizaje conseguido por los estudiantes se expresará con calificaciones numéricas que se reflejarán en su expediente académico junto con el porcentaje de distribución de estas calificaciones sobre el total de alumnos que hayan cursado los estudios de la titulación en cada curso académico.”

Suplemento europeo al título

La conferencia de Rectores de la Unión Europea, inició la promoción del Suplemento al Diploma, como herramienta indispensable para facilitar el reconocimiento de títulos en la Unión Europea. El “suplemento” añade información al título obtenido, mediante una descripción de la naturaleza, nivel, contexto y contenido del mismo. Pretendía describir los conocimientos, competencias adquiridas y la titulación obtenida, así como facilitar el reconocimiento por otras instituciones europeas. En el R.D. 1044/2003 de 1 de agosto⁴⁸², se estableció el procedimiento para la expedición por las Universidades del Suplemento Europeo al Título.

Enseñanzas y títulos oficiales

La aprobación en enero del 2005 de los reales decretos, por los que se establecía la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulaban los estudios universitarios oficiales de Grado⁴⁸³ y Postgrado⁴⁸⁴, facilitaban la consecución del objetivo de homogeneizar las titulaciones para todo el territorio español, de acuerdo a las líneas generales emanadas del Espacio Europeo de Educación Superior. Con esta regulación se inició la transformación de las enseñanzas universitarias oficiales, en un proceso progresivo hasta el año 2010, con la participación de los agentes académicos y sociales implicados.

El primer nivel o de Grado, comprende las enseñanzas universitarias de primer ciclo y tiene como objetivo, lograr la capacitación de los estudiantes para integrarse directamente en el

ámbito laboral europeo. El gobierno es el responsable de establecer los requisitos para la obtención este título oficial de grado y las directrices de los planes de estudios.

Un segundo nivel de Postgrado, integra el segundo ciclo de estudios, dedicado a la formación avanzada conducente a la obtención del título de Máster, y el tercer ciclo, conducente a la obtención del título de Doctor, que representa el nivel más elevado de la educación superior. Las universidades serán las que elaboren los programas de postgrado en la forma que lo determinen sus estatutos, debiendo posteriormente, solicitar el informe de la Comunidad Autónoma competente y remitirlos al Consejo de Coordinación Universitaria para su homologación. Aunque conservan la denominación con la que se identificaban en el sistema anterior, su transformación es una de las más relevantes dentro del EEES.

3.2 Primer ciclo: Grado en Enfermería.

Para Enfermería, la puesta en marcha de la titulación de grado, permite la revisión y adaptación de la formación enfermera hacia los cuidados más demandados, como son los cuidados a los mayores y necesidades emergentes en la salud de la sociedad actual. Como dice M^a Pilar Arrollo Gordo⁴⁸⁵ *“...en esta etapa de cambio educativo la mayor oportunidad es la posibilidad de detenernos a pensar, es decir, de permitirnos buscar el establecimiento eficaz de una relación dialéctica que nos lleve al encuentro de un equilibrio entre lo individual (nuestro propio entorno profesional) y lo diverso (la sociedad globalizada en la que vivimos) con el objetivo de configurar una universidad con carreras útiles para la vida y estrechamente conectadas con el mundo real”*.

Las enfermeras como profesionales expertos en proporcionar cuidados, guiar, enseñar y promover un entorno favorable, para satisfacer las necesidades de salud de las personas de forma individual, familiar, social y a la comunidad en general, lo harán en las distintas etapas del ciclo vital⁴⁸⁶. Deberán proporcionar cuidados durante la vejez en situaciones relacionadas con la salud y el bienestar de los mayores, identificando necesidades y capacidades, para poder establecer cuidados, mejorando sus condiciones de vida, ayudando a compensar sus limitaciones y prestando atención en el momento de su muerte.

Planes de estudios

Los planes de estudios fueron elaborados teniendo en cuenta el nuevo paradigma que planteaba la Convergencia Europea para la enseñanza universitaria: la enseñanza por competencias con nuevas metodologías más dinámicas y activas, poniendo énfasis en aprender a aprender, cediendo protagonismo y responsabilidad al estudiante, valorando el tiempo de estudio y otorgando un nuevo papel del tutor.

Para la adaptación del título de Enfermería al EEES, se tuvieron en cuenta las normas reguladoras implicadas en la formación de los profesionales sanitarios, de forma general y específicamente en la profesión enfermera, así como aquellas que hacían referencia a la Enseñanza Universitaria y además, cada Universidad tuvo la oportunidad de realizar cuantas

consultas internas (estudiantes, profesorado, expertos, personal de administración y servicios..) o externas (organizaciones profesionales, organizaciones sindicales, profesionales expertos, representantes de las instituciones sociosanitarias, empleadores...) consideró oportunas. Asimismo, se dispuso de diversas fuentes de documentación, como el Proyecto Tuning Educational Structures in Europe, cuya representante española fue la profesora Concepción Germán Bes de la Universidad de Zaragoza; el Libro Blanco de Enfermería⁴⁸⁷ coordinado por los directores, en ese momento, de las Universidades de Zaragoza (Profesor D. Luis Benués Vázquez) y Barcelona (Profesora D^a Margarita Peya Gascons) y el proyecto para la adecuación de la formación enfermera al EEES, elaborado desde el Consejo General de Enfermería, coordinado por la profesora D^a Rosa M^a Blasco. Estos trabajos ofrecieron un detallado análisis sobre diversos aspectos relacionados tanto con la enfermería europea como nacional y planteaban propuestas sobre aspectos a tener en cuenta en la elaboración de los nuevos planes de estudios de enfermería.

Desde el proyecto Tuning se abordaron las líneas de acción señaladas en Bolonia y, en particular, la adopción de un sistema de titulaciones fácilmente reconocibles y comparables, de un sistema basado en dos ciclos y el establecimiento de un sistema de créditos. Se propusieron referencias para la especificación de las competencias genéricas y las específicas de cada disciplina de primer y segundo ciclo. El grupo Enfermero participó en la segunda fase del proyecto, con cuatro líneas de trabajo: competencias genéricas, competencias temáticas específicas (conocimiento y habilidades), ECTS como un sistema de acumulación y aproximación al aprendizaje y evaluación⁴⁸⁸. Este trabajo sirvió como marco de referencia, cuando en España, se elaboró el Libro Blanco de la titulación de Grado en Enfermería⁴⁸⁹.

Con las aportaciones elaboradas por los representantes de diferentes universidades españolas en coordinación con la Conferencia Nacional de Directores de Escuelas de Enfermería⁴⁹⁰, se elaboró el Libro Blanco de Enfermería, estableciéndose que el perfil profesional de los titulados en Enfermería debía ser generalista. En este trabajo se exponía la situación de los estudios de enfermería en los países de la Unión Europea, la oferta y demanda de estudiantes de enfermería, perfil profesional, las competencias transversales y específicas (adoptaron las que contemplaba el proyecto Tuning), la estructura de la titulación y sus objetivos. Este grupo de trabajo propuso ocho campos de conocimiento para enfermería entre los que se encuentra Enfermería en diferentes etapas del ciclo vital donde se incluía la etapa de la vejez.

El proyecto para la adecuación de la formación enfermera al EEES, promovido por el Consejo General de Enfermería, ofrecía un minucioso estudio sobre la situación de la enfermería en España a nivel profesional, los cambios sociales, legislativos y de las organizaciones de trabajo que influían y justificaban la reforma de los planes de estudios de enfermería. Planteaba las competencias que debía configurar el perfil de la enfermera/o generalista y la estructura de 240 créditos (4 años de formación).

En los proyectos mencionados anteriormente podemos identificar dos tipos de competencias^{491,492}: a.- las competencias transversales o también denominadas genéricas, son aquellas que su utilidad atraviesa todo el plan de formación del estudiante entre diferentes materias y contextos, como por ejemplo, la capacidad de análisis y síntesis, capacidad de aprender, capacidad para adaptarse a nuevas situaciones, capacidad de trabajar en equipo,

compromiso ético, capacidad de crítica y autocrítica, etc... y b.- las competencias específicas, son aquellas que identifican resultados de aprendizaje de carácter concreto de una materia, como por ejemplo, las competencias para utilizar adecuadamente un abanico de habilidades, intervenciones y actividades para proporcionar cuidados óptimos, encontramos la capacidad para responder a las necesidades personales durante el ciclo vital y las experiencias de salud o enfermedad.

Nuevo paradigma.

Se dejaba atrás una formación basada en conocimientos para pasar a una formación basada en la adquisición de determinadas competencias. El centro de atención en la planificación didáctica serán las competencias a adquirir por los estudiantes, rompiendo el concepto tradicional lineal del profesor⁴⁹³. Podemos encontrar diversas definiciones de competencia, según el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)⁴⁹⁴ “un nivel de realizaciones que demuestra la aplicación efectiva de los conocimientos, capacidades y juicio”, “conjunto de conocimientos, destrezas y aptitudes necesarios para ejercer una profesión, resolver problemas profesionales de forma autónoma y flexible y ser capaz de colaborar en su entorno profesional y en la organización del trabajo”⁴⁹⁵. Desde una perspectiva pedagógica, se define la competencia como una aptitud para movilizar todo tipo de recursos cognitivos (saberes personales, saberes profesionales, saberes procedentes de la experiencia...) para hacer frente a situaciones singulares. Se ha demostrado que la enseñanza por competencias es más compleja que la mera aplicación de saberes⁴⁹⁶.

Si extrapolamos el concepto de competencia, en relación con los cuidados de enfermería en la vejez, podríamos describirlo como “la capacidad individual para aprender actividades de atención a los mayores, que requieran una planificación, ejecución y control autónomo”. Implica la adquisición de conocimientos, capacidades y recursos centrados en un aprendizaje crítico, autónomo a lo largo de toda la vida, que permita a los estudiantes afrontar situaciones en las que posea o no todos los conocimientos, sí tenga herramientas que le faculten para ofrecer cuidados óptimos, en el entorno de atención a los mayores.

Una vez establecidas las competencias la decisión debe centrarse en las modalidades (maneras de organizar y llevar a cabo los procesos de enseñanza y aprendizaje) y métodos (forma de proceder que tienen los profesores para desarrollar su actividad docente) de enseñanza que se van a tener en cuenta a la hora de impartir la asignatura, para que los estudiantes adquieran los aprendizajes establecidos. La diversidad y riqueza metodológica debe encontrar un equilibrio entre la finalidad, propósitos y la disponibilidad de medios que se dispongan.

Son numerosas las experiencias, vivencias, aprendizajes y propuestas publicadas que sirven como modelos o referentes en el ámbito de las metodologías, podemos verificar que existe un amplio elenco de profesionales dinámicos y comprometidos con estas nuevas metodologías. Solo por mencionar algún ejemplo señalamos: la adaptación de los servicios de las bibliotecas que asumen una nueva demanda⁴⁹⁷, los nuevos apoyos didácticos en las asignaturas como los campos virtuales⁴⁹⁸, el aprendizaje cooperativo a través de grupos pequeños de trabajo

y seminarios^{499,500}, la realización de portafolio⁵⁰¹, diversos aspectos de la evaluación (quizás el área más compleja) que miden la adquisición de competencias^{502,503} o incluso publicaciones sobre la influencia de las competencias en la planificación de los programas y en la tutorización de las prácticas clínicas^{504,505,506,507}.

Normativa aplicable a los nuevos planes de estudios.

La nueva estructura de los planes de estudio se propuso inicialmente a través del Real Decreto 55/2005, como hemos mencionado anteriormente, y Real Decreto 1509/2005⁵⁰⁸, donde se establecían los dos ciclos de enseñanzas universitarias Grado y Postgrado, si bien fueron derogados como consecuencia de la promulgación de la Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modificó la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, de universidades, sentando las bases para realizar una profunda modernización de la Universidad Española.

En la actualidad el Real Decreto de ordenación de las enseñanzas universitarias acordes con el Espacio Europeo de Educación Superior⁵⁰⁹ y su posterior modificación en el 2010⁵¹⁰, establece la nueva organización de las enseñanzas universitarias e introduce cambios drásticos en la estructura, en la metodología docente y en las competencias profesionales de las diferentes titulaciones⁵¹¹. Los planes de estudios tendrán 240 créditos estructurados en 4 años, contendrán toda la información teórica y práctica que el estudiante deba adquirir: aspectos básicos de la rama de conocimientos, materias obligatorias u optativas, seminarios, prácticas externas, trabajos dirigidos, trabajo fin de grado u otras actividades formativas, para enfermería implica un nuevo perfil académico con un año más que hasta ese momento y la realización de un Trabajo Fin de Grado.

Enfermería como profesión regulada, entendida como actividad o conjunto de actividades profesionales para cuyo acceso, ejercicio o modalidad de ejercicio se exija, de manera directa o indirecta, estar en posesión de determinadas cualificaciones profesionales, en virtud de disposiciones legales, reglamentarias o administrativas, la formación enfermera según establece la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias⁵¹² y la Directiva Europea^{513,514}, requiere de unos acuerdos que establezcan las condiciones mínimas de formación para obtener el Título de Graduado en Enfermería. Se normalizan los objetivos y competencias necesarias para ejercer la profesión^{515,516}, esta nueva legislación establece las competencias distribuyéndolas en tres módulos: formación básica común, de ciencias de la enfermería y prácticas tuteladas y trabajo Fin de Grado.

En el Módulo de Ciencias de la Enfermería, se detallan las competencias específicas relacionadas con el cuidado de los mayores: comprender los cambios asociados al proceso de envejecimiento y su repercusión en la salud; identificar las modificaciones estructurales, funcionales, psicológicas y de formas de vida asociadas al proceso de envejecer; conocer los problemas de salud más frecuentes en las personas mayores; seleccionar las intervenciones cuidadoras dirigidas a tratar o a prevenir los problemas de salud y su adaptación a la vida diaria mediante recursos de proximidad y apoyo a la persona anciana.

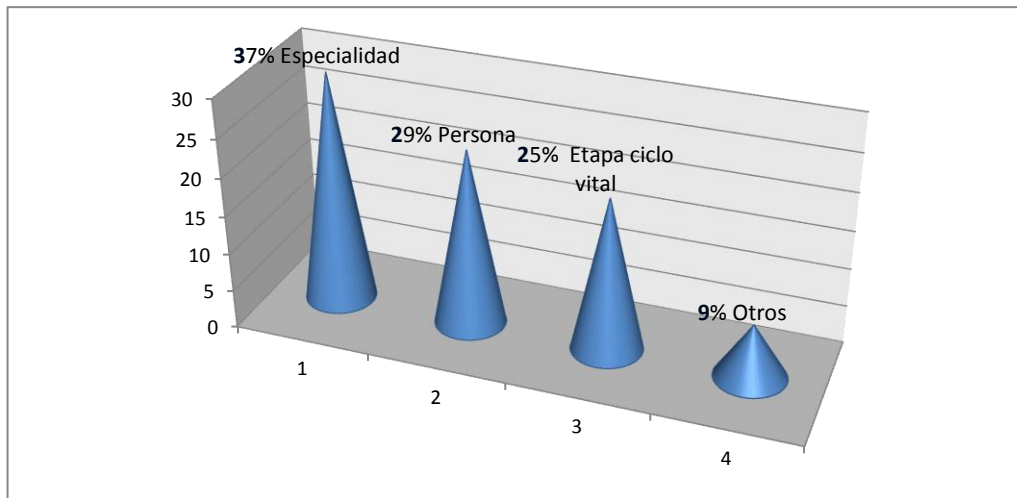
La legislación garantiza que todos los profesionales de enfermería reciban formación en relación con la vejez y el envejecimiento, fundamental para una adecuada atención de los complejos problemas de los mayores⁵¹⁷. Sin embargo, esta nueva normativa deja sin concretar el número de créditos que deben impartirse para desarrollar las competencias propuestas, también deja muy abierto el desarrollo de las Prácticas Tuteladas, cada Universidad puede interpretar y decidir la organización de las asignaturas y la planificación del Prácticum para adquirir las competencias relacionadas con los cuidados de enfermería a los mayores. El nombre de la asignatura tampoco está especificado. Ante la propuesta de cambio de paradigma, en el que se potencia la enseñanza por competencias, con nuevas metodologías más dinámicas y activas, con énfasis en el aprendizaje autónomo y mayor protagonismo del estudiante, nos preguntamos ¿Cómo han interpretado y aplicado los docentes de la Enfermería Geriátrica este nuevo paradigma?, ¿Cómo planifican las asignaturas relacionadas con la etapa de la vejez, en el nuevo contexto que propone el EEES?.

La planificación de la Enfermería Geriátrica en el EEES.

Para encontrar una respuesta a nuestras preguntas, llevamos a cabo un estudio de las Guías Docentes publicadas en los planes de estudios publicados en las páginas web de los Centros de Enfermería, pertenecientes a la Conferencia Nacional de Directores de Centros Universitarios de Enfermería (CNDUCUE)⁵¹⁸. Como ya hemos explicado en el capítulo de metodología, efectuamos un análisis descriptivo de las guías de las asignaturas que abordan los cuidados de enfermería durante la etapa de la vejez. Los datos analizados son: denominación de la asignatura, temporalización en el plan de estudios, número de créditos, horas y su distribución, competencias específicas y transversales, objetivos, metodología didáctica y criterios de evaluación.

Los resultados corresponden a 79 Escuelas/Facultades integradas o adscritas a una Universidad pública o privada. El 30% de los centros consultados no tienen publicada la guía de asignatura completa, en el momento de nuestro estudio, por lo que no hemos podido analizar con detalle las variables sobre competencias, objetivos, metodologías y criterios de evaluación. Los resultados obtenidos en relación a la variable “denominación de la asignatura” son muy variados, los agrupamos en torno a los conceptos de: especialidad, persona y etapa. Denominaciones próximas a la especialidad: Enfermería Geriátrica, Enfermería Gerontológica, Enfermería Geronto-Geriátrica, Enfermería en la Salud Geronto-Geriátrica; denominación relacionada con la persona a cuidar: Enfermería de la persona mayor, Cuidados de la gente mayor, Cuidados de enfermería en anciano; la denominación relacionada con la etapa del ciclo vital: Enfermería del envejecimiento, Cuidados en el proceso de envejecimiento, Enfermería en la vejez y atención a la dependencia y por último se presenta con otras denominaciones en las que se incluye en conjunto con otras materias, por ejemplo: Enfermería clínica I: Enfermería gerontológica o Enfermería clínica en la infancia, adolescencia y envejecimiento.

Figura 26. Denominación de las asignaturas del cuidado en la vejez.



Fuente. Elaboración propia.

Esta variabilidad nos sugiere la creatividad, que sin duda, los docentes han demostrado, ante el reto de definir una asignatura en la que por toda norma se establecía que los estudiantes de grado de enfermería tienen que adquirir competencias para el cuidado en las diferentes etapas del ciclo vital. Estas denominaciones creemos que pueden ser la respuesta a reflexiones en las que se han priorizado diferentes criterios como: dejar atrás la misma denominación técnica de las especialidades de los médicos y dar valor al contenido específico de nuestra profesión, el cuidado a la persona, si bien el término empleado podría marcar diferencias de género al proponer el anciano o el mayor ¿Dónde queda la anciana o la mayor?, como mecanismo que asegure la igualdad y no discriminación, se ha podido decidir no titular de esta forma la asignatura. Otras opciones, definen la atención de enfermería a los individuos/grupo en una determinada etapa del ciclo vital, como proponen las competencias marcadas para la obtención del título de enfermero, por tanto de la etapa de la vejez derivan términos como envejecimiento o vejez. Por último encontramos el nombre con el que finalmente se ha denominado a la especialidad (Enfermería Geriátrica) o por el nombre propuesto por el grupo de expertos que trabajó en su desarrollo (Enfermería Gerontológica).

Sin embargo, creemos que estas denominaciones tan diversas nos pueden llevar a una falta de identidad clara de cara a la sociedad, como dice la Dra. Concha Germán⁵¹⁹, el nombre es un elemento clave de identidad, en este caso de identidad profesional, a cada persona le corresponde una identidad personal y puede que una o varias de tipo profesional o de grupo ¿Nos identificamos con la denominación de la asignatura?.

Al valorar con detalle la temporalización, comprobamos como las asignaturas relacionadas con la vejez, de forma mayoritaria, se han programado en tercer curso para ser impartidas en un semestre/cuatrimestre. En cuanto al número de créditos 6ECTS han sido los determinados por la mayoría de los centros, con un rango entre 3 y 9. Si bien, en nuestro estudio no hemos podido cuantificar los créditos del Prácticum que van a ser asignados en servicios específicos de atención a los mayores. La presencialidad definida por las Universidades oscila

entre el 30 y el 60%, de nuevo encontramos una gran variedad en el número de horas asignadas a esta materia. Las horas establecidas para clases magistrales y las propuestas para trabajar en grupos más reducidos con distintas metodologías, también observamos una gran diversidad entre universidades.

Figura 27. Créditos asignados a la asignatura de vejez

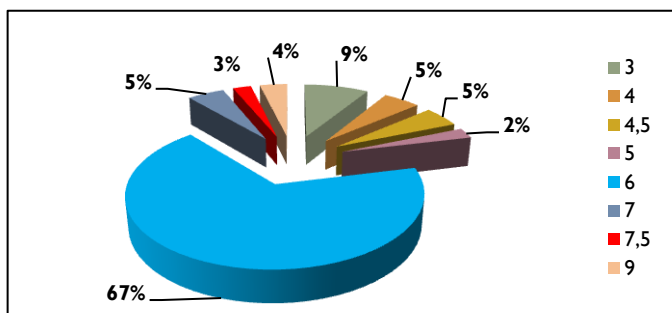
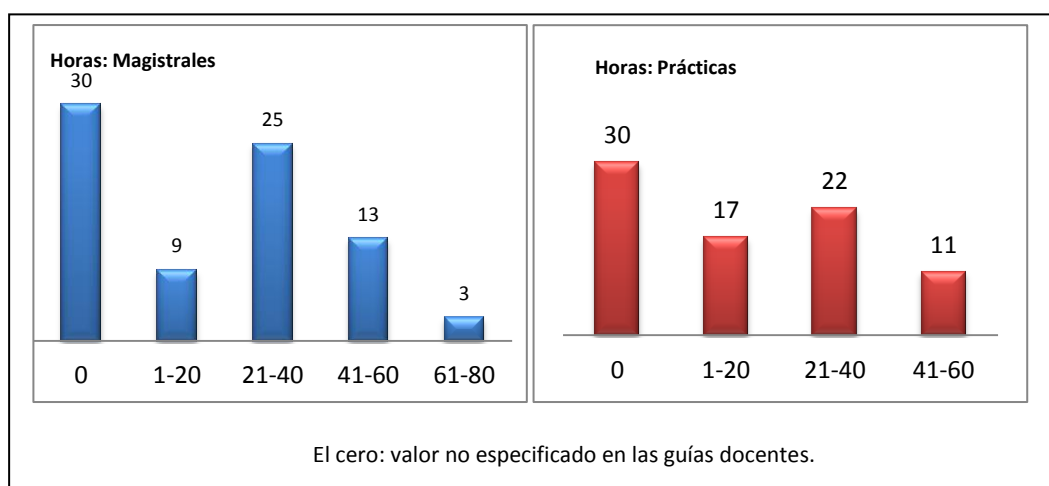


Figura 28. Número de horas magistrales y prácticas de la asignatura de vejez



En cuanto a las competencias definidas, advertimos que la propuesta sobre las competencias que deben adquirir y desarrollar los estudiantes también es muy variada. El número de competencias transversales descritas por los centros en sus guías oscilan entre 1 y 18, en el análisis cualitativo llegamos a identificar hasta 25 competencias descritas. Las que con mayor frecuencia encontramos son la capacidad para: trabajar en equipo, comunicarse de forma verbal y no verbal y mantener relaciones interpersonales, aprender, aplicar el razonamiento crítico, de análisis y síntesis toma de decisiones.

Respecto a las competencias específicas se describen entre 2 y 11, el total de propuestas entre todos los centros analizados son de 19. Las competencias específicas más destacadas son las descritas en la orden CIN sobre la vejez ya mencionadas anteriormente. También hay centros que detallan las relacionadas con la metodología enfermera como, aplicar el proceso de enfermería para proporcionar y garantizar el bienestar la calidad y seguridad a las personas

atendidas; u otras: conocer los cuidados paliativos y control del dolor para prestar cuidados que alivien la situación de los enfermos avanzados terminales; y ser capaz de utilizar los medicamentos, evaluando los beneficios esperados y los riesgos asociados y/o efectos derivados de su administración y consumo. El trabajo en equipo es considerado en el 11% de los programas analizados como competencia específica.

Pensamos que un número tan elevado de competencias puede complicar el diseño de la asignatura, puesto que debemos programar actividades donde realmente podamos evaluar cada una de las competencias propuestas, recordemos que las competencias deben ser evaluables, deben permitir su realización y evaluación de forma gradual, pudiendo tener grados de dominio o de ejecución (desempeño)⁵²⁰, debe estar asociada a comportamientos específicos y observables, en los que se puede discriminar el desempeño de cada una de ellas. Una dificultad observada en este estudio, es que en la clasificación de las competencias existe disparidad de criterios, encontramos competencias como: trabajo en equipo, comunicación, trabajo autónomo..., descritas tanto como competencias transversales como específicas. También hemos podido confrontar que competencias transversales no descritas luego se consideran prioritarias en el desarrollo del programa práctico (ejemplo el trabajo en equipo).

Consideramos que esta propuesta está definida desde la teoría y la buena voluntad de elaborar un programa completo “competente”, sobre el cuidado del mayor y requerirá modificaciones cuando se analice su viabilidad en cuanto a su aplicación práctica, nuestra pregunta es: ¿Seremos capaces de evaluar cada una de las competencias descritas en el momento de nuestro estudio?.

Una vez establecidas las competencias hay que decidir las modalidades (“maneras de organizar y llevar a cabo los procesos de enseñanza y aprendizaje”) y métodos (“forma de proceder que tienen los profesores para desarrollar su actividad docente”) de enseñanza que se van a tener en cuenta a la hora de impartir la asignatura para que los estudiantes adquieran los aprendizajes establecidos. La diversidad y riqueza metodológica debe encontrar un equilibrio entre la finalidad y propósitos y la disponibilidad de medios, como hemos visto anteriormente son numerosas las experiencias publicadas. En nuestro análisis observamos que los profesores proponen entre 4 y 6 métodos diferentes para alcanzar los objetivos de aprendizaje y el desarrollo de las competencias definidas en su guía docente. Las metodologías de mayor aceptación en la materia analizada son: clase magistral, la evaluación, seminarios, tutorías, prácticas de laboratorio y resolución de casos. Las tutorías entendemos que es un medio importante de ayuda para el aprendizaje del estudiante, no está descrito como método en muchas de las guías pero sí contemplado como actividad del docente en todas las universidades, ¿se da por supuesto la opción que tienen los estudiantes de ser tutorizados y no lo especificamos en nuestras guías?. Los resultados de aprendizaje u objetivos también son muy heterogéneos.

En cuanto a la evaluación, es una de las tareas fundamentales del profesorado y un factor extraordinariamente influyente en los sistemas y procesos de trabajo del estudiante⁵²¹. El proceso de convergencia al EEES implica una serie de cambios en la forma de entender y practicar la evaluación en la docencia universitaria^{522,523}: dar más importancia a la evaluación continua y formativa que a la final y sumativa, evaluar el proceso de aprendizaje y no solo el

producto final. Evaluar diferentes tipos de aprendizaje y competencias que hemos planificado, no solo los exámenes tradicionales, realizar evaluación orientada a mejorar los aprendizajes y los procesos de enseñanza aprendizaje y no solo como control final de dichos procesos. La evaluación formativa se entiende como “todo proceso de constatación, valoración y toma de decisiones cuya finalidad es optimizar el proceso de enseñanza-aprendizaje que tiene lugar, desde una perspectiva humanizadora y no como mero fin calificador”⁵²⁴. Los resultados de nuestro trabajo corroboran que los profesores ponen en práctica este nuevo concepto de evaluación, reduciendo peso a la prueba escrita e incorporando nuevas propuestas de evaluación formativa.

Podemos concluir con respecto al planteamiento de esta materia, que las asignaturas desarrolladas para abordar los cuidados de enfermería durante el ciclo vital para la etapa de la vejez, muestran cierta “divergencia en su planteamiento”, en las distintas guías docentes analizadas. Se ha modificado la denominación previa y común a todos los centros: Enfermería Geriátrica, el número de competencias propuestas tan elevada puede complicar la evaluación individualizada de los estudiantes, los criterios de evaluación se aproximan al nuevo paradigma del EEES y las propuestas dan un peso importante a la evaluación formativa.

El enfoque de cuidados desde la docencia actualmente se podría asociar con el paradigma de transformación propuesto por Keruoac, en su acepción de cuidado individualizado, integral, basado en estar con los mayores y sus cuidadores, potenciando sus capacidades. El desarrollo de las competencias específicas junto con las competencias transversales como son: la capacidad para trabajar en equipo, la de aplicar un razonamiento crítico, establecer relaciones interpersonales, desarrollo de creatividad, trabajar con criterios de calidad o la capacidad para reconocer la diversidad y multiculturalidad, pueden facilitar que los futuros profesionales se identifiquen con una orientación del cuidado dirigido al bienestar, tal como la persona mayor lo defina, según lo expresa el paradigma de la transformación.

Este paradigma define a *la persona* como un todo indisoluble, mayor que la suma de sus partes y diferente de esta, que orienta sus cuidados según su potencial y sus preferencias. Es inmovible de su universo, en relación mutua y simultánea con su entorno dinámico; *la salud* es una experiencia vivida por cada individuo con su propia perspectiva; el entorno compuesto por el conjunto del universo del que formamos parte; *el cuidado* se dirige al bienestar de la persona según lo define ella, la enfermera basándose en sus conocimientos, acompaña a la persona en su experiencia de salud siguiendo su ritmo, intervenir significa “estar con” la persona, crea posibilidades de desarrollar el potencial de la persona y se obtiene un beneficio mutuo.

La intervención enfermera está orientada a conseguir el bienestar del mayor dando respuestas individualizadas a sus necesidades, desde una perspectiva holística, respetando los valores del mayor y haciéndole partícipe de su cuidado. El proceso de envejecimiento, los cambios que en él se producen tienen diferencias individuales y el significado que cada persona le da depende de múltiples factores: su experiencia de vida, su cultura, sus conocimientos, sus cosas, sus valores personales y colectivos, su entorno, su contexto. Conocer la cultura y las prácticas personales de los mayores facilitará a la enfermera proponer cuidados integrales e integradores que favorezcan la calidad de vida de este grupo de población⁵²⁵. Los cuidados

profesionales a los mayores están fundamentados en un conocimiento teórico, que facilite la interpretación y análisis de las situaciones de cuidado que tendremos que ofrecer, centrado en el fenómeno más que en los detalles que lo originan y permitan mayor calidad, desarrollo y avance profesional⁵²⁶. El profesional de la gerontología debe comprometerse con la generación de conocimiento.

3.3 Segundo ciclo: Postgrado.

La formación continuada es un elemento esencial en el EEES, así se recoge en la legislación española, en la exposición de motivos de la Ley Orgánica de Universidades⁵²⁷ se declara *“La nueva sociedad demanda profesionales con el elevado nivel cultural, científico y técnico, que sólo la enseñanza universitaria es capaz de proporcionar. La sociedad exige, además, una formación permanente a lo largo de la vida, no solo en el orden macroeconómico y estructural, sino también como modo de autorrealización personal. Una sociedad que persigue el acceso masivo a la información necesita personas capaces de convertirla en conocimiento mediante su ordenación, elaboración e interpretación”*. El conocimiento como fuerza y como recurso es un elemento de refuerzo, a mayor conocimiento, mayor capacidad de desarrollo⁵²⁸.

En la Ley Orgánica de Universidades (LOU) se añaden nuevos objetivos respecto a la anterior Ley de Reforma Universitaria (LRU), referentes a la función de la Universidad como difusora de conocimientos, estos deben ser transferidos al servicio de la cultura, la calidad de vida y el desarrollo económico. Mientras que en la LRU se hablaba de apoyo científico y técnico, la LOU dota de mayor importancia a la difusión de conocimientos como fuente de riqueza y desarrollo para las sociedades que sustentan sus Universidades. A la vez destaca la función de la Universidad en la transferencia del conocimiento y la cultura, y la formación a lo largo de la vida.

La formación continuada es un proceso dinámico de desarrollo global de la profesionalidad, no solo en el área cognitiva, sino también en el área de habilidades prácticas y del área de las actitudes, es la vía más adecuada para garantizar la adaptación de los profesionales a las nuevas situaciones, tecnologías y conocimiento⁵²⁹. La formación universitaria de postgrado en nuestro país introduce el título de Máster y el tercer ciclo, conducente a la obtención del título de Doctor, abriéndose para la Enfermería la posibilidad de acceso al nivel más elevado de la educación superior.

La oferta formativa es muy variada, en ella podemos distinguir distintos tipos de estudios de postgrado, encontramos los Títulos Propios de Universidad organizados en cada universidad, su validez es la que se quiera otorgar en el organismo o empresa donde se presente, complementan el conjunto de enseñanzas curriculares con estructura, configuración, rigor científico y académico semejantes a los Planes de Estudios Oficiales, desarrollando nuevos perfiles profesionales o complementando los ya existentes, son Máster, Magister, Especialista o Experto Universitario. En el Máster Universitario Oficial, sus planes de estudios tienen entre 60 y 120 créditos de formación teórica y práctica, asume como finalidad la adquisición por el estudiante de una formación avanzada, de carácter especializada o multidisciplinar, orientada a la especialización académica o profesional, o bien a promover la iniciación de tareas investigadoras. Estos últimos títulos universitarios no podrán inducir a confusión ni coincidir en

su denominación y contenidos con los de los especialistas en ciencias de la salud regulados en la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias.

Las Escuelas Universitarias de Enfermería se abrieron a las nuevas expectativas del EEES, siendo la vía para consolidar un desarrollo académico largo tiempo deseado, Títulos Propios de segundo ciclos se transformaron en Máster Oficial⁵³⁰ y se aprobaron otros nuevos, como ejemplo en la Universidad de Zaragoza en relación al tema que nos ocupa, encontramos el máster en Gerontología Social en Santiago de Compostela, en Bilbao el máster oficial Enfermería Gerontológica o en la Universidad de Jaén los máster: Gerontología social: longevidad, salud y calidad de vida y el de Dependencia e igualdad en la autonomía personal. La superación de estos ciclos da opción a una mayor especialización y superación de un nuevo ciclo con sus correspondientes contenidos académicos y prácticos, conduce a la posibilidad de acceder al título de Doctor, que representa el nivel más alto en la educación superior.

Además de la oferta Universitaria los profesionales de enfermería nos encontramos con una amplia gama de oportunidades de formación continuada, que permite una actualización de conocimientos para estar al día en el desempeño de la profesión, incrementando los niveles de cualificación. Las Instituciones Sanitarias presentan en sus planes de gestión anual un número importante de opciones de formación para el personal de enfermería; las Organizaciones Sindicales también ofrecen la posibilidad de formación continuada bien de forma presencial o no presencial; la Organización Colegial en sus sedes provinciales facilitan a sí mismo, este tipo de formación y desde la Escuela de Ciencias de la Salud amplían la oferta presencial, no presencial o virtual; además existen diversas organizaciones que también ofertan cursos de formación a los profesionales de enfermería. La mayoría de los cursos que se ofrecen están acreditados, es decir, los ha valorado un organismo externo con unos criterios y estándares previamente establecidos, ésta se convierte en valor curricular para los receptores de la formación acreditada.

4. RESUMEN EVOLUCIÓN DE LA ASIGNATURA SOBRE LOS CUIDADOS EN LA VEJEZ.

La integración de los estudios de enfermería en la Universidad en 1977, marcó una nueva orientación de la profesión y disciplina⁵³¹. La transformación de la realidad académica ha sido un proceso continuo en el tiempo, la asignatura de la Enfermería Geriátrica, ha ido evolucionando junto a la disciplina enfermera, con una creciente preocupación por unos cuidados basados en el conocimiento propio de enfermería, para ofrecer cuidados de salud óptimos a los mayores. Si bien el orden cronológico no coincide con la definición de Kerouac y col., en nuestro análisis sobre la evolución del enfoque de la enfermería geriátrica desde el ámbito de la docencia universitaria y su progresión, identificamos corrientes de pensamiento asociados con los paradigmas de la categorización, integración y transformación, tal como los cita Kerouac y col., por tanto nos encontramos en un periodo paradigamático similar a otros países.

La Enfermería Geriátrica ofrece conocimientos sobre los cuidados a los mayores y ha ido modificándose y amoldándose, a las necesidades de salud demandadas por la sociedad y al marco legislativo: sanitario, profesional y de educación. Los cambios sociales acaecidos como son las modificaciones en el patrón demográfico (envejecimiento de la sociedad), prevalencia de enfermedades crónicas, avances científicos, incremento de la diversidad cultural, nuevas formas de gestión sanitaria o el concepto de desarrollo sostenible entre otros, conlleva la necesidad de ofrecer respuestas desde una visión abierta, avanzada, crítica, responsable y autónoma que garantice unos cuidados de calidad, mejore las cotas de bienestar y la calidad de vida de los mayores, todo sustentado en unos sólidos conocimientos.

En gran medida la base de todo edificio es la formación académica, arcilla en el que se moldea gran parte de nuestro ser profesional⁵³². La presencia de asignaturas como las relacionadas con el cuidado de las personas mayores, juegan un papel imprescindible en la reflexión formativa de los cuidadores de los mayores y constituyen la base de una formación postgrado especializada, que profundice estas reflexiones y nos den identidad como profesión. Se han producido modificaciones acordes con las necesidades de salud que demanda la sociedad, con una reivindicación clara por parte de los profesionales de enfermería “no tener techo” en la formación de la disciplina, poder acceder al doctorado y el reconocimiento de las especialidades.

Figura 29. Descriptor de asignaturas Enfermería Geriátrica, en los planes de estudios.

	Año 1977*	Año 1990**	Año 2008***
Título	Diplomado Universitario de Enfermería.	Diplomado Universitario de Enfermería.	Graduado en Enfermería.
Tiempo de formación.	3 años	3 años 180-210 créditos	4 años 240 créditos
Tipología de asignatura.	Fundamental	Materia Troncal	Módulo de ciencias de la Enfermería
Denominación	Enfermería Psiquiátrica y Geriátrica.	Enfermería Geriátrica.	Sin especificar, cada Universidad decide.
Horas/Crédito asignadas	Sin especificar	2 Teóricos y 4 prácticos. Total: 6	Sin especificar, cada Universidad decide.
Temporalidad	Tercer curso. Cuatrimestral.	Sin especificar.	Sin especificar.
Descriptor de la asignatura	Aspectos patológicos que plantea el paciente geriátrico, encaminados a conseguir una adecuada asistencia de Enfermería en estos procesos y su rehabilitación posterior.	Teorías del envejecimiento. Aspectos demográficos, sociológicos y psicológicos del envejecimiento. Cuidados de enfermería al anciano sano y enfermo.	Comprender los cambios asociados al proceso de envejecer y su repercusión en la salud. Identificar modificaciones estructurales, funcionales, psicológicas y de formas de vida asociadas al proceso de envejecer. Conocer los problemas de salud más frecuentes en las personas mayores. Seleccionar intervenciones cuidadoras dirigidas a tratar o a prevenir los problemas de salud y su adaptación a la vida diaria mediante recursos de proximidad y apoyo a la persona anciana.

*1977 Orden de 31 de octubre de 1977 por la que se dictan directrices para la elaboración de Planes de Estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería.

** Real Decreto 1466/1990 de 26 de octubre, por el que se establece el título oficial de Diplomado en Enfermería y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquel.

*** Resolución de 14 de febrero de 2008, de la Secretaria de Estado de Universidades e Investigación, por la que se da publicidad al acuerdo del Consejo de Ministros de de 8 de febrero 2008, por el que se establecen las condiciones a las que deberán adecuarse los planes de estudios conducentes a la obtención de títulos que habiliten para el ejercicio de la profesión regulada de enfermería. Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión Enfermero.

B. ESPECIALIZACIÓN DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA.

El desarrollo de las especialidades de enfermería es la respuesta a una de las reivindicaciones históricas de la enfermería española. Según la editorial de la revista *Excelencia Enfermera*⁵³³, en el año 2004 el desarrollo de las especialidades era el tema prioritario para un 98% de los profesionales de enfermería y un 92,3% pensaba solicitar que se le reconociese una especialidad en el año 2009⁵³⁴.

La Especialidad de Enfermería Geriátrica se planteó como una necesidad por parte de diversos organismos nacionales e internacionales (OMS, Naciones Unidas, Sociedades Científicas, Organización Colegial), declaraciones como esta: *“existe la necesidad clara de formación de especialistas en todas las profesiones sanitarias y sociales”* entre las que se especifica la enfermería⁵³⁵, así lo corroboran. En el documento europeo sobre el futuro de la promoción de la salud y las acciones preventivas, la investigación básica y los aspectos clínicos de las enfermedades relacionadas con el envejecimiento, recomienda que en la formación de los profesionales se incorpore la gerontología como un componente básico de los currícula de pre y postgrado.

En el desarrollo y reconocimiento de la especialidad de la Enfermería Geriátrica pensamos que están presentes los factores que condicionan la profesionalización⁵³⁶, destacando: los colegios profesionales, las asociaciones científicas, la educación universitaria, la legislación y los factores sociológicos. Han sido numerosas las voces que han argumentado y justificado la necesidad de formar enfermeras/os especializados en el cuidado de los mayores, entre los motivos argumentados destacamos: los cambios demográficos ya analizados anteriormente junto con los cambios en el contexto social⁵³⁷, estructura familiar, inseguridad laboral y fomento de la cultura de la solidaridad, que requieren de una mayor y mejor educación académica y profesional.

Según el modelo de atención sociosanitaria en España, los mayores tienen derecho a recibir una asistencia geriátrica y social, los servicios que les atiendan deben incorporar los principios de los cuidados gerontológicos. Los nuevos escenarios de salud planteados⁵³⁸, la llamada situación de “fragilidad”, disminución de la reserva y adaptación de la homeostasis del organismo que hace al mayor más vulnerable a la dependencia. El envejecimiento humano conlleva asociado el riesgo de enfermedades crónicas y situaciones de discapacidad y dependencia⁵³⁹, esto genera la necesidad de organizar cuidados a largo plazo.

La complejidad de los cuidados⁵⁴⁰ y la especificidad de atención que precisan los mayores⁵⁴¹, hace que las competencias desarrolladas por las enfermeras requieran una formación más específica, que de seguridad a los usuarios y ayude a mejorar la autoestima profesional⁵⁴². La calidad de los cuidados se relaciona con la capacitación-formación profesional^{543,544,545}. La Dra. Linda Aiken, catedrática de enfermería y sociología, en sus investigaciones destaca la relación existente, entre otros factores, del nivel formativo de los profesionales y la mortalidad/morbilidad iatrogénica hospitalaria. En los hospitales con mayor proporción de enfermeras especializadas, los pacientes quirúrgicos experimentan una

diminución de la probabilidad de mortalidad en los 30 días de ingreso, el fracaso terapéutico se reduce y los profesionales son menos propensos al agotamiento y la insatisfacción laboral^{546,547}.

Ante el imperativo para los profesionales sanitarios de formación/aprendizaje a lo largo de la vida, destinado a actualizar y mejorar los conocimientos, para las Titulaciones de Ciencias de la Salud se propone la vía de los títulos oficiales de especialistas⁵⁴⁸ como una de las opciones. También existe la necesidad de fomentar y promocionar la investigación^{549,550,551} sobre los cuidados enfermeros, dirigidos a alcanzar un envejecimiento libre de incapacidad, autónomo e independiente de los mayores, la formación postgrado prepara a los profesionales para trabajar en esta línea.

Consideramos que está claramente justificada la necesidad del especialista en enfermería geriátrica, que además de ofrecer cuidados en situaciones complejas y ser consultor de la atención directa a la población anciana y sus familiares, esté capacitada para actuar como asesora de la planificación de servicios de salud para ancianos, para gestionar estos servicios e impulsar investigaciones con el objeto de mejorar la calidad de atención a los ancianos y sus familias⁵⁵². Entendemos que la Enfermería Geriátrica debe contemplar unos objetivos, unos medios y métodos que la diferencien del resto de especialidades de enfermería.

5. LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA Y GERONTOLÓGICA (SEEGG).

Los movimientos de asociacionismo profesional como el Consejo General de Enfermería de España, la AEED (Asociación Española de Enfermería Docente) y posteriormente la SEEGG (Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica), han sido esenciales para unir a los profesionales de enfermería y conquistar cuotas de poder que les han situado en lugares institucionales donde se toman decisiones sobre la profesión, han facilitado la visibilidad de los profesionales de enfermería y por supuesto, el liderazgo ejercido en la defensa del reconocimiento de la especialidad de Enfermería Geriátrica.

La Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, conocida por sus siglas SEEGG⁵⁵³, se constituye como asociación en el año 1987, en Santo Domingo de la Calzada, La Rioja, con el propósito de fomentar y defender dentro de su ámbito todo lo que esté relacionado con la Enfermería Geriátrica y Gerontológica en sus aspectos deontológicos, ético-legales, de dignidad, prestigio técnico, cultural, científico y de investigación. Estos principios, el régimen de libertad y autonomía son las guías de la sociedad.

Nació ante la necesidad sentida por las enfermeras y enfermeros de tener un foro, donde poder dirimir, cómo dar respuesta a la demanda social de proporcionar cuidados de calidad, a un número cada vez más elevado de personas mayores y con mayor esperanza de vida. En 1987 se había publicado el Real Decreto de Especialidades en Enfermería, donde se contemplaba que las Sociedades Científicas formarían parte de los grupos de trabajo responsables de desarrollar los diferentes programas de las especialidades y este

acontecimiento impulsó la creación de la SEEGG, para así poder participar en el debate del desarrollo de la especialidad de Enfermería Geriátrica.

Según Soldevilla⁵⁵⁴, el presidente de la sociedad, *“se pretendía deshacer actitudes de denostada desvalorización hacia nuestra labor, al equiparar en muchos casos un trabajo no embriagado de técnicas como carente de cientifismo”*; la participación del Grupo en la génesis del documento de desarrollo de la Especialidad de Enfermería Geriátrica en el año 1988 y el inicio de una denodada defensa del grupo social de los más mayores de nuestra comunidad, fueron los objetivos en su comienzo, vigentes y revalidados año tras año. Podrán ser socios todos aquellos profesionales de enfermería que estén dedicados o interesados en quehaceres relacionados con los problemas de la vejez.

Actualmente los fines definidos en sus estatutos⁵⁵⁵ los podemos resumir en:

- a. Agrupar a todos los enfermeros interesados en el estudio de los problemas de la senescencia.
- b. Potenciar y fomentar la figura del profesional de enfermería en el campo de la Geriatria y Gerontología y ser su representante.
- c. Identificar un cuerpo de conocimientos específico.
- d. Impulsar, consolidar y atender los intereses de carácter formativo, técnico, cultural, académico y en general, aquellas cuestiones que sean propias del ámbito de sus asociados.
- e. Orientar, asesorar y cooperar con todos los organismos e instituciones relacionadas con la Enfermería y la Vejez.
- f. Mantener relaciones e intercambios con las sociedades y agrupaciones dedicados a la Geriatria y Gerontología.
- g. Organizar actos culturales, sociales y científicos sobre los múltiples aspectos de la senescencia y la enfermería que contribuyan a su mejor conocimiento y progreso.
- h. Cultivar y mantener una relación constante entre los profesionales de la Enfermería en Geriatria y Gerontología para la superación profesional y personal de los mismos.
- i. Fomentar la investigación en los múltiples aspectos de la senescencia y la enfermería. Estimular la divulgación de las actividades y trabajos (revistas, publicaciones...).
- j. En general cuantas actividades legítimas se consideren necesarias para el mejor cumplimiento de los fines de la asociación.

Desde la SEEGG se han realizado y se siguen realizando numerosas aportaciones que han contribuido a la expansión del campo de la Enfermería Geriátrica en nuestro país y en países Iberoamericanos principalmente. Desde la Sociedad se ofrece la representación de vocales (una vocalía) en cada Comunidad Autónoma, para promover las actividades de los socios en todo el ámbito nacional y vertebrar los órganos representativos de la Sociedad, cada vocalía puede crear secciones regionales o provinciales.

Desde su inicio, la Sociedad potencia la creación de grupos, con la finalidad de obtener un mayor rendimiento científico, profesional e investigador en áreas concretas de cuidados de los mayores. Estos grupos se encuadran bajo la denominación “Grupo SEEGG para el Estudio y Asesoramiento en...”, acompañado de la acepción del área concreta al que dirijan el estudio. Desde la página web de la sociedad se pueden consultar los grupos de trabajo enfocados a la atención de los mayores con demencia, incontinencia, nutrición, cuidados paliativos o a la protección al mayor, que realizan tanto trabajos de investigación como formación, generando una documentación muy útil para los profesionales implicados en los cuidados de los mayores.

La página web aporta información sobre los acontecimientos que puedan generarse y sean de utilidad, tanto para el profesional sanitario como al mayor y sus cuidadores, apoyando la relación entre el anciano y el profesional sanitario. Destacamos la información relativa a la especialidad de Enfermería Geriátrica, se puede consultar toda la normativa existente relacionada con la especialidad, facilita datos sobre solicitudes, requisitos, pruebas u otra información de interés general. En esta página están disponibles documentos técnicos, generados sobre temas, que tienen relación con la calidad de los cuidados otorgados a las personas mayores, como por ejemplo: las competencias de la enfermera en las residencias de ancianos, los cuidados enfermeros en la atención a las demencias, sobre las restricciones físicas en los ancianos institucionalizados, donde la Sociedad se posiciona y orienta en el hacer profesional. Así mismo, se encuentran comunicaciones que orientan a los mayores en temas útiles para su bienestar: recomendaciones en las olas de calor o el decálogo “Calidad de vida en incontinencia”. Facilita el acceso on-line de dos libros de interés: Temas de Enfermería Gerontológica y la Guía de cuidados enfermeros a pacientes de Alzheimer y otros síndromes demenciales y a sus familias.

Entre la actividades que organiza la Sociedad está la convocatoria anual de un Congreso de carácter nacional, donde numerosos enfermeros dedicados a la atención de los mayores y un elenco de prestigiosos ponentes, pueden compartir sus experiencias, inquietudes, impresiones y reflexiones, se facilitan espacios para el debate, se analizan los fundamentos de la actividad cuidadora en la vejez, se divulgan los últimos avances científicos relacionados con los temas que en cada momento se abordan. Paralelamente se desarrollan sesiones de trabajo, talleres y simposios en un ambiente de trabajo y cordialidad, como reza en las conclusiones del XI Congreso “...nos facilita ser profesionales proactivos...” estas reuniones son un estímulo a la mejora continua y de la exigencia por aprender. El promedio de asistencia a estos eventos era de unos 500 profesionales⁵⁵⁶. En el programa de los Congresos se convoca un premio a la mejor comunicación científica, esta convocatoria está abierta a todos los profesionales de enfermería que desarrollen su actividad en áreas relacionadas con la enfermería geronto-geriátrica, el fallo se da a conocer en el acto de clausura del congreso junto con el premio del Certamen fotográfico que se convoca anualmente. El trabajo científico premiado es publicado posteriormente en la revista Gerokomos.

Coincidiendo con los Congresos Nacionales se realizan sin una periodicidad determinada, Congresos de carácter Internacional, el primero tuvo lugar en Barcelona en 1997, con una asistencia de unos 1200 profesionales, en la convocatoria del año 2000 en Logroño, se realizó el I Congreso Iberoamericano de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, con participación de países como: México, Cuba, Brasil, Colombia, Argentina, Chile y Portugal. A raíz de estas reuniones

científicas se creó la Sociedad Iberoamericana de Enfermería Geriátrica y Gerontológica con sede en España.

Desde el año 1992, la sociedad organiza anualmente Talleres para Docentes de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, estos talleres tienen como objetivo reunir a los profesionales del ámbito de la formación para revisar y poner al día toda la formación tanto de grado como de postgrado en el campo del cuidado del mayor, en las distintas situaciones de salud.

La creación del Diploma en Enfermería Gerontológica (1998) es otra actividad nacida en el seno de la Asociación, acreditaba la capacitación de los Diplomados Universitarios de Enfermería, para la atención del anciano sano o enfermo, así como de sus familiares, en los distintos niveles asistenciales donde este cuidado pueda emprenderse.

Otro hito importante en la contribución del despegue del reconocimiento de nuestra especialidad, fue la edición de la revista Gerokomos en 1990, vehículo de publicación de los trabajos de investigación de las enfermeras geronto-geriátricas y órgano de expresión de la sociedad. El título de la revista recuerda a los antecesores de los actuales profesionales del cuidado en la edad provec⁵⁵⁷, en la era cristiana, los hogares o lugares de recogida de ancianos se denominaban gerontokomios y a ciertos cuidadores a sueldo encargados especialmente de la alimentación y de la atención de otras esferas elementales de la vida cotidiana se les conocía como gerokomos.

La revista Gerokomos, de publicación periódica y de ámbito nacional, está dirigida a los profesionales de enfermería dedicados a la gerontología y geriatría, así como a otros profesionales implicados en la asistencia al anciano. A partir de 1996 Gerokomos cuenta con el suplemento HELCOS del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y heridas crónicas (GNEAUPP), grupo que nace bajo el amparo de la SEEGG. Publica trabajos originales, artículos de revisión o recopilación, artículos de opinión y los que presenten algún caso de aplicación de plan de cuidados relevante, construidos sobre el método científico, referentes a todos los aspectos de la enfermería geronto-geriátrica y la atención de las heridas crónicas que contribuyan al avance de su conocimiento. Está indexada en: Bibliomed, Cuiden, IME, CINAHL, Índice Bibliográfico en Ciencias de la Salud (IBECS), COMPLUDOC, EMBASE, SciELO, Medes y SCOPUS.

Como Sociedad ha ido adaptándose a las necesidades de los profesionales al cuidado de los mayores, siendo la única Sociedad Científica que nos representa, en estos momentos. En relación al proceso de institucionalización de la especialidad de enfermería geriátrica, ha tenido un protagonismo indiscutible, cumpliéndose el objetivo que impulso su creación: ser partícipe en los debates del desarrollo de la especialidad.

6. NORMATIVA DE LAS ESPECIALIDADES DE ENFERMERÍA 1987 Y 2005

Primer intento de desarrollo de la Especialidad 1987.

La especialidad relacionada con los cuidados durante la etapa de la vejez, tiene su antecedente más inmediato en España, en el catálogo de especialidades enfermeras del Real Decreto 992/1987⁵⁵⁸, que establecía la creación de siete especialidades de enfermería: Enfermería Obstétrico-Ginecológica, Enfermería Pediátrica, Enfermería de Salud Mental, Enfermería de Salud Comunitaria, Enfermería de Cuidados Especiales, Gerencia y Administración de Enfermería y Enfermería Geriátrica. Impulsadas por D. Fernando de la Torre Oria, profesor de Enfermería Médico Quirúrgica de la Universidad Complutense de Madrid, que siendo subdirector general de Universidades, en esta misma época, se aprobó la necesidad de profesores asociados clínicos enfermeros⁵⁵⁹.

A partir de la publicación del mencionado Real Decreto se constituye el Comité Asesor de Especialidades y se forman grupos de expertos, convocados por los Ministerios de Sanidad y Educación, con el fin de elaborar las directrices generales del programa formativo⁵⁶⁰. Este Comité se creó por Orden del Ministerio de Relaciones con las Cortes y de Secretaría de Gobierno, del 11 de Julio de 1988⁵⁶¹, se constituyó el 5 de septiembre del mismo año, siendo miembros del mismo⁵⁶²:

Representantes del Ministerio de Educación y Ciencia: D. Fernando de la Torre Oria, subdirector general de Especialidades Médicas y Relaciones con las Instituciones Sanitarias y D^ª. M^ª Paz Mompert García, Presidenta de la Asociación Española de Enfermería de Cádiz. Representante del Consejo de Universidades: D^ª. Mercedes Rafael Santamaría, directora Escuela Universitaria de Enfermería de Valladolid. Representante del Ministerio Sanidad y Consumo: D^ª. Milagros Herrero López, asesora de enfermería para la docencia de la secretaria general del Instituto Nacional de Salud; D. Juan Muñoz Mansilla, gabinete del señor Ministro de Sanidad y Consumo y D^ª. Berta Sanchis Ramos. Representantes del Consejo General de Colegios Oficiales de ATS y DUE: D. Máximo A. González Jurado, presidente de la Organización Colegial de Enfermería de España y D^ª Myrian Ovalle Bernal, vocal del Consejo General de Colegios de Enfermería de España. Un representante a designar por la Asociación Científica correspondiente.

El Comité Asesor creó las bases para desarrollar las Directrices de los programas de estudios de cada especialidad. Establecía que estos programas “deben tender a formar líderes de la atención de enfermería que manejen los aspectos más complejos de las necesidades de salud de la población y del ejercicio profesional...”. En 1989 se habían elaborado los planes de estudios de todas las especialidades propuestas, excepto la de Cuidados Especiales, sin embargo, no hubo voluntad política por parte del Gobierno y del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para la aprobación y desarrollo de estas especialidades⁵⁶³.

En relación a la especialidad de Enfermería Geriátrica, denominada por los grupos de trabajo “Enfermería Gerontológica-Geriátrica”, se elaboró un proyecto de Directrices y posteriores Directrices Generales del Plan de Estudios en el año 1987. Formaron parte del grupo

de trabajo: D^a Myriam Ovalle, D. Javier J. Soldevilla, D^a Concepción Fernández Caminos, D^a Ana Pascual Pérez, D^a Ana R. García Marín, posteriormente en 1988: D.C. Canes, D. J. Fuguet Ferrer, D^a Teresa Vernhes, D^a Esperanza Ballesteros, D. R. Pedreny y D^a Misericordia García Hernández. En 1989 el Grupo de Trabajo y el comité Asesor de Especialidades de Enfermería tenían ya elaborado un Proyecto de Especialidad de Enfermería Geriátrica, que no se hizo público⁵⁶⁴.

Tras diez años de “impás”, en 1998 D^a Myriam Ovalle, Presidenta del Comité Asesor de Especialidades de Enfermería, declaró “tenemos una legislación de las especialidades extremadamente rígida, que carece de la flexibilidad necesaria para llevar a cabo un desarrollo acorde con el nuevo contexto social, profesional y de la salud, que exige otros enfoques para abordar con éxito la satisfacción de las necesidades de la población” y planteó la necesidad de reformar y aprobar un nuevo marco donde desarrollar las especialidades de enfermería.

Las negociaciones sobre la importancia de aprobar un nuevo texto normativo, que aprobase las especialidades de enfermería, tan importantes para el sistema sanitario como para la profesión, no cesaron, pero a pesar del apoyo manifestado por los responsables en el Ministerio de Sanidad desde el año 2000, no llegaba su desarrollo. Independientemente del signo político del Gobierno, el peso de los criterios en contra seguía inalterable.

La aprobación de la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (LOPS) 44/2003 de 21 de noviembre, supuso un avance para la profesión enfermera y un requisito imprescindible para el posterior desarrollo de las especialidades, determinó la necesidad de proceder a una nueva regulación reglamentaria de éstas, incluyendo las especialidades de enfermería. En el Capítulo III se desarrollaron los aspectos relacionados con la Formación Especializada en Ciencias de la Salud. El Art.15.2 especificaba que “la formación especializada tiene como objeto dotar a los profesionales de los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad...”. Se reguló tanto la estructura general de las especialidades como su sistema de formación, también se articulaba la posibilidad de obtener el Diploma a través del ejercicio profesional y siempre tras la evaluación de la competencia profesional.

Como medida de presión desde la Organización Colegial se inició una campaña informativa con el lema “Más enfermeras especialistas, más vidas salvadas”, que según Máximo González, presidente del Consejo General de Enfermería, proporcionó un gran apoyo de los ciudadanos y de los medios de comunicación. Este hecho promovió que el Ministerio de Sanidad rescatase el proyecto de especialidades y se iniciasen los trámites necesarios antes de aprobar el Real Decreto de Especialidades de 2005. Se establecieron numerosas consultas con agentes sociales e institucionales y hubo una gran concentración de enfermeras/os, se estima que unos 9.000 profesionales, que demandaron ante el Ministerio de Sanidad y Consumo ser escuchados⁵⁶⁵.

Hasta ese momento el proceso de especialización de la Enfermería Geriátrica, lo podemos considerar como la historia de un fracaso, ya que, sí bien se había reconocido públicamente su necesidad y se había trabajado en su diseño no se logró que fuera una realidad. En el año 2005 se consiguió el consenso entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, el Ministerio de Educación y Ciencia, las Comunidades Autónomas, la Federación de Sociedades Científicas de

Enfermería y la Organización Colegial de Enfermería para aprobar un texto diferente que definiese un nuevo catálogo de especialidades.

Regulación de las Especialidades de Enfermería, 2005.

En el Real Decreto de Especialidades 450/2005⁵⁶⁶, se justifica que la evolución de los conocimientos científicos, de los medios técnicos, del propio sistema sanitario, la evolución de la pirámide de población y las necesidades de atención y cuidados especializados que demandan los pacientes y usuarios, hace necesaria la aprobación, entre otras, de la Especialidad de Enfermería Geriátrica. El sistema de especialización que define el R.D 450/2005 tiene como fundamentos legales: La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), las recomendaciones de la Unión Europea y las previsiones constitucionales relativas a la protección de la salud y las competencias que, en materia de atención sanitaria, tienen atribuidas las Comunidades Autónomas.

El nuevo catálogo de especialidades era el siguiente: Enfermería Obstétrico-Ginecológica, Enfermería en Salud Mental, Enfermería Geriátrica, Enfermería del Trabajo, Enfermería en Cuidados Médico-Quirúrgicos, Enfermería Familiar y Comunitaria y Enfermería Pediátrica. Quedaban suprimidas las especialidades de enfermería anteriores a este Real Decreto 450/2005 y quedaba abierta la opción de que los Diplomados y Ayudantes Técnicos Sanitarios, en posesión de alguno de los títulos de especialista suprimidos, pudieran solicitar al Ministerio de Educación y Ciencia la expedición del nuevo título de especialista.

Se establecían dos vías de acceso para la obtención del título de especialista: vía ordinaria que tras la superación de una prueba anual de carácter estatal se llevará a cabo un periodo de formación de residencia, en unidades docentes acreditadas y la vía extraordinaria, para acceder por esta última vía se requerían unos requisitos, que explicamos más adelante y una prueba de evaluación de competencia profesional.

A pesar de ser considerado un gran logro la aprobación de este RD. de Especialidades, no faltaron reflexiones acerca de las carencias que se pudieran encontrar. La presencia de especialidades diferentes con competencias repetidas, por ejemplo, en la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria podían coexistir competencias descritas en la Enfermería Pediátrica o en la Especialidad de Enfermería Geriátrica⁵⁶⁷. Un aspecto muy preocupante era la falta de categorías profesionales en las instituciones sanitarias o sociosanitarias iguales a las especialidades⁵⁶⁸, todavía sin resolver, no se entiende como se implanta una norma que establece ámbitos de ejercicio profesional con carácter de especialista, sin que se haya definido previamente, o a la vez, el ámbito de actuación de los mismos y, por tanto, el ámbito del ejercicio de las enfermeras generalistas diferenciado del de los especialistas.

Ya en el IV Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica celebrado de Murcia en 1991, en sus conclusiones se planteaba la necesidad de exigir a la Administración la puesta en marcha de la Especialidad, acompañada siempre de un perfil

profesional reconocido por el Servicio Nacional de Salud para la atención a los ancianos⁵⁶⁹. Se añadía la incertidumbre sobre cómo se iba a gestionar la implantación del Espacio Europeo de Educación Superior y la formación obtenida a través de los programas de másteres de desarrollo profesional, al no contemplar el reconocimiento por parte del sistema sanitario, en forma de categorías profesionales, diferenciando el trabajo a desempeñar por las personas que los obtengan^{570,571}.

El Real Decreto sobre especialidades establecía que la obtención del título de especialista no implicaba el acceso automático a la categoría ni plazas de especialistas, tanto si ya existían como si eran de nueva creación y tampoco supondría el derecho al desempeño automático de las funciones correspondientes a las categorías de especialistas, ni a la percepción de diferencia retributiva alguna. En el año 2009 se planteaba como imposible afirmar la futura existencia de puestos de trabajo para las nuevas enfermeras especialistas⁵⁷², esto supone un agravio comparativo respecto a otras profesiones, con reconocimiento de especialistas para el ejercicio profesional y retributivo y el mismo modelo formativo propuesto⁵⁷³.

7. DESARROLLO DE LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA GERIÁTRICA

Tras veinte años de la constitución del primer grupo de trabajo de la especialidad, en el año 2007, se nombró oficialmente la Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Geriátrica⁵⁷⁴. El primer paso para el desarrollo de la Especialidad de Enfermería Geriátrica era el nombramiento de la Comisión Nacional de la especialidad, órgano asesor y de apoyo para la Administración, su principal función ha sido elaborar la propuesta del programa formativo de la especialidad. Los miembros de esta Comisión han sido: dos vocales propuestos por el Ministerio de Educación y Ciencia: D. Javier Soldevilla Agreda y D^a Cristina Castanedo Pfeiffer; 4 vocales propuestos por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud: D^a Virtudes Niño Martín, D^a Amelia Lerma Soriano, D^a Concepción Quiles Quiles y D. Teodoro González Pérez; 1 vocal en representación de la Organización Colegial: D. Josep París Jiménez; 2 vocales en representación de Asociaciones Científicas de ámbito Estatal: D^a Misericordia García Hernández y D. Fernando Martínez Cuervo; y dos vocales en representación de los especialistas en formación, estos últimos se irán incorporando a medida que se desarrolle la especialidad.

Destaca la presencia de miembros socios de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG) en esta comisión ya que siete de los nueve miembros son socios de la misma. La presidencia de la Comisión, elegida por consenso de entre sus miembros, recayó en D^a Misericordia García, Presidenta de la SEEGG en ese momento y como vicepresidente se nombra a D. Javier Soldevilla, también miembro de la Sociedad. Otras sociedades intentaron esta representación, si bien no cumplieron los requisitos exigidos por el Ministerio. La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), solicitó formar parte de ella, aduciendo que ellos habían creado un grupo de trabajo de enfermería desde hacía dos años, finalmente no obtuvieron la representatividad que pretendían, ya que la constitución de un grupo sin un trabajo previo y continuado, no autorizaba a formar parte de una Comisión

responsable de marcar las líneas de formación y profesionales de los futuros especialistas de Enfermería Geriátrica⁵⁷⁵.

Entre las funciones asignadas a esta comisión están: la elaboración del programa formativo de la especialidad, el establecimiento de criterios de evaluación de los especialistas en formación y la evaluación de unidades formativas y docentes⁵⁷⁶. En noviembre del año 2009 se aprobó y publicó el programa formativo de la Especialidad de Enfermería Geriátrica⁵⁷⁷.

Con fecha 1 de febrero de 2010 se presentó un recurso contencioso-administrativo, por parte del Ilustre Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, contra la Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, por la que se aprobaba y publicaba el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica. Alegaban que el programa formativo albergaba determinados contenidos y ámbitos profesionales que corresponden en exclusiva a los médicos y odontólogos, como son la realización de diagnósticos y tratamiento terapéutico, de donde se deducía, la atribución de una competencia profesional que no correspondía a las enfermeras. Entendían que existía una desviación de poder, porque bajo el subterfugio de la regulación de la formación especializada, se habían introducido competencias que no son propias de los diplomados en enfermería. Es decir, interpretaban que por vía de los programas de especialidades de enfermería podrían adquirirse competencias profesionales que no corresponden al título demandado, vulnerando la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.

La abogacía del Estado y la Asesoría Jurídica del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería, se opusieron alegando principalmente que la Orden no constituye una regulación profesional y que, en cualquier caso, los conocimientos no son patrimonio privativo de ninguna especialidad. Además, la citada norma en ningún caso se refiere al diagnóstico médico, sino al derivado de las propias competencias enfermeras el diagnóstico enfermero. La sentencia de la Audiencia Nacional desestimó el recurso contencioso-administrativo, declarando la plena conformidad a Derecho de la Orden impugnada⁵⁷⁸. Disconformes con esta sentencia presentaron un recurso de casación, básicamente con el mismo argumento, que por la vía de los programas de especialidades de enfermería podrían adquirirse competencias profesionales que no corresponden a esta titulación⁵⁷⁹. El Tribunal Supremo consideró que no había lugar al recurso de casación interpuesto por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, al que impuso el pago de las costas, y ratificó la plena legalidad de la Orden de 13 de noviembre de 2009.

El Alto Tribunal entendió, tomando como referencia la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, que con la formación especializada *"...se trata de dotar a los interesados de conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención de salud"*; la regulación analizada *"... no incide en el ejercicio como pretende la parte demandante, sino en la formación ... que en modo alguno menoscaban las competencias atribuidas a los médicos y odontólogos, porque la regulación no va más allá del aspecto formativo"*; en cuanto a las actuaciones enfermeras en el ámbito del medicamento *"la formación pretende aportar competencias para la administración segura de medicamentos..., debe recordarse que la Ley 28/2009 de 30 de diciembre, modifica la normativa anterior ampliando la participación en la prescripción de "determinados medicamentos" de profesionales sanitarios como son los enfermeros y los podólogos"*. Por tanto la Orden recurrida presenta una definición

de las competencias y objetivos que se pretenden en la formación especializada de Enfermería Geriátrica, con el fin de adaptarla a las nuevas previsiones normativas⁵⁸⁰.

7.1. Vía ordinaria: Enfermero Interno Residente (EIR).

Programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica.

Previo al Programa formativo publicado en noviembre del 2009, hubo un proyecto de especialidad de Enfermería Gerontológica, elaborado a iniciativa de la SEEGG en el año 2001 por profesionales de enfermería, que posteriormente, formaron parte de la última Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Geriátrica.

Se entiende por enfermera especialista en Enfermería Geriátrica al “profesional que presta atención y cuidados de enfermería a la población anciana, estando capacitada para enseñar, supervisar, investigar, gestionar y liderar los cuidados destinados a este colectivo en situaciones complejas, en las que también actúa como asesora en todos los niveles del sistema sociosanitario”. El programa formativo aprobado de la Especialidad de Enfermería Geriátrica, es de aplicación a los residentes de dicha especialidad, que obtengan plaza de formación en Unidades Docentes, a partir de la convocatoria anual de pruebas selectivas para el acceso a plazas de formación sanitaria especializada donde se incluyan plazas para esta especialidad.

Estructura del programa de la especialidad de Enfermería Geriátrica.

La formación de especialista en Ciencias de la Salud, es una formación reglada de carácter oficial, que tiene como objeto dotar a los especialistas: de conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propias de la especialidad. La Especialidad de Enfermería Geriátrica se desarrollará en Unidades Docentes Multiprofesionales, previamente acreditadas, donde se cumplirá con el programa formativo durante un periodo de dos años a tiempo completo.

Objetivo general del programa: adquisición de competencias.

La complejidad de los cuidados enfermeros a los mayores, requieren de un nivel de competencia profesional, no cubiertos en la formación básica. Se han descrito las competencias de la especialidad delimitando el rol que la identifica. El objetivo general del programa es facilitar la adquisición de competencias necesarias para un adecuado ejercicio de la profesión. Las competencias que se describen en la Orden SAS/3225/2009, se correlacionan con los objetivos, conocimientos, actitudes y habilidades que deben adquirir los futuros profesionales (Anexo 4).

Son diversas las áreas a las que se vinculan las competencias: Bases de la gerontología, en la que especifican los conocimientos más relevantes que se deben adquirir en cuanto temas

relacionados con el envejecimiento y la práctica especializada de enfermería; Gerontología experimental donde se trabajarán los avances sobre teorías del envejecimiento; Gerontología clínica se dotará de capacidades para atender al mayor en distintas situaciones de salud; Gerontología psicológica donde se hace énfasis en aspectos relacionados con la conducta, apoyo y comunicación tanto con el mayor como con su familia; Gerontología social dotará de conocimiento que permita identificar la diversidad de grupos y situaciones, facilitando la individualización de los cuidados; Educación para la Salud en el ámbito Gerontológico donde la información y educación es prioritaria tanto para el mayor, su familia y cuidadores; Marco legal y Políticas sociosanitarias en Enfermería Gerontológica, se pretende desarrollar la capacidad de trabajar desde el sistema sanitario, político y social en beneficio de los mayores; Bioética en Enfermería Gerontológica, adquirirán capacidades que aseguren unos cuidados basados en principios y valores éticos; Investigación en enfermería Gerontológica donde se potenciará la generación y difusión del conocimiento como base de unos cuidados de calidad y por último sobre la Gestión de cuidados y servicios Gerontológicos en esta área se desarrollará todo lo relacionado con la capacidad de liderazgo y gestión.

Este plan de formación realza la investigación, la prevención y la educación para la salud, dejando claro que el cuidado gerontológico va más allá de la atención a las patologías concretas⁵⁸¹. Pretende conllevar beneficios para la profesión, al capacitarle para actuar con mayor rigor y evidencia, para el ciudadano que recibirá unos cuidados de mayor calidad y en un medio de mayor seguridad clínica y para el sistema de salud o social donde se desarrollen los cuidados al favorecer una importante optimización de los recursos y medios disponibles⁵⁸².

Metodológicamente se prioriza un aprendizaje activo tutorizado del estudiante, que asegure el equilibrio y la coordinación entre la formación y la práctica clínica. Para el desarrollo de las competencias se potenciarán estrategias docentes que favorezcan el pensamiento crítico y permitan la integración de la formación teórica con la formación clínica e investigadora que se lleve a cabo en los distintos dispositivos que integran la unidad docente. Entre las herramientas docentes que proponen se encuentran: libro del residente, rotaciones externas, participación en sesiones clínicas, resolución de problemas, sesiones bibliográficas, etc.

El programa incluye que la enfermera residente deberá rotar obligatoriamente por cuatro áreas diferentes, durante el rotatorio se aconseja la realización de entre dos y cuatro guardias de 24 horas mensuales y se planificarán teniendo en cuenta el cumplimiento de los objetivos del programa formativo. Las áreas establecidas para el rotatorio son:

La Atención Especializada, al menos por tres unidades durante 44 semanas (45%): unidades de hospitalización, servicios de urgencias, equipos de soporte, equipos de valoración geriátrica, equipos de coordinación socio-sanitaria, instituciones y centros sociosanitarios, unidades de psicogeriatría, unidades de cuidados paliativos geriátricos, unidades de convalecencia, unidades de rehabilitación, hospital de día geriátrico y hospitalización a domicilio.

La Atención Primaria, al menos por dos unidades durante 24 semanas (25%): servicios de atención al anciano, servicios de continuidad de cuidados en atención domiciliaria,

equipos de soporte en la comunidad, servicio de educación para la salud en la persona mayor y cuidadores y servicio de valoración de la dependencia.

Las Instituciones Sociales, al menos por dos unidades durante 24 semanas (25%). residencias, centros de día, viviendas tuteladas, servicio de ayuda a domicilio y unidades de respiro familiar. Otros recursos por donde debe rotar el residente durante 4 semanas (5%) son: comisión de calidad, comisión de ética, servicio de farmacia, departamento de recursos humanos y materiales, unidad de docencia e investigación y servicio de documentación.

El grupo de trabajo de especialidades de enfermería⁵⁸³, matizaba que las rotaciones propuestas podían plantear dificultades, ya que alguno de los dispositivos por los que deben rotar los residentes no dependen de sanidad, sino de bienestar social, entendiendo la necesidad de llegar a acuerdos entre las partes implicadas, para favorecer la formación de los especialistas en este campo.

Unidades Docentes Multidisciplinares.

Inicialmente, en el R.D 450/2005 sobre especialidades, se establecía que la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud era quien iba a coordinar las auditorías, informes y propuestas encaminadas a acreditar las unidades docentes y se contaba con la Escuelas de Enfermería, *“los requisitos de acreditación especificarán las Escuelas de Enfermería y los dispositivos docentes asistenciales que deberán conformar, como mínimo, la unidad docente, así como los requisitos de coordinación y financiación”*. Posteriormente, se elaboraron documentos^{584,585,586} que analizaban los principales aspectos del proyecto de Real Decreto que desarrolla el capítulo III del título II de la Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias, clasificación de las especialidades de ciencias de la salud y diversos aspectos sobre el sistema de formación sanitaria especializada, en ellos se proponía una nueva definición de las unidades docentes.

Concebían como unidad docente⁵⁸⁷ *“el conjunto de recursos personales y materiales, pertenecientes a los dispositivos asistenciales, docentes, de investigación o de cualquier otro carácter que, con independencia de su titularidad, se consideren necesarios para impartir formación reglada en especialidades en ciencias de la salud por el sistema de residencia, de acuerdo con lo establecido en los programas oficiales de las distintas especialidades”*, definición finalmente aceptada. Este modelo modificaba el inicialmente planteado y dejaba fuera la participación de la Universidad en la formación de los especialistas de enfermería. No sabemos por qué se produce esta ruptura, entre el ámbito docente y el asistencial, entendemos que el funcionamiento era adecuado en las especialidades ya desarrolladas hasta ese momento.

La formación de la Especialidad de Enfermería Geriátrica se asignó a Unidades Docentes de carácter Multiprofesional, en ellas deben formarse los enfermeros especialistas en Enfermería Geriátrica y los médicos especialistas en Geriátrica. Entre las consideraciones alegadas a estos proyectos, destaca el desacuerdo planteado por diferentes Comisiones Nacionales de Especialidades⁵⁸⁸ y Asociaciones de Enfermería⁵⁸⁹, que mostraban su preocupación por los

riesgos evidentes de que no se respetase la naturaleza propia e independiente de la Profesión Enfermera en la formación especializada.

Las asociaciones de enfermería opinaban que desapareciese la propuesta de Unidades Multidisciplinares, puesto que podía generar conflictos entre diferentes profesionales, en las que la identidad de la formación especializada enfermera se viese mermada y se ofreciese una dudosa calidad docente derivada de la falta de autonomía y así, se perdiera la aportación que la enfermera debe hacer al concierto de las profesiones sanitarias. Consideraban que era volver a planteamientos docentes caducos, arcaicos, autoritarios, dominantes, limitadores y reduccionistas, las antiguas escuelas de ATS tenían una estructura similar a la que 30 años después, se quería implantar con este Real Decreto. Consideraban imprescindible la identificación y el respeto de la singularidad de cada disciplina en la formación de los especialistas enfermeros. También se planteó la falta de acercamiento del proceso formativo de especialidades con el de estudios de posgrado (máster) y doctorado, que hubiera facilitado la integración de los aspectos asistenciales con los académicos, cuando se estaba en pleno proceso de reflexión, planificación, desarrollo e implementación del Espacio Europeo de Educación Superior.

Finalmente, en el Real Decreto de 8 de febrero del 2008⁵⁹⁰ diseñado para potenciar las estructuras docentes de los especialistas en formación, se incluyó la creación de Unidades Docentes de carácter multiprofesional para diversas áreas, en las que se incluía, como hemos visto anteriormente, en el punto e.: Unidades docentes de Geriatría donde se formarán médicos especialistas en Geriatría y enfermeros especialistas en Geriatría.

A partir de este momento, aún con un desacuerdo manifiesto, se iniciaba la solicitud de acreditación de unidades docentes, esta conllevaba un informe previo por parte de las Comunidades Autónomas, cualquiera que fuese la titularidad, pública o privada, del centro que hubiera adoptado la mencionada iniciativa, desde la Comunidad Autónoma se traslada la solicitud de acreditación al Ministerio de Sanidad y Consumo.

Una vez creadas y definidas las Unidades Docentes se pasó a desarrollar aspectos de funcionamiento interno de las mismas, de sus órganos de decisión, jefes de estudios y tutores. Es en la Orden SCO/581/2008⁵⁹¹, donde se fijaban los criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de formación especializada y al nombramiento de tutor. Se recogía que en las comisiones de docencia de centro o en las de unidad, en las que formasen enfermeros especialistas, se constituiría una subcomisión específica de especialidades de enfermería, con la misión de coordinar la formación de dichos especialistas. Puntualizaba que el presidente de esta subcomisión, que agrupaba a los tutores de la especialidad, sería vocal nato de la comisión de docencia.

Los requisitos de acreditación para las Unidades Docentes Multidisciplinar de Geriatría⁵⁹², que posteriormente fueron aprobados por resolución conjunta de los Ministerios de Educación y de Sanidad y Política Social e Igualdad⁵⁹³, eran disponer de un mínimo de recursos⁵⁹⁴. Cada Unidad Docente debía contar un número mínimo e imprescindible de dispositivos, con una organización debidamente estructurada, con la definición clara de recursos

humanos, físicos y el detalle de la actividad asistencial y docente. Contar con el acuerdo escrito del Gerente/Entidad Titular del dispositivo y con un colaborador docente que coordine la formación de residentes. Los dispositivos pueden variar en las distintas Comunidades Autónomas tanto en su ubicación dentro de los niveles asistenciales como en su denominación.

Las primeras Unidades Docentes acreditadas para la especialidad de Enfermería Geriátrica⁵⁹⁵, pertenecían a las Comunidades Autónomas de Castilla La Mancha y del Principado de Asturias; en la primera se acreditaron como Unidades Docentes Multiprofesionales de Geriátrica el Área Única de Gestión de Atención Especializada de Albacete (5 plazas acreditadas y 5 plazas ofertadas) y la del complejo Hospitalario de Toledo (5 plazas acreditadas con 5 plazas convocadas); en el Principado de Asturias es la Unidad docente Multiprofesional del Hospital Monte Naranco de Oviedo quienes ofertaron 2 plazas (2 acreditadas), el número total de plazas acreditadas y ofertadas son 12. En año 2010 se publicó la primera convocatoria de las pruebas selectivas para el programa de formación, por el sistema EIR (Enfermera Interna Residente).

7.2. Vía de acceso excepcional: Prueba objetiva de la competencia.

El 17 de julio del 2009, se aprobó la resolución donde se establecían las bases para la prueba de Evaluación de la Competencia, según estaba previsto en el RD 450/2005 sobre especialidades de enfermería. Esta prueba constará de 2 partes, la primera de 100 preguntas tipo test y la segunda del análisis de 5 casos referidos a la especialidad, tiene la finalidad de constatar que los aspirantes disponen de los conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para el adecuado ejercicio de la correspondiente especialidad de enfermería. Los requisitos de acceso para la vía excepcional, se especifican en la transitoria segunda del citado Real Decreto.

Figura 30. Criterios para el acceso excepcional al título de enfermero especialista.

	Ejercicio profesional	Formación requerida	Prueba objetiva
A	4 años de ejercicio profesional en las actividades propias de la especialidad.		Superar la prueba de Evaluación de la Competencia
B	2 años de ejercicio profesional en las actividades propias de la especialidad.	Mínimo de 40 créditos de Formación Continuada acreditada, en el campo de la especialidad ó Título postgrado de carácter universitario, no inferior a 20 créditos o 200 horas en el campo de la especialidad.	
C	3 años como Profesor de Escuelas Universitarias de Enfermería y adscritas, en áreas de conocimiento relacionadas con la especialidad. + 1 año de actividad asistencial en actividades propias de la especialidad.		

Fuente: Acceso excepcional al título de enfermero especialista en enfermería geriátrica. http://www.arrakis.es/~seegg/especialidad_documentos.html

8. RESUMEN.

La complejidad de los cuidados de los mayores requiere de un nivel de competencia profesional no desarrollado en la formación básica, centrado en una formación más específica de seguridad y calidad de cuidados. El desarrollo de la especialidad fue un proceso lento, a pesar de las numerosas voces que argumentaron su necesidad, aludiendo motivos muy diversos como los demográficos, el inicio de nuevos escenarios de salud, cambios en los modelos de atención sanitaria y social, cambios sociales como la estructura familiar, la aprobación de nuevos contextos de formación, la demanda de cuidados especializados por parte de los pacientes y usuarios, etc.

La creación de la especialidad de Enfermería Geriátrica se estableció por primera vez en el año 1987, pero a pesar de la propuesta elaborada por el grupo de trabajo, del proyecto de Especialidad de Enfermería Geriátrica, éste nunca vio la luz. Desde esta primera propuesta la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, siempre ha liderado, entre otras aportaciones, el desarrollo de la especialidad, sus miembros han formado parte de las comisiones responsables de generar los planes formativos de la especialidad, otras Sociedades quisieron también formar parte de la Comisión Nacional a pesar de no ser representativa del colectivo de la Enfermería Geriátrica.

Posteriormente y después de casi 20 años de reivindicaciones, esperanzas y desilusiones se aprobó un nuevo catálogo de especialidades, la Enfermería Geriátrica seguía presente. Se establecieron dos vías de acceso para la obtención del título de especialistas, la denominada vía EIR y la extraordinaria que dará acceso a la especialidad a los profesionales. En el desarrollo de la normativa sobre la especialidad puede destacarse los cambios que se introdujeron sobre el planteamiento inicial, especialmente la nueva definición de las unidades docentes multidisciplinarias, momento en que se temió por el reconocimiento de las enfermeras como responsables de la docencia de los futuros especialistas. Además hubo que defender el recurso presentado por el Ilustre Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos contra el programa formativo, la defensa estuvo a cargo de la abogacía del Estado y la Asesoría Jurídica del Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería, finalmente desestimado por la Audiencia Nacional y el Tribunal Supremo. Finalmente en el año 2010 se publicó la primera convocatoria de las pruebas selectivas para el programa de formación por el sistema EIR, en tres unidades docentes multidisciplinarias de geriatría, el total de plazas ofertadas fue de 12. Todavía está sin resolver la convocatoria de la vía de acceso excepcional.

A pesar de la propuesta del programa formativo, donde se reflejan claramente las competencias que deben desarrollar los especialistas en Enfermería Geriátrica y la definición de estos especialistas “profesional que presta atención y cuidados de enfermería a la población anciana, estando capacitada para enseñar, supervisar, investigar, gestionar y liderar los cuidados destinados a este colectivo en situaciones complejas en las que también actúa como asesor en todos los niveles del sistema sociosanitario”. Los profesionales con título de especialista no tienen la posibilidad de acceder a una plaza de especialista, ni podrán desempeñar las funciones correspondientes con un reconocimiento retributivo en el sistema asistencial, porque las Administraciones públicas todavía no lo reconocen.

9. BIBLIOGRAFÍA

⁴²⁵Germán Bes, Concha; grupo Walquiriae. La experiencia de las enfermeras en la historia de la Sanidad Española durante el conflicto de Junio de 1976. *Temperamentum*. 2010;11. Disponible en URL <http://www.index-f.com/temperamentum/tn11/t1101.php>.

⁴²⁶Ley 14/1970 de 4 de agosto General de educación y financiamiento de la reforma educativa. B.O.E 6 de agosto 1970

⁴²⁷Diario de Sesiones de Comisiones. Comisión de Educación y Ciencia. Número 70-16 de junio. En Martín Barroso, C. *Enfermería: presente y futuro*. Madrid. Colegio de ATS. 1978.

⁴²⁸Germán Bes C. *Historia de la Institución de la Enfermería Universitaria. Análisis con una perspectiva de género*. Tesis Doctoral. Zaragoza 2006.

⁴²⁹Real Decreto 2879/1976, por el que se establece el carácter mixto de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios. Modifica el decreto 4 diciembre 53 y decreto 27 de junio 52. BOE número 298 del 13 diciembre de 1976.

⁴³⁰Organización Colegial de ATS a las normas de Ley 2/1974 de 13 de febrero de Colegios Profesionales. BOE número 79, 2 de abril de 1977.

⁴³¹Real Decreto 1856/1978 de 29 de junio 1978, de aprobación de los Estatutos de la Organización colegial de Ayudantes Técnicos Sanitarios. BOE, 8 de agosto de 1978.

⁴³²Ortega y Gasset. *Misión de la Universidad*. Madrid: Alianza. 1992. P.42.

⁴³³Moral de Calatrava, Paloma. La historia continúa... La formación de postgrado en Enfermería: sueños y realidades *Temperamentum*. 2011;13. Disponible en <http://www.index-f.com/temperamentum/tn13/t1301.php>

⁴³⁴Collière Marie Françoise. *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: Interamericana McGraw Hill;1993 p.193. Traducción de la primera edición en francés 1982.

⁴³⁵Salvá Antoní, Rovira Joan Carles. El impacto del envejecimiento poblacional en los profesionales sanitarios. *Humanitas Humanidades Médicas*, Tema del mes on-line. 2007;19:13-24.

⁴³⁶Bermejo García, Lourdes. La situación de los sistemas de formación y cualificación de las ocupaciones en la atención a los mayores dependientes. *Boletín sobre el envejecimiento, perfiles y tendencias*. Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. IMSERSO; 2006 (23).

⁴³⁷Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. *El pensamiento enfermero*. Baelona: Masson; 1996

⁴³⁸Orden de 31 de octubre de 1977 por la que se dictan directrices para la elaboración de Planes de Estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería. BOE número 283, de 26 de noviembre de 1977.

-
- ⁴³⁹Francisco Cristina, Benavent MA, Ferrer Esperanza. Configuración y evolución de la enfermería. En Mompart M^a Paz: Actualizaciones 2003. Colección Enfermería Siglo XXI. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE);2003.
- ⁴⁴⁰Martín Barroso, C. Enfermería: presente y futuro. Madrid. Colegio ATS. 1978.
- ⁴⁴¹Sumoy Sentis Juan, Ponseti Bosch Jose María. El currículo de la enfermera. Cuadernos Clínicos. 1973;4:68
- ⁴⁴²Fawcett J. Analysis and evaluation of conceptual models. Philadelphia: Davis; 1984.
- ⁴⁴³Newman MA. Prevailing paradigms in Nursing. Nursing Outlook 1992; 40(1):10-13.
- ⁴⁴⁴Newman MA. Y col. The focus of the discipline of nursing. Adv Nursing Sci 1991; 14(1):1-6.
- ⁴⁴⁵Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F, Op. Cite, p 3-9.
- ⁴⁴⁶Egurza MI, Nitivól P. La enfermería en la asistencia sanitaria al anciano. Anales@efnavarra.es Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple1/suple10/html>
- ⁴⁴⁷Recomendaciones de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Viena 1982). En: Nicolás M. La materia de enfermería geriátrica en el curriculum básico. Formación continuada.1996;4:118-125
- ⁴⁴⁸Salas Iglesias Pedro Manuel. La ciencia de los cuidados, marco investigativo para alcanzar el éxito de la calidad de vida en el envejecimiento. Cultura de los Cuidados.2006;19:73-78.
- ⁴⁴⁹Universidad Complutense de Madrid, Escuela Universitaria de Enfermería. Programas y objetivos docentes. Madrid 1982
- ⁴⁵⁰Real Decreto. 1497/1987 de 27 de noviembre, por el que se establecen directrices generales comunes de los planes de estudio de los títulos universitarios de carácter oficial y validez en el territorio nacional. BOE número 298 de 14 de diciembre 1987.
- ⁴⁵¹Consejo de Universidades. Reforma de las Enseñanzas Universitaria del Diplomado en Enfermería, propuestas alternativas, observaciones y sugerencias formuladas al informe técnico durante el periodo de informe y debate públicos. Madrid: MEC 1988.
- ⁴⁵²Real Decreto 1466/1990 de 26 de octubre, por el que se establece el título oficial de Diplomado en enfermería. BOE de 20 de noviembre de 1990.
- ⁴⁵³García Martín-Caro Catalina (dirección), coordinadoras: Herrero López Milagros, Alvarez Pinto Gloria. Escuela Universitaria "La Paz". Metodología de la enseñanza de enfermería. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 1991.
- ⁴⁵⁴Morazzani Besson H. Educación holística en Geriátrica. Geriátrika 2006;22(1):31-35.
- ⁴⁵⁵Vernet Aguiló Fina. Conceptos básicos de enfermería en la atención gerontológica según el modelo de V. Henderson. Gerokomos 2007;18(2):77-83.
- ⁴⁵⁶Collière MF, citada por Kérouac.Op. Cite. p.14.

⁴⁵⁷ Calvo Calvo MA. Divulgación científica de la Historia de la Enfermería. *Temperamentum*. 2005; 1. Disponible en www.index-f.com/temperamentum/1revista/a0105.php Consultado 2 de julio de 2010.

⁴⁵⁸ Pérez Perdomo Marta, García González Ariel, Figueredo Villa, Katuska. Enfoque del paradigma enfermero en la Enfermería Geriátrica. *Educare* 21. 2006;23. Disponible en <http://enfermeria21.com/educare>

⁴⁵⁹ Bernardini D.A, Moraru M, Macías Ibañez JF. ¿Son modificables las actitudes hacia las personas mayores en estudiantes de medicina? Experiencia en la Universidad de Salamanca. *Viguera editores SL. Edu Med*. 2009; 12(2):111-115.

⁴⁶⁰ Arenal Candanedo R, Herrero Montes Manuel y Saiz Sánchez A. Nuevos planes de estudios en enfermería: un cambio en la percepción de los alumnos acerca de la Enfermería Geriátrica. *Salud y Cuidados*. 2003;1(4).

⁴⁶¹ Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. *BOE*, número 269 de 9 noviembre del 2001.

⁴⁶² Ley 44/2003, 21 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias. *BOE*, número 280, de 22 de noviembre de 2003.

⁴⁶³ SEEGG. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Principios que fundamentan la práctica de la enfermera gerontológica. 2001 Disponible en http://www.arrakis.es/~seegg/principios_enf_geront.html

⁴⁶⁴ López P, Meléndez de Arvas S, Brime Casanueva Jose Ignacio, Carro Fernández Nieves, Mosteiro Díaz Pilar. Revisión del estado actual de los estudios de enfermería. *Enfermería Científica*. 2003; noviembre-diciembre:52-59.

⁴⁶⁵ Peya Gascons Margarita. La formación enfermera en el Espacio Europeo de Educación Superior. *Nursing*. 2007;25(3):58-66.

⁴⁶⁶ Oulton J. Inside view. *Int Nur Rev*. 2006;53(3):137-41.

⁴⁶⁷ Aiken LH, Buchan J, Ball J, Rafferty AM. Transformative impact of magnet designation: England case study. *J Clin Nursing*. 2008;17(24):3330-3337.

⁴⁶⁸ Almeida Souza de Alina M^a. Enfermería en el discurso político internacional. *Rev. Adm. Sanit*. 2009;7(2):91-206.

⁴⁶⁹ Consejo Internacional de Enfermeras. Declaración de posición del CIE sobre la Atención de Enfermería a las personas Mayores. *Biblioteca Lascasas*. 2006; 2(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0160.php>. La declaración de posición. La atención de enfermería a las personas mayores. 1998 sustituye a la posición anterior del CIE: "La atención de enfermería a los ancianos" adoptada en 1983.

⁴⁷⁰ Declaración de la Sorbona. Disponible en: <http://www.educacion.gob.es/dctm/mepsyd/educacion/universidades/educacion-superior-universitaria/espacio-europeo-educacion-superior-ees/proceso-bolonia/declaracionbolonia.pdf?documentId=0901e72b800486ef>

⁴⁷¹Espacio Europeo Educación Superior. Disponible en: <http://www.univ.mecd.es/univ/jsp/plantilla.jsp?id=3501>

⁴⁷²Bologna Process. Disponible en: <http://www.bologna.mst.cz/PragueSummit/index.html>

⁴⁷³Conference of European Ministers responsible for Higher Education. 18-19 septiembre 2003. Disponible en: <http://www.bologna-berlin2003.de/>

⁴⁷⁴Bologna process Bergen 19-20 mayo 2005. Disponible en: <http://www.bologna-bergen2005.no/>

⁴⁷⁵Declaración de Londres. Disponible en: <http://www.dcsf.gov.uk/londonbologna/>

⁴⁷⁶Ministerial Conference hosted by the Benelux countries at the universities of Leuven and Louvain-la-Neuve in 2009. Disponible en: <http://www.ond.vlaanderen.be/hogeronderwijs/bologna/conference/>

⁴⁷⁷Adoption of the Bucharest Ministerial Communiqué and Bologna Policy Forum Statement. Disponible en: <http://www.ehea.info/news-details.aspx?ArticleId=266>

⁴⁷⁸El proceso de Bolonia. Disponible en: <http://www.educacion.gob.es/educacion/universidades/educacion-superior-universitaria/eees/proceso-bolonia.html>

⁴⁷⁹Corcuera Manso Fidel. El proceso de convergencia europea: conceptos clave, motores del cambio y nuevo modelo educativo. Universidad de Valladolid; septiembre 2003.

⁴⁸⁰González Julia, Pagani Raffaella. Declaración de Bolonia: adaptación del sistema universitario Español a sus directrices. URL disponible en: <http://www.us.es/us/temasuniv/espacio-euro/adaptacion.html>

⁴⁸¹Real Decreto 1125/2003 de 5 de septiembre, por el que se establece es sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones en las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional. BOE número 224, 18 de septiembre.

⁴⁸²RD 1044/2003 de 1 de agosto, por el que se establece el procedimiento para la expedición por las Universidades del Suplemento Europeo al Título. BOE número 218, 11 de septiembre.

⁴⁸³RD 55/2005, de 21 de enero, por la que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado. BOE, número 21, de 25 de enero del 2005.

⁴⁸⁴RD 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de Posgrado. BOE, número 21, de 25 de enero del 2005.

⁴⁸⁵Arroyo Gordon M^a Pilar. Los nuevos proyectos formativos universitarios. Metas de Enferm. 2008;11(6):3.

⁴⁸⁶Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de Enfermería. BOE n^o 269 de 9 de noviembre del 2001. En su artículo 53 se define la misión de la Enfermería.

⁴⁸⁷Libro Blanco. Proyecto de la titulación de Enfermería. Agencia Nacional de Calidad y Acreditación. Disponible en: http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco_jun05.pdf

⁴⁸⁸Germán Bes, Concha. Tuning. Resultados preliminares de los cuestionarios de competencias generales y específicas. Noviembre 2003. Disponible en <http://www.unizar.es>

⁴⁸⁹Nuin Orrio Carmen, Sánchez Fernández M, Jürschik Jiménez P, Illesca Pretty M, Cuadra Camprubí H, Rius Tormos P et col. Proceso de cambio para el diseño en Enfermería. *Metas Enferm.* 2007;10(2):56-61.

⁴⁹⁰2º Convocatoria de ayudas para el diseño de planes y títulos de grado. Proyecto de Enfermería. ANECA.

⁴⁹¹Palomino Moral PA, Frias Osuna A, Grande Gascón ML, Hernández Padilla ML, Del Pino Casado R. El Espacio Europeo de Educación Superior y las competencias enfermeras. *Index Enferm.* 2005;48-49:50-53.

⁴⁹²Blanco Sánchez Rafaela, Zapico Yañez Florentina, Torrens Sigalés Rosa. Innovación docente y convergencia europea: formar en competencias. *Metas de Enferm.* 2005;8(1):60-66.

⁴⁹³De Miguel Díaz Mario. Metodologías de enseñanza y aprendizaje para el desarrollo de competencias, orientaciones para el profesorado universitario ante el Espacio Europeo de Educación Superior. Alianza Editorial. 2006; p. 18.

⁴⁹⁴Alexander Margaret.F, Runciman P.J. Marco de competencias del CIE para la enfermera generalista, Informe del proceso de elaboración y consultas. Consejo Internacional de enfermeras (CIE). Suiza 2003.

⁴⁹⁵Reyes Iglesias ME, Munuera Gómez C, Martínez Moro E, Mozo Fernández J, Fernández Benito I, González Suarez J et col. Modelo de coordinación interdisciplinario para el aprendizaje por competencias en el título de grado de arquitecto. En Guilarte Martín-Calero C. Experiencias de innovación docente en la Universidad de Valladolid; Universidad de Valladolid, 2007. P.297-307.

⁴⁹⁶Falcó Pegueroles Anna. Enseñar estrategias de razonamiento y pensamiento crítico a los estudiantes de Enfermería. *Metas de Enferm.* 2009;12(9):68-72.

⁴⁹⁷Sasplugas Miquel. Adaptación de una biblioteca universitaria de enfermería a los nuevos cambios pedagógicos. *Metas de Enferm.* 2010;13(2):20-24.

⁴⁹⁸Garrido Astral Mª C, Gal Iglesias B, Díaz Florian MªE, Busturia Berrade I, Pintor Holguín E, Reinoso Barbero L et coll. Campus virtual como complemento a las clases presenciales de anatomía y fisiología en enfermería. *Educare* 21. 2011;72. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/publicaciones/educare/archivo-de-revistas.html>

⁴⁹⁹Ruiz Marquez Trinidad, Granados Gámez Genoveva, Gutiérrez Izquierdo Mª Isabel, Muñoz Paris Mª Jose. Seminario integrado como metodología complementaria en la asignatura de Enfermería Geriátrica. *Gerokomos.* 2011;22(3):105-109.

⁵⁰⁰Ulibarri Ochoa A, Fernández de Gamboa Quitian I. Construyendo un aprendizaje cooperativo e integrador. Experiencia de innovación docente en el marco del EEES. *Metas Enferm.* 2010;13(1):50-55.

-
- ⁵⁰¹Jiménez Navascués Lourdes, Ruiz Gómez Carmina. Portafolio y competencias. Comunicación oral en las Jornadas de Profesorado, Murcia; febrero 2011. CNDCUE.
- ⁵⁰²Feria Lorenzo Diego José, Barquero González Ana, León López Rocío. La Evaluación Docente en los nuevos Grados Universitarios. *Index de Enferm.* 2011;20(1-2):106-110.
- ⁵⁰³Romero Martín Macarena, Rucas Nicolau Aránzazu. El reto docente del Espacio Europeo de Educación superior, ¿estamos preparados?. *Metas de Enferm.* 2009;12(9):60-66.
- ⁵⁰⁴Barroso Romero Zoila, Colomer Barroso Elaine. Las competencias: su importancia para la planificación de los programas de capacitación de Enfermería. *Rev Cubana Enfermer.* 2007;23(4) Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol23_4_07/enf05407.htm
- ⁵⁰⁵Quintanilla Martínez Manuel, Carulla Musons Teresa. Cómo trabajar más contenidos en enfermería Geriátrica siguiendo las indicaciones de Bolonia y transformando la metodología docente. *Gerokomos.* 2010;21(4):167-170.
- ⁵⁰⁶Heierle Valero Cristina, Cano-Caballero Gálvez M^a Dolores, Guillamet Lloveras Ana, Celma Vicente Matilde, Garach Mirasol Jose Ignacio. Innovación docente en las prácticas de enfermería comunitaria, salud mental y geriatría. *Rev ROL Enfem.* 2010;33(11):51-56.
- ⁵⁰⁷Roca Capará Nuria, Vega Monteagudo Carme, Morera Pomarede M^a José, Heredia Torras Marina, Hurtado Pardos Bárbara, Insa Calderón Esther et col. La tutorización de las prácticas clínicas. Garantía de calidad docente universitaria. *Educare* 21. 2010;71. Disponible en: <<http://www.enfermeria21.com/publicaciones/educare/archivo-de-revistas.html>>
- ⁵⁰⁸Real Decreto 1509/2005, de 16 de diciembre por el que se modifican el 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 y el Real Decreto 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de posgrado. BOE número 303, de 20 de diciembre 2005.
- ⁵⁰⁹Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. BOE, número 260, 30 de octubre 2007.
- ⁵¹⁰Real Decreto 861/2010 de 2 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1393/2007 de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. BOE, número 161, 3 de julio de 2010.
- ⁵¹¹Lora López Pilar. Reflexiones sobre el grado y postgrado de Enfermería: la Investigación en enfermería. *Index de Enferm.* 2008;7(2):85-86
- ⁵¹²Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE número 280 de 22 de noviembre del 2003.
- ⁵¹³Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005.
- ⁵¹⁴Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico Español, la directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de septiembre de 2005 y de la Directiva 2006/100/CE del consejo de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales. BOE, número 280 de 20 de noviembre del 2008.

⁵¹⁵Resolución de 14 de febrero de 2008, de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación, por la que se da publicidad al Acuerdo de Consejo de Ministros de 8 de Febrero de 2008, por el que establecen las condiciones a las que deberá adecuarse los planes de estudios conducentes a la obtención de títulos que habiliten para el ejercicio de la profesión regulada de enfermería. BOE número 50, de 27 de febrero 2008.

⁵¹⁶Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los Títulos universitarios que habiliten para el ejercicio de la Profesión de Enfermero. BOE, número 174, de 19 de julio 2008.

⁵¹⁷González Gómez Susana. Formación en Servicios Sociales. Rev Mult Gerontol. 2000;10(2):105-125.

⁵¹⁸Conferencia Nacional de Directores de Centros Universitarios de Enfermería. Disponible en: <http://www.cndcue.com/miembros.html>

⁵¹⁹Germán Bes Concha. Historia de la Enfermería Comunitaria I. De Enfermeras visitadoras a instructoras sanitarias. Temperamentum. 2008;8. Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn8/t0608.php>

⁵²⁰Palomino Moral Pedro, Angel, Frias Osuna Antonio, Grande Gascón M^a.Luisa, Hernández Padilla María.L, del Pino Casado Rafael. El EEES y las competencias enfermeras. Index Enferm. 2005;48-49:50-53.

⁵²¹López Pastor Victor. La evaluación en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES): propuestas y experiencias de evaluación formativa y compartida. En González Fernández N. Desarrollo y Evaluación de competencias a través del portafolio del estudiante. Vicerrectorado de Calidad e Innovación Educativa Universidad de Cantabria. 2007.

⁵²²López Pastor, Victor M. El papel de la Evaluación Formativa en el proceso de Convergencia hacia el EEES. Análisis del estado de la cuestión y presentación de un sistema de intervención. AUFOP. Zaragoza; 2006. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado. 57 (20-3):93-120.

⁵²³López Pastor Victor M et all. La Red de evaluación formativa, Docencia Universitaria y Espacio Europeo de Educación Superior. Presentación del proyecto de grado de desarrollo y primeros resultados. Revista de la Red Estatal de Docencia Universitaria. 2007;2. Disponible en: http://www.redu.um.es/red_U/2

⁵²⁴López Pastor Victor M. Evaluación formativa y compartida en la universidad: Clarificación y propuestas de intervención desde la Red Interuniversitaria de Evaluación formativa. Psychology, Society & Education. 2012; 4(1):117-130.

⁵²⁵Moreno Pérez NE, Landeros Pérez E, Jiménez González MJ, Vera Ramirez AM, Ojeda Vargas G. El proceso intercultural en el cuidado de la persona mayor adulta. Desarrollo Cientif Enferm. 2011;19(10):343-347.

⁵²⁶Luiris Sanabria Triana, Marta Otero Ceballos, Omayda Urbina Laza. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Rev Cubana Educ Med Super. 2002;16(4).

⁵²⁷Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001 de 21 de diciembre de Universidades. BOE, número 89, de 13 de abril del 2007

- ⁵²⁸Ibarra Mendoza Teresa Ximena, Noreña Peña ana Lucía; Guillermo Rojas Juan. Visibilidad de la disciplina enfermera: el factor mediático de investigación. *Index de Enferm [Index Enferm]* (edición digital). 2011;20(4). Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v20n4/7519.php>
- ⁵²⁹Amezcu Manuel, Hernández Zambrano Sandra M., García Martín Victoria E. Ambientes de enseñanza aprendizaje en las unidades asistenciales según los directivos de enfermería. *Rev Tesela*. 2011;10. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts7941.php>
- ⁵³⁰Zabalegui Yárnoz Adelaida, Macía Soler Loreto. Desarrollo del máster y doctorado oficial de enfermería en España. Castelló de la Plana: Publicaciones de la Universidad JaumeI.2010.
- ⁵³¹García-Carpintero Blas Eva. Reflexión del papel de la enfermería a lo largo de la historia. *Enfermería Global*. 2007;11. Disponible <<http://www.um.es/eglobal>>
- ⁵³²Claret García Martínez Antonio, García Martínez. Manuel Jesús Historia y reivindicación profesional a las puertas del nuevo espacio Europeo de Educación. *Cultura de los cuidados*. 2005;9(17):5-7.
- ⁵³³Comité editorial. Importancia de las Especialidades de Enfermería. *Revista de Excelencia Enfermera*. 2005;6. Disponible en: <http://www.ee.isics.es>
- ⁵³⁴Sarabia Cobo Carmen María. Opinión de los profesionales sobre el título de Grado, las especialidades y la prescripción enfermera. *Metas de Enferm*. 2009;12(4):60-63.
- ⁵³⁵Cruz-Jentof Alfonso J et all. European Silver Paper. Documento europeo sobre el futuro de la promoción de la salud y las acciones preventivas, la investigación básica y los aspectos clínicos de las enfermedades relacionadas con el envejecimiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44(2):61-65. Versión oficial en castellano del Documento publicado en: *J Nutr Health Aging*. 2009;13:448-452.
- ⁵³⁶García Martín-Caro Catalina, Martínez Martín M^a Luisa. Historia de la enfermería: Evolución histórica del cuidado enfermero. Madrid: Harcourt; 2001.
- ⁵³⁷Abades Porcel Mercedes. Los cuidados enfermeros en los centros geriátricos según el modelo de Watson. *Gerokomos*. 2007;18(4):176-180.
- ⁵³⁸Oltra Rodríguez Enrique. Especialidades enfermeras. *EL DÍA DESPUÉS*. *Rev Adm Sanit*. 2009;7(2):293-307.
- ⁵³⁹Alonso T, Alonso Ruiz MT, Arana A, Gallego R, Gálvez N, Lozano G et all. Necesidad del desarrollo de servicios especializados de atención al anciano frágil: informe de la Sociedad Extremeña de Geriátría y Gerontología (I). *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2004;39(1):50-61.
- ⁵⁴⁰Vidán M^a Teresa. Investigación sobre modelos asistenciales en geriatría: propuestas para el futuro. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010;45(6):311-313.
- ⁵⁴¹Ribera Casado Jose Manuel. Enseñanza de la geriatría en el pregrado. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2005;40(5):265-8.
- ⁵⁴²Pades Jiménez Antonia, Ferrer Pérez Victoria Aurora. Autoestima profesional en el ámbito de los cuidados geriátricos. *Metas de Enferm*. 2006;8(10):27-32.

-
- ⁵⁴³Mota Trujillo Ana M^a, Fernández Jiménez R, Torres Varela L, Briviesca Pérez S, Arroyo Rodríguez A. Capacitación de los profesionales de enfermería en geronto-geriatria. *Hygia de Enfermería*.2005;60:5-11.
- ⁵⁴⁴Jiménez Díaz M^a Carmen, Pulido Jiménez M^a Carmen, Villanueva Lupión Carmen, Villar Dávila R, Calero García M^a Jose. El envejecimiento, la asignatura olvidada en la universidad española: ¿El iceberg de un tipo de negligencia?. *Gerokomos*. 2011;22(1):8-12.
- ⁵⁴⁵Castanedo Pfeiffer Cristina, García Gómez Amor, García Revilla P, Redondo Figuero Carlos. Reflexiones sobre un programa de prácticas de Enfermería Geriátrica en un centro de salud con perfil geriátrico. *Gerokomos*. 2004;15(1):28-34.
- ⁵⁴⁶Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA*. 2003;290(12):1617-23.
- ⁵⁴⁷Aiken LH, Clarke SP, Silber JH , Sloane DM. Hospital nurse staffing, education and patient mortality. *LDI Issue Brief*. 2003;9(2):1-4.
- ⁵⁴⁸Martínez Martín M^a Luisa. 30 años de evolución de la formación enfermera en España. *Educación Médica*. 2007;10(2):93-96.
- ⁵⁴⁹Jean-Pierre Michel, Cruz Jentoft Alfonso. El futuro de la geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44(4):171-172.
- ⁵⁵⁰Ribera Casado Jose Manuel. Los retos de la geriatría en el siglo XXI (III). *JANO*. 2006;1601:12
- ⁵⁵¹Pedraz Marcos Azucena. La investigación en enfermería especializada. *Nure investigación*. 27. Disponible en: http://www.fuden.es/FIRMA_detalle.cfm?id_FIRMA=46&id_menu=141
- ⁵⁵²Especialidad en enfermería: desde la experiencia de 11 años del Comité asesor de Especialidades hacia la urgente acción futura. Consejo asesor de Sanidad. Undécima reunión Plenaria. Madrid 20 octubre de 1998.
- ⁵⁵³Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Información general ¿Quién es?. Disponible en: URL http://www.arrakis.es/~seegg/quien_es_1000.html
- ⁵⁵⁴Soldevilla Ágreda Javier. Enfermería Gerontologica: un futuro halagüeño. *Revista de la escuela universitaria*. 2003;3. Disponible en: http://www.san.gva.es/prof/enfermeria/revistapdf4/avances_enfermeria/Enfermeria%20gerontologica%20un%20futuro.....pdf
- ⁵⁵⁵Estatutos. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG).
- ⁵⁵⁶García Hernández M. La Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG). *Enfermería Global*. 2004;5. [acceso 25 marzo 2011] disponible en URL <http://www.um.es/eglobal>
- ⁵⁵⁷Soldevilla Ágreda J. La enfermería de la vejez. *Ayer, Hoy y Mañana*. *Revista de enfermería gerontológica*. 2009; 13:26-34.
- ⁵⁵⁸Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título enfermero especialista. *BOE número 183*, del 1 de agosto de 1987.

-
- ⁵⁵⁹Germán Bes, Concha. Archivo personal.
- ⁵⁶⁰González Carrión Pilar. La especialidad de enfermería pediátrica. *Enferm Clin.* 2009;19(4):173-174.
- ⁵⁶¹Orden de 11 de julio 1988, por el que se constituye el Comité Asesor de Especialidades de Enfermería. BOE, número 172, de 19 de julio de 1988.
- ⁵⁶²Resolución 29 de agosto 1988 de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación por la que se nombran los miembros del Comité Asesor de Especialidades de Enfermería. BOE número 211, de 2 de septiembre de 1988.
- ⁵⁶³Myriam Ovalle. Especialidades en Enfermería: desde la experiencia de 11 años del Comité Asesor de Especialidades hacia la urgente acción futura. Consejo Asesor de Sanidad. Undécima Reunión Plenaria. Madrid 20 de octubre de 1998.
- ⁵⁶⁴Grupo de trabajo Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Ballester Ferrando David, Castanedo Pfeiffer Cristina, García Hernández Misericordia, Martínez Cuervo Fernando, Paris Giménez Josep, Peñafiel Olivar Antonio, Soldevilla Agreda Jose Javier. Proyecto de la Especialidad de enfermería Gerontológica. Madrid Julio 2001.
- ⁵⁶⁵González Jurado Maximo. Especialidades de enfermería. Un paso más hacia la excelencia profesional. *Rev ROL Enferm.* 2005;28(7-8):46-52.
- ⁵⁶⁶Real Decreto 405/2005, de 22 de abril sobre especialidades de enfermería. BOE número 108, 6 de mayo del 2008.
- ⁵⁶⁷Romero-Nieva Lozano Jerónimo. La especialidad de Enfermería familiar y comunitaria: ¿es compatible con las especialidades enfermeras de Pediatría, Geriátrica y Matronas?. *Rev Adm Sanit.* 2009;7(2):285-291.
- ⁵⁶⁸Guzman Rentero José. Especialidades de enfermería:¿hacia donde vamos?. Tesela [Rev Tesela] 2007;1. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts1/ts709.php>
- ⁵⁶⁹Autor desconocido. Nuestra Sociedad. *Gerokomos.* 1991;II(2):24-25.
- ⁵⁷⁰De Pedro Gómez Joan. Las especialidades de enfermería. *Metas de Enferm.* 2005;8(6):50-54.
- ⁵⁷¹Ortega Matas M^a Cristina. Consideraciones al Real Decreto sobre especialidades de enfermería. *Nursing.* 2007;25(5):64-66.
- ⁵⁷²Giménez Maroto Ana M^a. Aspectos normativos relacionados con la formación de especialistas en Enfermería. *Metas de Enferm.* 2009;12(5):14-19.
- ⁵⁷³ Romero-Nieva Jerónimo. La firma invitada: especialidades en enfermería. *Enfermería de urgencias.* 2008;0. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio/pagina3.html>
- ⁵⁷⁴Soldevilla Agreda Javier. Comisión Nacional de Enfermería Geriátrica: constituida y en marcha. *Gerokomos.* 2007;18(2):11-12.
- ⁵⁷⁵García Hernández Misericordia. La razón prevalece sobre la sinrazón. *Gerokomos.* 2006;17(3):120.

⁵⁷⁶Nota informativa del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Disponible en: <http://www.msps.es/profesionales/formacion/consejoEspecialidades.htm>

⁵⁷⁷Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, por la que aprueba y publica el programa formativo de la Especialidad de Enfermería Geriátrica. BOE, número 288, de 30 de noviembre 2009.

⁵⁷⁸Sentencia de 1 de diciembre de 2010 de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Cuarta de la Audiencia Nacional. Recurso 73/2010, número de Registro General 642/2010.

⁵⁷⁹Corpas Arce, Francisco. Organización Colegial de Enfermería, Consejo General, Informe Jurídico. Comentario a la sentencia de la Sala Tercera del Tribunal Supremo de 6 de junio de 2012.

⁵⁸⁰Sentencia de 6 de junio de la Sala Tercera del Tribunal Supremo, sala de lo contencioso-administrativo, sección cuarta. Recurso de casación 787/2011.

⁵⁸¹Paris Gimenez Josep. Abierto el camino para la especialidad de enfermería geriátrica. *Enfermería Facultativa*. 2010; 139:15.

⁵⁸²Martínez Cuervo Fernando. La enfermería geriátrica abordará tanto los cuidados a los enfermos como promoción y prevención. Disponible en: <http://www.portalsolidario.org/utopia>

⁵⁸³Informe 27 de enero de 2010 sobre especialidades de Enfermería. Informe del grupo de trabajo de especialidades de enfermería. Disponible en: <http://www.codem.es>

⁵⁸⁴Documento de trabajo. Principales aspectos a abordar por la comisión técnica de formación especializada en Ciencias de la Salud respecto al proyecto de real decreto que desarrollará el capítulo III del título II de la ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias. 2006. Disponible en: <http://arrakis.es/-seegg/documentos/especialidades>

⁵⁸⁵Ministerio de Sanidad y Consumo. Proyecto de Real Decreto por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Ministerio de Sanidad y Consumo. España. Biblioteca Las Casas. 2006;2(4). Disponible en: <http://index-f.com/lascasas/documentos/lo0183.php>

⁵⁸⁶Proyecto de Real Decreto por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Pleno CCRRHH SNS 11/09/2007. Disponible en: <http://www.omega.net/decretoformativosresidentes.pdf>

⁵⁸⁷Proyecto de Real Decreto por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Proyecto para la comisión técnica delegada 12 de julio 2007. Disponible en: <http://www.arrakis.es/-seegg/documentos/especialidades>

⁵⁸⁸Comisión Nacional de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Consideraciones de la Comisión sobre el proyecto de Real Decreto por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Disponible en: <http://www.seapaonline.or> y <http://www.enfermeriacomunitaria.org/index.php>

⁵⁸⁹Asociación de enfermería en anestesia, reanimación y terapia del dolor. Consideraciones de la Comisión sobre el proyecto de Real Decreto por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Disponible en: <http://www.aseedar.td.org>

⁵⁹⁰Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. BOE, número 45, 21 febrero 2008.

⁵⁹¹Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan los criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de Formación especializada y nombramiento del tutor. BOE, número 56, de 5 de marzo 2008.

⁵⁹²Requisitos para la acreditación de unidades docentes multiprofesionales de geriatría. Presidencia Española EU 2010.es. Requisitos provisionales acreditación de las UDM Geriatría. 30/05/2010. Disponible en: http://www.arrakis/-seeg/REQUISITOS_UDM_GERIATRIA.pdf y en http://www.msc.es/profesionales/formación/docs/Requisitos_UDM_Geriatria.pdf

⁵⁹³Resolución conjunta de los Ministerios de educación y de Sanidad y Política social e Igualdad por la que se establecen los requisitos de acreditación de las unidades docentes multiprofesionales de Geriatría y unidades docentes multiprofesionales de Pediatría. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad, Ministerio de Educación, Dirección general de Política Universitaria, Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección. Disponible en: <http://www.msps.es/profesionales/formación/AcreDocCnUniForSanEsp.htm>

⁵⁹⁴Estructura y recursos necesarios para la adquisición de las competencias establecidas en el programa formativo de cada especialidad, recursos para el apoyo a la investigación y acceso a la producción científica, dispositivos Hospitalarios, de Atención Primaria y Socio-sanitarios. Además, podrán incorporarse otros dispositivos docentes de referencia: Centros o Unidades en los que su prestigio o especificidad de sus funciones suponga un interés añadido para la formación, el ámbito territorial de estas Unidades podrá ser provincial, de comunitario o nacional.

⁵⁹⁵Orden SAS/2447/2010, de 15 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de prueba selectiva 2010, para el acceso en el año 2011, a plazas de formación sanitaria especializada para graduados/diplomados en Enfermería. BOE, número 230 de 22 de septiembre del 2010.

RESULTADOS FUENTES ORALES



1. MARCO CONCEPTUAL PARA EL ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS.

Como venimos defendiendo, en la Institucionalización de la Enfermería Geriátrica, son numerosos los factores que han influido en su reconocimiento. Recordemos los elementos que nos han guiado en el proceso de reflexión hasta este momento: el envejecimiento de la población origina unas las necesidades de cuidados, que se generan durante el proceso de envejecimiento de las personas, la respuesta a estas necesidades está basada en la adecuada formación específica y especializada de las enfermeras y la potenciación de su reconocimiento está influida por la producción científica y el asociacionismo; así como por el modelo de atención fomentado por los poderes públicos.

Para analizar las entrevistas vamos a tener en cuenta estos elementos y las hipótesis complementarias planteadas sobre el modelo de cuidados desarrollado por las enfermeras y enfermeros que cuidan a los mayores. Los elementos que influyen en el reconocimiento y diferenciación de la labor especializada de la Enfermería Geriátrica y la aportación de la formación universitaria a los profesionales de enfermería en relación al reconocimiento de la especialidad de la Enfermería Geriátrica. En el análisis de los discursos que presentamos tenemos en cuenta estas variables.

En el relato oral las preguntas sirven de hilo conductor, pero el entrevistado o entrevistada ha tenido toda la libertad de organizarlo según surgen los recuerdos de los hechos. Comenzamos solicitando que nos expresaran, qué les sugería la especialidad de Enfermería Geriátrica, posteriormente les pedimos que hablaran sobre su experiencia en relación a la especialidad de Enfermería Geriátrica, su apreciación sobre los factores que han podido influir en su reconocimiento, así como el nivel de reconocimiento percibido desde el entorno social, sanitario y profesional, para finalizar la entrevista se les solicita que nos aporten la opinión que les merece el futuro de la especialidad.

Para comprender el tipo de atención que se ofrece a los mayores, así como su posición en la sociedad, influida entre otros factores por los discursos políticos, prácticas sociales e intereses económicos, hemos tenido presente las aportaciones realizadas por Zygmunt Bauman, sociólogo, filósofo y ensayista polaco, considerado uno de los grandes pensadores europeos de la actualidad. El enfoque en el que fundamentamos el análisis de la sociedad actual y por ende, la proyección que sobre el concepto de vejez puede derivar este planteamiento, es el propuesto por Bauman en su análisis sobre la sociedad capitalista y las consecuencias que para algunos sectores de la sociedad conlleva. Haremos referencia a la tendencia hacia el individualismo, el debilitamiento de los vínculos humanos y la disminución de la solidaridad.

En cuanto al modelo de cuidados enfermeros geronto-geriátricos y su influencia en la calidad de vida de los mayores, como hemos analizado en el capítulo de producción científica, partimos del concepto de cuidados como eje de los servicios de enfermería, con un compromiso profesional al lado de las personas, familias o comunidades basado en ofrecer cuidados específicos según las necesidades que viven las personas ante diversas experiencias de salud y se

relacionan con la calidad de vida de las personas atendidas. Recordemos que el objetivo prioritario en el cuidado de los mayores es mantener su independencia, el máximo tiempo posible, dando más importancia a la calidad de vida que a la cantidad de vida. Analizaremos las aportaciones de enfermería que contribuyen a una mejor calidad de vida desde el modelo Bienestar, Seguridad Clínica y Autonomía, creado y desarrollado por el grupo de investigación A. Más, que está profundizando y mejorando el conocimiento sobre las acciones de enfermería que mejoran la calidad de vida de las personas.

Para hacer una aproximación sobre cómo se valora la labor de la enfermera geriátrica en la sociedad, basaremos nuestro análisis a partir del paradigma propuesto por Nancy Fraser. Fraser intelectual feminista estadounidense, profesora de filosofía y ciencias políticas y sociales, en el *New Scholl for Social Research* de Nueva York, es uno de los referentes del pensamiento crítico contemporáneo. Destaca su aportación teórica sobre la justicia social, como un concepto complejo, en el que se engloban y armonizan tres dimensiones: reconocimiento, redistribución (distribución de recursos) y representación. Considera que estas dimensiones confluyen y se influyen mutuamente, sin olvidar que cada dimensión tiene cierta independencia relativa de la otra. Estas dimensiones nos permiten analizar el valor que la sociedad, las instituciones y los propios profesionales dan a las enfermeras y enfermeros que cuidan a los mayores.

Estaremos de acuerdo que un trabajo bien valorado socialmente es una fuente de satisfacción para quien lo desarrolla y un estímulo para seguir haciéndolo bien. Así como lo contrario, es decir, cuando el trabajo no es bien valorado por la sociedad, entendiendo ciudadanía e instituciones, tiende a ser infravalorado por quien lo desarrolla y se convierte en una fuente de insatisfacción que afecta a la calidad del desempeño. Así por ejemplo, la falta de reconocimiento histórica de la profesión enfermera por los directivos de las Instituciones Sanitarias se vio reflejado en los estudios sociológicos de 1998 y 2005^{596,597}. A ello hay que sumar como en el Proyecto de Real Decreto por el que se regula la troncalidad y otros aspectos del Sistema de Formación Sanitaria especializada en Ciencias de la Salud, se obvia y margina a la profesión enfermera del contenido del mismo⁵⁹⁸, o la tendencia de la prensa a la invisibilidad de las enfermeras, cuando no a la exaltación de los escasos casos negativos en los que hay enfermeras implicadas.

2. CONCEPTO DE LA VEJEZ EN LA SOCIEDAD GLOBAL.

El enfoque en el que fundamentamos el análisis de la sociedad actual y su aproximación a la vejez, como hemos adelantado en la introducción, está basado en las propuestas de Zygmunt Bauman, en su análisis sobre la sociedad capitalista y las consecuencias que para algunos sectores de la sociedad conlleva. Bauman concibe que la apertura de la sociedad, la globalización, está potenciada en primer lugar, por las “autopistas de la información” que atraviesan el planeta en todas las direcciones, nada de lo que ocurra en alguna parte puede, al menos potencialmente, permanecer en un “afuera” intelectual y por un planeta abierto a la libre circulación del capital y de las mercancías, cualquier cosa que ocurra en un lugar repercute sobre el modo en que la gente vive, espera vivir o supone que se vive en otros lugares donde el bienestar de un lugar repercute en el sufrimiento de otro. Surge un nuevo individualismo, el debilitamiento de los vínculos humanos y el languidecimiento de la solidaridad, como cara de la moneda cuyo reverso lleva el sello de la “globalización negativa”⁵⁹⁹.

Figura 31. Características de la sociedad global.



2.1 Individualismo.

Bauman propone la metáfora de la liquidez para destacar la precariedad de los vínculos humanos en una sociedad individualista y privatizada, marcada por el carácter transitorio y volátil de sus relaciones⁶⁰⁰. La figura de modernidad líquida corresponde a una figura de cambio y transitoriedad, “Los sólidos conservan su forma y persisten en el tiempo: duran, mientras que los líquidos son informes y se transforman constantemente: fluyen”⁶⁰¹. Ser superfluo significa ser supernumerario, innecesario, carente de uso -sean cual fueren las necesidades y los usos que establecen el patrón de utilidad e indispensabilidad-. Los otros no te necesitan, pueden arreglárselas igual de bien, si no mejor sin ti. No existe razón palmaria para tu presencia ni obvia justificación para tu reivindicación del derecho de seguir ahí. “Superfluidez” comparte su espacio semántico con “personas o cosas rechazadas”, “derroche”, “basura”, “desperdicios”: con residuo⁶⁰². Desde los albores de la modernidad, cada generación sucesiva ha dejado sus naufragos abandonados en el vacío social: las “víctimas colaterales del progreso”⁶⁰³. La sociedad individualizada está marcada por la dilapidación de los vínculos sociales, el cimientamiento de la acción solidaria⁶⁰⁴.

Aunque Bauman, utiliza el término de “Desechos Humanos” para referirse a los desempleados, creemos que es un término en el que tienen cabida los mayores de hoy en día, considerados también “gente superflua, excluida, fuera de juego”. Se habla de excedentes, lo que significa que la gente es superflua, innecesaria, porque cuantos menos haya, mejor funciona la economía. La idea de que los mayores no cuentan con un rol social es recurrente a lo largo de la historia, el envejecimiento se ha visto como un proceso de deterioro creciente y los estereotipos se han generalizado hacia valoraciones negativas de la vejez, que se aprenden desde la infancia, se transmiten y perpetúan durante el proceso de socialización^{605,606,607}. Si bien la valoración en el entorno familiar varía, en la sociedad española los mayores constituyen el sostén económico de la población más empobrecida por los largos períodos de desempleo. De hecho se estima que numerosas familias, en estos momentos de paro laboral y crisis económica, sobreviven gracias a las pensiones de los abuelos, que además han tenido que acoger en sus casas a hijos y nietos. Se estima que en España el 70% de los padres ayudan a los hijos con el cuidado de los nietos y el 49% lo hace de forma diaria. Por su parte los hijos proporcionan la mitad del cuidado que reciben los padres (40% son hijas)⁶⁰⁸.

En una sociedad repito que en su base es capitalista y divide a los ciudadanos en dos grandes grupos que son los activos y los pasivos, los activos son los que producen y los pasivos son los que tienen que recibir de los que producen que son los activos y el anciano es un pasivo, nuestra sociedad lo tiene definido como tal, como pasivo, entonces ¿qué me aporta? De que se olvida quien divide a la sociedad así, cuando dicen que el anciano es un pasivo y esto se ve continuamente, que nada más es generador de gasto, Ley de Medicamento es que como los ancianos gastan tantos medicamentos, parece que nada más usen medicamentos aquí los ancianos, que se los beben como... si fuera coca-cola, que el gran gasto está en las estancias que tienen las personas mayores y esto se va repitiendo, se va repitiendo en la prensa, se va repitiendo en las noticias y entonces queda que hay... lo que pasa es que se olvida que estos en su momento fueron activos, lo olvidamos pero este es el sistema capitalista (Inf. 16)

Conducta edadista.

El mantenimiento de estereotipos o actitudes prejuiciosas hacia las personas, solo por el hecho de ser mayores, se conoce como edadismo. El edadismo ha sido considerado como la tercera forma de discriminación de nuestra sociedad, tras el racismo y el sexismo, este tipo de actitudes está presente en la sociedad occidental actual, probablemente en mayor medida que el racismo y el sexismo, aunque es muy difícil de detectar⁶⁰⁹. Estas creencias reflejan desconocimiento de quienes son los mayores, debido a una infravaloración de las mismas en función de su edad. Una visión estereotipada negativa, de la vejez plantea no sólo problemas éticos sino que tiene implicaciones en todos los órdenes de la vida y puede condicionar la toma de decisiones sobre aspectos económicos, beneficios sociales o políticas sociales⁶¹⁰. En nuestro país, según el barómetro elaborado por el CIS en 2009, para medir el estado de la opinión pública en relación con la situación política y económica del país, la frase que mejor representaba a los mayores, para las personas encuestadas, era “no pueden valerse por sí mismos y necesitan cuidados”.

La tendencia social hacia el individualismo, donde los vínculos sociales y la solidaridad se ven afectados, es manifestada por los entrevistados. En nuestro análisis hemos podido rescatar numerosas referencias sobre la percepción social del envejecimiento con matiz negativo y la existencia de actitudes edadistas, es decir, conductas prejuiciosas hacia los mayores. Sobre el concepto negativo, preconcebido del mayor en nuestra sociedad, vemos que es una cuestión destacada en el discurso de los informantes:

La sociedad consumista ve al anciano como inservible, inservible (lo dice muy despacio). (Inf. 7)

El concepto del mayor... de inválida, muy enferma... ¡hombre! realmente igual en un principio es que te impresiona... claro la gente que no tienen contacto con nuestro mundo, dice jeso tiene que ser horroroso! (Inf. 10)

Yo veo que aunque sea triste decirlo, creo que la sociedad ve al anciano como la parte negativa de la vida, la parte final y encima la parte fea... Creo que identificamos al mayor como dependiente, esa es la visión que se tiene, aunque ahora mismo se están cambiando las cosas, por el hecho de que el tiempo... la época de crisis se está volviendo más al domicilio, se está volviendo a recuperar cuidados en el domicilio, porque económicamente primero no se puede y segundo porque la mujer vuelve otra vez a casa porque no tiene trabajo, realmente la visión que tiene la sociedad es el del anciano con una carga importante de dependencia y con una atención importante que supone, más fea o negativa del anciano (Inf. 13)

El anciano es de 2ª B, lo bonito es la cirugía, lo bonito es el joven, el anciano siempre tiene un tratamiento secundario, se ve como una carga, hay una percepción del anciano como enfermo... en los propios profesionales de la salud. (Inf. 9)

No podemos olvidar que la visión de la vejez, si nos ponemos a leer a Sánchez Granjel y Simone Bouvoir y todos estos estudiosos de la vejez que es tan bonito, no podemos olvidar que la vejez es algo no querido, final de vida y si es posible y podemos, taparlo un poco... hace unas décadas la vejez no era reconocida socialmente, lo mismo que ahora. (Inf. 11)

Pienso que se considera una etapa que hay que pasar pero que nadie quiere llegar a ella... Creo que la gente piensa en un anciano y se le ve como estorbo, como algo que molesta, como que depende de alguien, que es dependiente, luego te das cuenta que no todo es así como lo quieren plantear... cada día los ancianos están entrando otra vez en las casas de las familias e incluso son los mayores quienes están cuidando de los hijos cuando los padres tienen que salir a trabajar, digamos entonces que ese papel que desempeña, nos está cambiando la visión que tenían sobre esa persona, de que era una persona a cuidar, está pasando el anciano, digamos a ser cuidador, está pasando de un papel a otro. (Inf. 14)

Cuando se habla de los ancianos, se habla de los ancianos que están deteriorados, los que están todo el día en el hospital, no se habla de los que están sanos, de los que viajan en el Imsero, de los que hacen de canguro, de los que hacen de recaderos, de los que hacen de voluntarios, que son capaces, que se enamoran, que tiene sentimientos, que viven esta etapa de la vida con felicidad, todo lo que la prensa, las imágenes de los telediarios, las noticias que nos dan pues es el abuelo

abandonado, el abuelo del Alzheimer, el no sé... entonces piensas "ser viejo es lo peor que te puede pasar" ¿no?. Claro hay viejos que están muy bien y por tanto es una etapa más de la vida que la puedes vivir satisfactoriamente, que puedes ser muy útil a tu familia, a la sociedad donde vives, que tienes ilusiones como el que más, que te gusta experimentar como el que más, pero esta no es la imagen que se da, la imagen que se da es la otra de tanto deterioro y tal... hay muchas estadísticas que nos dicen que no llega a ser ni el 15% de todas las personas mayores que tenemos, en cambio centramos todo el problema en este 15% y no pensamos en el otro 85% que unos están mejor, otros peor y otros que están estupendísimos. (Inf.16)

A los "viejos" no los quiere nadie y menos aún si están enfermos. Al paciente geriátrico, a este paciente "no lo quiere nadie" (lo dice muy lentamente), claro es que es muy complicado, da muchos problemas... pero vamos a nivel general. (Inf. 18)

Estos conceptos en ocasiones son causa de conductas edadistas tanto desde el ámbito profesional, en el entorno familiar y en la sociedad en general, como se interpreta de las siguientes narrativas:

Ámbito profesional:

Al abuelo la gente no le valora, eh... incluso cuando tu derivas a un mayor a urgencias, yo le digo abuelo con todo el cariño. Sea el médico o enfermera o auxiliar de la ambulancia "Uffff... ¿Qué me mandas?", ¡¿Cómo que qué me mandas?! si fuera tu madre ¿te gustaría que le trataran así?, no que me mandas, no, te mando a un paciente que está mal y te dicen ¿qué quieres que le haga? ¡¿cómo que quiero, que quieres?! Pues lo que tenga que hacerse en esta situación... hay que valorarlo. Me parece muy fuerte el comentario de Uffff. (Inf.3)

Me pasó con la revisión de los niños, ella es enfermera de pediatría y yo de aquí y me dice: ¿Qué tal los abuelillos, que mal están todos, que pena, no?... hacía referencia a que están muy demenciados, uno pega otro grita. Sí, eso es una realidad hay ancianos demenciados otros no, hay quien pega, quien grita, hay quien baila, hay quien se ríe. Otro día: mira a ver esa medicación de la vitrina ¡llévasela a tus viejos!, pero con un tono... pues sí ¡llévate eso para tus viejos! mis viejos son tus viejos, es tu padre, tu madre, tu vecina...(Inf. 3)

Son muy mayores, muy crónicos... la enfermera se frustra como se frustra el médico cuando hay una enfermedad crónica, porque no tiene una recuperación feliz en días, son cuidados crónicos de larga duración y empezamos a pensar que hay muy poco que hacer con ese tipo de pacientes, cuando hay una enorme cantidad de cosas que hacer... Nos han enseñado a curar y no nos han enseñado a atender... cuando hay fractura de cadera y la señora tiene demencia la rehabilitación brilla por su ausencia, es curioso que tengan que venir aquí a rehabilitarse, es algo espectacular, es un fallo del sistema enorme. (Inf. 9)

Todavía se sigue hablando de que total para lo que hay que hacer para los viejos. (Inf. 11)

Esto de oír, hablamos de un centro hospitalario, ha ingresado “un puro”, entre comillas ¿un habano?, hace poco oí la expresión de “abueloma”. (Inf. 19)

Ámbito familiar:

Vi una cosa en la calle..., iba una hija con su padre era ya... daba pasitos cortos, por eso me fijé, estaba ya mal ella... le gritaba venga, venga... y lo dejó solo y no podía andar y no podía andar, me dieron ganas de decirle a la hija, ¡pero señora!, pero no, le di la mano, la hija se dio cuenta de cómo había maltratado a su padre... no hay respeto, se priorizan cosas banales... en realidad la gente no está preparada... fíjate toda la vida ha tenido mala leche, te dicen se mea porque le da la gana... (Inf. 7)

Ámbito social:

Normalmente a la persona mayor, una vez que se jubila pasa a un segundo plano, no se le escucha, no se le tiene en consideración, después que nos han dado la vida, todo lo que han dado nuestros padres, las personas mayores por nosotros, una vez que llegan a mayores, pues ya no se le tiene en cuenta. (Inf. 2)

A la gente normal no se les pude invitar a tomar un café o una merienda en una residencia de ancianos, cuando lo hacemos, lo hacemos con mucho cuidado con vasos y platos de usar y tirar y tal, a la gente le da como cosa... y al fin, tu vas a una cafetería y no sabes que persona ha tomado el café antes... muchísimo rechazo, no sé porqué, al fin y al cabo son mayores... ¿eso que demuestra? en sí que tenemos, un poco a estas personas y que nos cuesta, hablo generalizando, no todo el mundo. (Inf.4)

Valores “invisibilizados” de los mayores.

El enfoque negativo sobre la vejez oculta otra realidad no visible, pero existente en nuestra sociedad, es la aportación que los mayores han realizado y siguen realizando desde el entorno familiar y social. Los informantes manifiestan en sus discursos esta realidad silenciada en numerosos medios.

Para mi es una experiencia fantástica, llevo 13 años y creo que nunca perderé la ilusión porque todos los días ellos te aportan algo y tu les aportas lo que puedes. Es un aporte ¡bestial!. (Inf.1)

Desde mi experiencia como una enfermera en una residencia, me he sentido muy realizada... he aprendido tantas cosas que igual en una consulta... yo vengo de Atención Primaria, en Primaria estaba tratando al fin y al cabo con personas mayores, en el ámbito rural, en cambio aquí además estoy realizando otras muchas, muchas cosas... cada día aprendo cosas con ellos, tu le preguntas a un niño... la diferencia entre un niño con un mayor, un niño es más inocente, un mayor... fíjate tú le puedes estar preguntando, le dices ¿Qué año estamos? ve el calendario y ve 2012 y te lee 2012, tienen muchísimos recursos, muchos más que un niño, toda una vida detrás y ¡te sorprenden!, a mi me sorprenden mucho. (Inf.2)

Aunque estés haciendo rutina, el lunes es igual que el martes, pero luego en el fondo no es igual, porque cada día te pueden sorprender con algo, nos sorprenden, sí, en comportamientos (Inf.3)

También tienes la otra parte en la que están cuidando de los nietos, en ese momento todo es brillante, son autónomos y está todo fenomenal, lo que pasa es que antes la gente, no alargaba tanto la vida, quiero decir que antes no llegaba tanto, 80-90-100 y es que los que llegan si tienen buena calidad de vida, yo digo que chapó... (Inf. 12)

Es sorprendente el año pasado, seguramente lo viste en Getxo... algo espectacular, llenaron las calles y el paseo marítimo lo sembraron de personas mayores, murales de muchos metros donde estaban famosos viejos y lo llamó así "Getxo, un elogio a la vejez", esto era impensable hace unas décadas, ¿porqué ahora de repente? por que las políticas han cambiado... tenemos muchos más viejos con mejores condiciones de vida. (Inf. 11)

Cuando se verbalizan cosas como "nunca hubiera pensado que era tan gratificante trabajar con personas mayores, me gusta mucho esto", creo que hay un desconocimiento importante de lo que es el cuidado, el trabajo, la gratificación... Hay una cantidad de oportunidades... de capacidades, de desarrollo incluso personal y colectivo. (Inf. 11)

Esto se olvida absolutamente, el potencial que tienen y además, yo siempre pongo un ejemplo clarísimo cuando hablamos de esto, yo siempre digo si todos los ancianos que son cuidadores de sus nietos, que son los canguros excelentes, que los llevan al colegio, que los traen, que les dan la merienda, que cuando los padres están enfermos se los quedan ellos en casa, ¡vale!. Que además pueden cuidar al hijo, a la hija, a la nuera cuando está enferma, que además son los recaderos de las cosas que los jóvenes que trabajamos no podemos hacer, como aquello de papá mañana ve a correos y échame esta carta, o papa por favor ve al banco y págame esto, si estos se pararan y estos ancianos no hicieran esto y esto lo tuviéramos que pagar es decir, si tuviéramos que tener canguros, que nos llevaran y trajeran a los hijos al colegio y los tuviéramos que pagar o las familias o el estado, veríamos que potencial de trabajo es.

Eso a nadie se le ha ocurrido decirlo, igual que no se les ocurre decir que igual que ahora son pasivos antes fueron activos y que nos dieron mucho en la sociedad y que la sociedad que hoy tenemos es la herencia con lo bueno y lo malo que ellos hicieron. En lo que ellos hicieron hay cosas buenas y cosas malas, como en toda época de la vida y en toda época histórica. Por tanto, los ancianos que hoy tenemos son nuestra historia más inmediata, hay quien dice que "quien pierde los orígenes pierde la identidad", entonces si yo no soy capaz de reconocer cual es mi origen, que son estas personas que ahora son mayores, que son inmediatamente anteriores a mí, voy a perder mis identidades, entonces claro que no está valorado en nuestra sociedad, por todo esto que te digo el papel del anciano.

Son pocas las voces que están diciendo "pero señores no sean ustedes tan fríos, tan calculadores y háblenme de activos y pasivo, no, no añádanle algo más, añádanle este análisis de lo que están aportando los ancianos a la sociedad mediante el cuidado de los nietos, los hijos, el recadero", ya no hablemos de las

tareas de voluntariado que hacen, porque hay un montón de personas ahí, que están haciendo voluntariado, si no hubiera voluntarios y el estado se tuviera que hacer cargo de muchas de las cosas que están haciendo estos voluntarios, usted: banco de alimentos, Cáritas, cuidar a propios ancianos y todo esto ¿Qué? Y esto ¿no es un potencial de trabajo?, claro total y absoluto, un potencial económico buenísimo, pero a mí las estadísticas que hacemos no me interesan, esto no lo valoro y además tampoco valoro que hasta hace cuatro días eran activos y que siendo activos, han ayudado a avanzar a la sociedad, han pagado su seguridad social... todo... y como es el reflejo de la sociedad ¿a quién quiere la sociedad? joven, guapa, productiva, tener mucho dinero y un gran reconocimiento, la antítesis que nos presentan la ancianidad es lo otro, lo contrario. (Inf. 16)

La gran mayoría de los sexagenarios en nuestro país (se considera anciano a partir de 65 años) gozan de buena salud. Están llegando a la vejez en mejores condiciones sanitarias y socioeconómicas que antes. Además muchos de ellos siguen cuidando de los nietos, de familiares, que viajan, que usan las nuevas tecnologías o sea, que están activos, lo que dista mucho de la visión de un abuelo enfermo dependiente. (Inf. 18)

Los informantes destacan el intercambio de aprendizaje, la aportación que realizan en el entorno familiar y social con el cuidado de sus nietos y la calidad de vida que muchos disfrutaban o las capacidades que demuestran tener. Hacen referencia a lo que hoy en día se llama envejecimiento activo, concepto impregnado de contenidos positivos⁶¹¹, los ancianos con un perfil saludable y autónomo pueden contribuir de forma más activa desde la participación, la decisión y ejecución de acciones⁶¹². Esta puesta en valor de la vejez, bien podría interpretarse, como un apoyo a la reivindicación de que la condición de vejez sea reconocida patrimonio inmaterial de la humanidad, por la UNESCO. Como un reconocimiento efectivo, real, palpable, del viejo en la sociedad, del “viejo en, con, por y para la humanidad”⁶¹³.

2.2 Debilitamiento de los vínculos humanos.

Cambios en las relaciones

Siguiendo con el análisis de nuestra sociedad y sus características, según Bauman, vivimos en un tiempo sin certezas, donde la familia nuclear se ha transformado en una “relación pura”, en la que cada “socio” puede abandonar al otro a la primera dificultad y el amor se hace flotante sin ninguna responsabilidad hacia el otro. Bauman cita que el retroceso de las habilidades sociales se ve acelerado por la tendencia, inspirada por el modelo de vida consumista dominante, a tratar a los otros seres humanos como objetos de consumo según la cantidad de placer que puedan llegar a ofrecer en términos de costo-beneficio. Manifiesta que en nuestro mundo, donde la “individualización” es tan valorada, la fragilidad de los vínculos humanos y el sentimiento de inseguridad que esa fragilidad inspira, conlleva a considerar las

relaciones como una bendición a medias. Oscilan entre un dulce sueño y una pesadilla, no hay manera de decir en qué momento uno se convierte en la otra⁶¹⁴.

Los profesionales entrevistados destacan principalmente el cambio del papel de la mujer en nuestra sociedad y su repercusión, tanto en el cambio de la estructura familiar tradicional como en el cuidado que desde las familias se les ofrecía a los mayores, basado principalmente en el tiempo y en el trabajo de las mujeres, que se suponía libre en términos económicos. Los hijos han dejado de ser un activo para el cuidado en la vejez⁶¹⁵ y se estima que cada vez serán menos los recursos familiares de apoyo⁶¹⁶.

La sociedad hasta hace poquito estaba normalmente... el cuidador de referencia era la mujer, pero ahora a estas personas... la mujer está trabajando y a la persona mayor hay que llevarla a un centro de día o a una residencia. (Inf.2)

Es que tanto para el mayor que viene libremente a una residencia, como el que viene porque la familia no puede atenderlo, por lo que sea, la vida ha cambiado, antes nuestros padres cuidaban de sus padres, pero ahora... la estructura familiar ha cambiado. (Inf. 3)

Estamos dejando de cuidar a nuestros mayores... primero porque tienen más autonomía e independencia, luego también por nuestro trabajo, por nuestra labor. (Inf.6)

Cambio social, la reestructuración en relación a la familia, esto de ahora en relación al cuidado de los ancianos ha cambiado todo. Antes el abuelo, no como abuelo a mi no me gusta nunca llamar a un anciano abuelo, pero un anciano que era el que estaba en casa del hijo, de la hija en el pueblo, todo el mundo lo rodea, el nieto... y todo giraba ahí, se valoraba la experiencia, ahora la gente trabaja, estás viendo que los ancianos están siendo cuidados, muchas veces, por gente que vienen de otros países, yo te digo que hasta a la hora de comunicarnos, hemos tenido que formar incluso... que ni siquiera sabía hablar, ni hacerle la comida adecuada... Nosotros desde que empezamos, desde hace unos años los cuidadores de hace unos años, a los cuidadores que nos encontramos ahora... (Inf. 12)

Quizás la crisis nos haga recuperar valores, porque yo he vivido en mi casa, la gente como yo casi todos, el anciano, mi abuelo, mis abuelos, tenían un peso, eran personas a respetar, a la que más había que respetar y lo que decían era para tenerlo en cuenta, ahora con esta sociedad que nos hemos creado del consumismo, de uff... (Inf. 7)

El mayor ha pasado de vivir con la familia, de estar cuidado por sus hijos, pues pasaba sí... pues al geriátrico donde se dejaban un poco los abuelos que no tenían familia, que nadie de alguna manera quería tenerles o no podían (Inf. 17)

Varios informantes consideran que la relación del mayor con la familia ha ido cambiando desde el respeto-aceptación del mayor hasta verse influida por diversos factores entre los que destaca el nivel de dependencia del mayor.

La visión del anciano ha cambiado, creo que se han dado varios pasos: primero, la primera fase era la que la gente envejecía rápidamente, el anciano era un anciano que empezaba a ser anciano muy pronto, el típico abuelo que todas nosotras conocemos de nuestra infancia, que el abuelo se hacía mayor y se hacía abuelo, pero existía el respeto y ese reconocimiento, de la ancianidad como sabiduría, como patriarca que une a la familia; después ha ido evolucionando por la modernización de la sociedad y el anciano pasa a un segundo plano donde el tener el anciano en casa supone problemas... creo que ahora estamos en una tercera fase en la que tenemos una primera etapa en la que el anciano sigue siendo autónomo, porque el envejecimiento se ha retrasado en la parte en la que el anciano tiene un envejecimiento activo... tiene una vida autónoma, una calidad de vida, es una persona sana con sus goteras como cualquiera, pero es una persona sana que tiene autonomía... una vida como él la quiera llevar, una vida activa; y luego tenemos el segundo grupo de ancianos... el hecho de que el envejecimiento se haya retrasado y hayamos prolongado la vida, es un anciano muy deteriorado, en una fase muy evolucionada y en los que dependen de unos cuidados, una atención y unos cuidados continuos, es muy importante porque es incapaz de cuidarse por sí mismo. (Inf. 13)

Esos grandes dependientes acaban en su mayoría en residencias, la familia no se ve con apoyos, ganas, sin condiciones de cuidarlos en casa, hay dependientes que duran muchos años, estamos hablando de un tema gordo. (Inf. 10)

Una vez que no puede ayudar a la familia, llega un momento que parece que sobra, que molesta, pues por ejemplo, los hijos tienen que cuidar ahora a sus nietos, pero el padre parece que nos molesta, el llegar a mayor, cuando empiezan con los olvidos. (Inf.2)

Me da la sensación que se soporta al anciano sano y autónomo, en cuanto dejan esa condición y se pierde, habitualmente se pierde durante tus años de vejez, ya no interesa, es una sobrecarga en todos los sentidos y si pudiéramos echarlos sin que nadie nos viera, yo estoy seguro de que se haría (Inf. 15)

En España según el Instituto Nacional de Estadística el 30% de la población de 65 o más años sufre alguna discapacidad y el 19% están en situación de dependencia. Los ancianos se ven despojados de la protección que en el pasado otorgaba la familia y las redes sociales, los vínculos solidarios se tornan frágiles y parecen obedecer al concepto de beneficios que aportan, así lo manifiestan los participantes, a pesar de que en España la familia proporciona un número importante de cuidados, en valor monetario los cuidados familiares a personas mayores en España podría suponer un 3,79% del Producto Interior Bruto (PIB) unos 40.000 millones de euros⁶¹⁷

Miedo/inseguridad.

En esta sociedad donde los ciudadanos nos hemos convertido en “adictos a la seguridad”, la aceptamos como si fuera lógica y “miedo” es el nombre que damos a nuestra incertidumbre, a nuestra ignorancia con respecto a una amenaza y a lo que no se puede hacer para detenerla o combatirla⁶¹⁸, Bauman también considera que actualmente “los residentes del

mundo de la modernidad líquida, tienden a la huida de los problemas como una apuesta más segura que la de quedarse a combatirlos⁶¹⁹. Tal como se deduce de los siguientes discursos esta afirmación sería válida tanto en el ámbito familiar como social.

Percibo que las familias dicen, pues mira es que no puedo con él, es que me va a quitar de ir a tal sitio u otro, no puedo... (Inf. 7).

Ha sido muy complicado con algunas familias, excepcionalmente, por incompreensión, por desconocimiento, hay familias que rotundamente se niegan a reconocer el estado en el que está su familiar, entonces ahí cuesta muchísimo hacerles comprender, porque no son capaces de comprender que su familiar está, tiene una demencia, está en los estadios iniciales de la demencia, no pueden comprender, no llegan a comprender que su padre le diga que no le han dado la comida... a veces es realmente duro hacerles comprender que mira, que tu padre no es lo que era, que ahora mismo está cambiando y ahí ha habido veces que realmente lo hemos pasado mal. (Inf. 17)

Lo poco que se ha conseguido está ahora en el aire, siempre se recorta de los más débiles, porque ahora la ley de dependencia... en general se ignora al mayor y no te das cuenta que mañana vamos a ser mayores y entonces desde la juventud o desde la madurez, incluso aquí oigo "yo es que así no quiero vivir", pues empieza a poner remedio para solucionarlo, porque pasado mañana el que está en la cama eres tú. (Inf 7).

...un claro ejemplo de logro social ha sido la "ley de dependencia", que establecía ayudas principalmente para los cuidadores informales, que actualmente son los que soportan el mayor peso de los cuidados. Pero con la crisis se ha visto muy afectada y se han producido cambios de tal forma que ahora se va a potenciar las ayudas a los cuidados profesionales en detrimento de los informales. Yo me pregunto ¿los cuidados profesionales van a poder suplir a los cuidados informales? ¿no se deberían demandar gestores "profesionales" que pongan un poco de orden y cordura en todo este lío y se dejen de dar tantos palos de ciego?. (Inf. 18)

Los profesionales nos relatan su experiencia sobre cómo perciben el miedo e incertidumbre, que supone para los hijos el cuidado de sus mayores cuando comienzan con dificultades, especialmente con deterioro cognitivo. Son experiencias narradas principalmente desde el entorno de las residencias para mayores, pero también desde la vivencia personal en contextos próximos como son la familia o los amigos.

No sabemos reconocer las cosas, es entonces un mundo desconocido y da... a la familia, miedo a lo desconocido, a no saber cómo abordarlo... lo ves en todo el mundo pero ¿cómo a mi padre se le va a estar yendo la cabeza? no aceptas la realidad, lo aceptas en todos menos en tu propia familia... así es, los mayores empiezan con el deterioro, pero el adulto... los hijos no aceptan, en los demás lo ven normal pero con su propia familia no lo entienden... y muchas veces por miedo... porque para mí hasta ahora las personas mayores es el gran desconocido. (Inf.2)

Tú como padre, tú por tu hijo lo haces todo, pero por tu padre una vez que empieza a dar problemas te agobia (el refrán de un padre puede con 10 hijos pero 10

hijos no pueden con un padre), yo lo que he visto muchas veces, y jojo!... que los nietos con los abuelos se desviven, hay un salto generacional, el hijo se agobia, no con su hijo, sino con su padre cuando empieza con problemas. (Inf.2)

Mira la sociedad en sí, ni el propio mayor, reconoce la situación, ni quiere ver la realidad... los mismos familiares... muchos dicen que mi padre que no esté arriba, intentar que no esté en la zona de asistidos y hay que atenderlos igual que un asistido, pero muchas veces por intentar, bueno que la familia ... incluso en muchos casos, me ha extrañado, porque gente relacionada con este trabajo, profesionales que incluso a ellos les cueste asimilar cuando les toca una persona directa, de tu padre o madre, ahí sí te haces bruces. (Inf. 4)

...esos pequeños síntomas de olvido... ¡vaaa es que es mayor!, hay cosas que dan por hecho... yo creo que no se conoce, se desconoce o no se quiere conocer o se teme... no lo sé. Ahora tengo muy cerca un problema (un familiar con demencia) y trato de explicarles, a mi familia, que se debe hacer, que se puede hacer y no son capaces de tomar decisiones, porque no ven el problema como tal... (Inf. 8)

Otras familias, pocas... también las hay... el padre lo tienen en una residencia, por las circunstancias que sea... vienen un fin de semana, que hacía 8-9 meses o incluso 1 año que no han visto a su padre ¿Dónde está fulano de tal?, no ese no es mi padre... entonces cuando se dan cuenta del deterioro que ha sufrido en ese tiempo ¡tan largo que ellos no le han visto!, suele ser el fin de semana, que lo vea el médico, que le hagan no sé qué, demandan cuidados, cuidados, soluciones ya y soluciones ya... ellos vienen y lo quieren todo ya, yo creo que es un sentimiento... vienen que no asumen... (Inf.7)

La familia a veces tiene sentimientos de culpa, sentimientos de lejanía, de haber dejado, si no interpretamos eso la enfermera va a chocar, la enfermera tiene que saber eso. (Inf. 9)

Creo que al mundo del mayor, puede sonar un poco patético, pero al mundo del mayor vamos poniendo parches... el mundo del mayor salvando las distancias, hoy, tal y como está concebido tiene mucha capa de maquillaje y en el fondo, me da la sensación de lo que nos gustaría construir a los más jóvenes, que somos los que lideramos este movimiento, son cementerios de elefantes... los recluimos los sacamos cada vez más de su entorno, les hacemos jaulas de oro... (Inf. 15)

2.3 Disminución de la solidaridad.

Egoísmo

Para Bauman la identidad en esta sociedad de consumo, se recicla, es ondulante, resbaladiza, acuosa: líquida. Las sociedades postmodernas son frías y pragmáticas, las expresiones ocasionales de solidaridad, obedecen a lo que Richard Rorty llamó “esperanza egoísta común”, donde la empatía egoísta es la base de una peculiar clase de ética de mínimos, la solidaridad humana es la primera baja de la que pueda vanagloriarse el mercado de consumo. Esta tendencia del descenso de la solidaridad y la preocupación por el otro como actitudes de vida, se ve reflejada en el aumento durante los últimos años de muertes “anónimas” de

mayores, que pasan días y semanas hasta ser advertidas⁶²⁰. Los sentimientos de solidaridad dependen de las similitudes y diferencias que percibimos entre nosotros⁶²¹.

Creo que nosotros mismos, creo que todas las personas que ahora mismo tenemos una cierta edad y la gente que puede hacer las leyes y tal, creo que somos un poco egoístas y miramos por nuestro futuro, necesitamos gente que nos cuide cuando seamos mayores (risas) eso está claro... La enfermería geriátrica tiene que conocer pues el cuidado de esas personas mayores, que vamos a ser tantísimas. (Inf. 17)

Tan pronto como la competencia sustituye a la solidaridad, los individuos se ven abandonados a sus propios recursos, en el caso de un número importante de mayores, escasos. Se ha hecho evidente en estos momentos de crisis, donde los recursos a disposición de los mayores están disminuyendo.

Hay un programa que es el primero que se está echando abajo, la dependencia, no se obliga a que coticen en la Seguridad Social estos trabajadores, se ha sustituido el papel de las instituciones por cuidados informales de ninguna calidad, sin ningún control... uno no puede cuidar si no está, hay personas que están cobrando prestaciones sin estar cuidando a la persona, sin ninguna preparación para atender... Si además de la falta de capacitación les quitas el cariño, les quitas la cercanía y les quitas todo, ya me dirás lo que les dejamos, mira son incapaces de entender como es la alimentación, ni de elaborarla igual, ni de sus preferencias, fíjate tu... eso es un añadido más. (Inf. 9)

No interesa, no sé, no interesa a muchos, a los grandes gestores, no te digo a los míos de aquí al lado, los grandes gestores no les interesa, eso pienso yo, por el tema económico y porque ha habido unos años que los ancianos han querido que sean invisibles, pasado mañana vamos a seguir el mismo camino, vamos a ser nosotros, tenemos que defender, yo lo digo egoístamente, porque no quiero que me traten así. (Inf.7)

Acompañar a morir o acompañar a alguien, a esta pérdida de todas sus capacidades, cuando lo recibo, no es tanto que lo cure y lo ponga al punto que estaba, sino que lo cure en lo que pueda, que lo mantenga el máximo tiempo posible con esta pérdida que ha tenido, entonces claro este no es un valor en nuestra sociedad, que además es capitalista, que todo tiene un precio, que todo es capitalista, que tiene que tener unos resultados, unos beneficios, total si están al final de la vida ¿donde busco yo los beneficios? (Inf. 16)

Tal y como se deduce de los discursos, hay ocasiones en las que cuidar a los mayores obedece a ese pragmatismo imperante en nuestra sociedad y a la empatía egoísta tal como la cita Rotry. A nivel profesional se les ve como un recurso laboral y por parte de las familias como recurso económico o como elemento de autodefensa.

Esa necesidad social de ayuda que tienen los mayores, como no está cubierto por el sistema público, yo creo que esa necesidad ha hecho que haya todo un

despliegue de asociaciones que cubran esas necesidades, no remuneradas... yo sé de muchas asociaciones de todo tipo, de tipo social, de acompañamiento, de formación, de convivencia, religiosas, de ocio... todas estas asociaciones empiezan a surgir para autoabastecerse, es como auto defensa, es lo que yo creo, como autodefensa puesto que no se les cubría esta parcela... (Inf. 11)

Sabes como que ahora mismo es lo que nos está dando un poco de vida, de movimiento de trabajo, si ellos no estuvieran... ¿sabes lo que te quiero decir? (Inf. 1)

Como posibilidades de trabajo... este verano me escribía una exalumna y me decía "hola profe, tengo sembrados todos los geriátricos de mi curriculum, porque es quizás la única oportunidad que tengo", me da tanta rabia que me digan las únicas posibilidades son las instituciones de mayores, donde a lo mejor hay algo de trabajo, como eso de segunda o de tercera... (Inf. 11)

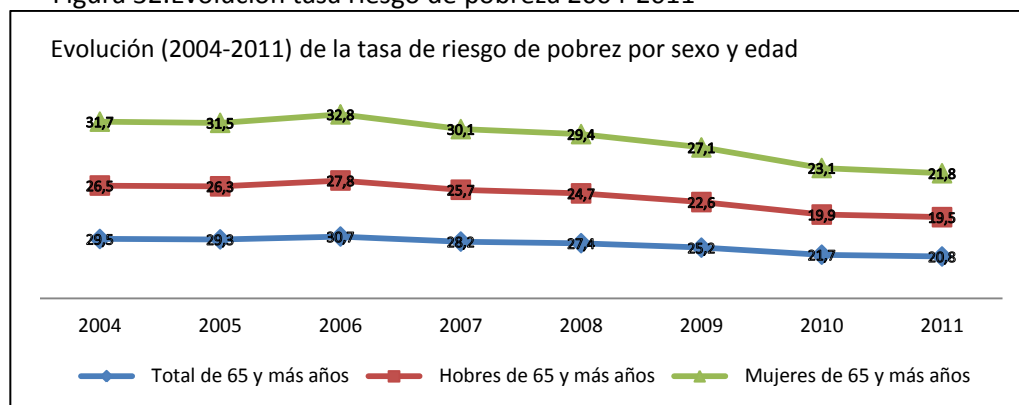
Pues puede ser el primer puesto de trabajo, porque seguramente mayoritariamente en servicios sociales es lo que te van a ofrecer, porque hay plazas vacantes, porque hay mucha volatilidad de profesionales... (Inf. 15)

Ahora volvemos a querer cuidar a nuestros viejos, pero no sé si es por la pensión, tengo mis dudas, no lo sé, ahora mismo ves que hay gente que saca a los ancianos de las residencias y están quedándose, pero es porque el hijo o la hija se han quedado sin trabajo... hay grandes dependientes... es una oportunidad de trabajo (Inf.6)

La crisis quizás nos haga volver a nuestros valores éticos, porque un anciano hay que cuidarlo, genera cargas de trabajo, no puedo salir, que esto... nuestros padres lo han hecho, yo he podido con mis padres, cada uno se busca su mejor... pero ahora de la residencia se les saca, es la pensión del abuelo la que les da de comer, por obligación tienen que volver a considerar al abuelo. (Inf. 7)

Si los derechos sociales no están asegurados, los débiles no podrán ejercer derechos políticos que en teoría poseen, carecen de estímulos para el compromiso político, y más aún para participar en el juego democrático de las elecciones. La pobreza genera desesperación y sumisión, absorbe toda la energía en la lucha por la supervivencia, y sitúa la voluntad a merced de promesas vacías y engaños insidiosos⁶²². Recordemos que según los estudios llevados a cabo por el Instituto Nacional de Estadística, en la encuesta de condiciones de vida, destaca que el mayor riesgo de caer en la pobreza, lo tienen las mujeres frente a los hombres en todos los grupos de edad y la edad sitúa a los mayores como grupo más desfavorecido. La mayor diferencia entre hombres y mujeres se encuentra en el grupo de personas con 65 y más años⁶²³. En 1990, se desarrolló la Ley por la que se establecían las pensiones no contributivas, que tanto beneficio generó y genera a tantísimas mujeres que, por la situación cultural y social que las tocó vivir, se dedicaron fundamentalmente al cuidado de los suyos, casi todas nuestras madres, como dice Carlos Alvarez Nebreda enfermero y documentalista⁶²⁴.

Figura 32. Evolución tasa riesgo de pobreza 2004-2011



Fuente: Instituto Nacional de estadística. INE

Desde principios del siglo XX, ha aumentado mucho la edad media y con ellos ha aumentado las necesidades de la persona mayor, la atención en este caso sanitaria y social, siempre ha sido un grupo de edad dócil, con poca capacidad de reclamación y de protesta, y entonces no ha hecho sentir esta sensibilidad a las autoridades... Una persona mayor, como es tradicional, tiene una actitud conservadora ante la vida, son gente muy dada a... ser muy prudentes y a reclamar poco, es un grupo muy numeroso en este momento y hoy día podría cambiar la decisión política de cualquier país. Escasamente una población de tanto volumen modifica nada, te explico, actualmente hemos visto el copago, el repago y todas esas cosas y no ha habido ningún movimiento ciudadano de este grupo de edad, excepto los "abuelos yayos", estos catalanes, en otras ocasiones hubo el movimiento de los "panteras grises" de Vallecas de gente así, colectivos que les preocupaba... Estos grupos son mayores, su esperanza de vida es corta y a veces no pueden desarrollar todos los proyectos que tienen, ese es el problema... cuando hay una persona, un líder su esperanza de vida es muy corta, eso es. (Inf. 19)

Falta de previsibilidad.

La previsibilidad es uno de los atributos de los que más llamativamente carece el mundo moderno líquido negativamente globalizado⁶²⁵. Para atender las necesidades de los mayores, es preciso disponer de una adecuada cobertura de prestaciones, servicios y recursos que garanticen unos cuidados óptimos. Actualmente se asume el fracaso de las políticas, iniciativas en los setenta y continuadas en los ochenta, de ofertar centros para ancianos sin una adecuada orientación respecto a sus necesidades. La falta de adaptación de la oferta a las características de la demanda actual, produce ineficacias en el sistema de cuidados sanitarios y sociales, así como una creciente insatisfacción del usuario y sus familiares⁶²⁶. Testimonio que aparece con fuerza en los relatos, la falta de planificación en relación a los recursos sociales y sanitarios, necesarios para dar una adecuada respuesta a las necesidades del grupo de mayores de hoy en

día, a pesar de que los estudios demográficos preveían el progresivo envejecimiento de la población.

De 131 plazas, el número de plazas para dependientes son 40 y 91 de válidos, ahora la residencia nueva es para 100 asistidos y 17 válidos... La evolución antes se preveía más gente válida en el año 97-98, se hizo incluso unos apartamentos para personas válidas... por aquel entonces funcionaba esa idea, ingresó mucha gente válida, que luego algunos se marcharon a casa y ahora han vuelto, ahora por mayores... Se creía que era la solución, yo creo que buscaban que la mujer estuviera jubilada, porque uno de los problemas de las mujeres es que nunca se acaban de jubilar, luego dice que colabora ¡bien colabora!, pero es la mujer es la que no se jubila, ella sigue con su faena: casa-compra... de aquello se derivó a personas asistidas, disminuyendo los "válidos", "requieren cuidados increíbles e imprevisibles, la mayor parte de los casos que tenemos aquí estoy seguro que en casa no se podrían atender, se podrían atender puntualmente..." en dos años se han creado 300 plazas para una provincia como Soria, envejecida sí, pero no llegamos a 100.000 habitantes... El número de plazas es de 3825 una cosa así, el ratio ahora mismo es con respecto a Castilla y León, lo doblamos y a la vez el de Castilla y León dobla al nacional, más o menos está en el 2% el nacional, 4% en Castilla y León y el 8% en Soria de plazas por cada 100 mayores de 65 años" (Inf.4)

Pueees... igual los políticos que son los que al final firman se dan cuenta que España es un país viejo, está siendo un país viejo, igual dices pues esto tiene que... por lo menos que nos mejoren, que nos toque la mejora... me acuerdo del primer curso que hice de Geriatria, nos lo dieron en Barcelona (hace veinte y muchos años) unas enfermeras Suizas y aquello era... llevamos 25 años de retraso, hablaban de los apartamentos compartidos... nos hemos quedado muy atrás de otros países de Europa. (Inf. 8)

El anciano sigue siendo visto como un paciente más, como el principal paciente del sistema de salud y si no hay un enfoque distinto se produce un fracaso en la gran mayoría de las situaciones, yo creo que el papel de la enfermera es clave, es uno de los profesionales que más contacto tiene con el residente y que mejor conoce desde todos los puntos de vista, cual es el componente, no solo sanitario sino social, ambiental, etc. del anciano. (Inf. 9)

"Por intereses, no interesaba... (¿qué intereses?) puramente económicos como casi siempre, para cuidar personas mayores no se veía la necesidad... no había voluntad de desarrollar eso... imagínate que el día 30 de marzo tengamos 9000 profesionales formados, 9000 especialistas en enfermería geriátrica ¿va a ser necesaria la presencia de un especialista en todos los trabajos relacionados con mayores? o ¿van a ser los líderes, los organizadores, los gestores, que tengan que tengan que tener esa cualificación especial? yo creo que debe ser así, entonces ¿es posible que colapsemos el sistema con los primeros 9000?. (Inf. 15)

En la actualidad es el grupo más numeroso... por ejemplo, daría un dato muy ilustrativo, el número de geriatras que se solicitan para la atención de una población que igual es del 15-20%, es muy inferior al número de pediatras que se solicitan para una edad digamos entre 0 y 14 años, que lógicamente esto supondría una discriminación por edad en la atención especializada de este grupo de pacientes, en el aspecto sanitario. (Inf. 19)

Sobre este aspecto, de falta previsibilidad, destacamos las reflexiones sobre la escasez de recursos innovadores, la reducida creatividad que existe en el mercado en relación a los productos existentes para los mayores o la dificultad de sacar adelante nuevos proyectos.

Igual que tú ves que evolucionan mucho, por ejemplo, en las sillas de ruedas en los niños, claro es un público mucho más atrayente, en andadores los modelos tienes tres y vale. La sociedad invierte mucho más en niños o en adultos que lo que es en geriatría, aunque hay más viejos que niños, aunque el mercado es mayor para las personas mayores... (Inf.2)

Creo que todavía no llega, ahora nos está... nosotros estamos con el proyecto de la Unidad de Convivencia que en Europa está funcionando, en los países Nórdicos y en Alemania, aquí ahora nosotros a nivel público somos los únicos en España y a nivel privado hay varias instituciones que están interesadas y lo que están poniendo en marcha, pero creo que estamos todavía... un poco retrasados. (Inf. 2)

Estamos cambiando el modelo de atención, es un modelo con el cual no estábamos satisfechos, partíamos de un modelo institución, donde la sanidad tiene un alto papel, nos interesa más buscar modelos más desarrollados, más evolucionados que hagan que el anciano sea lo principal, no la enfermedad. (Inf. 9)

Ahora hay en marcha un proyecto, que están intentando buscar 24 matrimonios jóvenes 60-65 años... quieren promover un bloque de apartamentos tutelados, quieren hacer una cooperativa... ve una etapa que yo considero que es así (70-80 años) uno está bien pero... lo están promoviendo, creo que es interesante pero veo difícil... (Inf. 4)

Esta falta de previsibilidad también se pone de manifiesto en el tiempo que se ha tardado en aprobar y desarrollar la formación de enfermeras especialistas en Enfermería Geriátrica, así como la falta de definición de puestos específicos, con competencias diferenciadas a las enfermeras generalistas. Cuestión que aparece insistentemente en los discursos de los profesionales.

¿Qué pasa con estos especialistas? ¿Qué van a hacer? ¿A qué se van a dedicar? ¿Existe esa figura en el campo de la atención sanitaria a nivel español, a nivel de Estado en general? ¿Va a existir esa figura igual que existe la figura de matrona? ¿Dónde, qué cabida va a tener este especialista?... vale nosotros entendemos que es necesaria, pero realmente la sociedad ¿cree que es necesaria? ¿Y el conjunto de nuestros gobernantes lo creen también?... porque ahora mismo por parte de los propios residentes hay un desencanto, porque vista la situación tampoco ven... (Inf. 13)

Tengo una dicotomía con el tema de la especialidad... cuando se aprobaron todas (en 1987), me parecía muy bien, la situación demográfica iba en aumento, íbamos avanzando con el crecimiento de edades avanzadas y me parecía estupendo que se hubiera desarrollado en aquel momento, a mí me parece que en este momento, que no ha salido la primera promoción creo que no tiene sentido. Creo

que es necesaria una formación específica, profunda, amplia donde se contemple... a la persona de edad avanzada, con todas su peculiaridades y desde luego la diferencia de género pertinente... pero no tiene sentido si la sociedad no reconoce que los profesionales tienen que tener esa formación y además esa formación no solo que te la reconozcan es que te la remuneren, que haya puestos específicos de trabajo, en ese sentido digo que no tiene sentido. Ese conocimiento tiene que estar pagado, reconocido con un puesto de trabajo concreto... (Inf. 11)

Estoy convencida de que va a hacer falta y que las residencias van a tener que llegar a ello... cada vez hay más viejos, se les puede cuidar menos en casa, cada vez tienen más necesidades de cuidados, la esperanza de vida es mayor y hace falta un profesional con formación específica... yo creo que no es algo innato. Las que cuidaban a los viejos eran mujeres, cuidaban de forma innata, como cuidas a un niño, un bebé, pero como cuidas a tu niño o a tu viejo, no al niño del vecino o al viejo del vecino. (Inf. 6)

Para acceder a ese puesto de trabajo en Geriatria, a ser posible que tengan la especialidad, exigiendo la empresa la especialidad (risas) a más gente. Por ejemplo, si yo fuera empresaria y tengo una clínica privada, tengo un servicio de geriatría y hay una especialidad, procuraría por todos los medios que mis enfermeras y enfermeros tuvieran la especialidad de enfermería geriátrica. A nosotros mucho nos hablan de eficacia y eficiencia, pero esto lo hablan y luego a la hora de gestionarlo me parece que ellos no lo gestionan igual. (Inf. 10)

El problema... se han creado especialidades y no se ha delimitado que campo abarca cada una, el problema que nos estamos encontrando, por ejemplo la enfermera de primaria, la especialista de primaria, cuando llega una mujer embarazada, el seguimiento de esa mujer embarazada ¿Quién lo hace la matrona o la especialista de primaria? cuando llega un anciano ¿Quién lo hace la de primaria o el especialista en geriatría? es un campo que ahí está, yo pienso que para el seguimiento de un paciente geriátrico, la figura de especialista en enfermería geriátrica es fundamental. Creo que sería oportuno que exista un campo en el que el anciano se vea identificado al igual que existe enfermería pediátrica... no encontrarse con la globalidad y en los casos más difíciles de tratar, poder contar con alguien que de su opinión y que ayude en esa situación. (Inf. 14)

Tienen que darnos la oportunidad de demostrarle (a la sociedad) lo buenas que somos, porque las primeras que aceptamos el reto de formar a todas las enfermeras en geriatría, fuimos nosotros y que nadie de ciencias de la salud hasta hace 4 días formaba en el ámbito de la atención en el anciano... Si nosotros somos capaces de reconocer que la sociedad necesitaba esto, es que somos buenas y por tanto nuestros cuidados son de máxima calidad y como no nos dejan demostrar, porque no nos lo dejan, no le puedo demostrar más, pero confíen en nosotros, porque nosotros hace más de 30 años que ya pusimos en marcha esto... entonces déjenme, ayúdenos a que nos dejen demostrar lo buenas que somos. (Inf. 16)

Los sistemas públicos ahora se están dando cuenta de que tienen un problema, claro... se dan cuenta, ahora empiezan a potenciar, ya estás oyendo ¡oh!, el tratamiento al crónico y al pluripatológico... ahora se dan cuenta de la importancia de tener en sus equipos personal especializado para tratar estas personas... reducen en gasto, reducen en dependencia, mejoran la calidad de vida y hacen que el sistema funcione un poquito mejor, es que están todos los servicios de gente mayor. (Inf. 18)

Figura 33. Síntesis: Análisis sobre el concepto de la vejez en la sociedad actual.
*Ejemplos sintetizados de las narraciones.

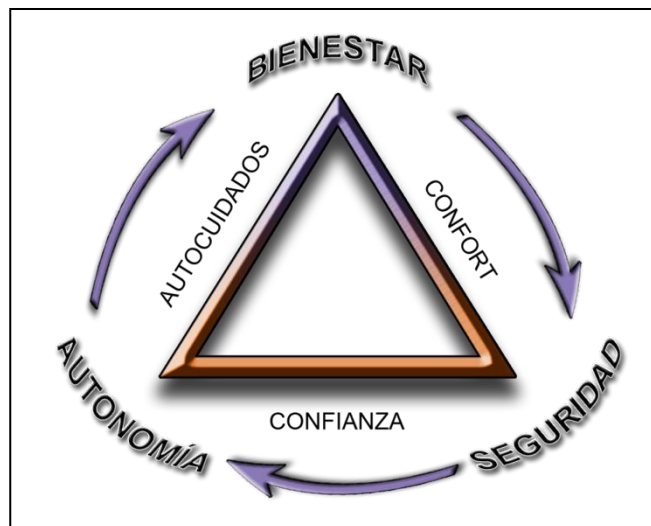
1º CATEGORÍA DE ANÁLISIS: CONCEPTO DE LA VEJEZ EN LA SOCIEDAD ACTUAL		
Sociedad Global.		
<i>*Sociedad que divide a los ciudadanos en dos grandes grupos que son los activos y los pasivos... el anciano es pasivo.</i>		
1. Individualismo.	Conductas edadistas.	<p><i>*La sociedad consumista ve al anciano como inservible. Cuando se jubila pasa a un segundo plano, no se le escucha, no se le tiene en consideración.</i></p> <p><i>*Todavía se sigue hablando de total para lo que hay que hacer para los viejos...</i></p>
	Valores "invisibilizados" de los mayores.	<p><i>*Es una experiencia fantástica... todos los días te aportan algo.</i></p> <p><i>*Se olvida absolutamente el potencial que tienen. Hay una cantidad de oportunidades, de capacidades, de desarrollo personal y colectivo.</i></p>
2. Debilitamiento vínculos humanos.	Cambios en las relaciones.	<p><i>*Estamos dejando de cuidar a nuestros mayores. El mayor ha pasado de vivir con la familia... al geriátrico.</i></p> <p><i>*Cambio social, la reestructuración de la familia, esto de ahora en relación al cuidado de los ancianos ha cambiado todo.</i></p>
	Miedo. Inseguridad.	<p><i>*No sabemos reconocer... a la familia le da miedo lo desconocido, no saber cómo abordarlo... parece que molesta.</i></p> <p><i>*Tú como padre, por tu hijo lo haces todo, pero por tu padre una vez que empieza a dar problemas te agobia... el hijo se agobia.</i></p>
3. De la solidaridad.	Egoísmo.	<p><i>*Durante unos años han querido que los ancianos sean invisibles, pasado mañana vamos a seguir el mismo camino, vamos a ser nosotros, tenemos que defender, lo digo egoísticamente.</i></p> <p><i>*Como posibilidades de trabajo. Puede ser el primer puesto de trabajo.</i></p> <p><i>*Ahora volvemos a querer a cuidar a nuestros viejos, no sé si es por la pensión.</i></p>
	Falta de previsibilidad.	<p><i>*La sociedad invierte mucho más en niños que en viejos, aunque hay más viejos.</i></p> <p><i>*Se han creado especialidades y no se ha delimitado el campo que abarca.</i></p> <p><i>*Se preveía más gente válida (97-98), la mayor parte de los casos que tenemos son dependientes.</i></p>

3. LOS CUIDADOS ENFERMEROS Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA.

En cuanto al modelo de cuidados enfermeros, como hemos especificado en la introducción de este capítulo, analizaremos las aportaciones de enfermería que contribuyen a una mejor calidad de vida del adulto mayor desde el marco del modelo de bienestar, seguridad clínica y autonomía, creado y desarrollado por el grupo de investigación Aurora Mas, teniendo en cuenta el contexto profesional del cuidado, estudiaremos las que vamos a denominar “competencias transversales del cuidado” y la infraestructura o bases en las que se sustentan estos cuidados, como son la formación de los profesionales y el ambiente laboral.

El posicionamiento del Consejo Internacional de Enfermería en relación a los cuidados de enfermería, está en clara sintonía con el modelo de bienestar, autonomía y seguridad, ya en 1998, indicaban la importancia de conseguir a través de los cuidados enfermeros una calidad de vida óptima, bienestar y salud en los mayores, reclamando una formación específica para los profesionales de enfermería. Benner, citado por Anne J. Davis⁶²⁷, también asocia la palabra cuidado a dos sentidos diferentes entre sí, pero que a la vez están relacionados: 1- Cuidar a alguien o proporcionar cuidados (competencia clínica), es decir, realizar actividades para otras personas y con otras personas que se creen que son beneficiosas para ellos, muchos piensan en esto cuando hablamos de cuidados visibles, reconocidos y 2- preocuparse, interesarse por... (actitud cuidadora), respuesta emocional al paciente, es la dimensión psicosocial del cuidado, la empatía.

Figura 34. Modelo de cuidado: bienestar-seguridad clínica y autonomía.



Fuente: Grupo Investigación Aurora Mas. <http://www.unizar.es/auroramas/autocuidados.html>

3.1 Competencias transversales del cuidado.

El objetivo prioritario en el cuidado de los mayores, como ya hemos expresado anteriormente, es mantener su independencia el máximo tiempo posible, dando más importancia a la calidad de vida que a la cantidad de vida. La atención integral que favorezca una óptima calidad de vida, es a su vez el objetivo de las acciones enfermeras. Para definir las competencias del cuidado profesional, más destacadas por nuestros informantes, vamos a tener en cuenta las “Competencias de las enfermeras en la atención gerontológica” y el “Decálogo de competencias” (líneas y competencias en el campo gerontológico), publicadas en la página web de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG). Son elementos que los profesionales reconocen como competencias propias que se desarrollan en todas las actividades específicas del cuidado profesional y por ello las denominaremos competencias transversales.

Metodología científica aplicada a los cuidados

En el punto 1 del citado decálogo, se especifica que la enfermera debe responsabilizarse del proceso de cuidados, es decir, tiene que ser capaz de garantizar atención individualizada a la persona anciana, utilizando un método sistemático y organizado, valorando sus necesidades, limitaciones, recursos y posibilidades de funcionamiento autónomo, lo que le permitirá priorizar los problemas y establecer un plan de atención adaptado a la problemática detectada, estableciendo objetivos realistas y alcanzables por el anciano, su familia y los cuidadores. Así mismo, podrá planificar actividades conjuntamente con el anciano y su familia, que le permitan mantener o recuperar el mayor grado de autonomía al que pueda optar, evaluando los resultados de su intervención.

Proceso Enfermero

Para expresar la necesidad de implementar la metodología de la disciplina enfermera en el cuidado de los mayores, las informantes hacen referencia a los elementos que integran el proceso enfermero: valoración, diagnóstico enfermero, planificación y evaluación. Los profesionales entrevistados destacan la necesidad de desarrollar la capacidad de observación que debe tener la enfermera para llevar a cabo una buena valoración. A través de la observación se detectan las situaciones en las que podemos intervenir.

Tienes que decir mira que orina, no me gusta, o que... no sé somos más observadoras enfermería, la observación es importante y además el enlace, hay que ir enlazando hay que saber ser crítico, saber... primero es observar, como no observes puedes ir viendo, pero si no vas analizando y mezclando unas cosas con otras...(Inf. 2)

La observación y el conocimiento deben ir unidos... no es lo mismo mirar, observar, procesar y querer, pero mirar queriendo ver. Hay que tener una base, es necesario que haya enfermeras especialistas, dar cuidados integrales, atender a ese enfermo, prevenir... especialmente en estas unidades porque los pacientes de edad tan avanzada, en la sesión clínica de hoy la edad media era de 89,9 años, a veces

pasamos de los 90 años, es la enfermera la que detecta las necesidades que tienen los pacientes, que a veces por su condición no te lo van a decir, de comunicación, inmobilizados, síndromes geriátricos, si no hay una enfermera que observa pues los cuidados no se hacen. (Inf. 7)

Valoración integral y diagnóstico enfermero.

La valoración integral lo primero, después la valoración a nivel de anamnesis de historia y de valoración, luego por otra parte sería la encargada de planificar todos los cuidados, en base a los diagnósticos enfermeros, que es con lo que estamos trabajando, por supuesto lo que hemos planteado... planes de cuidados en los cuales no solo se hace un diagnóstico, no solo se planifican unas actividades y una serie de intervenciones, sino que se evalúan los resultados... (Inf. 6)

La valoración es muy importante, es que la geriatría es una atención integral... claro es fundamental no solo la valoración sino preguntar al paciente o familiar como estaba antes de llegar al hospital, porque lo que tratamos es que vuelva a ese estado inicial antes del problema... (Inf. 8)

El cuidado del paciente ha evolucionado muchísimo, todas las historias nuevas que tenemos ahora, que nos hacen... un enfoque diferente a la hora de cuidar al paciente (se refiere a la metodología científica aplicada al cuidado). Hace 10 años ya había, pero no pensaba que era algo práctico, entonces decía bufff... hasta que empiezas a descubrir, en cuanto al cuidado del paciente eso me parece fundamental, me encanta el poder hablar todos un lenguaje más o menos igual, me parece muy importante. (Inf.10)

Sí, se ha profesionalizado hemos dado conocimiento y ciencia a lo que era solamente intuición... hemos conseguido dar método para que este trabajo fuera más... (Inf. 15)

La enfermera es la que hace el razonamiento clínico de necesidades, su propio diagnóstico para planificar los cuidados y además hace de enlace con el resto del equipo...(Inf. 7)

Con el anciano tienes que ir por delante, tienes que hacer unos buenos diagnósticos. (Inf. 12)

Tienes que conocer, reconocer unas necesidades lo primero, a partir de que has reconocido esas necesidades tienes que aplicar o tienes que buscar la manera de satisfacer esas necesidades... El otro día hablábamos de que si conseguíamos algo, si nuestro trabajo realmente tenía valor o llegábamos alguna parte o nuestras metas eran... pues tan cortas, tan mínimas, pues si nos sentíamos realmente realizadas... y sí, un pequeño cambio... tienes que buscar pequeñas metas, no una meta muy grande en la geriatría yo si lo veo. Si tú por ejemplo, si estás en quirófano o en urgencias puedes conseguir muchas cosas, pero aquí son pequeñas metas, si curas una úlcera, si consigues que una persona... uhmm... pues te sonría, que camine de nuevo... que se tome la medicación que necesita y le va a ir estupendamente... ese tipo de cosas, ese tipo de metas, alcanzables. Son unas metas muy chiquitinas porque yo así lo veo, pero yo creo que realmente dan valor a nuestro trabajo... (Inf. 17)

Individualización del cuidado

Garantizar unos cuidados individualizados, es una cuestión reincidente en varios relatos. Las trayectorias individuales de envejecimiento son de gran heterogeneidad, las personas no maduran y envejecen de la misma forma, sino que cada individuo presenta una trayectoria evolutiva, un proceso de envejecimiento único, debido a múltiples factores: genéticos, ambientales, una historia de vida con múltiples vivencias que conforman al individuo, estilo de vida propio, etc.... Asumir que no todas las personas son iguales y desarrollar un enfoque individualizado y personalizado de atención al mayor, es un requisito básico para desarrollar un ejercicio profesional de calidad⁶²⁸.

Hay pacientes y pacientes, hay algunos que cuidas por estar enfermos, pero hay gente que la cuidas en su vida normal, sin tener enfermedad son ancianos sanos. (Inf.1)

La teoría hay que conocerla, pero luego es el día a día, cada uno... individualizado, no sé explicarte pero es que es así, dos abuelos con la misma patología no son iguales. Hay que hacer valoraciones individuales, la entrevista con el residente tiene que ser diaria, hay que hacer una valoración individualizada y continuada. (Inf. 3)

La enfermedad es imprevisible, hay casos que no coincide, para nada el desarrollo en una persona con el desarrollo de otra, entonces todavía requiere de más cuidados y de estar pendientes de ellos constantemente. (Inf.4)

Siempre se individualiza más... (Inf. 5)

Una formación específica-experiencia... se nota, no es lo mismo una persona que te está curando una herida y tiene ese conocimiento, que a la vez de curarle la herida está haciendo modificaciones en la alimentación, por... o está haciendo una valoración sobre la higiene o sobre la movilidad... volvemos a la atención integral, individualizada" (Inf.6)

Reconocer al individuo con sus necesidades, tenemos que buscar la personalidad de cada uno y ser individualizada. (Inf. 17)

...el seguimiento individual, personalizado y continuo del propio enfermo... el paciente se siente mucho más confiado. (Inf. 19)

Planificación y evaluación de los cuidados.

Para la planificación de cuidados, según la vivencia narrada por los informantes, es preciso tener una formación específica en geriatría-gerontología o una experiencia que avale los conocimientos necesarios para atender las situaciones de complejidad, que presenta el mayor.

Planificar cuidados complejos porque interviene el deterioro, la familia, el cuidador, el entorno, las patologías crónicas... Sí, así es y luego muchas veces estas personas mayores ¿qué pasa? al estar polimedcados, pluripatología, cada dos por tres caídas, rehabilitación, un agobio (se refiere a las familias) ¿Qué pasa? se

recupera, sobre todo los dementes, se recuperan que parece increíble, como no tienen miedo a nada, igual llevan el bastón y lo dejan... (Inf.2)

No es lo mismo cuidar en una planta de medicina interna de gente con una patología aguda, que otra exclusivamente de geriatría... por los cuidados especiales que requieren los pacientes geriátricos... hay que saber la dieta, los cambios, cuando se levanta, cuando hay que movilizar, saber también controlar la micción, la eliminación, es más importante porque ellos no son conscientes de esas cosas, vigilar la higiene, muchos no son autónomos, son más complicados... el enfermo mayor es pluripatológico y más especial. (Inf. 5)

Creo que el gran cambio ha sido que las instituciones que se dedicaban a las personas mayores hace 25-30 años, había mucha gente que estaba muy bien de salud, estaban muy bien de salud y en realidad era un sustituto perfecto del hogar, sobre todo para personas que estaban solas, que no tenían familia... en cambio ahora, todos los centros residenciales, tienen personas con un gran deterioro. El concepto del cuidado... la forma de abordar los cuidados, yo creo que esto no se puede generalizar, que en algunos sitios se ha avanzado mucho y en otros no. Se han dado cuenta de que es un cuidado de alta complejidad, pero hay muchos que todavía piensan que total para cuidar ancianos no hace falta... es igual que esté deteriorado o no, en cambio los que han avanzado son los que se han dado cuenta, que a pesar de que sea el final de la vida o que haya pocas posibilidades de curación, lo que está es el mantenimiento, esto requiere cuidados de extrema, de alta calidad ¿no? Porque es muy complejo, yo diría que es así donde ha cambiado pero eso yo no lo generalizaría, porque una cosa es lo que se dice en las escuelas, otra cosa es que los que están más interesados, publican, estudian y tal... y otra cosa es la generalidad y la generalidad desgraciadamente no va todavía, toda en esta línea" (Inf. 16)

Los pacientes geriátricos son mayores con pluripatología crónica, que provoca dependencia a veces con alteración mental y problemática social, que les confiere una especial vulnerabilidad y que es preciso conocer. La presentación atípica de sus enfermedades, con síntomas inespecíficos, muchas veces complicados y confundidos con las interacciones y efectos secundarios de los múltiples fármacos que consumen. También el entorno ambiental, familiar y asistencial... clave para garantizar un correcto equilibrio y que exige un tratamiento especial por parte de los profesionales. (Inf. 18)

La especialidad de geriatría es de las más complejas, digamos en las evaluaciones que hacen en los sistemas públicos de salud de sus enfermos, el paciente geriátrico es de los más complejos y difíciles de tratar... (Inf. 19)

Gestión de recursos.

El manejo de los recursos, entendido como los medios que se utilizan en la institución sanitaria o sociosanitaria para alcanzar los fines que se buscan en la prestación de atención a la salud y la enfermedad⁶²⁹, juega un importante papel en el funcionamiento de las instituciones de atención al mayor y en el coste que de su uso se deriva. Las enfermeras juegan un importante papel en la gestión de estos recursos como se pone de manifiesto en las narraciones que nos han aportado. La funciones de Gestión de recursos.

Los recursos que tiene, con lo que tú tienes y puedes abarcar, que va a dar mejores resultados, porque si tú sabes valorar, registrar, todos los recursos y puedes jugar tanto con la familia como con el residente, con los trabajadores... Visión global y conocimiento de recursos, tu luego distribuyes los recursos. (Inf 2)

Es la que empieza a crear el funcionamiento de la residencia a nivel médico y apoyándose en ella el resto, una enfermera tiene que crear turnos de comida, porque a este hay que ayudarle, a este no hay que ayudarle, la enfermera es la que valora y diseña lo que este señor necesita, tiene que pautar los cuidados... se tienen que crear el registro de controles diabéticos... todo esto lo hace la enfermera... bueno sí abarca todo. Soluciona todo, la cocina está organizada, quien come, la insulina, la rotación... cuando atiende a los válidos igualmente llevan el control... ¿Quién genera esta línea de cuidados? pues la enfermera..." (Inf. 4)

Cuanto más preparado más optimizas los recursos, eso a nivel de gestión es importante, eso lo he visto yo, cuanto más preparado mejor optimizas los recursos pero los materiales y los personales... en tiempo, ha bueno otra cosas... el tiempo se gana mucho cuanto más preparado más ganas, no es lo mismo la especialista que la generalista... está claro cuánto más especialización mejor se funciona. (Inf. 5)

Donde existe el equipo de valoración... lo que conozco... está formado por un médico y una enfermera, pero la que todos los días hace las visitas a los pacientes es la enfermera y es la enfermera la que llama al médico, es la que hace el seguimiento. La filosofía de nuestra consulta (paciente pluripatológico), es que la enfermera haga el seguimiento de los planes de cuidados y es la que contacte con primaria, es la enfermera la que va a gestionar las citas, es la que va a dar cita y que en el momento que no sea de su competencia será la que derive... va a ser gestora de recursos, así nos lo hemos planteado.(Inf. 6)

Una persona que quiere trabajar en geriatría tiene que conocer... conocimientos del anciano, de los recursos que tenemos en nuestra área, los niveles asistenciales... Para dar una buena calidad necesitamos no solo que el personal se forme, sino también... apoyen un poco los recursos para poder manejar todo este sistema. (Inf. 12)

Ser buenos ecónomos, yo creo que las enfermeras somos mejores y más diestras a la hora de manejar los recursos que otros, lo miramos más... cuando es necesario gastas pero aquí si se puede ahorrar se ahorra, yo creo que ese perfil lo tenemos nosotros, esa capacitación es la que un poquito la especialidad va buscando, esa gestión superior a lo que puede ser la gestión que todos podemos tener en el día a día. (Inf. 15)

Las capacidades es que tiene que ser la gestora de todo lo que es el cuidado de enfermería en los ancianos. (Inf. 16)

Trabajo en equipo.

Siguiendo con la referencia de las competencias definidas por la SEEGG, que nosotros estamos considerando como transversales, indican que la participación del profesional de enfermería en el equipo interdisciplinar está fundamentada en ofrecer y dar atención integral, definiendo y formulando su especificidad en la atención a las personas mayores, asumiendo el rol que le corresponde en cada circunstancia, intercambiando y aportando a los otros profesionales las opiniones, conocimientos y experiencias en cualquier ámbito de actuación.

Una expresión muy gráfica sobre el concepto de trabajo en equipo, la aporta un gestor, nos la transmitía de la siguiente forma:

“Son personal básico (en referencia las enfermeras), son los profesionales que más van a estar alrededor de... junto a... es como cuando haces una paella, de pescado, de carne, valenciana... pues puedes poner más médicos, más de esto o lo otro... pero en un conjunto, no cada uno por una parte. Viendo trozos no vemos a la persona...” (Inf. 9)

La aportación de cada miembro del equipo dependerá de las necesidades del mayor.

Cada uno con sus funciones y dependiendo de las necesidades del paciente, cada uno actuará, creo que la visión de cada uno es importante para la atención del paciente y sin cada punto de vista no podríamos, no funcionaría bien, creo que debe existir siempre un equipo multidisciplinar. (Inf. 14)

Como cuestión fundamental para el buen funcionamiento de la vida de la persona mayor, hay algo que esto lo dicen los expertos y es el equipo de valoración geriátrica, ahí es imprescindible que haya una enfermera, el equipo de valoración geriátrica... (Inf. 11)

Un ejemplo de cómo se lleva a la práctica el trabajo en equipo, lo proporciona la experiencia de una enfermera.

Nosotros hacemos una sesión por la mañana donde nos sentamos todos: trabajadores sociales, geriatras, enfermeras (equipo interdisciplinar), entonces se comenta y la opinión de la enfermera es tan importante como la del médico ¿sabes?, y ya no solo la visión de cómo está la úlcera o como... si cuando he ido ha aumentado el dolor o no, a nivel de sentimientos del anciano o de la familia, de la claudicación emocional que puede haber, las conspiraciones de silencio, todo eso lo trabaja enfermería... (Inf. 12)

Especial valor le conceden los informantes en sus manifestaciones, al papel de la enfermera como coordinadora/enlace/mediadora del equipo, percibimos cierta resistencia a identificar el papel de la enfermera como líder del mismo, a pesar de que dependiendo del nivel asistencial en el que se trabaje, es quien refuerza la integración de todos los miembros del equipo. Como afirman Mompert y Duran⁶³⁰, la enfermera ejerce liderazgo cuando consolida la integración de todas las partes que se implican en un proceso de atención de salud, bien sea un

equipo de enfermeras o de carácter interdisciplinar. Creemos que la coordinación del equipo en numerosas ocasiones la está llevando a cabo la enfermera, como se pone de manifiesto en los testimonios.

Cohesiona el grupo, muchas veces las personas con las que trabajo me preguntan cosas que dices ¿cómo es normal que pregunten esto? no tienen la visión global... la más crítica la enfermera, sí cohesiona al resto de profesionales, enfermería normalmente es la que dice al médico o a las auxiliares, mira esto... es la que tiene la iniciativa, más que el médico. (Inf.2)

Somos las de en medio (risas), es que no digo que seamos el pilar porque parece ijolín, que guais sois!, pero es que si pasa algo (silencio)..... te llaman... pero creo que en una residencia te implican en todo. (Inf.3)

Hay una batería de habilidades... la comunicación yo creo que esa es fundamental, la mediación, tienen que tener grandes destrezas en mediación, familia-usuario-equipo, porque es un triángulo... el tándem siempre es donde está el mayor y con quien está, entonces esas mediaciones se tienen que dar. (Inf. 15)

Ves que es vital porque es el enlace entre el equipo, auxiliares-médico que decide sobre patologías, tratamientos, ingresos... (Inf. 4)

Para que te hagas una idea, nosotros llevamos ciento y pico de ayuda en domicilio y el peso de las visitas la lleva enfermería, el médico va a la valoración inicial y en momentos puntuales se acerca, cuando se agudiza o cuando le dice la enfermera que vaya a ver ese enfermo. Si no todo, todo el proceso lo lleva la enfermera trabajando detección de problemas, educación sanitaria, apoyo emocional... el hijo está de esta manera o en esta situación familiar... la trabajadora social en ese momento... la coordinadora principal de cuando tiene que ir cada trabajador a ver a ese enfermo es la enfermera. (Inf. 12)

Viendo trozos no vemos la persona, cuando conseguimos que todo se unifique es cuando tenemos el retrato de la persona ¿Quién es el profesional que unifica? para mí sigue siendo enfermería. (Inf. 9)

Gestión de equipos, yo creo que esas cosas son las que posiblemente nos lleve a tener una posición privilegiada para liderar estos equipos. (Inf. 15)

En función de los diferentes niveles asistenciales el papel de la enfermera se modifica y el peso del cuidado va cambiando. En agudos el peso es más específico hacia el profesional facultativo, es el que controla la situación aguda, la enfermera yo diría que no lleva tanto peso en las decisiones y en cuanto vamos cambiando los niveles asistenciales el peso de la enfermera va subiendo y va disminuyendo el del médico, hasta llegar a la ayuda a domicilio que es donde mayor peso lleva una enfermera, por ejemplo en media estancia creo que el peso se equipara, el nivel de cuidados es similar, no de cuidados pero si de atención similar entre el médico y la enfermera. (Inf. 13)

Si el grupo está bien conexionado, sobre todo en largas estancias, en residencias, centros sociosanitarios, no tengo la menor duda de que el líder carismático es la enfermera... en el equipo de enfermería va haber estratos, la enfermera generalista mañana la especialista y no perdamos de vista al auxiliar, me

da igual como le llames gerontólogo, gerontocultor, geront... demonios... eso es un trabajo que en muchas ocasiones y especialmente con ancianos dependientes es uña y carne... si esto quieres que prospere no puedes separar, tiene que haber un nivel muy claro y muy armonizado de lo que es todo el equipo de enfermería. (Inf. 15)

Dentro del equipo yo pienso que es el eje que coordina todo, a lo mejor soy un poco egoísta pero es que lo veo así... nosotras un poco somos las que... algo que ocurre o de un tratamiento o de algo que se precisa, somos quienes tenemos que movilizar, digamos al equipo de la residencia. ¿Líder? no, líder no, al contrario somos un poco "chacha para todo", más que líder... Yo creo que recae mucha responsabilidad y si al final por debajo hacen mal, culpa tuya y si por encima lo hacen mal culpa tuya también, al final recae sobre nosotras mucha responsabilidad la de arriba y la de abajo (en medio como el sándwich) yo así lo veo sí, así lo vivo y creo que es así realmente. (Inf. 17)

Los años de experiencia, de los gestores entrevistados, organizando la atención de los mayores, les autoriza a cuantificar aproximadamente y de forma muy subjetiva, la aportación del profesional de enfermería en la atención del mayor.

Nosotros hemos visto que según han ido aumentando las horas de enfermería, nos exigen ciertas horas, pero tenemos más, hemos aumentado hasta las 24 horas, hemos visto que el 80% de los problemas se han resuelto, porque es un puesto, una persona muy capaz de solventar la mayor parte de los problemas de estas personas... cuando viene el médico, el trabajo de la enfermera le facilita totalmente su trabajo, le deja muy acentuado en lo que tiene que ver, lo que tiene que incidir sino sería aquí imposible que atendiese a 127... cada uno tiene su función, lo que pasa es que nosotros vemos que el 80% de los problemas los soluciona la enfermera. (Inf. 4)

Me he dado cuenta con los años, la atención del mayor 40/60 médico/enfermera, un poco más de enfermería que está las 24 horas, es desde el punto de vista de patología diagnosticar y tratar, aunque luego hay que saber la dieta, los cambios, cuando se levanta, cuando hay que movilizar, saber también controlar la eliminación, la hidratación... muchos no son autónomos... son más complicados. (Inf. 5)

Yo en una escala imaginaria del 1 al 10, pues el 20, creo que tiene mucho más peso que cualquier otro tipo de miembro del equipo, el médico tiene sus funciones y yo creo que en sí hay otras muy importantes, esto es mi visión. Hacer un buen diagnóstico y un tratamiento muy preciso, yo creo que a nivel de geriatría es importante, pero que haya una persona que sea capaz de ver por ejemplo, todas las reacciones adversas a los medicamentos, que es un campo que no se da tanto en otros grupos de edad... para mí ya te digo es la más importante de todo el equipo. (Inf. 6)

A pesar de la importancia de atender al mayor desde un equipo interdisciplinar, también nos han expresado la percepción de que en este momento existen dificultades de tipo

administrativo u organizativo para un correcto funcionamiento del trabajo en equipo, como es el organigrama que prevalece en los hospitales, donde cada profesional depende de una dirección diferente o los turnos de enfermería que pueden dificultar la continuidad de la atención.

Hace poco tuve el placer de escuchar uhmm... a compañeros formulando las nuevas hipótesis de gestión de los equipos, autogestión de equipos que ahora está de moda, la hemos conocido a finales del siglo pasado, que no se pudo realizar, digamos que por motivos administrativos, en la cual se pretendía que nadie se diferenciara como máximo valor de trabajo del equipo, sino la igualdad de todos. Hemos conocido épocas mejores, el trabajo como bien sabes en geriatría es interdisciplinar, seguimos haciendo nuestras reuniones de equipo con carácter periódico para plantear el conjunto de los problemas vistos por diferentes profesionales de la persona enferma, y así seguimos haciéndolo, pero por motivos ajenos a nuestra voluntad, las nuevas fórmulas de trabajo en la administración, ha modificado la integración del trabajo en equipo, muy a nuestro pesa. (Inf. 19)

Las formas de gestión a las que hace referencia son:

Me refiero a las diferentes fórmulas que hay en los hospitales, que antes el trabajo era del equipo integrado y ahora cada profesional del equipo depende de una dirección diferente, muy difícil de coordinar en este caso, a veces, por ejemplo, en turnos hospitalarios... bajo el punto de vista de algunos profesionales clínicos parece que es más el sentir de la seguridad personal y laboral del profesional, que no del seguimiento del paciente en su atención de 24 horas en un centro hospitalario (¿te refieres al turno anti estrés?) hay quien llama turnos antienfermos, no es buena esa pérdida de continuidad en la atención, en nuestro equipo siempre hemos pretendido que el paciente tuviera un seguimiento continuo, siempre por el mismo profesional. (Inf. 19)

Investigación.

Entre las competencias planteadas desde la SEEGG, también se hace referencia a la capacidad de las enfermeras geriátricas de realizar un análisis continuado de su actividad, mediante la investigación y así mejorar la calidad de la atención que proporciona; y el estímulo hacia la formación en el ámbito de la gerontología entre los enfermeros, los cuidadores y otros grupos sociales. Son tantas las áreas sobre las que investigar, como los niveles de profundización en los distintos temas relacionados con los mayores, como para admitir un enorme abanico de posibilidades⁶³¹. Sin embargo, desde los relatos de los informantes, se percibe las dificultades que tienen los profesionales asistenciales en el desarrollo de trabajos de investigación y difusión de los resultados, fundamentados en su experiencia profesional.

Qué difícil me parece hacer eso... es una asignatura pendiente, quizás es lo que nos falta, las publicaciones nos hace visibles, a mí me gusta leer las publicaciones... poco a poco hay pérdida de ilusión de estas cosas... que no nos

reconozcan las horas que trabajamos, viene de los muy altos... pienso que acaban quemando, no el trabajo en sí. (Inf.7)

Nos parece importantísimo, que desde el campo de lo asistencial también se cree trabajo científico y se trabaje con investigación, porque bueno es una parte de la progresión de la profesión, no solamente es campo de investigación la universidad, la formación más teórica, tiene una obligación, un mayor peso, pero creo que también a nivel de asistencial es importante. (Inf. 13)

Lo importante es que se haga investigación enfermera del ámbito de la geriatría o de la gerontología, porque la investigación es la base para asentar todo el conocimiento y el progreso de la profesión, pero no creo que el especialista tenga que dar... porque la gran investigación se hace por la vía académica no por la vía de la especialización. (Inf. 16)

No es fácil demostrárselo ¡eh!, lo más fácil para demostrarlo es que tuviéramos investigaciones que demostraran que donde hay una enfermera hay mejores cuidados que donde no la hay. (Inf. 16)

Argumentan se está potenciando la formación en este campo, desde la formación de especialistas vía EIR.

Nosotros ya llevamos este impulso de la investigación en el plan formativo y se está viendo, desde mi punto de vista, nos vemos con ganas, sí estamos motivados para publicar y ves, que son cosas importantes, las estamos haciendo, se está publicando y se están haciendo cosas, que eso tenga repercusión en el cuidado, por así decir en la atención al mayor. (Inf. 14)

Una visión más positiva del avance de la producción científica, sobre cuidado de enfermería durante el envejecimiento, la aportan desde el ámbito de la docencia.

Yo creo que las enfermeras geriátricas están empezando a levantar cabeza, están haciendo trabajos muy interesantes, publicaciones interesantes, pero claro si comparamos... si a la hora de presentar los trabajos nos referimos solo a aquellas enfermeras que cuidan a personas mayores, comparado con la muestra que hay con la población es un grupo pequeño, pero ese grupo está surgiendo mucho, a más velocidad que las generalistas" (Inf. 11)

Creo que se están publicando y se están haciendo publicaciones y se están transmitiendo trabajos de mucha calidad... para crecer es importantísimo el trabajo basado en la evidencia, estamos hablando del trabajo demostrado científicamente, la evidencia es otro de los puntos necesarios que tiene que tener una enfermera. (Inf.11)

3.2 Los cuidados del bienestar

Vinculamos el concepto de bienestar con aspectos del cuidado relacionados con el confort, la confianza y los relativos a la actitud y compromiso. En ocasiones es menos visible contribuir a la salud de una persona, mediante una intervención centrada en los recursos interiores de ella misma (high touch), que las intervenciones que utilizan los recursos exteriores más visibles y tangibles (high tech). Pero los consideramos imprescindibles en el concepto de cuidado integral, son los cuidados denominados por distintos autores como intangibles o invisibles⁶³². Con frecuencia el cuidado que se lleva a cabo a los mayores y su familia es invisible para otros profesionales y para la sociedad. Poner en valor los cuidados enfermeros visibles e invisibles, es una tarea necesaria para mantener la calidad de vida de las personas mayores atendidas en los sistemas de salud y sociosanitario.

Según el modelo desarrollado por el grupo Aurora Mas equivale a la dimensión de “estar con”, tal como se entiende también en el paradigma de la transformación, propuesto por Kerouac y col., la intervención enfermera está orientada a conseguir el bienestar del mayor, dando respuestas individualizadas a sus necesidades, desde una perspectiva holística, respetando los valores del mayor y haciéndole partícipe de su cuidado. Atender a los mayores integralmente, conociendo su percepción del bienestar e interviniendo según sus necesidades, se mejora su autoestima, sus ganas de vivir, la responsabilidad de su autocuidado, independencia, mejores estrategias de afrontamiento necesarias para aquellos cambios que se producen con la edad, etc⁶³³.

Integralidad.

Como detalla la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica el objetivo fundamental de las competencias de las enfermeras en el ámbito de la atención a las personas mayores, es proporcionar atención integral a este grupo de población en el conjunto de sus necesidades y en cualquier situación en que se encuentren. La atención integral del mayor surge como respuesta a las especiales características que convergen durante el proceso de envejecimiento: aspectos intrínsecos del envejecimiento fisiológico, la especial forma de presentación de la enfermedad, la tendencia hacia la dependencia de múltiples problemas asociados al envejecimiento de origen clínico, social, emocional, cognitivo o funcional. El concepto de bienestar lo podemos relacionar con la parte intangible e invisible de los cuidados y como elemento inherente al cuidado integral de los mayores.

Destaca el valor que todos los profesionales, que han colaborado con sus reflexiones y opiniones, independientemente de si son enfermeras asistenciales, gestores o docentes, otorgan a la atención integral o global de los mayores. Lo consideran un elemento prioritario y diferenciador de la atención/cuidados de los adultos mayores con respecto a otros grupos de edad.

Enfermería creo que aporta el cuidado integral... que otro profesional no lo puede hacer... porque hay muchas cosas que cuidar, físicamente, psicológicamente,

la familia... no lo van a saber cuidar como nosotras. Tienen muchas necesidades, es que es desde aquí (señala la punta del pie) hasta aquí (señala la cabeza)... cuidado integral desde la prevención a la curación. (Inf.3)

Creo que enfermería hace una valoración integral... sobre todo estas personas mayores, que no solo vas y haces la cura, tú haces la cura y ves si ha recibido visitas o no, las llamadas de atención que hacen si... una atención integral, no solo el estado de la piel, el estado anímico, la familia es importantísimo, si recibe visitas o no... a ver si el compañero recibe visitas y yo no recibo, al fin y al cabo es la soledad... la enfermera hace una atención integral que al resto se le escapa, valoración integral... porque es la que tiene la visión integral... será porque enfermería a lo largo de la formación ves, estudias al residente desde que nace hasta el momento de la muerte, puede ser, luego ves los distintos ciclos que ha tenido, igual al resto tanto médicos (no geriatras) la atención integral les cuesta. (Inf.2).

Es capaz de ver de forma integral, cuando estás en otro sitio ves el digestivo, el respiratorio, solo una... hay que ver aspectos como deterioro cognitivo, psicológico, familiar, puede ser que esté solo, aislado, espiritualmente... la edad conlleva todas estas cosas. (Inf. 5)

Es muy importante la visión global de la persona... le trata el geriatra o la enfermera geriátrica y ve el conjunto no solo los órganos, a lo mejor es un poco "Hevy" por mi parte, pero eso pienso... ver al paciente en su conjunto... una valoración integral. (Inf.6)

El no parcheo, la integralidad, el concepto integral del individuo, es muy importante... en los mayores más, porque las capacidades, la vulnerabilidad, la prefragilidad... es lo que va a aportar esa visión integral, no contemplar solo la cuestión biológica, lo familiar, lo social fundamental... con un objetivo clarísimo, conseguir el bienestar. (Inf. 11)

El anciano es una persona ella y el entorno, la familia no nos podemos olvidar nunca de ello, entonces por eso es fundamental tener esa visión global y cuando tu le ves ¿cómo estaba antes? ¿cómo está ahora? vamos a plantearnos como va a ser después, esa perspectiva es importante que la tengamos en la cabeza y el saber que cuentas con diferentes profesionales que pueden mejorar esa situación del anciano. Con esa visión de equipo, con esa visión global se consiguen muchas mejores cosas. (Inf. 12)

Las personas que realmente han afianzado su voluntad de trabajar con personas mayores, son personas especiales y yo creo que lo primero y su mayor característica es que tienen un enfoque muy global, muy integrador, yo siempre aludo a aquella frase que dijo Marañón, cuando los primeros geriatras se sentían desmoralizados porque nadie los miraba y los internistas los rechazaban, "hay que ser especialista de toda la vida, porque suma de toda la vida es la vejez", yo creo que es una máxima fenomenal y ese perfil es el que yo aprecio en las enfermeras que trabajan con mayores, tienen un espectro muy amplio, trabajan historias de vida que normalmente no se hace en otro espacio, eso luego lo integran muy bien... la globalidad, la globalidad ese vistazo general donde acaricias prácticamente, todo, desde los afectos hasta la deambulación, hasta si tiene problemas de estreñimiento, yo creo que esa visión general la da la enfermera y no la da nadie más. (Inf. 15)

Está demostrado que solo la geriatría es capaz de ofrecer al anciano una asistencia integral y de calidad, y esto gracias a su metodología de trabajo basado en: la valoración geriátrica integral, los diferentes niveles asistenciales en función de las necesidades sanitarias y/o sociales y el equipo interdisciplinar. (Inf. 18)

Distintos autores relacionan el término de cuidado y bienestar, “Cuidar es encargarse de la protección, el bienestar o mantenimiento de alguien”⁶³⁴, Alejandra Alvarado⁶³⁵ entiende el cuidado “como la búsqueda del bienestar de las personas”, para Leininger el cuidar es la esencia de la enfermería y es el modo de lograr salud y bienestar. Las dimensiones invisibles del cuidado, que favorecen el bienestar, las podemos concretar en: educación, apoyo, comunicación, empatía, relación de confianza/seguridad, tacto, escucha, confort, ética y respeto, presencia cuidadora^{636,637,638,639}, así lo destacan varios de los profesionales entrevistados.

En los discursos se percibe la importancia que las enfermeras dan a estos aspectos en el cuidado de los mayores, las definiciones de confianza, medidas de confort y accesibilidad, en que nos vamos a basar, han sido aportadas por Claudia Ariza y los ítems plantados en el instrumento realizado por Larson⁶⁴⁰.

Confianza.

Tener confianza en alguien es creer en esa persona, ponerse en sus manos. La relación de confianza, se puede entender como las acciones enfermeras para establecer una relación empática, enfocada a la recuperación, añadiríamos adaptación del mayor, haciéndole sentir como una persona única, confiada y segura. Hace referencia a como se trata al mayor, si se le coloca en primer lugar independientemente de lo que pase, si se es agradable y amistosa con ellos y su familia, si se le permite expresar sus sentimientos o si se le anima a realizar preguntas o se le ayuda a aclarar situaciones. La relación de confianza constituye un elemento central en el arte de cuidar, solo es posible cuidar a un ser humano vulnerable, si entre el agente cuidador y el sujeto cuidado, se establece una relación de confianza, un vínculo presidido por la fidelidad, es decir, de fe en la persona que interviene en su acción y en el dominio que tiene en dicho arte⁶⁴¹. Así lo advertimos en el análisis de las entrevistas.

Ellos si no tienen confianza no te van... además de motivarlos, le tienes que dar confianza y seguridad... Mira cuando viene a incapacitarles el juzgado o el médico forense, siempre voy yo, el médico o el juez les preguntan algo y cuando les contestan no se dirigen a ellos, les tengo que preguntar yo, porque a alguien desconocido, cuando empiezan con un deterioro tampoco se confían, ellos desconfían. Ellos tienen que tener confianza y seguridad. (inf.2)

Si aunque no sepan cómo nos llamamos nos identifican, con mirarte a los ojos, ellos saben si les transmites o no les transmites seguridad. (Inf.2)

Como en los países nórdicos, un poco las personas mayores que se les escuche, que hagan como un decálogo de decir y que nosotros los profesionales les

respetemos, eh! a mí me gusta esto, me gusta levantarme a tal hora, hacer y tener en cuenta sus deseos, si me encuentro mal no ponerme... es el respeto a sus propias decisiones y a la persona. (Inf.2)

No podemos abordar al anciano... si no establecemos una relación de confianza con la familia, eso es algo para mí muy importante. (Inf. 9)

No solo implica la cuestión sanitaria, sino confianza personal, el entendimiento con el enfermo, eh... ya te he dicho antes sobre todo confianza... es importante decir que yo cuando empecé la especialidad, al paciente geriátrico se le llamaba de 65 años en adelante, ahora nosotros no admitimos ningún paciente que tenga menos de 80 años, 15 años de diferencia de vida, eso es muy importante, por eso quiero decir, que todas estas cosas... de costumbre, a ver hablamos de personas en realidad, una persona tiene... cuando ve a un profesional de bata, en este caso o de otro... tiene que sentir confianza, el sistema ha de procurar que la capacitación profesional de la persona ha de dar confianza. (Inf. 19)

Sobre esta categoría de confianza, el siguiente relato acentúa su discurso en la importancia que tiene la adquisición de un conocimiento específico sobre el cuidado del mayor, como requisito para transmitir realmente confianza.

“Si yo no soy capaz de dar respuesta o de modificar prioridades... si yo no soy capaz de hacerle ver... él no tendrá jamás satisfacción con el trabajo de su enfermera y no solamente esto, sino que no se adherirá a lo que yo le transmita, ni al tratamiento y en definitiva no tendrá calidad de vida. Claro la confianza que es el conocimiento de cuidado, la confianza es el conocimiento, tú transmites confianza en la medida en que tú sabes lo que estás diciendo... Difícilmente tu transmites confianza si no sabes de lo que estás hablando, si tú no tienes conocimiento amplio de lo que hablas... claro la confianza es el conocimiento ¿para ello que se necesita? la evidencia, estudio, formación, especificidad. (Inf. 11)

Habilidades de comunicación.

Los informantes otorgan también gran importancia a la comunicación con el mayor, tal y como se deduce de sus relatos, muestran un interés especial sobre la formación en habilidades de comunicación. Una adecuada comunicación, con el mayor y su familia, facilita al profesional de enfermería desarrollar una relación de cuidado humano basado en la ayuda y confianza, es la observación consciente la que nos permite entender el porqué de sus comportamientos y sus reacciones en relación a la situación de salud que está viviendo⁶⁴².

Veo oportuno incluir esas habilidades de comunicación con el anciano, el entender que hay algo más aparte de la enfermedad... Ver que llevan la misma ropa siempre o que no se ha puesto la dentadura, son cosas que para una persona es muy importante, o que va despeinado o que no se pone las joyas... La historia anterior de esa persona, de donde viene para poder hablar con él, a mi si me preguntan por el campo, no sé, no voy a poder decir nada, pero a lo mejor si me preguntan de lo que era una residencia o de lo que era internet o que consola me gustaba... sí, pero para eso alguien ha tenido que preguntarme como era mi vida anterior. (Inf 9)

Nuestra visión es compartir, ver las necesidades que tiene el anciano e intentar con él una interacción, que haya comunicación entre los dos, que haya comunicación más fluida y exista una relación de tú a tú, que no haya distinciones, no por llevar la bata blanca somos más ni menos, somos un profesional y sé de las cosas que tengo que saber respecto a mi especialidad y mis cosas, pero no soy nada más que tú. (Inf.14)

Somos una profesión prácticamente de la comunicación... no estoy hablando de vocación, no, no, que va, una enfermera debe tener dotes de comunicación y si no los tiene no puedes ser enfermera. Por mucho que nos llenemos la boca de igualdad para todos, no, lo mismo que uno no puede ser aviador o depende de que profesionales piden una serie de características físicas, una enfermera debe tener dotes de comunicación, porque sino como voy a explicar que es lo que estoy haciendo. La asertividad es algo que se va incluyendo con la formación, con el contacto y con el mantenimiento de esa comunicación, el ponerte en el lugar del otro, esto se lleva en parte y en otra parte creo que se aprende. (Inf.11)

Las habilidades comunicativas las tienes que manejar a las mil maravillas, porque es obligatorio, habilidades de reconocer lo no escrito... la comunicación y la observación son habilidades que todavía tienen que estar más desarrolladas, porque además el lenguaje que utilizan las personas mayores, muchas veces no es un lenguaje verbal, ni mucho menos, sino que tienes que estar atento a la información que te están transmitiendo y porque cauce, a veces el lenguaje no verbal supera con creces... interpretar personas que pueden tener un trastorno cognitivo, eso no se hace en otros ambientes... tienes que tener ojos para el anciano o anciana, pero también para su contexto familiar, donde está, leer entre líneas lo que se dice. (Inf. 15)

La introducción de la informática en las unidades de geriatría, se ve como una dificultad en la comunicación con el mayor.

Pasamos mucho rato con él, con el enfermo físicamente, la tendencia actual dada la modernidad de la implicación del desarrollo... electrónico, la vida pues parece que nos va a cambiar mucho y necesitamos ver a un paciente a través de un monitor, grave error... en este centro nuestro... pienso que en nuestro déficit en formación informática y mecanográfica, le roba tiempo de atención directa al paciente, tanto por el personal médico como de enfermería y otros, y así lo digo... a mí me gusta mucho la informática, pero no puedo ver a un paciente a través de un monitor, mi relación será siempre personal, eso implica un fallo grave. (Inf. 19)

Tacto.

A través del sentido del tacto nos comunicamos de forma rápida y directa. El tacto es un elemento de gran valor en los cuidados enfermeros y un componente de la comunicación esencial en la interacción del día a día con los mayores. Permite objetivizar la relación y facilita transmitir mensajes como el afecto, ternura, apoyo emocional, estímulo, atención personal, humanizar el cuidado...^{643,644} El contacto físico durante el cuidado ha sido destacado por las profesionales asistenciales que han colaborado en la investigación.

Un beso... o si bajas con ellos, lo mismo te cuesta que bajas caminando con ellos normal o lo mismo te cuesta si les ofreces el brazo y ellos te cogen para bajar juntos, a mí me parece muy importante y ellos se sienten también más seguros. (Inf.3)

A muchos una caricia, que les des una mano o un algo... o simplemente que les escuches un poco, aunque estén contando lo mismo eso también cuenta. (Inf.3)

Hay diferencia en la manera de administrar los cuidados, pues si yo voy a poner... una medicación por ejemplo, la puedo poner y salirme, pero puedo ir y decir ¿Qué tal María, cómo te ha ido hoy?, hay que ser agradables, el cariño que emanamos hacia las personas forma parte del tratamiento... sabes los problemas de soledad... tienen sed de cariño, de que les toques la mano, una caricia eso es bueno hacerlo, bueno ahora cuando salgas te fijas en una escultura que son dos manos, eso sí que me emocioné (es el regalo de una familia)... hay que hacer que los enfermos conserven la dignidad... muchas veces me dicen dame un beso, le pones la cara te dan un beso y se quedan tan contentos, bueno... cogerte las manos y besártelas, ellos te las pueden coger cuando, por ejemplo, tomas la tensión y te besan las manos de agradecimiento, eso a mí me impresiona (se emociona al narrarlo). (Inf.7)

Una de las enfermeras, cuando llega alguna rotación alucinan con ella, es que llegan y son (exclamando) ¡hombre tal! y dos besos, cuando llegan a las casas ¿qué tal? y dos besos, claro hay gente que no les gustan los dos besos, yo para mí el tacto es fundamental. Esto nos cuesta transmitirlo... gente que siempre va con guantes, decimos que hay que ponerse los guantes cuando hay que ponerlos, pero no podemos estar todo el día con el guante, porque el contacto es fundamental. Yo es que me subo en la ambulancia con él... es que agarrarlo así (hace el gesto de contacto en la mano o en el brazo), cuando le van a hacer una prueba “tranquilo Juan no se preocupe estamos con usted, vamos a estar hasta que le hagan la prueba”, le agarras de la mano pero incluso a veces en los momentos finales, cuando el paciente ya no tiene ganas de hablar... pero sabe que tú estás ahí... simplemente sin hacer nada pero le tocas la mano. (Inf. 12)

El contacto físico sí... el tocarles el ayudarles a colocarles bien la camisa, el ponerles el pañuelito, el eso... el detalle... esos pequeños detalles de ayudarle a peinarse porque está un poco despeinada, no sé... el tocarnos... creo que es muy importante. (Inf. 17)

Empatía.

En los discursos se concibe la empatía, como otro de los elementos esenciales en el cuidado de los mayores. La capacidad de empatizar con los ancianos requiere una relación de confianza, de autenticidad y la capacidad de la enfermera de escuchar y respetar al otro tal cual es, sin el tamiz de nuestro deseo, significa partir de su experiencia y tener curiosidad e interés en descubrir al otro⁶⁴⁵. Integra los aspectos a los que hemos hecho referencia anteriormente: confianza y comunicación.

Tenemos como otro sentimiento diferente hacia los pacientes, (¿esto nos diferencia de otros profesionales?), yo creo que sí (¿qué tipo de sentimientos?) pues mira es como empatía, ponerte en su lugar... (Inf. 1).

Los modales la forma de hablar, de correr... no puedes ser como un torbellino por las habitaciones, que cuando se ha querido dirigir a ti ya estás en otra habitación, entonces si ves que te van a hablar, decir a ver ¿qué pasa? y ponerte... empatizar con él, no desde el final de la habitación, no, no en la cabecera de la cama ¿qué te ha pasado, qué me quieres decir, te duele, te...?, la proximidad, siempre la proximidad.(Inf. 7)

Ella (se refiere a la enfermera) es la que conoce mejor a ese enfermo y familia y es la que ha creado lazos de empatía, nosotros en la ruta siempre intentamos que sea la misma enfermera la que vaya a visitarle... para que se creen mejores lazos, pero con el enfermo y la familia... Nosotras vamos a un domicilio y si un enfermo en un momento determinado, hemos creado empatía y quiere hablar de su problema, de información y de salud, no le derivamos... nosotros trabajando en equipo, vamos dando una información según conoces al enfermo, conociendo al enfermo y sabiendo sus necesidades de información que requiere... (Inf. 12)

La enfermería geriátrica creo que tiene que tener otras capacidades (además de conocimiento teórico y de técnicas),creo que hay que tener una sensibilidad especial, hay que mirar más allá, no nos podemos quedar en la patología, ni en qué está pasando en ese momento, es verdad que tenemos que trabajar con una visión global de la persona que estamos cuidando... es difícil transmitir, lo que realmente quiero decir: una sensibilidad, un saber empatizar, tener una cercanía, saber detectar las necesidades no solo físicas sino también las necesidades espirituales, las necesidades emocionales del anciano... (Inf. 13)

Lo primero de todo es la empatía, es ponerse en el lugar de la otra persona, tener conciencia de la situación por la que está atravesando si es un proceso agudo, crónico, cual es su situación familiar, porque todas esas cosas influyen a la hora de interaccionar con la persona, cual es el ambiente en el que se mueve normalmente... por ejemplo, vemos pacientes que son independientes completamente y al día siguiente sufren una caída y eso les lleva a institucionalizarse, ese paciente pierde la independencia y se convierte en dependiente, entonces digamos que tenemos que intentar comprender esa situación, estamos tratando esa situación... no nos centramos solo en lo que vemos, sino que existe algo más allá y creo que sería la base de una buena relación, el respeto sobre todo. (Inf. 14)

Lo primero tiene que ponerse en el lugar del otro, que eso se llama empatía, creo que eso es muy importante, ponerte en el lugar de la otra persona, comprender esa situación, tiene que ser... quizás son las dos cosas más importantes la paciencia y la empatía. (Inf. 17)

Son diversos los estudios que justifican la actitud empática como elemento esencial en la relación de ayuda, lo identifican al igual que nuestros informantes como la capacidad que tiene la enfermera de comprender y responder afectiva y adecuadamente a los necesidades del mayor según la situación en la que se encuentre^{646,647,648}. Es una actitud o disposición interna de

comprender la situación de la persona que cuidamos, no de sentir lo mismo sino de percibir sus vivencias y comprender sus emociones⁶⁴⁹.

Confort.

Brindar medidas de confort, se refiere a los cuidados que ofrece el profesional de enfermería para lograr mayor comodidad del mayor y su familia, favoreciendo un entorno que potencie el bienestar. Confortar significa estar al lado del mayor, hacerle sentirse animado aún en momentos difíciles, tratarle adecuadamente como persona y colocar al mayor en primer lugar, ayudarlo a mantener las relaciones sociales, permitir expresar sentimientos, estar atentos a sus necesidades, acompañarle cuando lo requiera o cuando su familia esté ausente⁶⁵⁰.

En relación a la importancia del entorno físico donde se desarrolla el cuidado, nuestros informantes no han hecho muchas referencias al mismo, hemos incluido en ambiente el que creamos con nuestras actitudes personales, que también pueden interferir en el confort de la persona.

Dicen que este hospital es un lujo... los espacios, la luz, la claridad y de trato, de trato humano, humano no de yo soy enfermera, si voy a hacer las funciones de enfermera, pero desde la sonrisa, desde el cariño, eso que nos cuesta tan poco y que se agradece un montón. (Inf. 7)

Se están perdiendo fórmulas tan... como de saludar y dar los buenos días, de golpear la puerta antes de entrar, de cerrar la puerta y dejar a un paciente inmóvil desnudo en la cama porque me llaman por teléfono, el uso de los móviles del personal, digamos son problemas de educación, no son problemas de atención sanitaria. Eso es una grave cuestión a valorar hoy en día... tenemos que hacer hincapié en estas fórmulas de cortesía y educación. (Inf. 19)

Paciencia

La paciencia es una de las actitudes que debe desarrollar el profesional de enfermería geriátrica para favorecer el confort, así lo destacan los informantes. La paciencia se considera un aspecto esencial de la relación de cuidado⁶⁵¹, la necesidad de comprender a quien se cuida, ceder espacio para la autoexpresión, dar el tiempo que precisen los mayores para exteriorizar sus inquietudes, dudas, aportaciones... es de gran importancia en el cuidado. Las principales acciones y comportamientos que define una percepción favorable, según los ancianos, están asociadas a las dimensiones de respeto e incluyen que lo escuchen y le dediquen tiempo⁶⁵².

Pueden ser muy insistentes... te tiene que gustar aunque sea explicar 20 veces lo mismo y que mañana vuelvan a la consulta con el mismo tema, tengas que volver a explicar, volver a decir... de enseñarles día a día de cómo estás. (Inf. 3)

La paciencia, la paciencia no en el sentido piadoso, no, la paciencia es dar tiempo y esto sí que se necesita espacialmente con las personas mayores, hay que dar tiempo, hay que tener feed-back... (Inf. 11)

La paciencia (lo dice con mucha calma), la paciencia creo que es muy importante... quizás son las dos cosas más importantes, la paciencia y la empatía. Hace falta eso, mucha paciencia... esa tranquilidad. (Inf.17)

Acompañar

En relación a la subcategoría de acompañar, nos parece importante destacar como las enfermeras informantes inciden en situaciones muy concretas, como es la atención al buen morir o el duelo donde el acompañar tanto al mayor como a su familia es muy significativo, evitar el sufrimiento y mantener la dignidad del mayor, lo consideran aspectos de la atención específica de enfermería.

A veces ves las cosas más claras, hay que sedarlo... es difícil tomar esas decisiones y es importante tener a alguien al lado... el tener con quien llorar... ese papel me parece importante. (Inf. 8)

...que sufrimiento causamos gratuito, sin tener porque, con lo fácil que es acompañar... ahí estamos a los médicos pa, pa, pa machacando para que no haya sufrimiento, para evitar el escarnecimiento terapéutico, porque a los médicos de mi edad les han enseñado sobre todo curar, curar da igual 50 que 200, entonces saber decir: oye porqué tratas a este paciente con el sufrimiento que tiene, porque lo alimentas con sonda si lo tienes que tener atado las 24 horas... Una tarde me dice una señora "me voy ahora, va y la ata" (se refería una hija que daba la orden de que atase a la madre) y le dije "bueno señora y luego me da usted su dirección y voy y le pongo otras a usted", se dio cuenta en ese momento y lloró, pero es que yo me siento muy libre para dar mi opinión.... Nos tenemos que dar cuenta que la vida tiene un final, un final digno. (Inf. 7)

Yo veo que estás acompañando a una persona y ayudándole a ver las opciones para que ellos tomen la decisión que tengan que tomar, el familiar dice sí o no y el médico receta el tratamiento, pero nosotras hemos acompañado en ese proceso. (Inf. 8)

Cuando fallece alguien también influye mucho, no entro en valores y creencias de la persona... estás con ellos, yo me acuerdo un viernes de toros (fiesta local) a un familiar que no lo localizábamos y su padre se estaba muriendo, yo quería que por lo menos lo viera con vida antes y no lo encontrábamos y nos fuimos casi a las 12 de la noche, tratando de encontrar el hijo... por lo menos lo localizamos. (Inf.3)

Abordar el tema de la muerte... al menos es mi experiencia... parece que lo que estás vendiendo todo el rato vida, vida, vida ¿no?, cuidar y rehabilitar y nos olvidamos un poco de lo que dice la OMS, lo que dice Virginia Henderson y dice todo

el mundo... no solo es esto sino ayudar a bien morir, entonces yo creo que esa parte es muy importante. (Inf.6)

La muerte es una parte importante, la familia tiene que saber interpretar, hay un tiempo de conflictos, de nervios, de inseguridad, la enfermera es básica para ofrecer seguridad. Facilitar que pueda estar la familia, que pueda quedarse con ellos, hacerles entender... hay que acompañar... evitando que vayan a urgencias, evitar hospitalizaciones innecesarias... Atienden a la familia, están un poco pendientes y entender que es lo que está pasando... la persona que te da tranquilidad es la enfermera. (Inf. 9)

Tiene que tener las grandes habilidades para afrontar, sobre todo algo que los médicos ese día no fueron a clase, ninguno de ellos, salvo afortunadas excepciones, que es un poquito como conduces o como ayudas a bien morir y que eso les llevamos mil años luz, como hacerlo. (Inf. 15)

Si se deteriora más, yo le ayudo a llegar al final de la vida, cada vez con más deterioro y le ayudo a morir bien... acompañar a morir o acompañar a alguien a esta pérdida, de todas sus capacidades o no... o cuando lo recibo no es tanto que lo cure y lo ponga al punto que estaba, sino que lo cure en lo que pueda y que lo mantenga el máximo tiempo posible con esta pérdida que ha tenido. (Inf. 16)

La enfermería tenemos que procurar que una persona muera sin dolor, que muera... como hemos procurado que haya vivido, siempre con mucha dignidad y para mí es algo que creo que es muy importante no tener dolor y morir con dignidad, es importante... Ahí estamos nosotros para ayudar a la familia, para ayudar al residente, pero sobre todo eso el morir tranquilo, acompañado a poder ser de la familia y sino de nosotros. (Inf. 17)

Relaciones sociales

Nuestros informantes le dan valor al mantenimiento de las relaciones sociales en el cuidado del mayor. Está demostrada la importancia y utilidad del apoyo social en el estado de salud y bienestar de las personas⁶⁵³, la familia suele ser la principal fuente de apoyo para los mayores. El potenciar la posibilidad de mantener las relaciones sociales afecta a la calidad de vida y puede originar sentimientos de aceptación, ser cuidado, amado, respetado, valorado y estimado. Ser miembro de una red social fortalece en el mayor su autoestima, evitando sentimientos de soledad, aislamiento, carga para los demás y disminuye la vulnerabilidad al estrés psicológico; cumple funciones protectoras o amortiguadoras contra la enfermedad al aumentar la probabilidad de que el mayor practique y mantenga conductas de salud preventiva⁶⁵⁴. El rol de la enfermería en el mantenimiento de las relaciones sociales del mayor, implica la interacción directa con su red social informal, como lo pone de manifiesto la experiencia expresada por los informantes.

Trabajas mucho con la familia, educación sanitaria... con la familia se trabaja...y con el cuidador de referencia... y fomentaría el adiestramiento de las familias y como mantener más activo al residente... hacer partícipes a las familias,

cuanto más tiempo estén en sus casa mejor, fomentando eso un equipo donde tú le transmitas a la familia. (Inf 2).

El apoyo familiar, el tener familia y con cariño, tiene mucho que ver... si los ancianos que reciben eso, creo que todavía tienen algo por lo que vivir ellos, también quieren disfrutar de ellos. (Inf.7)

En el ingreso, por ejemplo en la valoración, les haces un entorno más familiar... desde ahí hasta que se muere es otra unión, que te puedes llevar mejor o peor con familiares pero aún así, yo creo que hasta que se mueren estás unido a la familia y al residente. (Inf. 3)

No solo enseñarle al paciente sino también a la familia es importantísimo, en geriatría es importantísima, como tocan muchas enfermedades es importante que tanto él como la familia... primero el autocuidado y segundo, como algunos son dependientes, las enfermeras forman al cuidador. (Inf. 5)

Las técnicas bueno son meramente técnicas que son realizadas y ya está, pero desde el punto de vista social que es la interacción con la familia, con el anciano, conocer no solo donde se mueve, sino con quien se mueve, cuáles son sus costumbres...(Inf. 14)

Hay un déficit importante de lo social y de ahí vienen las consecuencias tan enormes que consisten en transformar en pequeños hospitales las residencias, de tecnificar excesivamente estos centros y de los fracasos que tienen. Que el anciano vuelva a ir una vez a urgencias, dos veces a urgencias y tres veces, porque no se cubren todas las expectativas y ahí la enfermera tiene que estar implicada. (Inf. 9)

Estamos en contacto con ellos cuando viene a cualquier cura, cualquier cosa de salud, es un buen momento para ellos y para nosotros hablar con ellos de problemas sociales, de los hijos de cualquier tipo social, yo creo que aquí es muy importante el tema social aparte del tema médico y de enfermería. (Inf. 17)

Afecto

La enfermera llega a formar parte integrante de la red social del mayor, vemos como en alguno de los testimonios, las enfermeras identifican la relación con los mayores como si fuera parte de su familia. Les ofrecen afecto, término que engloba el compartir sentimientos, pensamientos y experiencias, disponibilidad de alguien con quien hablar, a través del cual el mayor se siente querido, valorado y aceptado por los demás⁶⁵⁵. Las respuestas afectivas son poco visibles y difíciles de identificar, se pueden detectar a través de comportamientos como sonrisas, apariencias relajadas, tranquilidad⁶⁵⁶. El solo hecho de que el mayor, perciba que se encuentra rodeado de personas que lo comprenden y a las que podría contar sus problemas, le ayuda a superarlos, en ocasiones, sin recibir siquiera la ayuda de esas personas⁶⁵⁷.

Les tengo como algo muy importante, como una familia pequeñita que tengo ahí. (Inf.1)

Ellos saben que aparte de ser su enfermera para cuidarle, en temas de su salud, también te piden ayuda en todos los demás ámbitos, hasta oye para lavarme, que puedo comer... ¿Qué te parecería a ti?, si hiciera ese trabajo, esa labor... cualquier tipo de manualidad, de la religión, es que te preguntan de todo. ...Uhhmm mira que te digan hoy me encuentro un poquito más solo, me apetecería dar un paseo o podrías estar hablando un poco conmigo... (Inf.1)

En relación a la visión del mayor sobre la enfermera, nuestras informantes perciben que:

Buscan una persona amiga que les ayude, que les solucione los problemas, porque normalmente pues... para... los adultos o para los niños te desvives, pero cuando alguien llega a mayor... (Inf. 2)

En otro sitio lógicamente no tienen esa unión porque no están día a día, pueden estar tres días y en cuatro días no está ese paciente, aquí los tienes todos los días e incluso desde hace 13 años, como no vas a tener una unión si llevas tantos años con ellos... (Inf.3)

Sí, bueno... yo por ejemplo tengo una abuelita que me dice "si no te importa te llamo mamá... (Inf. 17)

El seguimiento personalizado que hacemos del propio paciente, implica que tengas una relación personal intensa, además de un conocimiento de toda una vida, porque estamos hablando de personas en nuestro centro, con una media de edad muy próxima a 90 años, la realización de la historia implica un resumen de toda la vida de un paciente, de toda la vida que a veces es extensísima, a nivel... digamos implicaciones personales. (Inf. 19)

Accesibilidad.

Se refiere a los comportamientos de cuidado que tiene la enfermera, esenciales en la relación de ayuda y apoyo. Se puede apreciar cuando valoramos si la enfermera se aproxima al mayor o la familia para proporcionar alivio, si le facilita que le llame cuando se siente mal o si se ofrece para ayudar tanto al mayor como a la familia. Los discursos de los profesionales reconocen esta conducta como facilitadora de bienestar.

Ofrecerles la posibilidad de si algún día, algo no... me puede usted llamar por teléfono.... nosotras a las familias le intentamos pues apoyar... por ejemplo, una señora –hija única- que cuidaba a su madre desde hacía 15 años, con una demencia avanzada y un hijo de unos 20 años, no podía más, creo que su estructura familiar se había resentido mucho y su hijo le había puesto en la tesitura de "mamá no puedo, no puedo estudiar, ni puedo dormir, ni nada o se va la abuela de casa o me voy yo", la mujer lloraba, lloraba y lloraba, no sabía qué hacer. Yo le dije "la has cuidado, creo que has hecho mucho, tu madre ya no se da cuenta de muchas cosas"...cuatro palabras en un momento dado, con esa persona, ella miró una residencia, le dio mucha pena, pero siempre me lo agradeció porque le había ayudado en ese

momento, decirle a una familia cuando fallece, te puedes quedar tranquilo ¡qué bien lo has hecho! “Cómo lo has cuidado”... se lo reconoce un profesional y eso ya les ayuda. (Inf.7)

Creo que sobre todo (hace referencia a que aporta la enfermera en el cuidado de los mayores) apoyo, sobre todo apoyo, el estar ahí para las necesidades que pueda tener, el enfermo y la familia, el enfermo o el usuario en geriatría, raramente va solo... suele ir acompañado siempre con la familia... Yo creo que el personal de enfermería puede apoyar más que un médico, que una auxiliar... La enfermera geriátrica se va a preocupar de cómo está el paciente, si está contento, si no está, quien se encarga del cuidado, nos preocupamos por supuesto del alta, de cómo es ese paciente, damos ideas a la gente... (Inf. 10)

Nosotros desde el primer momento apuntamos el nombre del enfermo y cuidador principal. Eso simplemente decirle a esa señora que llama a un equipo, que le llamas por su nombre, de usted pero por su nombre y estás personalizando todo... le estás dando una puerta abierta... eso ayuda muchísimo. (Inf. 12)

A la hora de ayudar a un residente, es muy importante tratar con la familia, donde poder formar un equipo, que podamos colaborar para llegar a un fin, el fin que pueda ser mejorar su salud física, psicológica o social, la atención integral, con las familias pues bueno creo que es un poco eso, buscar un aliado, es de lo que se trata, es buscar un aliado para conseguir nuestros fines que es el bienestar de los residentes. (Inf. 17)

Con el análisis de las aportaciones, se pone de manifiesto la importancia del cuidado integral del mayor, como el más efectivo para mejorar su estado de salud, coincidiendo con otros trabajos⁶⁵⁸, donde el manejo del componente afectivo y relacional, de manera que se interactúe y se relacione con el mayor cuidado, ya sea a través de las palabras, a través del silencio, por medio del tacto, de la vista de un gesto, la presencia cuidadora⁶⁵⁹, son tareas claves e invisibles de la enfermera gerontológica. Dicho de otra manera, el cuidado invisible es parte fundamental de lo que en los planes de calidad se llama cuidado integral, como hemos visto anteriormente. La prevalencia de tareas “invisibles” durante el cuidado de los mayores, conducen a la invisibilidad de la aportación de la enfermera geriátrica, como analizaremos en la categoría de género. La invisibilidad de la enfermera que cuida a los mayores, es percibida por nuestros informantes que lo asocian a la falta de conocimientos sobre la especialidad.

La enfermería geriátrica es un mundo desconocido hasta ahora. Me parece que es un mundo hasta ahora.... que era un mundo desconocido, no se ve. (Inf.2)

No tienen claro hasta qué punto puedes darte a ellos (se refiere a los residentes y familia), ni la cantidad de tareas que se puede hacer, siendo enfermera y trabajando como enfermera... yo creo que tienen la imagen... de la chacha... que cuida a los mayores. Yo creo que la gente no tiene conciencia que la enfermera que cuida a esta gente mayor pueda llegar a ser enfermera especialista... nuestro trabajo no lo conocen, creo que la gente no lo conoce, ese creo que es el problema. (Inf. 1)

No aprecias muy bien su trabajo, porque están un poco en un punto intermedio, están las personas que hacen la labor, que a veces se confunden con ellas, de auxiliar y de ahí pasas directamente al médico... es un poco invisible, sí es un poco ahí... la labor que hacen, es importante aunque la población no lo vea... (Inf. 4)

3.3 Los cuidados de la seguridad.

Vamos hacer referencia a la dimensión de cuidar a alguien o proporcionar cuidados (competencia clínica), es decir, realizar actividades para otras personas y con otras personas que se creen que son beneficiosas para ellos, muchos piensan en esto cuando hablamos de cuidados visibles, reconocidos. Siguiendo el modelo propuesto por el grupo de investigación de Aurora Mas correspondería al “estar pendiente de”, se relaciona con las habilidades científico técnicas clínicas que permitan: prevenir o retrasar las complicaciones, la incapacidad y dependencia, adaptarse a las nuevas situaciones, vigilancia de riesgo clínico y el análisis de la actividad para mejorar la calidad de atención.

Las enfermeras entrevistadas no han dado importancia a las habilidades técnicas como formación específica en el cuidado de los mayores, consideran que no varían en relación a otros grupos de edad y con situaciones de salud similares. Las consideran como un medio de ayuda al mayor y no como un fin en sí mismas, muestran sus dudas sobre lo que se presupone socialmente, que la adquisición de habilidades técnicas sea garantía de prestigio profesional.

Por ejemplo en este caso aquí hay las dos cosas, haces de todo, haces tanto técnica como cuidado, haces las dos cosas... yo cuido con todo lo que implica. La enfermera igual tienes que hacer una técnica que cuidar, que todo. Yo no dejo de hacer técnicas nuevas, yo no digo esto no me interesa ¡noooooo, para nada! es que haces la técnica y el cuidado, es mucho más bonito el cuidado integral. (Inf. 1)

Vigilancia clínica.

Las aportaciones de los profesionales entrevistados, destacan la atención continuada que proporcionan las enfermeras en los cuidados a los mayores y la necesidad de “vigilancia” diaria, es decir, la observación continuada del mayor por parte del personal de enfermería. Son los profesionales que permanecen 24 horas al día, 365 días al año, observando la evolución de los mayores institucionalizados y así lo recuerdan en sus manifestaciones.

Una enfermera conoce al residente y tiene que estar las 24 horas al tanto y ver al residente en las distintas fases, las personas mayores pueden cambiar, a lo largo de las 24 horas tienen muchos picos, tan pronto están arriba como abajo y claro depende del momento. (Inf.2)

Dentro de nuestro mundo es otro tipo de personas, las cuales necesitan cuidados de enfermería constantemente... hace muchos años que aumentamos el personal de enfermería, ha sido más completo el seguimiento de los pacientes, seguimiento continuo, facilita el trabajo, es una continuidad. (Inf.4)

Me he dado cuenta con los años, la atención del mayor 40/60 médico/enfermera, un poco más de enfermería que está 24 horas. (Inf. 5).

Es la que atiende al paciente 24 horas al día 365 días al año, porque no hay que olvidar en este campo, lo importante que es la continuidad de los cuidados, no vamos a pensar que el paciente está en el hospital y cuando se va a la residencia ya nos olvidamos, tenemos que pensar que se están estableciendo circuitos, pero es importante que se establezca la continuidad de los cuidados. (Inf. 6)

Son las 24 horas, entonces tú en el centro de salud, por ejemplo, pues le recetas un analgésico y se va a su casa y bueno... pero es que aquí le das el analgésico y al ratito se te vuelve a quejar otra vez, y ahí estás tú para hablar con él, porque posiblemente no sea que le duela tanto, sino que necesita estar un ratito contigo y hablarte... (Inf. 17)

Continuidad de cuidados.

La continuidad de cuidados por parte de enfermería se entiende, además de la observación continuada durante las 24 horas, como las actividades que permiten dar continuidad a los cuidados planificados entre los diferentes niveles asistenciales, poniendo de manifiesto la importancia en del seguimiento/continuidad de cuidados, tratamiento, recuperación o la adaptación del mayor a la situación de salud que en el momento de ser atendido tenga. Existen numerosos estudios en este sentido, la propuesta más generalizada es la elaboración de informes al alta de los mayores que han estado ingresados en hospitales, dirigidos a las enfermeras de atención primaria o de centros sociosanitarios, resaltando las ventajas que este documento puede aportar al usuario, profesionales y a las propias instituciones^{660,661,662,663}. Estos informes según los estudios publicados, favorecen la continuidad de los cuidados y generan evidencia científica que justifica la pertinencia de su elaboración, mejoran la comunicación entre niveles, los estudios están especialmente centrados entre primaria y especializada, olvidando el ámbito sociosanitario, nuestros informantes ratifican la importancia de esta comunicación entre niveles. Menos estudios encontramos en relación al informe al ingreso^{664,665}, que ayudaría a las enfermeras del ámbito hospitalario a conocer la situación del mayor previo al ingreso y las capacidades del usuario o los recursos de apoyo, desde el punto de vista de quien está prestando el cuidado hasta ese momento. Como manifiesta la informante 13, los informes deberían ser bidireccionales “comunicación recíproca, tanto de ida como de vuelta”.

La coordinación especializada-primaria es vital, además en estos enfermos fundamentalísima. (Inf. 5)

Yo creo que lo primero conocimientos... el anciano necesita muchos cuidados, además de continuidad de cuidados que es nuestra base también para poder seguir manteniendo que ese anciano cuando salga de aquí no se me quede cojo allí, y ahora las pastillas que se han dado aquí llegue al domicilio y no sepa tomárselas, porque se las han dado y se llaman de otra manera y no se han enterado de nada y entonces... se necesita continuidad de cuidados. (Inf. 12)

La comunicación entre niveles asistenciales... a nivel de transmisión de cuidados de enfermería la situación no es tan idílica como debería ser o como pensamos que debería ser, estamos trabajando con los EIR para potenciar esa continuidad de cuidados, porque esta carencia existe. Que al alta trabajen, llamen a enfermería de primaria, manden informes de enfermería, se pongan en contacto con la enfermera de sociosanitario para decirle "oye que te mando el paciente... intentar crear una cultura de comunicación de transmisión recíproca, tanto de ida como de vuelta, que eso ahora mismo... creo que hay que potenciar la continuidad de cuidados, eso se hace a través de los registros y los informes. (Inf. 13)

Es importante su papel (el de las enfermeras) para garantizar la continuidad de cuidados entre los diferentes niveles asistenciales. (Inf. 18)

La comunicación y coordinación entre los distintos niveles asistenciales españoles, como elemento que facilita la continuidad de cuidados, es uno de los principales problemas de nuestro sistema sanitario⁶⁶⁶.

Detección precoz y medidas preventivas

Otra de las competencias que debe desarrollar el profesional de enfermería, es la necesidad de potenciar actividades de prevención de la enfermedad o problemas derivados, teniendo en cuenta las situaciones de fragilidad en que se encuentran muchas de las personas mayores, identificando situaciones de riesgo, aconsejando sobre el mantenimiento de la salud, la recuperación de diferentes enfermedades o bien el seguimiento de tratamientos en situaciones crónicas y la ayuda personal en el proceso de morir. Consideramos importante realzar el valor que otorgan los informantes a la detección precoz de las situaciones de riesgo y a las medidas preventivas, como funciones propias de enfermería^{667,668,669}. Identifican claramente las funciones de promoción y prevención propias de la enfermería y en concreto hacen referencia a la prevención de los principales síndromes geriátricos como son: incontinencia urinaria, inmovilidad, úlceras por presión, caídas, etc..., situaciones originadas por la coexistencia de patologías de alta prevalencia en la población mayor y que frecuentemente son el origen de distintos niveles de dependencia.

Por ejemplo ellos cuando empiezan con la incontinencia, ellos no reconocen que tienen pérdidas, que habremos sido nosotros o que se ha lavado mal o que la vecina ha echado unas gotas en la sábana, ellos no lo reconocen y al principio o eres muy hábil... (Inf.2)

Muy importante para mí es la prevención, hace referencia a las úlceras por presión, caídas, lesiones... dentro de la propia valoración, no te hace falta ver al paciente maltratado, ni solo ni no solo, un paciente cuando ingresa ya valoras si va a tener un riesgo social al alta, aunque en ese momento llegue bien, entonces ves que recursos tiene para poderlo planificar bien. (Inf. 6)

Hay que prevenir, un anciano nos puede venir con un bastón andando desde su domicilio y podemos haberle curado su neumonía y salir en una silla de ruedas, entonces su calidad de vida ha cambiado, en un hospital como no tengas mentalidad geriátrica... Como no sea una enfermera con esa visión, pueden salir con grandes

síndromes de inmovilidad o con otros síndromes geriátricos como incontinencia... (Inf. 12)

Educación sanitaria.

En las manifestaciones de los profesionales se hace visible la trascendencia que tiene la promoción de hábitos de vida saludables, por parte de enfermería, a través de la Educación Sanitaria, como actividad específica de la profesión, dirigida tanto al propio anciano como a su familia o cuidador principal.

Les enseñan a cómo hay que... por ejemplo curar, movilizar, cambios posturales, a la hora de comer, cómo tienen que darle, a nivel de si hay problemas de deglución... les enseñan las enfermeras, tanto al paciente como a la familia... es más importante la labor de educación que en otras plantas, son enfermos con más cuidados, son más dependientes... al fin y al cabo nosotros queremos que el enfermo se vaya a casa y sea autónomo ¿quién enseña eso?, la enfermera. (Inf. 5)

El ámbito de la geriatría... campo específico para hacer educación sanitaria” como ejemplo habla de la adherencia terapéutica. (Inf.6)

Los cuidadores informales o familiares también necesitan conocimientos, pienso que es importante cuidar y formar al cuidador... el tema de cuidador principal, a mi eso me parece fundamental y me parece que no hay nadie más que pueda hacerlo... no solamente es el hecho de prevenir cuando el paciente está institucionalizado, sino que tenemos que mirar más adelante. (Inf. 6)

Son tan difíciles los cuidados en el domicilio con una persona muy dependiente, que le cambia la vida al paciente, a la familia. Creo que está en mis funciones de enfermera enseñar a las familias, cómo tienen que tratar a ese paciente en el domicilio, enseñarle los cuidados, cómo se tiene que levantar, cómo hay que mover, cómo hay que hacerlo... es una función básica. (Inf. 7)

La familia es un apoyo y un pilar fundamental para el usuario de geriatría, entonces la enfermera geriátrica tiene que estar preparada para apoyarles. (Inf. 10)

Hablar con la familia, la familia muchas veces cuando está terminal, muchas veces no saben... no se atreven, les decimos no, no,... haga, aproveche dele la mano, siéntese a su lado, no hace falta que le hable, simplemente que note que está a su lado... a la familia hay que decírselo, porque ellos a veces no se atreven, no saben... (Inf. 12)

Existen numerosas publicaciones que demuestran la eficacia de la educación sanitaria o proponen esta actividad para fomentar cambios en los estilos de vida, prevenir o mejorar situaciones de salud y mantener o recuperar la autonomía^{670,671,672,673}, como proponen los profesionales en sus discursos.

3.4 Los cuidados de la autonomía.

Desde el enfoque y paradigma de bioética, el principio de autonomía se refiere a la capacidad de autogobernarse, de elegir libremente. Obliga al profesional a respetar los valores y opciones de cada persona en las decisiones básicas que le afectan. Hace referencia a la capacidad del mayor a desarrollar su vida, sus proyectos personales y vitales, en función de sus propios intereses y sin depender de terceros para ello. El mayor debe disponer de la información pertinente para elegir y tomar la decisión que mejor le parezca, la necesidad de ayuda o suplencia que en ocasiones requieren, no significa que haya perdido su capacidad de autonomía⁶⁷⁴. Ya en 1999, en la Conferencia de Ministros de Salud de Europa, se valoraba que la autonomía era el factor más importante del bienestar y era esencial para salvaguardar la dignidad, consideraban prioritario que las personas conservasen su autonomía e independencia⁶⁷⁵. El código deontológico de la enfermería española especifica que la atención a la persona mayor enferma y sana, debe facilitar el mantenimiento de su independencia, fomentando el autocuidado para garantizarle un mejoramiento de la calidad de vida⁶⁷⁶.

También se defiende en la ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a la dependencia en el artículo 2, se define la autonomía como “la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria”. Insiste en el artículo 13, al definir los objetivos de las prestaciones del sistema, que éstas deberán orientarse a la consecución de una mejor calidad de vida y autonomía personal, en un marco de efectiva igualdad de oportunidades de acuerdo a facilitar una existencia autónoma en su medio habitual, todo el tiempo que desee y sea posible, así como, proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social, facilitando su incorporación activa en la vida de la comunidad.

Potenciar la autonomía del mayor.

Como vemos es un tema abordado desde el ámbito de la bioética y desde la legislación, los profesionales entrevistados son conscientes del significado que tiene para las enfermeras respetar el derecho a la autonomía del paciente, según deducimos de la narración de sus experiencias y reflexiones. Ellas valoran los aspectos del cuidado que potencian la autonomía y aquellos que permiten satisfacer las propias necesidades básicas, como expresan las siguientes declaraciones:

Pero si tú tienes a una persona que se le olvida de comer, dices: ¡pero si se está poniendo perdido!, pues se lo doy y haces antes ¿no?... pero que estamos cometiendo un error... si tenemos en el armario toda la ropa, verano-otoño-invierno-primavera, entonces él no va a saber que ponerse, si tiene cuatro cosas él va a saber seleccionar... (Inf.2)

Es que lo primero es la persona decirle: hola ¿Qué tal?, quien eres, estar un poco y hacer las cosas, no puedes ir y boooooom, sino ¡te voy a hacer esto!. (Inf.1)

En geriatría es importante la hora del alta domiciliaria, hay que enseñarles a ser autónomos, no solo enseñarle al paciente sino también a la familia, es importantísimo a la hora del alta hospitalaria. (Inf.5)

Tenemos que conseguir el mayor nivel de autonomía posible, por tanto lo importante es todo lo relacionado con la educación... la educación sanitaria a nivel de prevención. (Inf. 6)

La labor de educación es más importante que en otras plantas, son enfermos más dependientes, a la hora de buscar la autonomía... la autonomía en casa, porque al fin y al cabo nosotros queremos que el enfermo se vaya a casa y sea autónomo. (Inf. 5)

Cuidamos integralmente... fomentamos las capacidades que tenga, intentamos que llegue al máximo de potencial de independencia, el mayor tiempo posible. (Inf. 7)

Identificar las capacidades del mayor.

También manifiestan la importancia del valor de identificar las capacidades que el mayor tenía previo al ingreso hospitalario o en una residencia, las profesionales lo presentan como una parte fundamental de la valoración e interpretamos que es imprescindible a la hora de definir los objetivos del cuidado, encaminados a mantener o recuperar las funciones de independencia que tenía antes de ser institucionalizado.

Creo en la capacidad de recuperación de las capacidades que tenían antes... (Inf. 8)

Consideramos al enfermo como un todo, no por parcelitas, valoramos sus capacidades las que tenían antes de ingresar, las que él tiene hay que fomentarlas siempre, eso a veces no es fácil de entender ni por el propio equipo... hay que fomentar y fomentar la independencia. (Inf. 7)

Nuestro objetivo... siempre transmitimos "mantener la autonomía", que cuando llegue una persona con un problema de salud, no salga del hospital con un deterioro funcional o a veces psíquico. Ya sabemos que muchas veces se desorientan y tenemos que estar dando pautas en tiempo y espacio. (Inf. 12)

El cuidado del anciano muchas veces no es ponerlo mejor que como estaba, el objetivo a lo mejor, puede ser, que se mantenga como está, que no se deteriore más. (Inf. 16)

Respetar y hacer respetar la autonomía del mayor.

Nuestros informantes expresan su preocupación por respetar y hacer respetar, la autonomía del mayor en cuanto a su capacidad para opinar y participar en la definición de objetivos que le implican, desarrollar sus potencialidades y tomar sus propias decisiones.

Una persona mayor puede hacer muchas cosas, pintura, taichí, manualidades, nos puede enseñar, nos olvidamos que la diferencia de un niño con una persona mayor es la sabiduría, te da mil vueltas y te da unos razonamientos que dices ¡madre mía!. (Inf.2)

Hay gente que tiene muchas inquietudes, participa en todo y tiene preocupaciones. Tenemos un programa de radio en el que participan y leen las noticias, a su manera... aquí no se les prepara para ser verdaderos actores, se les prepara en que tienen que hacer, participar en distintas actividades, lo importante es participar según sus capacidades, sobre todo las psíquicas... ¡tienen capacidades importantes!... potenciar sus capacidades, tienen muchos recursos y cosas que pueden... es que son muchas cosas. (Inf. 2)

Es un grupo de edad, desde mi punto de vista jojo!, que puede ser muy importante tomarse el adiro todos los días, pero de que nos sirve tener un paciente muy bien controlado a nivel cardiaco si la calidad de vida es pésima. La que puede hacer un poco esto, las actividades, potenciar que se relacionen, que tenga actividades y que ejercite la memoria, es la enfermera. (Inf. 6)

Y luego la dignidad de la persona anciana... no todos los ancianos tienen disminuida su capacidad intelectual. A veces se deciden pruebas, que el médico habla con el hijo y deciden no decírselo casi ni al padre, decide la colonoscopia el hijo perfectamente... a veces se le quita al anciano, el darle esa información... tenemos que ver su capacidad de decisión y respetarla. Eso muchas veces hay una superprotección que es incluso perjudicial para el anciano. (Inf. 12)

Una edad donde todavía se tienen ilusiones, donde todavía se pueden vivir muchas cosas, no donde se mire hacia atrás sino hacia adelante. Porque si yo veo a mis residentes... mirando hacia el futuro siempre... creyendo en ellos, en su potencial en su autonomía... no puedo mirar hacia atrás, tengo que mirar siempre hacia adelante, tengo que ser muy positiva. Mirar el pasado y buscar un futuro me parece que es muy importante. (Inf. 17)

Como se interpreta de la siguiente narrativa, la dificultad para potenciar la autonomía del mayor, estriba en la forma en cómo se afronta la atención del mayor entre los profesionales. Aunque es un tema que está en proceso de cambio.

Mientras no se vea al anciano como una persona con más componente que el sanitario todo va a fracasar, seremos muy capaces de cuidar una úlcera, pero no vamos a ser capaces de entender cuál es el proyecto de vida del anciano, qué y como desea el anciano ser tratado, que el anciano pueda o no establecer, procesos positivos o negativos a la hora de tomar decisiones, creo que ahí estamos perdiendo la partida. (Inf. 9)

A veces enfocamos todo hacia la enfermedad y no lo hacemos hacia un proyecto de vida, ni a respetar la voluntad de la persona, no preguntamos si quiere algo el anciano, hacíamos todo desde nuestros conocimientos profesionales y eso creo que es un error importante. Tiene que haber algo fundamental que es la capacidad de elección del residente, por ejemplo, cuando llegue a viejo y me estén atendiendo, quiero que me dejen levantarme más tarde de las 8h. o que me dejen acostarme a las 11h., independientemente de a qué hora hagan los relevos profesionales, tenga todo el derecho a rechazar un tratamiento, hoy por hoy se ponen sujeciones o tratamientos sin contar con la voluntad del anciano. (Inf. 9)

...está cambiando, los residentes que entraban aquí por ejemplo, tenían que adaptarse a una institución, él tenía que adaptarse a unos horarios... a una manera de trabajar y ahora realmente está cambiando. Es la institución la que se va a adaptar, la que se está adaptando poco a poco a las necesidades, a las costumbres, a la manera de vivir, a lo que le gusta, a lo que necesita cada residente, a lo que le apetece también. Se trata de preguntar al residente, a su familia y a su entorno, cuáles son los gustos, como ha vivido, qué es lo que ha querido, qué es lo que le hace sentir mejor... Ha habido algunos residentes que realmente han cambiado su actitud, han vuelto incluso a hablar, han vuelto a estar estimulados y a sentir esos estímulos positivamente. (Inf. 17)

Se están experimentando nuevas propuestas de modelos de atención, tanto en el ámbito hospitalario como residencial, donde la atención integral a la persona es prioritaria, facilitando desde la organización el modelo que enfermería promocionado desde el paradigma de la transformación. Recordemos que éste paradigma considera a la persona como un todo indivisible que orienta los cuidados según sus prioridades, el cuidado se dirige a la consecución del bienestar de la persona tal y como ella lo define, el entorno es ilimitado y la salud es un valor y una experiencia que cada persona la vive desde una perspectiva diferente que engloba la unidad ser humano-entorno. Se está impulsando la cultura de la escucha al mayor, como el proyecto de “la voz del paciente” del hospital de Guadarrama, donde se hacen “rondas” de escucha, con la finalidad de tener en cuenta a las personas y respetar sus preferencias. También el proyecto piloto “En mi casa” fomentado por la Junta de Castilla y León⁶⁷⁷ pivota sobre el principio de autodeterminación, busca la máxima autonomía de la persona mayor y una atención individualizada, se tiene una visión global de la persona de su historia de vida y de su proyecto de vida.

3.5 La formación.

Desde la formación se consolida un cuerpo de conocimientos propios, herramientas para el ejercicio independiente, favorece el logro y la satisfacción del ejercicio profesional⁶⁷⁸. La autonomía profesional permite fortalecer la identidad profesional y solo será posible con una formación adecuada para el desarrollo del ejercicio profesional. El profesional de enfermería, tiene la obligación de capacitarse para adquirir los conocimientos y habilidades que le permitan discutir o apoyar, procesos relacionados con la práctica de la profesión. Como hemos desarrollado, en el capítulo sobre la especialización de enfermería geriátrica, está reconocida que la atención a los mayores es una especialidad de enfermería que requiere conocimientos y capacidades profesionales específicos. Las siguientes aportaciones ponen de relieve la importancia de la formación específica en el cuidado de los mayores.

Tener conocimientos, un paciente geriátrico tiene síntomas diferentes... tienes que ir buscando más síntomas e ir investigando, él te dice que se encuentra intranquilo, lo único que dice es "me duele todo el cuerpo", entonces seguro que tienen algo... a ver tu vas a sospechar que tienen un estreñimiento, pues nosotros sí lo sospechamos, solemos sospechar y tratar y casi siempre acertamos. Tienen problemas distintos a los adultos, la familia dice es que es muy mayor, el insomnio por ejemplo, pues una persona adulta con insomnio va al médico y se trata, los pacientes geriátricos dicen no, como es mayor duerme poco. (Inf. 8)

Tienes que tener los conocimientos necesarios para atender a un paciente, no es lo mismo un adulto que un anciano... en tantas cosas, que tiene que ser específica del anciano. (Inf.7)

Nosotros cogemos a los enfermos más mayores, los pluripatológicos, la edad media es de 85-88 años, son los que más problemas tienen, cuando llega gente nueva, cuando llegan los alumnos les hacemos ver lo importante que es estar preparado para poder prevenir muchos problemas, incluso de la propia hospitalización. Creemos que también el trabajo con el anciano sano es importantísimo... con el anciano frágil... (Inf. 12)

Nuestro cuerpo de conocimientos se ha ido construyendo, antes ibas picoteando de otras especialidades o de otras disciplinas y luego lo hacías tuyo, ahora creo que estamos en condiciones de decir... bueno tenemos una ciencia... tenemos una especialidad. (Inf. 15)

La enfermería geriátrica surge, yo diría de la necesidad que demanda la sociedad en la que vivimos, en que hay un envejecimiento poblacional ya importante, a partir de finales de los años 70... Que no fuimos las enfermeras que empezamos en esto, los ancianos necesitaban para cuidarlos mejor y para atenderlos correctamente hasta el final de su vida, unos conocimientos específicos, los da una ciencia que era relativamente joven, la geriatría. La gerontología es una asignatura más antigua por eso es más multidisciplinar. (Inf. 16)

Lo que es la especialidad, pienso que es algo necesario, que es algo muy importante... creo sinceramente que hemos de estar especializadas... la enfermería geriátrica es muy diferente a las demás, el trabajo en geriatría creo que hay que especializarlo. (Inf. 17)

La especialidad de enfermería geriátrica me sugiere la existencia de un personal cualificado y preparado para la atención de un tipo particular de paciente, con características específicas y especiales, como es el paciente geriátrico... solo con profesionales cualificados es posible garantizar al anciano una asistencia integral y de calidad, como única forma de ganar "vida a los años y no años a la vida. (Inf. 18)

A pesar de ser una ciencia considerada joven, esta informante nos recuerda que los filósofos de la antigua Grecia se plantearon el concepto de vejez y cómo el proceso de envejecimiento influía en el individuo y la sociedad. La geriatría como la conocemos hoy en día comenzó con un enfoque muy médico, centrado en la enfermedad.

Porque ya los filósofos de la antigua Grecia se planteaban cual era el papel de los ancianos en las sociedades, que tenían las discusiones... Platón y Aristóteles sobre el papel de los ancianos, en la política, en la vida del día a día de Grecia, los primeros principios médicos que hacen Hipócrates, De Senectute que escribió Ciceron, que empieza a plantear una serie de cosas, esto lo enmarcaríamos más desde la gerontología, porque fueron filósofos quienes empezaron con el concepto de medicina, ni en Grecia ni en Roma era lo que tenemos ahora, y en cambio cuando nace la Geriatría en el siglo XX tiene esta connotación médica de enfermedad, de tratamiento de los problemas de las afecciones que padecen los mayores y no quieren separar, porque ven que este grupo es mayor, que los cambios de las personas no son lo mismo a los 70 que a los 50 o los 40 años, hay una serie de personas que empiezan la geriatría, pero yo veo esta connotación del ámbito muy médico, desde esta concepción muy médica" (Inf.16)

Formación de grado.

Fue a partir del Plan de Estudios de Enfermería del año 1977, como ya hemos desarrollado anteriormente, cuando se comenzó a impartir la asignatura de Enfermería Geriátrica en las escuelas de enfermería. Los siguientes testimonios nos recuerdan el proceso de incorporación de la asignatura a los planes de estudios de enfermería, un logro que no todas las disciplinas lo consiguieron.

Hay una transformación de los estudios de enfermería, de España, es decir pasamos de ATS a la Universidad y nos fijamos ya las directrices que nos manda Europa que había directrices de planes de estudio de enfermería en Europa, se plantea ya la posibilidad de que las enfermeras sepamos de geriatría y empezamos a hablar de esta enfermería geriátrica, o sea, cuando se aprueban los primeros planes de estudios de DUE (Diplomado Universitario de Enfermería) ya hay escuelas de enfermería que ponen en sus planes de estudios, la enfermería geriátrica como una asignatura a estudiar, en unos casos es una asignatura obligatoria como es el caso de la escuela de la que yo vengo... en otros la dejan como una asignatura optativa entre enfermería geriátrica y enfermería psiquiátrica en casi todos y el alumno puede escoger una cosa u otra, son los primeros pasos, evidentemente no tenemos casi enfermeras formadas en este ámbito, sí que hay enfermeras que trabajan en equipos de geriatría, como por ej. el Hospital de Cruz Roja de Madrid que tenía una unidad

geriátrica, entonces sí que había enfermeras asistenciales que estaban trabajando ya desde esta perspectiva de atención a la persona mayor, diferenciada de otro grupo de edad. Las enfermeras asistenciales yo creo que ayudaron muchísimo a poner las bases también de lo que es la enfermería geriátrica, a mi me gusta más llamarla gerontológica... como una ciencia mucho más multidisciplinar, no solo encaminada a este proceso salud-enfermedad que es lo que marcan los médicos y no tanto salud-enfermedad, que aunque en el discurso está esto, luego vemos que en realidad nada más se trabaja la enfermedad... en el 90 se dice que sí ya es obligatoria, esta reforma del plan de estudios viene como consecuencia de la LRU (Ley de Reforma Universitaria), que insta a una serie de cosas y en enfermería justamente nos pone... desde el 78 hasta el 90 hay esta fase en que muchas escuelas sí tienen enfermería geriátrica y otras la siguen manteniendo en esta doble posibilidad... pero en todas hay para escoger. Es en el plan de estudios del 90 que ya se incorpora como asignatura y con la reforma y con las posteriores reformas siempre se ha mantenido y ahora con la entrada con el EEES pues se ha vuelto a mantener (Inf. 16)

Cuando hace 30 años se incorporó y yo siempre agradezco a los visionarios que la incorporaron como materia obligatoria, bueno como materia troncal, porque los primeros años... Yo creo que el que un alumno, que es como la plastilina en el arte de cuidar, alguien le aproxime lo que hay de distinto cuando ante ti tienes un adulto, tienes a un niño, tienes a una persona mayor, creo que es lo mejor que hemos podido hacer... mira curiosamente lo comparas con otras disciplinas y no lo han conseguido. La enfermería fue muy visionaria en ese aspecto... muy visionaria porque veían el volumen de personas que hace 30 años los demógrafos anunciaban, ni siquiera era esta "cosecha de viejos que tenemos hoy", que obliga a tener más profesionales formados específicamente y eso se hizo yo creo que muy bien (Inf. 15)

El inicio de la socialización de la Enfermería Geriátrica, se produce en la formación de grado (o diplomatura), como subrayan los profesionales en sus reflexiones. Las vivencias de los informantes describen, asombro, sorpresa, descubrimiento, un cambio de perspectiva e identifican la importancia de incluir esta materia específica del cuidado de los mayores, en la formación básica de los profesionales de enfermería. El contacto con la asignatura ayuda a descubrir un mundo hasta ese momento desconocido y cargado de conceptos negativos. Incorporan a través de las diversas vivencias personales, del contexto familiar, universitario e institucional donde realizan las prácticas de formación académica, componentes básicos de las características del cuidado de enfermería a los mayores, valores como: visión integral del mayor, trabajo en equipo de los profesionales, conocimientos científicos, habilidades técnicas y especialmente de relaciones interpersonales, propias de los expertos en el cuidado geriátrico, ayudándoles a construir su identidad profesional, de forma similar a como lo describen otros trabajos⁶⁷⁹.

Yo creo que la aproximación que haces a las personas mayores de entrada ya, aunque en el grado das pinceladas pero esas pinceladas te sirven y además hacen que aflore el sentimiento de querer profundizar... ((Inf. 15)

Es básica, al menos la experiencia que yo tengo desde el año 84, que empecé a dedicarme a esto y en el 86 que ya saqué la plaza de titular de enfermería geriátrica. Porque como yo digo y les explico a mis estudiantes, mira el único objetivo

que tengo yo para la asignatura es que cuando vosotros la terminéis tengáis otra concepción de la vejez que la que tenéis ahora que empezáis y esto en la mayoría de los casos se da. El poso que la asignatura les ha dejado y por descontado, cuando termina la asignatura el concepto de la vejez es otro, incluso ellos te lo expresan en cómo ven a sus abuelos, a sus abuelas, como entienden muchas de las situaciones que se dan en casa con el abuelo, abuela que no está tan bien, cómo reacciona la madre o el padre o los tíos, entienden mucho mejor todo este proceso. Es un descubrimiento, les sorprende el contenido, sí les sorprende, porque de entrada creen que la vejez es sinónimo de deterioro de enfermedad... y eso no es verdad y eso es lo primero que yo les cuento, lo primero que les digo, es que tenéis que aprender es que envejecer es vivir o que envejeces o te has muerto. (Inf. 16)

Me parece muy importante, porque la geriatría realmente... es que para mí era muy desconocida... es tan importante o más que cualquier otra asignatura de la carrera de enfermería, por supuesto. (Inf. 17)

Para conseguir una asistencia adecuada a los ancianos, sería conveniente proporcionar a los profesionales, conocimientos básicos en geriatría durante su formación. En enfermería ya se produce, pero en medicina no y sería esencial incluir la geriatría como asignatura obligatoria en los estudios de licenciatura. Mas si tienes en cuenta que la población anciana es el principal cliente de la sanidad y que con el envejecimiento de la población esto se va a ver incrementado. (Inf. 18)

Las experiencias y reflexiones sobre la aportación de la asignatura relacionada con el envejecimiento de la persona, están muy centradas en el cambio del concepto que supone su abordaje y la describen como un descubrimiento. En las narraciones afirman que les ayudó a identificar la especificidad del cuidado de este grupo de población e incluso alguno de los testimonios nos cuenta que le influyó en la decisión de su futuro profesional.

Yo creo que al principio... para iniciarte, ya sabes, luego cada uno, pero para iniciarte... si no estudias, harías una enfermería general, sabes, son temas más concretos, no es lo mismo una enfermedad en un anciano que en un joven, entonces si te van derivando por ahí, aprendes más, sobre todo para iniciarte. (Inf.1)

Yo a mí me parece súper importante... creo que si influye desde los estudios y desde el contacto, cuando hice las prácticas estaba feliz... en otros servicios yo no me sentía útil como enfermera, cuando me tocó geriatría estaba feliz, cuidando en todos los aspectos: curando, paseando, dando de comer, estar con la persona. (Inf.3)

Cuando yo me formé como alumno, me acuerdo que cuando empezamos éramos el primer/segundo año que se daba, nosotros como alumnos mirábamos todo, la enfermería geriátrica ni te lo planteabas, pensabas que era un enfermo normal y corriente, entonces te das cuenta que no, que son diferentes, por la edad no es lo mismo un enfermo agudo que uno crónico como son ellos, nunca te habías parado a pensar que la población mayor de 65 años era diferente a la hora de dar los cuidados, tienen otras connotaciones... con el tiempo es más dependiente, crónico... yo me di cuenta... fíjate en la escuela de enfermería... y fíjate si ya hace años, nos la dieron en tercero... Para darle importancia la clave es en los estudios de enfermería, si en la carrera ves que es importante se la das, a lo mejor con la experiencia te das

cuenta de su importancia pero si en la formación le dan el peso que tiene que tener... (Inf. 5)

Creo que te sirve para identificar, para saber que hay temas importantísimos como todo el tema de la iatrogenia, que aunque lo trates en otros puntos no tiene la importancia que puede tener en los viejos, la adherencia terapéutica... todos los problemas, es un compendio de todo, de prevención, de curación, de rehabilitación, creo también, esto es opinión muy mía... enseña a abordar un poco el tema de la muerte. Creo que sí ayuda a identificar que es algo específico, cuidados específicos, es importante, ayuda a reconocer un poco. (Inf. 6)

Creo que es básico el conocer las cosas para poder hablar de ellas o decidir si te interesa esa especialidad o no. Las prácticas pues el que vean, el ver toda la teoría plasmada en la práctica, pero además... para que cambien de chip... de lo que puede ser la geriatría vista, como está vista por la sociedad y en general por todo el mundo. (Inf. 8)

Creo que es el punto de inicio y siempre hay que tener un inicio, si no te hablan de geriatría cuando te estás formando... por lo menos que te vaya sonando algo, que te vaya metiendo en la cabeza que los mayores están ahí, que es una población que cada día aumenta más y tenemos que dar una atención sociosanitaria, atención integral a ese grupo... (Inf. 14)

Curiosamente llegué a la geriatría a través de la enfermería. Mi pasión siempre fue la cirugía y por eso hice medicina, cuando roté en el servicio de geriatría haciendo prácticas de enfermería me encantó. El abordaje integral del paciente, las sesiones interdisciplinarias y fundamentalmente el trabajo en equipo, despertó en mí una nueva ilusión y cuando aprobé el MIR no dudé en elegir geriatría. Fue un descubrimiento porque hasta ese momento yo desconocía la existencia de la geriatría. (Inf. 18)

Además de su experiencia personal, narran la que les transmiten u observan de los estudiantes de enfermería que hacen las prácticas relacionadas con la asignatura de enfermería geriátrica en sus centros, de nuevo transmiten la idea de ser una especialidad que sorprende por el desconocimiento previo que tienen los estudiantes, reflejo de la sociedad en la que viven. Descubren un espacio donde poner en práctica los conocimientos adquiridos sobre el cuidado integral de la persona.

Yo creo que de hecho cuando van a lo nuestro se sorprenden ¡ahí va!, pero si recita, pero si... actúa, hacen de actores, si hacen tantas cosas, si yo pensaba que siempre estaban sentados. (Inf.2)

Hay alumnos que te dicen "yo no me imaginaba que en esta materia se podía..." al principio no piensan que puede derivarte a tantas cosas y aprender tantas cosas, hay gente que realmente está asombrada para bien, dicen: he aprendido cosas que jamás pensé que en geriatría yo podría aprender, pero aprender en todos los aspectos... les encanta la atención integral que les das...(Inf.1)

Los alumnos de cuando vienen a cuando se van cambian mucho... muchos se van con pena, no solo porque la enfermera está todo el tiempo con ellos y les deja

hacer, sino por el concepto que se llevan de lo que es una residencia de ancianos y el papel que desempeña una enfermera... dicen "es que es una pasada" es que lo hacéis todo, les sorprende el papel de la enfermera... valoran la enfermería como muy independiente. (Inf. 3)

Cuando se van son distintas, el roce y el trato de ese tiempo hace cambiar, no se aprecia hasta que punto, pero cambio sí hay... veo importante e interesante que vengan, que estén in situ, que vean el problema, que traten directamente con las personas mayores, que se relacionen con ellas... es distinto el estar en un hospital, ellas lo comentan, que el estar en un centro geriátrico como puede ser este, totalmente distinto... (Inf. 4)

Creo que cuando vienen sí tienen idea, van con teoría, luego enfrentarte con la realidad siempre impacta, siempre impacta un poco y de hecho yo creo que se les nota un poco... con 18 años cuando empiezan creo que el impacto es mayor, por el deterioro físico y hoy por el deterioro mental. (Inf. 10)

Mejora la percepción... en las prácticas descubren otra perspectiva, cosas importantes que en el anciano parece que son secundarias, creo que es importante que vengan y vean que hay otros factores que son desencadenantes... entonces empiezan a ver como la alimentación, como la familia, como el hecho de venir a una residencia, etc. puede influir de forma positiva o negativa en el desarrollo de esa persona. (Inf. 9)

No todos los alumnos pasan por prácticas de geriatría, pasan los que quieren ir voluntariamente o cuando no hay plazas en otras especialidades, como no hay más van a la geriatría... lo que primero se llena por descontento es hospital, UCI Y URG, yo digo la trinchera, la espectacularidad de lo que los alumnos se encuentran y esto les gusta, luego se llenan muy rápidamente la maternal, yo digo por eso de traer vida al mundo, la pediátrica y lo que menos se llena siempre es la enfermería psiquiátrica y la enfermería geriátrica, todo y con eso, hay algunos alumnos que piden la geriatría... Cuando les pedimos un informe de lo que ha representado para ellos sus prácticas, dicho de muchas maneras, te vienen a decir, que donde han visto que pueden hacer mejor el papel de la enfermera, que la escuela les ha enseñado, es decir, que pueden valorar las necesidades básicas, que pueden hacer un buen proceso de atención de enfermería, que se pueden plantear objetivos a medio plazo y a largo plazo, que ellos tienen capacidad de decisión sin que otro profesional les tenga que decir., es en las prácticas de geriatría y por tanto que la idea básica de la enfermería, este cuidado integral, este cuidado holístico, esta capacidad de decisión que yo tengo como enfermera sin ayuda del otro profesional, donde la veo es cuando trabajo en las residencias... cuando ellos ven que deciden absolutamente y que por tanto la filosofía base de lo que es el estudio de enfermería es cuando van al ámbito geriátrico... (Inf. 16)

Cuando vienen aquí creo que para ellos es un descubrimiento, positivo o negativo... no saben cómo es, cómo se puede tratar... aquí es un trabajo como mucho más humano... los residentes aquí están muchos años y te cuentan, tienen muchas ganas de hablarte y enseñada... le abren sus experiencias, sus tristezas o sus alegrías... para ellos yo creo que es muy negativo o muy positivo, te gusta o no pero es muy distinto de lo que han hecho hasta entonces... por esa empatía que se necesita, esa cosa diferente, esa aproximación a la persona... sí así es. (Inf. 17)

La siguiente narración nos ofrece otra visión diferente, considera que la realización de prácticas clínicas de los estudiantes es una oportunidad para mejorar los conocimientos científicos de las enfermeras asistenciales. Nos recuerda la motivación que supone para las enfermeras, que tutelan a los estudiantes durante las prácticas clínicas, el estar actualizadas, el conocer los aspectos que los alumnos han estudiado en la teoría y así sentirse más seguras cuando les orientan y facilitan la aplicación-integración de la teoría en la práctica.

Cuando empezaron los estudiantes a llegar a los centros sanitarios, todos los profesionales lo que hicieron fue de repente se dedicaron a leer más, a preguntar más, demandaban cursos de formación para ver todo lo que desde los centros universitarios demandábamos a los profesionales, entonces el orgullo profesional hace que estés un poco más al día... yo creo que ese prurito profesional, ese orgullo profesional... contribuye a la motivación. (Inf. 11)

Tras el análisis de los testimonios referidos a la formación básica podemos concluir que fue un gran logro el incorporar la asignatura de enfermería geriátrica en el proyecto curricular de las enfermeras y enfermeros. Sobre este tema destaca la sensibilidad que en 1977 demostró la enfermería española hacia esta materia, fue de las primeras disciplinas sanitarias que la incorporaron en el plan de estudios. Todas las narrativas recurren continuamente al término “descubrimiento” como mayor aportación de la materia al futuro profesional y también la consideran elemento motivador de formación continuada de los profesionales que tutelan las prácticas clínicas.

Formación Especialista.

La especialización en el ámbito de la gerontología-geriátrica aportará beneficios, como hemos analizado en el capítulo sobre la especialidad, para la profesión, al capacitarle para actuar con mayor rigor, evidencia, autonomía, desarrollo de pericia, para el ciudadano que recibirá unos cuidados de mayor calidad, en un medio de mayor seguridad, clínica y para el sistema de salud o social donde se desarrollarán los cuidados, al favorecer una importante optimización de los recursos y medios disponibles.

Antes de pasar a analizar la importancia que los profesionales le otorgan a la especialidad, vamos a recordar el proceso histórico de su aprobación, a través del testimonio íntegro de una participante de excepción, por su colaboración activa en todo el proceso. Especifica los motivos que influyeron en el reconocimiento de la especialidad, destacando la oportuna creación de la Sociedad Científica (SEEGG), como órgano de representación de las enfermeras geriátricas, frenando así, el que otras disciplinas fueran las que nos representaran entonces. Nos narra la lentitud del proceso, la falta de interés “político”, del Gobierno y cómo la falta de un análisis riguroso, previo a su aprobación, ha derivado en una situación que a fecha de

hoy sigue sin resolver y es la definición de los puestos de trabajo destinados a los profesionales especialistas, como veremos más adelante.

Estaban una serie de especialidades que existían de ATS, que el propio decreto de DUE de alguna manera derogaba estas especialidades y estuvimos un tiempo sin tener ninguna especialidad... Empieza hablar Europa de que tiene que haber formación, no especialista pero si especializada en diferentes áreas y también pone la enfermería geriátrica y luego aquí cuando pasan muchos años, porque desde el 78 hasta que sale el Decreto de especialidades es el año 87. En las primeras especialidades ya se regula la Enfermería Geriátrica, primero porque han pasado unos años, lo del aumento de la población anciana cada vez se va constatando más y hay más personas médicos, enfermeras, empiezan a hablar los psicólogos, los demógrafos de la importancia de cuidar a los ancianos, de lo que nos espera y porqué en Europa se está trabajando paralelamente, no especialistas pero si especialización en áreas concretas y entre ellas la enfermería geriátrica.

Sale el Decreto del 87, se crea la Comisión que trabaja, empezamos a trabajar en el 89, yo ya formo parte de esta Comisión junto con... de los de aquella época los dos que quedamos hasta ahora somos Javier Soldevilla y yo. A todo esto ya se crea la Sociedad porque como va a salir la especialidad y dentro de las comisiones de la especialidad, tiene que haber representación de las sociedades científicas y nosotros no queríamos que las sociedades científicas a la hora de diseñar los programas de formación de las enfermeras de especialistas en geriatría, fueran nuestros colegas los médicos. Porque ellos sabrán mucho de geriatría, pero poco de enfermería, por eso se crea la sociedad y ya cuando, que también es en el año 87, cuando ya en el 89 nosotros podemos ir a la Comisión como la única sociedad que representa a las sociedades geriátricas, este es un trabajo que se hace, se diseña un programa pero este programa duerme en el sueño de los justos, en un cajón del Ministerio hasta el 2005-06, yo para las fechas soy muy mala, en el que hay un Decreto que modifica el Decreto del 87 y que nos ha llevado hasta ahora.

En aquel momento ya se discutió en el 87, en el 2005 también que aunque la idea de la especialidad era muy buena, el hecho de sacarla como se saca era un disparate y yo era de las que defendía y sigo defendiendo que ha sido un disparate sacarla así. Porque hacer especialistas para no saber donde los quiero, esto es un error, como siempre y en España ha pasado más de una vez, hemos empezado a construir en lugar de la casa por los cimientos, lo hemos empezado a construir por el tejado. Yo siempre he defendido, que lo primero que teníamos que haber hecho, era definir donde necesitamos nosotros enfermeras especialistas y a partir de saber donde las necesitamos, decidir cuantas especialistas en Enfermería Geriátrica deberíamos formar, porque si no hacemos los disparates de AVE por todos los lados, aeropuertos por todos los lados. Además, tanto el Decreto del 87 como 2005 salen con una vía extraordinaria en la que pueden salir de repente 9000 especialistas en Enfermería Geriátrica. Entonces, si yo tengo 9000-7000-10000-11000, me da igual, pero yo no sé para que los quiero, ni para donde los quiero y además paralelamente a estos 9000, que tengo sigo formando por la vía EIR, 15-20-30 los que sea cada año, a mí que me perdonen, esto es un disparate.

Sí, bueno en el 87 había poco interés, yo creo que los políticos a veces sacan decretos por cubrirse las espaldas y según que colectivo se callen, eso es así de duro y puro, no creo que hubiera mucho entusiasmo por la especialidad y la prueba es que se quedó durmiendo en un cajón el trabajo, que esto vale dinero jeh!. El trabajo de

las comisiones aquí nos gastamos dinero, así monto una comisión de 10 personas, que las reúno, que les tengo que pagar los viajes, que les tengo que dar dietas, hacen un trabajo, para que luego este trabajo esté allí en un cajón y ni se lo miren. (¿Por qué se quedó en el cajón?). Supongo que por una decisión política, porque incluso la especialidad de matrona, que te repito tenía normativa europea, con definición perfecta de puestos de trabajo en España, no la ponen en marcha hasta que hay una sanción por parte de Europa y estaba hecha, porque empezamos a trabajar las Comisiones lo mismo y no creo que fuera hasta el 91-92, no me hagas caso en los años, pero se pone en marcha Matronas porque España recibe una sanción de la Unión Europea (UE), porque no cumple, porque a todo esto ya hemos entrado en la UE, somos miembros natos, pero España se pasa por el forro las directrices que manda la UE y en el caso de las matronas, se ve clarísimo... a todo eso no se va formando ningún especialista.

Estamos hablando que se terminaron de formar en el 79-80 y estamos ya en el 89-90-91, 10 años sin formarse, las demás especialidades no se formaban, pero como no tenían definido los puestos de trabajo y claro como tú eres polivalente, igual para un barrido que para un fregado, da lo mismo, pero el caso de las matronas que por normativa europea, nada más pueden ejercer como matrona la que tiene la especialidad de matrona, ¿Qué pasa? que nos estamos quedando sin matronas y además el Gobierno Español no cumplía con las directrices, sanción y entonces de aquellos cajones que se terminó en el 90 o así, en el 93-94 de aquel cajón que metieron todo el trabajo de aquellas comisiones, rescatan la Matrona y 4-5 años posteriori, no te sé explicar porqué rescatan otro programa que es el de Salud Mental.

¿Y la geriátrica?, no se vuelve a sacar de aquel cajón. ¿Tuvisteis nuevas reuniones? Si hubo reuniones en el Ministerio pero a propuesta del Consejo General para volver a revisar los planes, pero no había ningún Decreto, seguía siendo vigente el Decreto del 87. Entonces sí que es verdad que se hicieron trabajos, el Consejo General propuso Comisiones para trabajar, pero según el decreto del 87 y estamos hablando ya del año 97-98-99, ya no lo sé ni me acuerdo, que se vuelven a reunir pero sin modificar el decreto del 87, porque quien modifica es el Decreto del 2005.

¿En 2005 una vez aprobado el nuevo Real Decreto se empieza de nuevo? Si se empieza y se vuelven a incumplir lo que dicen los Reales Decretos, el RD dice que en el plazo de 2 años tienen que estar las Comisiones convocadas y salidos los primeros, los primeros especialistas, la Comisión no se monta enseguida, no se llega a montar hasta el 2008, ya de entrada, ya nada más que para convocar la Comisión se van a hacer puñetas todos los plazos y los primeros especialistas, pues no salen hasta el 2013. Sí se empiezan a incorporar en el 2010 y además hay una especialidad que sale en el catálogo que todavía ni se ha aprobado, que es la de Enfermería Médico-Quirúrgica, por tanto ya ves la validez que tienen los decretos.

Bueno de estas especialidades que salen, pues salud mental ya estaba y matrona ya estaba, tienen que reformar los planes de estudios en función del nuevo decreto, porque a pesar del número de especialista lo tienen que adaptar a lo que dice el nuevo Decreto y vamos a trabajar las comisiones, vuelven a convocar las Comisiones y las otras especialidades E. Comunitaria, E. Infantil, E. Geriátrica y E.M.Q... Tenemos la suerte que sí, que el trabajo de las Comisiones sirve, sí que sirve el planteamiento de formación que hemos hecho, con todos sus más y sus menos como en todo esto. Sirve hasta el punto de que salen y se empiezan a aprobar

Unidades Docentes y empiezan a convocarse plazas, en unos casos más, en otros muy pequeño, como es el caso de nosotros que tenemos muy pocas plazas convocadas, al ponerse esto en marcha también se tiene que poner en marcha, la otra parte del Decreto que dice que en cuanto haya los primeros especialistas, se tiene que hacer la prueba de la competencia, para que los que pueden tener el título de especialista por vía extraordinaria, puedan ir a hacer la prueba de la competencia, pero tampoco se cumplen los plazos, pero bueno al menos se abre la puerta de esto, en cambio hay otra especialidad que está en el mismo Decreto que estamos todas las demás, que está el plan de estudios que sigue durmiendo y sigue meneándose en el sueño de los ángeles o en los cajones o en las gargantas profundas, llámalo como quieras, del Ministerio” (Inf. 16)

Los informantes analizan la importancia y necesidad del desarrollo de la especialidad para proporcionar unos cuidados óptimos y responder de forma adecuada a las necesidades de los mayores, así lo expresan:

Es importante, mucho más de lo que la gente se cree e incluso de lo que nosotras nos creemos, tenemos que conseguirlo... valorarla, es una atención ¡tan importante!, pero para todo, para la persona que va a vivirla, para los que tiene alrededor, para la sociedad, ¡es tan importante que la gente mayor esté bien cuidada!. (Inf.1)

La especialidad sugiere una visión más amplia del concepto de anciano y la enfermería. Una serie de conocimientos más detallados, más amplios que hace que cambie el papel que el anciano tiene como paciente... como usuario de la sanidad, conocimientos más específicos, que permiten abordar al anciano de otra forma más completa. (Inf. 9)

Es una gran desconocida y tiene mucho tema la especialidad de enfermería geriátrica, tiene mucho tema... el gran desconocido, además de las patologías de los mayores... fomentar el cuidador principal, las relaciones con las familias, que allí (se refiere a la residencia) también es un tema social candente y conlleva muchos dolores de cabeza, de manera que si tienes tres hijos cada uno opina una cosa, además, normalmente el mayor-residente, se va a dejar llevar, tener de referencia la cara del que ha sido el líder de los tres, el que ha sido el cabecilla.... Luego además de tener los problemas, además de la familia también sería importante potenciar al cuidador principal, luego un poco potenciar sus capacidades, tienen muchos recursos y cosas... es que son muchas cosas, es un tema tan amplio que es necesario la especialidad. (Inf.2)

No puede ser solo buena voluntad, tú tienes que informar a la familia, tienes que orientarles, a los residentes no les sirve que les digas cualquier cosa, ellos tienen que ver que estás segura de lo que les estás contando,(repite pensativa) lo que les estás contando, si una familia no le das un razonamiento con lógica, mira tu padre está mal por esto, por esto y por esto... la familia se queda más tranquila que con la información a medias, para eso se requiere conocimientos. (Inf.3)

Puedes ayudar a mejorar la calidad de vida, para eso, las enfermeras especialistas, creo que lo pueden hacer mucho mejor. (Inf. 10)

Pienso que la experiencia laboral también te ofrece, una experiencia en este campo, pero no debemos olvidar nunca la formación teórica que también es importante, eso no se adquiere con la experiencia laboral, eso se adquiere formándose y teniendo interés por la geriatría. (Inf.14)

Eficiencia, es la palabra clave, así se justificaba por qué el cuerpo médico era especialista o más bien superespecialista, por mayor eficiencia, en la formación de un generalista me da lo mismo en cualquier disciplina no puedes llegar a conocer, a saber, a manejar todos los matices que tiene una especialidad y nuestra especialidad es compleja, la atención a nuestros mayores es compleja. Necesitamos especialistas para cubrir, todos los espacios de conocimiento y por tanto todas las potencialidades que va a tener este profesional especialista... Vamos a ser más eficientes cuando hagamos la factura final, cuando en un equipo trabaje un especialista... sobre el papel me parece que sí. Vas a rentabilizar más... por ejemplo, las altas las va a focalizar y no tendremos lo que estamos evidenciando ahora mismo reingresos al día siguiente de salir, que a mí me parecen perniciosos, que a mí me parecen mala praxis, pero mejoran muchísimo las estadísticas de los centros. (Inf. 15)

Los gestores valoran de forma muy positiva el que haya profesionales cualificados en el cuidado de los mayores, especialmente inciden en la mejora en la calidad de los cuidados ofertados y en la optimización del uso de los recursos disponibles. Esta argumentación contrasta con la falta de previsión para el reconocimiento de la especialidad, en cuanto a puestos de trabajos o requisitos previstos para que en las unidades o centros geriátricos se valore como mérito el ser especialista, como veremos más adelante.

Es necesario tener gente preparada, cuanto más preparada esté más fácil nos va a hacer el funcionamiento... ya de por sí es importante enfermería, si está especializada todavía más, tener formación y experiencia con estas personas nos hace que el funcionamiento sea vital... esos conocimientos le vendrán muy bien para atajar los problemas” (Inf. 4)

Un especializado lo que va a aportar son conocimientos más concretos sobre la especialidad, sobre geriatría... se supone que son conocimientos más específicos... son profesionales que prestan atención y cuidados de enfermería a población anciana y son enfermeras especialistas, que se han formado para gestionar, enseñar, liderar, para investigar, cuidar y formar a los enfermos y cuidadores principales” (Inf. 5)

Las especialidades han sido un avance importantísimo y algo necesario desde mi punto de vista. Yo creo que hay aspectos que no quedaban cubiertos con las competencias que se adquieren durante los estudios de diplomado... el envejecimiento de la población, los ancianos cada vez es un grupo de edad, para mi gusto muy cambiante... necesitas adquirir una serie de conocimientos y habilidades para tratar a este grupo de pacientes a todos los niveles, a nivel de educación sanitaria, la esperanza de vida es cada vez mayor, cada vez necesitan de más cuidados, no solamente a nivel de ellos sino también de cuidadores. (Inf. 6)

Una persona especializada en cuidar este tipo de pacientes, que desde el primer día tiene una formación, desde el primer día es capaz de resolver problemas y

desde el primer día es capaz de tratar este tipo de pacientes, porque ha adquirido una serie de competencias que una enfermera que acaba ahora carecería de ellas... no solamente es rentable en que evitarías formación, pero además los pacientes están mejor cuidados, evitas pruebas innecesarias... optimizas recursos con una enfermera especializada... acortaría las estancias hospitalarias, poco a poco va a ir planificando el alta desde el primer momento. (Inf. 6)

En estos momentos de crisis la formación especialista vía EIR, hay quien la valora como una opción de actividad profesional remunerada. Es lo que se percibe de los comentarios de los recién egresados, si bien no lo hemos podido contrastar a través de publicaciones científicas.

...la especialidad tiene una justificación profesionalizante, aparte de eso, tiene una justificación, de lo cual me alegro mucho, que son puestos de trabajo durante dos años para los enfermeros y una serie de puntos para las bolsas de trabajo y que te permite, te da acceso académico superior... (Inf. 11)

Prueba de la competencia profesional

El acceso excepcional a especialista en enfermería geriátrica por medio de la prueba objetiva de la competencia, trata de constatar que los aspirantes disponen de conocimientos, habilidades y actitudes necesarios para el adecuado ejercicio de la especialidad de enfermería geriátrica. El número de admitidos a realizar la prueba objetiva de evaluación de la competencia, para el acceso al título de especialista en enfermería geriátrica, es de aproximadamente 9.000 enfermeras, según el testimonio de nuestros informantes. Los profesionales valoran de forma positiva esta oportunidad de reconocimiento de especialización e incluso hay profesionales que lo viven como un reto y una oportunidad de mejorar sus conocimientos. Sin embargo, también declaran que ya se sienten especialistas por el bagaje que les da la experiencia, independientemente de si superan esta prueba o no.

Ahora mismo yo me siento especialista a través de la experiencia, la experiencia te da muchas tablas, te sientes bien... te ves que entiendes, te ves que dices a la gente cosas que le sirven para algo, te sientes así... (Inf. 10)

... por otro lado no la tendré (se refiere al reconocimiento de especialista), pero sé que personalmente me lo he ganado, de geriatría me queda mucho por aprender, cada día coges un libro, lees, puedes mejorar pero todos estos años, hemos cambiado del principio ahora ves un mayor y ya sabes que tiene o no, qué hacer. (Inf. 3)

Te obliga a estudiar, porque vas a tener un examen, en definitiva da igual lo que importa es el fin y el fin es que el conocimiento va... a mí me han dicho enfermeras ¡lo que estamos aprendiendo! Me estoy acordando... me dijo, ¿tú sabes lo que estoy aprendiendo de enfermería geriátrica? yo se que sabía cosas, pero tú sabes la de cosas que estoy viendo al hacer los test y demás. (Inf. 11)

Tener el reconocimiento... es un reto en el sentido de que hay que estudiar, mayor formación mayores conocimientos... mejoras tu día a día la asistencia a los pacientes, en todos los niveles y te sientes mucho mejor, es un reto... tengo muchas ganas... un poco reto. (Inf.10)

En relación a la prueba de la competencia, creo que es bueno para la Enfermería Geriátrica que exista un reconocimiento, llevan tantos años atendiendo a estas personas, lo veo positivo que se reconozca y que exista una figura. Que socialmente se cree esa figura y se reconozca, eso va a mejorar mucho la calidad de los cuidados que podamos prestar. (Inf. 14)

El esfuerzo que han hecho en su práctica, se merece ese reconocimiento y yo también lo creo. Implícitamente y más en un momento de crisis ese reconocimiento les va a aportar, no tanto que les reconozcan más, como que no les reconozcan o que alguien les pudiera desplazar, si mañana, si alguno de los puestos que tiene más o menos afianzados, dicen a ver si esto lo van a permutar y no soy especialista. (Inf.15)

(Se lo piensa..)... significa reconocer lo que yo llevo, por ejemplo 17 años haciendo, reconocer de alguna manera... pues es un trabajo realmente distinto a otros trabajos de enfermería... (Inf. 17)

Una dificultad manifestada en el reconocimiento de la especialidad por la vía excepcional, es la situación que se va a generar de convivencia de dos categorías de especialistas, las que lo obtienen por la vía EIR (Interno Residente con formación específica durante dos años) y los que la puedan conseguir a través de la prueba de la competencia.

“Dos conceptos de especialistas... imagínate un enfermero especialista ahora, los que están formándose en las poquitas unidades que hay... y mañana si tenemos el reconocimiento de 40 personas de esta residencia que llevan más de 5 años de experiencia y que tienen la fortuna y se han preparado y pasan un examen... pero se van a transformar de la noche a la mañana en lo que queremos en aquellas, que vamos a estar durante dos años metiéndolas en ... yo creo que va a haber dos categorías, que es justo lo de la disposición transitoria, creo que es algo de justicia, pero que no nos sale el prototipo final de especialista que nosotros quisiéramos, van a ser bueno, especialistas reorientadas, van a tener un título pero no va a variar de lo que hacían antes, es otra aventura” (Inf. 15)

Así justifican los expertos la necesidad de especialistas en Enfermería Geriátrica. Se precisan profesionales preparados específicamente para dar respuestas a las necesidades de los mayores, que les aporten una mejora en su calidad de vida. Esto requiere conocimientos (actitudes-aptitudes y habilidades) específicos que permitan un enfoque de cuidados amplio, centrado en el mayor y sus capacidades y que además sea eficiente, dada la complejidad de la atención que supone la asistencia a este grupo de población, sus familiares y cuidadores principales.

Cuando hacen referencia al reconocimiento de la especialidad por la vía extraordinaria, lo valoran como un “reconocimiento” al tiempo trabajado en el área de la geriatría y la oportunidad de mejorar sus conocimientos. Sin embargo, no se cuestionan si las competencias que van a desarrollar a partir de la fecha de dichos reconocimientos pueden variar, más bien se percibe que el desempeño profesional va a seguir siendo el mismo. Por esta razón existen voces que hablan de dos categorías de especialistas, puesto que los profesionales que han desarrollado el programa de la especialidad van a tener una formación que les capacitará para asumir competencias profesionales que hasta ahora, no son desarrolladas por los expertos en cuidados gerontológicos. Como se define y justifica en el programa formativo de la especialidad⁶⁸⁰, la enfermera especialista en Enfermería Geriátrica es el profesional que presta atención y cuidados de enfermería a la población anciana, estando capacitada para enseñar, supervisar, investigar, gestionar y liderar los cuidados destinados a este colectivo en situaciones complejas en las que también actúa como asesor en todos los niveles del sistema socio-sanitario.

Formación Máster.

La formación postgrado de máster y doctorado, los informantes la ven claramente orientada hacia la investigación o como alternativa a la formación sanitaria especializada, desde el punto de vista laboral, serían enfermeras de cuidados generales. Sobre la aportación de las universidades a la formación en el área que nos ocupa, los informantes opinan que éstas se adaptarán a lo que demande el mercado.

Los másteres están más orientados hacia el campo teórico, hacia el campo de la investigación, hacia el campo de... creo que el nivel especialista está más dirigido hacia la asistencial, aunque eso no quita para que tenga una formación en todos los campos, en investigación, bueno son formaciones diferentes, que si que pueden ser complementarias, pero... complementarias. (Inf. 13)

Es una formación paralela, creo que quien hace estos másteres, la especialidad la entiende desde otro punto de vista... pocos profesionales lo hacen por complemento a la formación que ya tienen... algunos lo hacen para conseguir ese grado máximo... Unos son de conocimiento y otros profesionalizantes, esa es la diferencia que yo veo. (Inf. 11)

El máster te da acceso al doctorado, los tres niveles académicos grado-máster y doctorado, aunque también puedas acceder a través de la especialidad, es la única diferencia que veo ahora, para mí el máster es, bueno doy mi opinión... yo creo que los másteres en enfermería se han planteado como una vía de escape, porque algo había que hacer... había gente que quería el doctorado... abarca el tema de la investigación... una fuente de ingresos para las universidades... choca un poco que estén las dos vías... el máster sí que iría a la superespecialización. (Inf. 6)

Lo que arrojan los másteres son siempre formación académica y formación de cara a poder progresar en la investigación, la convivencia entre ellos es obligatoria... han vivido un poquito en paralelo, yo digo que han sido intereses y convocatorias distintas, la formación que se ha hecho de especialistas en nuestro

sistema se hacía en el sistema sanitario, la formación de máster y postgraduado lo hacía el sistema educativo... (Inf. 15)

Depende de los másteres y depende de los postgrados, si hablamos los másteres europeos, estos te dan nivel académico, si hablamos los que no son europeos pues estos podrían estar al mismo nivel de la especialización, desde la vía académica. Por tanto, a mí no me preocupa que hay másteres y que haya especialistas, a mí lo que me preocupa es que haya gente, que por una vía u otra, quiera ampliar conocimientos y quiera dar un mejor servicio en este caso a las personas ancianas, por tanto no tiene que haber un problema de convivencia excepto, que como todo en la vida haya personas que se crean que porque yo como tengo esto se crea que es más que el otro, pero esto son luchas personales, como todo en la vida... Es cómo tú te pones delante de tu profesión y cómo tú actúas como persona que estás trabajando con las personas mayores y da igual lo que tengas, si tú eres ético, eres honrado, es tu trabajo conforme mandan unos cánones, me da igual... (Inf. 16)

El formarse como experto/especialista en Enfermería Geriátrica, está orientado a adquirir competencias específicas en el cuidado de los mayores. La adquisición de competencias es un proceso que dura toda la vida profesional desde que se comienza la formación de grado de enfermería hasta alcanzar un nivel avanzado, puede ser a través de un máster conducente a la obtención de un nivel académico superior o una especialidad con orientación más asistencial, que capaciten a las enfermeras para innovar, liderar, desarrollar investigación, planificar, estimular cambios, etc.⁶⁸¹. Ambas vías conviven y son compatibles según los testimonios, que desatacan la importancia de la formación continuada de los profesionales, como medio de mejora continua en la atención a los mayores y su entorno.

Otra apreciación que se deriva de los relatos es la idea de que los másteres han cubierto un vacío de formación especializada durante mucho tiempo, dando respuesta a la demanda de numerosos profesionales ávidos de mejorar sus conocimientos y colaborar en el desarrollo profesional, entienden que es una formación diferente a la especialidad pero complementaria. La formación máster tiene como finalidad la adquisición por el estudiante de una formación avanzada de carácter especializado o multidisciplinar o bien de promover la iniciación en tareas de investigación, distintas Universidades hicieron el esfuerzo de ser pioneras en implantar el programa Máster como Títulos Propios⁶⁸², ante el interés de las enfermeras por la investigación y la falta de accesibilidad al doctorado en las fechas que los promocionaron, contribuyendo a que la formación enfermera estuviera adaptada a los más altos estándares de calidad internacional^{683,684}. La mayoría de los másteres tienen continuidad con el doctorado, es esencial esta orientación investigadora para contribuir a aumentar el conocimiento y dar aplicación a la práctica en el campo asistencial, de gestión y educativo. Los datos confirman que por ejemplo, la mayoría del profesorado universitario enfermero ha ampliado su carrera curricular con la realización de másteres y doctorados, para mantener un nivel de calidad en la educación y la representatividad de la enfermería en los centros universitarios⁶⁸⁵, otros motivos pueden ser el desarrollo profesional, motivación por el área de conocimiento⁶⁸⁶. La adaptación a las nuevas exigencias de la profesión con nuevos factores y roles hace necesario realizar trabajos de

investigación que profundicen en los complejos problemas de los pacientes geriátricos y fortalezcan la enfermería como ciencia y profesión comprometida en promover la salud durante el proceso de envejecimiento.

3.6 El Ambiente laboral

Definición de puestos de trabajo.

Las necesidades asistenciales y el desarrollo formativo son procesos que no han seguido una trayectoria común, nos encontramos que van a existir profesionales con formación de enfermeras especialistas en enfermería geriátrica y todavía no se han definido claramente los puestos de trabajo que diferencien las competencias y perfiles de enfermería generalista y especialista, necesarios para obtener una mayor calidad y eficiencia en el cuidado de los mayores. Si estos especialistas no son reconocidos en el ámbito asistencial tanto sanitario como sociosanitario, los recursos invertidos en la formación de enfermeras especialistas no llegarán a la población en términos de beneficio de calidad asistencial.

Una demanda expresada mayoritariamente por los profesionales, es la necesidad de definir claramente, a nivel laboral, el ámbito asistencial donde podrán acceder los especialistas de enfermería geriátrica y definir las competencias que deben desarrollar, aunque aparecen definidas en el programa formativo de la especialidad de enfermería geriátrica, los informantes consideran que no están claras. Recordemos que son dos vías de acceso a la especialidad, la vía EIR donde se desarrolla todo el programa formativo y por tanto trabajan sobre el desarrollo de las competencias a las que hace referencia el programa de la especialidad y la vía excepcional que reconocerá la especialidad con un mínimo de experiencia asistencial y una prueba de competencia, donde a los profesionales no se les ha formado en base a las competencias definidas en el programa formativo, situación que puede originar esta falta de reconocimiento de parte de las competencias definidas.

Se reivindica la definición clara de los puestos de trabajo, como ya hemos detallado anteriormente al valorar la falta de previsibilidad de la sociedad global, se insiste en los testimonios como los que mostramos a continuación. El puesto de trabajo es: punto de encuentro entre una posición, que es a la vez geográfica, jerárquica y funcional y un nivel profesional, referido a competencia, formación y remuneración⁶⁸⁷. Conlleva un conjunto de actividades relacionadas con ciertos objetivos y supone a su titular ciertas aptitudes generales, capacidades concretas y conocimientos. Los puestos determinan en gran medida el rol que las personas juegan en las organizaciones e implica el tipo de remuneración económica, elemento importante en la motivación de los trabajadores de una organización⁶⁸⁸.

Tenemos que luchar por conseguir los puestos de trabajo, todo eso es mejorar. Las competencias profesionales creo que no están claras, para contratar tendrán que definir las, tendrán que hacer algo que no puedan hacer una generalista... es que no lo sé... ¿crees que ahora mismo va a haber alguna diferencia

en cómo trabajo ahora o como lo haga cuando tenga la especialidad?, seguramente no. La práctica unida a los conocimientos es lo ideal (Inf. 10)

Tenemos retos importantes y el primero, a ver si estas primeras promociones aunque son pocas tienen mucha fuerza, es reivindicar puestos de trabajo específicos de la especialidad y de las competencias. Las competencias tienen que ir unidas al puesto, me asusta un poco lo que se ha estado escuchando, como no sabemos dónde van a ir, eh... todavía como colectivo seguimos un poco, como colectivo... no hablo de la individualidad, un poco anclados en el pasado... "hacedoras", hacer, hacer, hacer... tenemos que pensar en términos de competencias en adquisición de una capacitación para poder realizar determinadas cosas, basado siempre en la evidencia, en la evidencia científica. (Inf. 11)

Hemos creado una especialidad que no está reconocida, es decir, yo tengo una especialidad pero no me hace falta para trabajar en geriatría, por lo tanto las bolsas de trabajo se hacen para todo el mundo, entonces desde el momento que convivan enfermeras generalistas, con enfermeras especialistas en geriatría creo eso es un freno importante... para atender pacientes geriátricos tiene que ser necesario una enfermera especialista... crear puestos de trabajo específicos para enfermeras especialistas en geriatría, eso complicaría a nivel de sustituciones... (Inf. 6)

Para los profesionales asistenciales las ventajas de la definición de los puestos de trabajo son claras, sólo desde el punto de vista del gestor se ven dificultades. El hecho de que históricamente las enfermeras hayan sido generalistas, ha facilitado su movilidad en la institución, si se reconoce la especialidad ésta política de personal tendría que cambiar, sería necesario definir muy bien los perfiles profesionales para puestos de trabajo concretos y esto en principio según las narraciones complicaría la gestión de recursos humanos. Sin embargo, entendemos que es más acorde con un estilo de gestión por competencias donde el objetivo general es identificar el talento de cada persona en una organización que permita un desempeño eficiente. Por competencia se entiende el conjunto de capacidades técnicas, actitudes, aptitudes, habilidades profesionales (intelectuales, motoras y sociales) y los conocimientos aplicables a situaciones concretas de trabajo que la organización considera relevantes para que el profesional desarrolle con éxito su rol⁶⁸⁹. Cuando la institución tiene una orientación hacia las personas y la formación es uno de sus valores, se habla de instituciones excelentes, la formación es imprescindible para que la institución sea flexible y pueda cambiar y adaptarse a los cambios de su entorno, en nuestro tema de estudio, dar respuesta a las necesidades de un grupo de población, que se ha incrementado notablemente durante las últimas décadas en nuestra sociedad y que presenta unas características bien diferenciadas del resto de los grupos etarios. Cualquiera que sea su filosofía, las empresas con éxito siempre creen en la conveniencia de prestar una gran atención a la formación y desarrollo de las capacidades de sus empleados⁶⁹⁰.

La falta de definición genera discrepancias en cuanto a la opinión del desempeño profesional de los especialistas, según observamos en el análisis de las reflexiones aportadas por los informantes. Profesionales que tienen una visión acorde con la filosofía de la regulación de especialidades de 1987, donde se asumía la necesidad y existencia de la enfermera de cuidados

generales y la necesidad de enfermeras especializadas en áreas muy concretas y bien delimitadas del trabajo profesional⁶⁹¹.

La siguiente exigencia que amén que te reconozcan el sueldo, que va a ser mínimo, quiero un perfil distinto al del enfermero especialista y cuando ustedes vayan hacer un catálogo de puestos de trabajo este puesto de trabajo de supervisor de una unidad de un centro de día, debe ser un perfil especialista... todos los que tengan que ver con organizar el trabajo, eso puede ser en un escenario normal, supervisores de unidades, coordinadores, ¡sí!, en sitios específicos como pueden ser de evaluación geriátrica, indudablemente tienen que estar, en equipos de asesoramiento externo, como pueden ser los PADES en el modelo Catalán, directores de residencias, si a mí me preguntaran ¿qué? igual que he hecho el argumentario creo que el perfil serían personas especialistas, enfermeras especialistas, en Álava lo hacen y lo hacen fenomenal, siempre que tengan el soporte de gestión administrativa, que ellos no tiene porque manejar, pero lo que sería la gestión de las necesidades, de recursos de perfiles de profesionales, yo creo que lo haría perfectamente una enfermera, ummh... quizás en un departamento en una unidad de agudos de geriatría si la hubiera, debieran ser especialistas a lo mejor no todos, ¡fíjate!, nos vamos a la meca donde la atención asegurada sería atención geriátrica pura y dura, a lo mejor podrían convivir especialistas con enfermeras generalistas.” (Inf. 15)

Considero que los puestos de trabajo serían direcciones de centros, sociosanitarios, residencias, direcciones de servicios de estancias diurnas (SED) a máximo nivel enfermeras y luego las coordinadoras de unidad, otros hablan de supervisoras, otros hablan de todas. Yo no creo que todas las enfermeras de un centro sociosanitario, de un centro geriátrico, tengan que ser especialistas no, la directora del Centro sí, con todo lo que esto implica y luego las coordinadoras–supervisora, dile como quieras, de área, tienen que ser enfermeras especialistas consultoras en primaria, sobre todo con los médicos de familia tiene que haber, el médico de familia tiene que tener como una consultora enfermera geriátrica, para que le diga lo que tenemos que hacer ¿vale? Y luego los equipos de soporte, ya bien sea en la primaria o en el hospital, tienen que ser especialistas, esto es donde yo veo los puestos de trabajo. (Inf. 16)

Otra visión es la que emana de la regulación del 2005, donde se asume una filosofía diferente inspirada en las especialidades médicas. Aunque no plantea exigir una especialidad para acceder al mercado laboral, si el desarrollar un catálogo de especialidades que pudiera acoger potencialmente a todas las enfermeras, sea cual sea su nivel asistencial, su área de desempeño asistencial o su puesto de trabajo. Se posibilita que en un futuro todas las enfermeras sean enfermeras especialistas ¿significaría la desaparición de la enfermería básica de cuidados generales? La información recogida sugiere numerosas hipotéticas áreas de trabajo para los especialistas en geriatría.

Yo creo que la enfermera especialista tendría cabida en todos los sitios donde hubiera ancianos, porque es preciso una visión diferente a la que pueden tener la enfermera generalista, no solamente a nivel sanitario sino también sociosanitario, en aspectos sociales donde haya una comunidad de ancianos... en atención primaria igual que hay una enfermera en pediatría, una de geriatría que

tuviera su propia consulta o como asesora en hospitales generales donde a lo mejor no existe una unidad geriátrica, pero sí es necesario que haya alguien de referencia para en caso de necesidad poder asesorar... para trabajar en puestos de gestión... lo que queremos es que ejerzan el liderazgo en la enfermería geriátrica y sean los que tiren de la profesión hacia adelante, que se visualice la profesión en la sociedad, igual que se reconocen otras áreas o profesionales, que se reconozca que la enfermería geriátrica tiene un puesto importante en la sociedad. (Inf.13)

Crear puestos más especializados, si por ejemplo el puesto del Centro de Salud de una enfermera geriátrica, eso podrías conseguirlo, en las residencias sería importante que tengan su especialidad, sí... yo creo que para ser enfermera geriátrica, hay que saber muy bien qué hacer y conocer a una persona mayor, si alguien viene con ese título y sabe lo que tiene que hacer es mucho mejor. (Inf.1)

...creo que las enfermeras geriátricas no solo tendrían que estar en los hospitales, sino también en las residencias, a nivel de primaria, también en las unidades de pacientes crónicos y pluripatológicos... (Inf. 6)

Una enfermera especialista en enfermería geriátrica en los Centros de Salud, sería estupendísimo... en residencias privadas la enfermera debía estar bien formada, especializada... en residencias debía ser imprescindible la formación de especialista. (Inf.7)

La enfermera de pediatría sí lleva muchos años instaurada en primaria, en atención primaria se dedica al seguimiento del niño, cómo evoluciona el niño y eso, sin embargo, no lo vemos en el programa del adulto, al mayor se le mete en el programa del adulto normalmente... por la experiencia que ahora tengo... nos dice que no se puede, no son igual un grupo poblacional que otro, entonces tener una enfermera que se dedique a ese grupo poblacional creo que mejoraría mucho el cuidado de estas personas. (Inf. 14)

Pueden trabajar en muchísimos sitios, como gestor de casos en urgencias, en un equipo de ortogeriatría, en primaria veo una necesidad básica... (Inf. 12)

Lo ideal es que trabajásemos personas con la especialidad de geriatría en los lugares donde se trabaja geriatría, pero supongo que de momento... va haber poca gente especialista... yo creo que especialistas en geriatría tiene que hacer mucha falta. (Inf. 17)

Como vemos en estos últimos relatos, los informantes consideran que los especialistas en Enfermería Geriátrica pueden aportar sus conocimientos en ámbitos muy variados como son las unidades de geriatría, residencias para mayores, como gestores de casos o consultores en atención primaria, en hospitales donde no hay unidades específicas de geriatría, es decir aquellos servicios u unidades donde se atiende a mayores. Clara discrepancia con quienes opinan que deben ocupar puestos relacionados con la coordinación, gestión o como equipo de soporte en una institución. El número de especialistas que se están formando en este momento, no son suficientes para cubrir todos los puestos de enfermería donde se están cuidando a los pacientes geriátricos.

Coordinación sociosanitaria

El envejecimiento de la población, el aumento de la dependencia y de las enfermedades crónicas, según el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad del Gobierno Español⁶⁹², nos plantea retos ineludibles, entre los que se encuentra la necesaria coordinación entre el sistema sanitario y el social, para así ofrecer servicios eficientes y de calidad a un número cada vez mayor de personas en un contexto que el que se acrecienta la coincidencia de necesidades de índole sanitaria y social. Para dar cobertura a las necesidades de los mayores, es preciso disponer y ofertar prestaciones, recursos y servicios suficientes y adecuados que garanticen unos cuidados óptimos a los usuarios. Juan Hernández (sociólogo, consultor en organizaciones y servicios, director de desarrollos en Eryba Estudios de Mercado SL) en el documento⁶⁹³ que contextualiza y documenta la situación actual de la profesión enfermera en los países desarrollados, con un interés especial en la enfermería española, también propone la necesidad de potenciar un mayor desarrollo de los servicios sociosanitarios. Él opina que esto debería suponer una apuesta estratégica nuclear de la enfermería, en la que su liderazgo en torno a una mayor cualificación directiva y asistencial sería su principal aportación a un sector tan necesitado de ello.

Muchos de los profesionales entrevistados consideran importante esta coordinación sociosanitaria, por los beneficios que ésta ofrecería: maximización de la eficiencia, ahorro de costes y mejora de la calidad de atención, pero sin embargo, a pesar de los años que se lleva insistiendo en su utilidad, a fecha de hoy no existe esta coordinación en la mayor parte del territorio nacional.

Entre lo sanitario y lo social, hay muy poca, muy poca comunicación, además con la gente que no son las más idóneas que son las trabajadoras sociales, hay un papel de enfermería importante... Falta establecer sistemas mixtos como pueden ser esas camas sociosanitarias que ahora se palian con estancias temporales... para que un paciente que realmente necesita atención básica no esté en un hospital y pueda estar en una residencia o pueda estar en su domicilio. Hay una separación total entre hospital-residencia, hospital-domicilio e incluso entre atención primaria-domicilio, tampoco atención primaria-residencias, no hay comunicación, a pesar de que nuestros residentes por ejemplo, son usuarios... entonces hay un interés en quitarse el muerto. (Inf. 9)

(risas) Tocaste (risas)...te voy a hablar desde el punto de vista... de la transformación de las instituciones sociales en sociosanitario... por una parte todo lo que tiene que ver con los servicios sociosanitarios es mucho de papel y poco de hecho... pero las enfermeras que están en lo sociosanitario han tenido una revolución, al menos aquí, han tenido una revolución espectacular, están haciendo planes integrales, están haciendo valoraciones... no creo que haya ninguna imposición, creo que ha sido un resurgir de su orgullo profesional. (Inf. 11)

El no utilizar por ejemplo un sistema informático común, también origina un poco de lío, aquí (hospital) por ejemplo, existe el Gacela en primaria el Iturriano, si un paciente está hospitalizado solo aparece en un sistema... no digamos si va de una Comunidad Autónoma a otra, eso sí que es un follón (risas), como los hijos vivan en distintas comunidades. (Inf.14)

La considero fundamental, para dar continuidad a los cuidados y nos permita ubicar al anciano en el nivel asistencial adecuado... aunque se está mejorando sigue siendo insuficiente. Aunque se ha avanzado mucho en políticas sociales, la realidad es que lo socio sanitario no funciona y cada parcela va independiente... teóricamente el modelo catalán estaba funcionando bien... se quería implantar en otras Comunidades, pero no ha cuajado. (Inf. 18)

Relatos como el que a continuación exponemos, dejan de manifiesto que en ocasiones esta coordinación es por iniciativa y buena voluntad de los profesionales.

Lo que he visto es que no hay comunicación entre primaria y especializada... ahora vamos empezando, hacemos las historias de alta de enfermería... pero no hay verdadera comunicación, creo que no, que falta. Hace poco tuvimos una reunión entre primaria y especializada, para unificar criterios... se van dando pasos. Estamos informatizados pero son distintos programas que no tienen relación unos con otros... en las residencias, yo me estoy dando cuenta que últimamente llaman... la enfermera responsable llama para preguntar por los pacientes, cosa que hace años eso era impensable... hay veces que yo llamo... eso sí son llamadas telefónicas, pero son por voluntad del profesional. (Inf. 8)

Sí (risas) la coordinación socio sanitaria ¡famosa!, de que siempre se habla en todos los lados, desde hace muchos años, pero...(silencio) yo particularmente he ido a muchas reuniones a centros de salud, a residencias de ancianos, hemos hecho sesiones multidisciplinarias, vamos que nos conocemos porque hemos hecho reuniones... elaboramos con ellos el programa del anciano, con ellos y de forma consensuada y todo eso, pero luego al final te das cuenta que se queda en personas y eso no puede ser, esta enfermera o este médico eso es los que yo creo que no debe ser. (Inf. 12)

La coordinación entre niveles es fundamental para favorecer la continuidad de cuidados, como ya lo manifestamos al analizar la categoría de seguridad.

Creo que se debía trabajar... que haya una enfermera de enlace, trabajar tanto especializada-primaria-residencias, que permita una continuidad de cuidados, pero no solo eso, muchas veces los temas... es que esto no me cuadra, es que igual hay un tema social importante...cuando pasamos el mini mental, lo pasamos en varios centros, se repiten actividades y otros no se abordan... la coordinación es un problema, hay un programa con objetivos, planificación... depende de contactos que tengas con la enfermera de Atención Primaria, no puedes siempre ir pidiendo favores. Pasa lo mismo si han estado ingresados, te vienen de alta hospitalaria. (Inf.2)

Mejoraría el uso eficiente y sostenido de los recursos.

Quieren una coordinación pero es difícil, porque en muchos casos conlleva gasto económico, ahora es un poco complicado. Yo lo vería interesantísimo que hubiese una relación pero es difícil. La coordinación sería importante y vital, pero ya te digo que en Castilla La Mancha se adelantó, allí había residencias medio vacías, los hospitales es carísimo el día se valoró 500euros/cama/día/hospital, estuve en el estudio como empresario, lo que se intentaba era revitalizar el tema de residencia, allí había muchas plazas (residencias de 100 plazas había 8 residentes). (Inf. 4)

En cuanto al papel de líder que sugiere Juan Hernández y otros autores, como hemos visto al analizar la aportación de enfermería al equipo interdisciplinar, a las enfermeras les cuesta reconocerse como líderes.

La enfermera cree que no es líder a pesar de llevar todo el peso, no nos queremos hacer notar, enfermería trabaja, trabaja, trabaja... tú has visto fisio llega y son mucho más reivindicativos y hay uno en cada centro y enfermeras trabajas pero no te quieres dar a ver tanto... en eso somos muchos más sumisos, o por miedo a... no sé si al fracaso o miedo a lo que sea..." le da respeto decir que es la líder del grupo "eso da mucho respeto, pero bueno... (eso te visibilizaría) sí, yo nunca he ido de líder. (Inf.2)

Es muy feo decirlo pero sí... no sé, es como prepotencia, yo aquí en esta residencia, mi experiencia sí, asumimos el papel... tú eres un poco el centro. (Inf. 1)

Son muchos los intentos de justificar los beneficios de la coordinación sociosanitaria, la literatura científica avala la opinión de los informantes, cuando especifican que es especialmente necesaria en los pacientes frágiles y con enfermedades crónicas, como son muchos de los mayores atendidos en los centros sanitarios y sociosanitarios. Las oportunidades que ofrece esta coordinación se definen en términos de beneficios para los usuarios, para los profesionales y para el sistema sanitario. Para los usuarios se describen ventajas relativas a la reducción de la estancia hospitalaria, la organización de los recursos sociosanitarios, el apoyo en los cuidados domiciliarios facilitando la permanencia del mayor en su domicilio, mejora de la calidad de vida, garantía de atención integral, aumento de la confianza de los pacientes hacia los profesionales o a la personalización de los cuidados. Los beneficios para el sistema sanitario destacan una mejor calidad en cuidados y el uso eficiente de los recursos y en cuanto a los profesionales mejora la comunicación y también puede llegar a repercutir en el reconocimiento profesional^{694,695,696,697}.

La herramienta más aceptada para facilitar esta coordinación es elaborar un documento profesional, oficial y autónomo de enfermería que forme parte de la historia clínica del paciente, son los informes de valoración de enfermería al alta, también denominados informes de continuidad de cuidados e informes de alta de enfermería⁶⁹⁸ como ya hemos analizado anteriormente.

En Andalucía se inició en el año 2002⁶⁹⁹ el modelo de atención denominado Gestión de Casos como apoyo a las familias andaluzas, se presentó como un modelo nuevo de gestión y liderazgo de enfermería dentro del sistema sanitario, que garantiza la continuidad de cuidados⁷⁰⁰ y que en este momento se puede considerar que está en expansión⁷⁰¹. La gestión de casos es un proceso de colaboración, en el cual se valora, planifica, aplica, coordina, monitoriza y evalúa las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de Salud de una persona, siendo elementos claves para la consecución de resultados como la disminución de la mortalidad, de los reingresos, mejora la salud emocional de los cuidadores y tienen un impacto directo en los costes⁷⁰². La enfermera posee atributos para ser líder de este proyecto por tener una visión integral orientada a cubrir necesidades y fomentar el auto-cuidado^{703,704,705}.

Creemos que los profesionales especializados en Enfermería Geriátrica, podrían asumir el rol de gestor de casos de pacientes geriátricos, dando respuesta a los nuevos escenarios de atención geriátrica que el envejecimiento de la población está generando. Como se especifica en el último informe sobre coordinación y atención sociosanitaria, emitido por el Consejo asesor de Sanidad, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en la gestión de casos se contempla un entorno centrado en la persona y no en la enfermedad, siendo de especial importancia el papel del enfermero que por su visión integral del paciente, podrá gestionar conjuntamente aspectos sanitarios y sociosanitarios⁷⁰⁶. Si recordamos como dice el mismo informe las competencias profesionales del especialista en Enfermería Geriátrica, donde dice que estará capacitada para enseñar, supervisar, investigar, gestionar y liderar los cuidados destinados a pacientes ancianos en situaciones de complejas, así como para gestionar los servicios sociosanitarios, fomentando la correcta utilización de los servicios⁷⁰⁷, creemos que es el profesional más adecuado para llevar a cabo esta función.

La experiencia profesional en el ámbito de la Enfermería Geriátrica.

A continuación realizamos un análisis de las experiencias de los profesionales, haciendo énfasis en cómo se iniciaron en el cuidado de los mayores. Son diversos los motivos por los que se acercaron al mundo de la geriatría, en casi todas las experiencias, las circunstancias laborales, les aproximaron por “casualidad” o por experiencias familiares previas. Algunos testimonios indican que la experiencia inicial se valora como “dura”, a pesar de que después de un tiempo les seduce, la consideran motivadora y para otros informantes fue un descubrimiento muy atractivo.

Yo cuando empecé en geriatría lo pasé fatal... fatal. Lo pasé muy mal porque venía de primaria, entonces el tema de técnicas y tal... me asusté mucho y trabajar con tantos pacientes, pacientes tan enfermos, que no estás acostumbrada a que tengan tanta patología y las cosas tan graves, realmente problemas importantes, pues lo pasé mal. Pero bueno a mí me encanta la enfermería, yo nunca me planteo con esto no puedo, legué allí uff y buff... ¡Dios mío! la de cosas que tengo que aprender, lo que me tengo que reciclar... ya puedo empezar y junto a las compañeras que ahí estaban conmigo que te enseñaban... me costó un tiempo de adaptación y luego muy contenta. (Inf.10)

Llegué al mundo de la geriatría como muchos, por causalidad. Por casualidad, sí... yo siempre lo explico, 18 años, alto, guapo, lo guapo que se puede ser a los 18 años, casi siempre se es guapo, estudiante de COU, me iba de vacaciones y me dicen, "Mira ha llamado el gerente de Diputación que es amigo del tío, que si quieres trabajar estos meses del verano en el geriátrico", me dijo psiquiátrico... ¡jo!, la tesitura de decir "mi primer trabajo, como le voy a decir que no puedo"... entonces me ofrecieron un contrato de auxiliar de enfermería en el pabellón 4 (pabellón de geriatría) del hospital. Y estuve llorando tres días de cansancio y estuve llorando tres días de impotencia... mi mundo se cayó, había personas que les tenías que hacer todo, que llegabas deslomado de trabajar con ellos, para saber que mañana podían no estar, pero al mismo tiempo me contagió un equipo de profesionales, desde el último auxiliar a la señora de la limpieza hasta mi propio jefe... que me enseñó que se podía hacer mucho por ellos y sobre todo me atrincheró, me dio energía, ahí comenzó todo... te contagia, pero te contagia muy pronto, yo les digo a los alumnos "tener cuidado que si os pica este bichito vais a tener dificultades para salir de él. (Inf. 15)

Para mí la geriatría fue un descubrimiento (habla de hace 25 años), que me maravilló y me encantó, todo lo que se podía hacer con una formación y medios adecuados para poder atender bien al anciano... creo que ha mejorado muchísimo la calidad de atención al anciano el que haya existido este hospital monográfico de geriatría. Evoluciona a partir de que empezamos a formarnos y montar niveles asistenciales, se empezó formando a primaria, salíamos nosotros también a contar lo que se iba a hacer, lo que queríamos conseguir... les informábamos... de dar mejor servicio de atención y de calidad del anciano (Inf. 12)

Yo empecé de la forma más tonta... yo hice enfermería en contra de mi familia... el día que me admitieron en la escuela yo di saltos de alegría y no se me olvidará que mi padre me dijo ¿y por eso te alegras? luego se han alegrado muchísimo. He tenido un modelo de cuidado en casa, mi abuela... las personas mayores siempre han sido el centro en mi familia... de respeto, de cuidado, de cariño, no nada impositivo nada rígido, mi abuela era el centro y yo estaba especialmente unida a ella... ella acabó con una demencia. Yo me sentí muy realizada, los ratos que podía estar con ella cuidándola, tenía predilección por ella y aprendí, dije esto es lo que yo quiero y elegí la enfermería geriátrica. (Inf. 11)

Había terminado los estudios de Ayudante Técnico Sanitario, pienso que como nosotros trabajamos con las personas desde una perspectiva social... decido hacer la carrera de Trabajadora Social y cuando me dicen donde quiero hacer las prácticas, mis primeras prácticas las hago con los marginados de la calle y allí me doy cuenta que la marginación es una cosa que puede presentarse en cualquier edad... Hay personas de todas las edades pero las personas que yo considero ancianas... son personas muy deterioradas y veo que su situación es peor que la del resto de los marginados, hablar de peor es un poco complicado, porque la marginalidad, vivir en la calle, el tener que depender de la institución para poder dormir en un sitio caliente... pero a mí me choca esto, es más duro cuanto mayor eres... Todo esto me hace pensar que las siguientes prácticas las quiero hacer donde haya ancianos, me voy a hacer las prácticas de Trabajadora Social, en una residencia grande, estamos hablando de los años 79-80, éramos muy jóvenes en democracia, no había una ley de servicios sociales, no había una ley de sanidad... Allí las personas que estaban eran abandonadas o nada más iban las personas que tenían mucha necesidad de ser atendidas y los familiares o no tenían o no querían, no tenían nada

de positivo. Allí había trabajando enfermeras, auxiliares... la directora de este centro es una enfermera que además es profesora de geriatría en la escuela de enfermería... Esta directora de este centro... en el año 84 pide la baja en la escuela de enfermería... le dice a la directora de la escuela "no hace falta que busques fuera ni que yo busque a nadie, tienes una persona aquí dentro que puede hacer este trabajo fenomenalmente" y da mi nombre... apuesta por mí delante de la directora... ella ha visto la sensibilidad que yo tenía con los ancianos... Yo de primero me quedo muy sorprendida, porque no me lo había planteado jamás de los jamases... Me ponen en contacto con dos enfermeras de la Cruz Roja de Madrid una de ellas profesora asociada de la Universidad Complutense, que daba clases de enfermería Geriátrica y estas dos personas de la Cruz Roja me enseñan a mí a... y así comienzo mi caminar, descubrí un mundo que hasta ahora no he dejado, no me he arrepentido en ningún momento... (Inf. 16)

Cuando vine aquí me impresionó mucho... yo no había estado nunca con... llegar aquí fue como un mundo completamente distinto, personas... que tienen necesidades diferentes, que funcionan a un ritmo diferente, van más lentos, van de otra manera, el estar polimedicados, el tener un montón de enfermedades crónicas agudas, sí... realmente creo que funcionan distinto que en otras edades. Ver tanta gente mayor, la mayoría con algún déficit... te impresiona por ti misma, porque sabes que vas a llegar ahí, con un poco de suerte. (Inf. 17)

Identifican los servicios de geriatría con una gran carga de trabajo, como constatamos en las siguientes afirmaciones.

Somos todas enfermeras muy eficientes, somos capaces, estoy convencida, de en nuestra planta de sacar un trabajo impresionante y de sacarlo bien... esto te da la experiencia, hay veces que sí que acabas los turnos cansada, cansada porque has tenido muchísimo trabajo, lo normal es tener mucho trabajo, la excepción es tener poco. (Inf. 10)

Empecé por casualidad, porque aprobé unas oposiciones, yo estaba en primaria, pero bueno mis circunstancias de la vida me trajeron aquí y no me he arrepentido, la verdad, me gusta... Ahora mismo no me iría a otro sitio, porque me gusta. Puede ser que enganche... bueno al final igual es un reto personal... no a todo el mundo le gusta la geriatría, es un trabajo (suspira), muy... muy duro, creo que es muy duro y quema mucho a las personas... las personas mayores tienen muchos problemas... si tú no eres capaz, de comprender esos problemas y de ayudarles... realmente quema mucho, si no es algo que te guste y algo de lo que no estás convencido... terminas agotada, la verdad psicológicamente. (Inf. 17)

No nos vamos a engañar, el trabajar con ancianos es... requiere una carga importante de trabajo, físico y emocional. (Inf. 13)

Hemos encontrado escasa bibliografía sobre la motivación y situación laboral de las enfermeras que trabajan en el ámbito de la geriatría, tema más estudiado cuando se refiere a enfermería en general. Coincidiendo con las opiniones de las informantes, los profesionales de

enfermería que participaron en distintos estudios muestran actitudes positivas y expresan sentirse satisfechas con el cuidado de los mayores, a pesar de la sobrecarga de trabajo y desgaste emocional que en ocasiones les produce^{708,709,710,711}. En cuanto a la motivación profesional destaca una adecuada motivación intrínseca, es decir la que depende del propio profesional y no la que depende de los directivos o mandos intermedios^{712,713}, como manifiestan nuestros colaboradores.

Figura 35. Síntesis: Análisis sobre los cuidados y su influencia en la calidad de vida (I).
*Ejemplos sintetizados de las narraciones.

2ª CATEGORÍA DE ANÁLISIS. Los cuidados enfermeros y su influencia en la calidad de vida.		
1. Competencias transversales	Metodología científica. Proceso Enfermero. <i>* Se ha profesionalizado hemos dado conocimiento y ciencia a lo que antes era intuición, hemos dado método</i>	Observación. <i>* La observación y el conocimiento deben ir unidos. No es lo mismo mirar, observar, procesar y querer, mirar queriendo ver. Lo primero es observar.</i> Valoración Integral. <i>* La valoración integral lo primero. La valoración es muy importante, en geriatría es una atención integral.</i> Diagnósticos y objetivos. <i>* Al anciano tienes que ir por delante, tienes que hacer unos buenos diagnósticos.</i> <i>* Tienes que buscar pequeñas metas, metas alcanzables.</i> Individualización de los cuidados. <i>* Una formación específica se nota. Reconocer al individuo con sus necesidades, tenemos que buscar la personalidad de cada uno.</i> Planificación y evaluación. <i>* Planificar cuidados complejos porque interviene el deterioro, la familia, el cuidador, el entorno, la cronicidad, polimedicación, presentación atípica.... Hay que saber.</i> <i>* La especialidad de geriatría es de las más complejas en las evaluaciones, el paciente geriátrico es de los más complejos y difíciles de tratar.</i>
	Gestión de recursos	<i>* Cuanto más preparado más optimizas los recursos. Las capacidades es que tiene que ser gestora de todo lo que es el cuidado de enfermería en los ancianos.</i> <i>* Para dar una buena calidad necesitamos que el personal se forme para poder manejar todo el sistema.</i>
	Trabajo en Equipo.	<i>* Cada uno con sus funciones y dependiendo de las necesidades del mayor cada uno actuará.</i> <i>* Para el buen funcionamiento de la vida de la persona mayor, es imprescindible que en equipo haya una enfermera. Cohesiona el grupo, la coordinadora principal es la enfermera.</i>
	Investigación.	<i>* Nos parece importantísimo que se trabaje con investigación. Para crecer es importante el trabajo basado en la evidencia.</i> <i>* La investigación es la base para asentar todo el conocimiento y el progreso de la profesión.</i>

Figura 36. Síntesis: Análisis sobre los cuidados y su influencia en la calidad de vida (II).

2ª CATEGORÍA DE ANÁLISIS. Los cuidados enfermeros y su influencia en la calidad de vida.		
2. Los cuidados del bienestar.	Integralidad	<i>*Ser capaz de ver de forma integral. La visión global es muy importante, en los mayores más, con un objetivo clarísimo conseguir el bienestar.</i>
	Confianza: . Habilidades de comunicación. . Tacto. . Empatía.	<i>*No podemos abordar al anciano si no establecemos una relación de confianza. * La confianza es el conocimiento.</i> <i>*Las habilidades comunicativas las tenemos que manejar a las mil maravillas.</i> <i>*Somos una profesión prácticamente de la comunicación.</i> <i>*Una caricia, que les des la mano, eso también cuenta. El tocarnos creo que es muy importante. Saben que está ahí.</i> <i>*Te cogen las manos y te las besan de agradecimiento, a mí me impresiona.</i> <i>*La E.G tiene que tener otras capacidades además de la teoría y las técnicas, saber empatizar, saber detectar...</i> <i>*Lo primero es la empatía comprender la situación.</i>
	Confort. . Entorno. . Paciencia. . Acompañar. . Mantener relaciones sociales.	<i>*Los espacios, la luz, la claridad. El trato humano. Hay que hacer hincapié en las fórmulas de cortesía y educación.</i> <i>*Pueden ser muy insistentes. La paciencia es dar tiempo, hace falta mucha paciencia, estar tranquila.</i> <i>*Morir tranquilo, sin dolor, acompañado de... cuando fallece estás con ellos. Qué sufrimiento causamos gratuitamente con lo fácil que es acompañar.</i> <i>*El apoyo familiar, tener familia y cariño... Trabajamos mucho con la familia, hacerles partícipes. El tema social es muy importante.</i> <i>*Les tengo como una familia, llevas tantos años con ellos. Buscan una persona amiga que les ayude.</i> <i>*El seguimiento personalizado implica una relación personal intensa, además de un conocimiento de toda una vida.</i>
	Accesibilidad. . Ofrecer ayuda. . Facilitar el contacto.	<i>*Ofrecerles la posibilidad de si algún día..."me puede usted llamar por teléfono". Cuando te llaman les dices de usted y por su nombre, eso les ayuda.</i> <i>*Sobre todo estar ahí, para las necesidades que puedan tener, el enfermo y la familia.</i>
3. Los cuidados de la seguridad	Vigilancia clínica	<i>*Necesitan cuidados las 24 horas.</i>
	Continuidad de cuidados	<i>*La comunicación entre niveles asistenciales a nivel de cuidados de enfermería no es tan idílica como debería. La coordinación entre primaria y especializada es vital.</i>
	Detección precoz y medidas de prevención.	<i>*Cuando ingresa ya valoras los riesgos al alta. Hay que prevenir, visión geriátrica, sino su calidad de vida cambia.</i>
	Educación sanitaria.	<i>*El ámbito de la geriatría es un campo específica para hacer educación sanitaria. Son tan difíciles los cuidados en el domicilio con una persona dependiente.</i>

Figura 37. Síntesis: Análisis sobre los cuidados y su influencia en la calidad de vida (III).

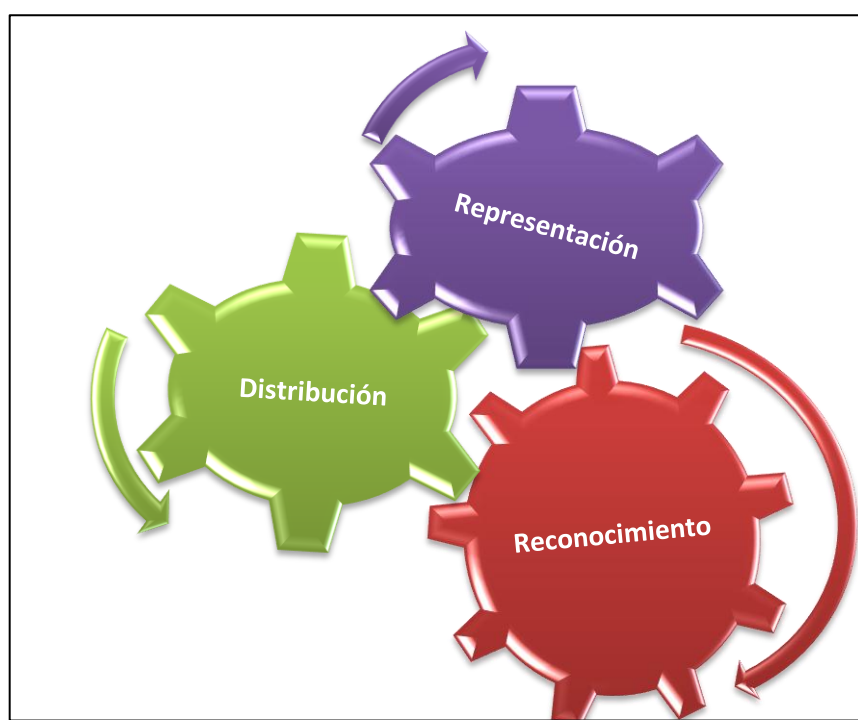
*Ejemplos sintetizados de las narraciones.

2ª CATEGORÍA DE ANÁLISIS. Los cuidados enfermeros y su influencia en la calidad de vida.		
4. Los cuidados de la autonomía.	Potenciar la autonomía del mayor	*Hay que enseñarles a ser autónomos. Tenemos que conseguir el mayor nivel de autonomía posible.
	Identificar las capacidades	*Creo en la capacidad de recuperar capacidades, hay que fomentar la independencia.
	Respetar y hacer respetar la autonomía del mayor.	*Una persona mayor puede hacer muchas cosas. Hay gente con muchas inquietudes. *A veces hay una superprotección que es perjudicial para el anciano. *A veces enfocamos todo hacia la enfermedad y no lo hacemos hacia un proyecto de vida, ni respetamos la voluntad de la persona.
5. Formación.	Formación grado	*La enfermería fue muy visionaria al incorporar la asignatura de Enfermería Geriátrica. *El peso que deja la asignatura, el concepto de la vejez es otro. Es un descubrimiento, les sorprende el contenido. "jamás yo pensé que en geriatría yo podría aprender...".
	Formación especializada	*La especialidad sugiere una visión más amplia del concepto anciano y la enfermería. Permite abordar al anciano de otra forma, más completa. Eficiencia es la palabra clave.
	Formación Máster	*Los másteres están más orientados hacia la formación académica y a progresar en la investigación. Son complementarios.
6. Ambiente laboral.	Definición puesto de trabajo y competencias profesionales.	*Tenemos retos importantes, reivindicar puestos de trabajo específicos de la especialidad. Hemos creado una especialidad que no está reconocida.
	Coordinación sociosanitaria.	*Entre lo sanitario y lo social hay muy poca comunicación. Todo lo que tiene que ver con servicios sociosanitarios tiene mucho de papel y poco de hecho. *La enfermera cree que no es líder a pesar de llevar todo el peso.
	Experiencia profesional	*"lo pasé fatal" "estuve tres días llorando" "me impresionó" "fue un descubrimiento" "funcionan a un ritmo diferente" *Trabajar con ancianos requiere una carga importante de trabajo físico y emocional. "me costó adaptarme, luego muy contenta", "te contagia muy pronto" "puede ser que enganche" "no me arrepiento" "me maravilló y encantó".

4. VALORACIÓN SOCIAL DE LOS ENFERMEROS Y ENFERMERAS GERIÁTRICAS.

Como hemos citado en el capítulo de metodología, para aproximarnos a la identidad social de la enfermera geriátrica, basaremos nuestro análisis a partir del paradigma propuesto por Nancy Fraser, que considera el reconocimiento un tema de justicia social. Desde su perspectiva teórica, la justicia social debe englobar y armonizar tres dimensiones: reconocimiento, redistribución y representación, que confluyen y se influyen mutuamente, sin olvidar que cada dimensión tiene cierta independencia relativa de la otra. Como planteamos en el marco para el análisis de las entrevistas, las dimensiones de reconocimiento, redistribución y representación, nos van a servir de guía en el estudio sobre el valor que la sociedad, las instituciones y los propios profesionales dan a las enfermeras que cuidan a los mayores.

Figura 38. Dimensiones de la valoración social de la Enfermería Geriátrica.



Fraser inicialmente defendía una perspectiva bivalente de justicia, planteaba la redistribución y el reconocimiento, como elementos cofundamentales y mutuamente irreductibles de la justicia⁷¹⁴. Ella expresa que la aproximación del reconocimiento tiene que ver con los patrones culturales de representación, interpretación y comunicación, la injusticia cultural o simbólica conlleva a la dominación cultural de unos sobre otros (ser sujeto de patrones de interpretación y comunicación, asociados a otra cultura y ser extraños u hostiles a la propia), al no reconocimiento (convertirse en invisible en las prácticas interpretativas, representacionales y comunicativas de la propia cultura) y al poco respeto (ser rutinariamente vilipendiados o despreciados en las representaciones estereotipadas culturales públicas y/o en las interacciones de cada día). La aproximación de la redistribución, tal como la expresa Fraser, tiene que ver con la estructura político económica, considera que las injusticias son

socioeconómicas y comprenden las situaciones de explotación (los beneficios del trabajo son apropiados por otros), marginación económica (ser confinado a un trabajo mal remunerado) y privación (es negado un adecuado nivel material de vida).

Pero a pesar de las diferencias, estas injusticias se entrecruzan, creando círculos viciosos de subordinación cultural y económica, las desventajas económicas impiden la participación igualitaria en la construcción de la cultura tanto en las esferas públicas como en la vida diaria. Posteriormente ofrece una revisión, en la que integra una nueva dimensión la representación, que sirve para explicar las injusticias en el plano de la política ordinaria, cuando las reglas de decisión sesgadas privan de voz política a las personas, perjudicando su capacidad de participar como pares en la interacción social. De manera que para Fraser no hay redistribución ni reconocimiento sin representación⁷¹⁵.

Según Fraser, lo que convierte a un conjunto de conciudadanos en sujetos de justicia no es la nacionalidad, como tampoco la posesión común de una personalidad abstracta, ni el puro hecho de la interdependencia causal, sino más bien su sujeción conjunta a una estructura de gobernación, que establece normas básicas que rigen su interacción, como ejemplo incluye las organizaciones de salud⁷¹⁶. De este modo los individuos son sujetos de justicia por su participación en un marco institucional compartido que regula su interacción social⁷¹⁷, como pueden ser los profesionales de enfermería.

Las reivindicaciones de los tres ámbitos redistribución, reconocimiento y representación encuentran una forma de reducirse a una métrica común, la paridad participativa⁷¹⁸. Desde la perspectiva de la justicia como paridad participativa, superar la injusticia significa dismantelar los obstáculos institucionalizados que impiden a algunos participar en un plano de igualdad con los demás, como socios de pleno derecho a la interacción social⁷¹⁹. Detalla dos tipos de obstáculos a la paridad participativa: las estructuras económicas que niegan los recursos necesarios para la interacción con los demás como pares y las jerarquías institucionalizadas de valor cultural que niegan la posición adecuada⁷²⁰.

Aunque vamos a analizar cada una de estas dimensiones por separado, todos son como defiende Fraser enfoques necesarios, interrelacionados e imbricados y en ocasiones en tensión. No son esferas separadas de la justicia, son perspectivas de análisis interrelacionadas e irreductibles. Comenzamos con el reconocimiento.

4.1 El reconocimiento.

Estatus

Para Fraser, la justicia requiere que la gente tenga la posición y el estatus, para participar como pares en cualquier área importante de la vida social: vida familiar, en el mercado laboral, en la sociedad civil y en la esfera pública política⁷²¹. La falta de reconocimiento puede asumir formas diferentes, puede adquirir forma jurídica (legal) o puede institucionalizarse informalmente, en ambos casos de modelo institucionalizado (legal o informal), constituyen a determinados actores sociales como inferiores frente a otros miembros de pleno derecho de la sociedad, impidiéndoles participar como iguales⁷²². Dicho de otra manera, ser reconocido de forma errónea implica ser representado de un modo que impide la participación como iguales en la vida social⁷²³.

Se puede definir estatus, como el respeto o la valoración que recibe una persona del grupo al que pertenece o la que se otorga a un determinado puesto por parte de la organización. La idea del estatus está ligada en la organización a la de poder y en el caso de referirse a un puesto concreto, se vincula con los conocimientos y habilidades necesarias para desempeñarlo, la autonomía, la autoridad y responsabilidad que se le atribuye, así como el salario percibido por el desempeño de la actividad. El estatus laboral suele trascender del ámbito de la empresa y se refleja en lo social, medido en una escala imaginaria de alto-bajo.

Históricamente la enfermería ha buscado un estatus a semejanza del saber médico, así las percepciones colectivas sobre las prestaciones en salud ponen énfasis en los aspectos técnicos y curativos, que se consideran eventos propios de la práctica biomédica. Desde la experiencia, se puede observar como lo más valorado por los usuarios y la comunidad es la atención médica, por encima del cambio en sus estilos de vida y el empoderamiento de su bienestar, estos dos últimos considerados como elementos propios de una mirada holística e integral de los cuidados. En la sociedad existe una sobrevaloración de la figura del médico sobre las otras profesiones de salud⁷²⁴. El lenguaje utilizado para hacer referencia a un problema de salud en ocasiones se asocia a la aportación que puede llevar a cabo el profesional de medicina, excluyendo al resto de las profesiones sanitarias, denominándolo como “problema médico”.

...es muy importante el tema social aparte del tema médico. (Inf. 17)

Fraser propone frente a otros teóricos (Charles Taylor o Axel Honneth), que el reconocimiento se entienda como una cuestión de justicia y no de auto-realización. Plantea que el reconocimiento de los otros, es esencial para el desarrollo de sí, pertenecer a un grupo infravalorado por la cultura dominante, equivale a sufrir una falta de reconocimiento, a sufrir una distorsión en la relación que uno mantiene consigo mismo. Ofrece un modelo de “estatus” como alternativa al “modelo de identidad”, por considerar que este último tiene serios problemas, como codificar de manera drástica identidades de grupo (reificación autoritaria) que conllevan a una lógica conformista del modelo identitario. El estatus queda definido como “un orden de subordinación intersubjetiva” que deriva de unos patrones institucionalizados de valor

cultural, estos patrones culturales hacen que algunos miembros de la sociedad no participen plenamente en la interacción.

La dimensión del reconocimiento corresponde al orden de estatus en la sociedad y por tanto a la construcción, mediante los patrones de valor cultural enraizados en la sociedad, de las categorías socialmente definidas de los actores sociales-estatus, que se distinguen por el respeto, el prestigio, la estima relativos de que disfruten ante los demás. Estatus relacionado con la profesión.

Siempre es un puesto que está por debajo del médico, parece que es un ayudante, la verdad es que... bueno... que cuesta un poco reconocer su labor. (Inf.4)

Bueno... el médico sigue siendo el médico (risas). (Inf. 7)

Creo antes se veía que la enfermera estaba por debajo del médico (escala jerárquica) digamos, el auxiliar por debajo... y creo que ahora se está tendiendo, a que exista un equipo realmente, cada uno en su campo de actuación. (Inf. 14)

Te digo que es un trabajo que está en medio, bueno se ve como un poco más que una auxiliar... sobre todo vas a consultas y está la enfermera y el médico le dice: rellena no sé qué, es un ayudante... solo se ve la consulta y no se ve otra labor, sí que cuesta. (Inf.4)

Como colectivo, la enfermería ha estado sumida en el paradigma de la opresión, debido a la vigilancia jerárquica que sobre la profesión ha ejercido la medicina, disciplina situada en la cima de la pirámide del poder⁷²⁵. Nuestros informantes ponen de manifiesto cómo se ha cuestionando este poder, desde la especialidad de la Enfermería Geriátrica, no sin dificultades, han logrado que sean los profesionales de enfermería quienes se responsabilicen de la formación de las futuras enfermera especialistas.

Se decían unos a otros (se refiere a médicos geriatras) "bueno a ver si nos reunimos porque tenemos que sacarles, tenemos que desarrollar la especialidad de las chicas". Creo que otro hito también que podemos celebrar, le parecía ridículo a alguno que intentáramos las enfermeras escribir ciencia y publicar algo que tuviera consistencia y método. (Inf. 15)

La sociedad de médicos cree que las enfermeras todavía no tenemos la suficiente capacidad, ni somos lo suficientemente científicas y necesitamos a nuestro lado un padre que nos ayude a andar porque todavía somos muy niñas. No se dan cuenta que somos mayores de edad, que sabemos lo que queremos y no necesitamos que nadie nos guíe. Cuando hemos tenido que trabajar las Unidades Docentes de formación multidisciplinarias, donde se forman médicos y enfermeras, hemos tenido que sentarnos, los médicos con las enfermera para ver cómo tiene que ser esta Unidad Multidisciplinar y aquí ha vuelto haber problemas... nos han vuelto a decir que si nosotros estamos convencidos de lo que pedimos, me están volviendo a decir "tú no sabes, escúchame, yo soy el que te puede decir lo que necesita una Unidad Multidisciplinar", no mira no, yo sé lo que necesito para la formación de enfermeras... Entonces firmamos "el pacto de no agresión", es decir, si tú no te

metes con lo que yo decida yo no me meteré, como tú te metas con lo que yo decida, yo me meteré con tu parte. (Inf.16)

Finalmente incluso se nos ha reconocido nuestra capacidad de poder llevar a cabo esta formación con éxito. En el primer momento, en alguna ocasión, era de que pensaban que las enfermeras no tenían capacidad para formar a otras enfermeras, ni para sacar adelante una unidad docente. (Inf. 13)

A nivel de la SEGG médica, pusieron una denuncia... estos aceptaron (miembros de su equipo), los nuestros estaban metidos. Algún borde decía "es que los hacen multiprofesionales, porque claro, la enfermera sola no puede formar en geriatría" y con esa visión, entonces bueno. (Inf. 12)

Vamos a hacer una revolución, a pesar de que nuestra relación sea de amistad, muy estrecha, muy de padres, paternofilia, no podemos permitir que ellos con su visión sean los que siembren este camino ¡no!. (Inf.15)

Creo que enfermería es todavía una profesión demasiado sumisa y trabaja como una hormiguita y somos poco reivindicativos en comparación con otros colectivos... no nos hemos manifestado como lo deberíamos haber hecho desde el principio, es que enfermería, yo creo que siempre hemos sido muy trabajadores, muy responsables, pero poco reivindicativos. (Inf.2)

Los profesionales expresan con naturalidad, un lenguaje en el que subyace la identificación de escalas jerárquicas superiores asociadas a los médicos, que no se corresponde con el organigrama jerárquico de las instituciones sanitarias, donde enfermería depende jerárquicamente de dirección de enfermería y no del médico ni del jefe de servicio. El sexismo en el sistema sanitario es un reflejo del sexismo en la sociedad y el estatus de subordinación de la enfermería respecto a la medicina, se debe a la naturalización de formas socialmente construidas de opresión, discurso por el que se transforman estructuras sociales jerárquicas y de privilegio en diferencias biológicamente mediadas⁷²⁶.

Lo primero conocimientos, para mi es básico, tú no puedes decir a ... o incluso hablar con otro compañero de otro nivel "incluso superior" como facultativos, como he dicho incluso decirle oye que esa persona... hay que decirle que se le va a hacer una colonoscopia, pero tú tienes que tener formación para sentirte... para estar capacitada, para poder hablar con quien sea y defender al anciano y defender los cuidados y los derechos de los ancianos, pero no lo puedes hacer simplemente porque sí. (Inf. 12)

En el hospital hay más escalones, hay que procurar comunicar los escalones, sino lo tenemos claro... tenemos que buscar la fórmula de comunicarnos. (Inf. 10)

Es importante saber trabajar en equipo, tener una mano izquierda en situaciones, porque estamos acostumbrados a que enfermería es funciones delegadas, agachar las estas (señala las orejas)... y hacer... dar la pastilla y punto, entonces para llegar a esto que estamos diciendo "vamos a sentarnos" ...hay que saber decirlo, la forma de decirlo... te quiero decir que esto también tienes que aprender. (Inf. 12)

En el modelo clásico de enfermería, las relaciones de la enfermera con el personal médico se caracterizaban por la obediencia y la sumisión; en el modelo de la enfermera como representante del paciente estas relaciones eran fundamentalmente de hostilidad y confrontación; en el nuevo modelo se buscan relaciones de cooperación con todas las profesiones sanitarias⁷²⁷. El reconocimiento de la especialidad y la descripción del perfil de especialista junto con la definición clara de puestos de trabajo, podría facilitar las relaciones de igualdad entre los miembros del equipo interdisciplinar e influir en una mejor percepción del nivel de estatus de los profesionales de enfermería, como interpretamos de las siguientes manifestaciones.

Aquí han pasado todos los geriatras (centro de formación vía MIR) y siempre ha habido... y aunque la enfermería ha ido un poco detrás, a la par pero un poco detrás, el tirón lo hacían los geriatras, los médicos que eran los que tenían conocimiento, el reconocimiento de especialidad. (Inf. 11)

Para empezar hay geriatras y si hay geriatras, tiene que haber enfermera geriátrica, si hay médico de geriatría tiene que haber enfermeras en geriatría. (Inf. 5)

Creo que va a mejorar con los especialistas, se les va a ver una finalidad: que es el pie de cama, el pie del cuidado. (Inf.11)

La siguiente información revela que el Estatus es diferente según el ámbito de trabajo y manifiesta que el sector social tiene peor consideración social que el sanitario, como analizaremos al valorar el reconocimiento de los profesionales según su ámbito de trabajo.

El prestigio de un médico, enfermera hospitalaria-ambulatorio, al sistema social se le trata de 2ªB. (Inf. 9)

Identidad de las enfermeras y enfermeros geriátricos.

Según Fraser, valorar la identidad de un grupo siguiendo un único eje, simplifica drásticamente la autocomprensión de las personas: niega la complejidad, la multiplicidad de sus identidades y las influencias cruzadas de sus diversas afiliaciones. Este enfoque puede llevar a presionar a los individuos para que se adapten a un tipo de grupo desalentando la disidencia y la experimentación, que se equiparan a la deslealtad⁷²⁸. Todas las identidades necesitan de un reconocimiento social para que existan pública y socialmente, el concepto de identidad va unido al concepto de rol, definiéndose como la conducta o comportamiento que se espera de cada individuo en virtud del estatus que ocupa o desde el que se actúa⁷²⁹. Para analizar cómo es identificada por la sociedad, las instituciones y los profesionales de la salud, la disciplina enfermera en su especialidad del cuidado a los mayores, nos basamos en las aportaciones de los entrevistados, se les pidió que relataran que percepción tienen sobre el reconocimiento que los

gestores/instituciones, profesionales de enfermería de otros ámbitos de trabajo, equipo interdisciplinar, familiares/usuarios y de la sociedad en general, les transmiten.

Identificación de los profesionales desde las instituciones.

El discurso de los gestores.

Existe una valoración ambivalente, por un lado consideran importante la especialidad en criterio de demanda social y sin embargo, los criterios de valoración de éxito de una unidad, no atiende a las necesidades de cuidados requeridos por los mayores, por ejemplo el indicador de estancias medias. Esta situación hace que se perciba el servicio de geriatría y a todo el equipo que en él trabaja, como el recurso que facilita una mejor estadística en las unidades de agudos.

Aquí le dan mucha importancia a geriatría, se va a poner una consulta exclusivamente del enfermo pluripatológico geriátrico, va a estar una enfermera exclusivamente para eso, va a ser la interlocutora en este hospital y los centros de salud, en este hospital se le da importancia”, por otro lado el mismo informante hace la siguiente apreciación “está mal decirlo, también lo dice el Bocyl (Boletín Oficial de Castilla y León), se miran mucho los números, la estancia media... muchísimo la estancia media... en cuanto lleva unos días en unidad de agudos se desplaza a la unidad de geriatría. (Inf.5)

Procedemos de una historia donde las competencias profesionales no siempre se respetaban en la definición de los puestos de trabajo. Existía, no tenemos datos de si todavía existe, la creencia de que las enfermeras podían hacer de todo en cualquier momento, sin reconocer la necesidad de formación específica, a pesar de estar demostrada su eficiencia en el abordaje del cuidado de los ancianos.

Hemos mejorado la situación, pero hay que recordarle (al gestor) que la enfermera es la enfermera y la auxiliar es la auxiliar, ¿a ti te gusta que la señora de la limpieza venga a ponerte una sonda nasogástrica? no equivoques a las familias, ni al residente, la imagen que proyectas es importante, hace tiempo que esto cambió... la enfermera ha dicho esto no lo hago. (Inf.3)

Cuando empezamos había menos residentes, la enfermera no tenían una labor solo de enfermera, colaboraba en recepción, con el trabajo de auxiliar, poco a poco se ha ido creando el puesto como tal, se ha centrado, ahora si tiene su despacho, tiene su trabajo. (Inf. 4)

Creo que no nos ha entrado lo de las especialidades, no nos parece que tenga un ámbito tan específico, nos sigue pareciendo que cualquiera puede tratar a un viejo. (Inf. 6)

Yo creo que somos los grandes olvidados, los parientes pobres de la sanidad, siempre por detrás del resto de las especialidades. Si hubiese habido interés, habría unidades de geriatría en todos los hospitales generales. Se ha demostrado a lo largo

de los años que la intervención geriátrica consigue su eficacia y eficiencia en el abordaje de los ancianos, con una optimización de los recursos sociosanitarios. (Inf.18)

Alguno de los gestores percibe que para los profesionales de enfermería, las habilidades técnicas son prioritarias y observa poca implicación en los cuidados relacionados con el bienestar del mayor. Sería interesante abordar esta percepción con un estudio detallado sobre los factores que condicionan esta apreciación, las enfermeras ¿realmente priorizan las técnicas? o ¿es lo que queda reflejado por el tipo de registros de la institución?, ¿la organización del equipo sanitario les permite participar activamente en cuestiones que no son meramente técnicas?.

Creo que las enfermeras están perdiendo un papel que es importante, porque se está tecnificando de una manera que lo que le gusta es la técnica y no el contacto... es una percepción que todos tenemos del papel de la enfermera en los centros y en la sociedad. Profesionales formados universitariamente con una metodología de trabajo buena, con un nivel de preparación excelente, que huye de la implicación más allá de lo estrictamente clínico. Esa parte de la felicidad o del estar bien o de tener un proyecto de vida o de que le atienda según la persona quería, esto queda un poco fuera. (Inf. 9)

Falta dar un paso adelante y querer innovar, querer hacer... más allá de probar un fármaco en la cura de las escaras, faltan cosas muy muy importantes, que no están en lo clínico y que la enfermera tiene capacidad para abordar y para hacer. (Inf.9)

El discurso de las enfermeras.

Las enfermeras muestran en sus discursos una falta de reconocimiento por parte de los profesionales que ocupan niveles superiores de gestión en las instituciones, tanto en el ámbito sanitario como sociosanitario.

Hace poco dijo el Consejero de la Junta, en relación a sanidad y servicios sociales... como que para los cuidados, los del hospital estaban más preparados y nosotros total para los cuidados que hacemos... algo parecido. (Inf. 2)

(entre risas) Hace poco hemos tenido una reunión y nos han dicho que hemos trabajado muy bien, que hemos visto más enfermos que el año pasado... los números les cuadran... en un estudio de cargas de trabajo, geriatría era la que más carga tenía, sin embargo, la segunda enfermera no se puso en geriatría... alguien de los gestores consideró que los pacientes geriátricos eran crónicos, pensé... no sabe nada... Lo saben pero no les interesa "reconocerlo" y menos en estos tiempos... saberlo lo saben, reconocerlo así en la intimidad entre dos lo pueden reconocer, en los hechos no. (Inf. 7)

No nos ven, nos ignoran... somos los otros, no existimos... nos tienen olvidados a la enfermería y a toda la geriatría, a todo el equipo... no lo quieren conocer. (Inf. 8)

La gente ha aceptado la especialidad, lo ve como algo positivo, pero luego a nivel de ámbito superior yo creo que no se está dando la importancia que se le puede dar. (Inf. 14)

Se nos exige demasiado... la enfermería es un poco "chica para todo"... no se valora lo suficiente, no es reconocido suficientemente lo que realmente da de sí... entonces es realmente duro, es muy duro. (Inf. 17)

La geriatría sigue sin tener el reconocimiento que se merece, ni la sociedad en general, ni las asociaciones de mayores, ni los profesionales sanitarios, ni los políticos nacionales ni internacionales han conseguido darle el valor justo. Sigo pensando que es la gran olvidada es el "ama de casa de la sociedad", siempre a la sombra, poco reconocida, pero con una labor necesaria e imprescindible. (Inf. 18)

Esta percepción de privación de reconocimiento se justifica con la escasa motivación mostrada por las entidades responsables, a la hora de desarrollar la formación de profesionales especializados en el cuidado de los mayores.

Actualmente te digo que no, cuando empezamos nosotros... sí quisieron apoyar la docencia de la especialidad de Enfermería Geriátrica, nos embarcamos con el apoyo de la dirección, hubo cambio... y se me ha dicho eso de que "ante todo la asistencia" Prima lo asistencial, si hay que quitar la docencia EIR... la orden es al 50% de residentes... después de todo el esfuerzo. (Inf. 12)

Me pareció importantísimo y una buena noticia la especialidad de Enfermería Geriátrica, porque creo que es necesaria esa visión que las enfermeras generalistas no tienen... pero ahora mismo no hay interés ni por parte de las direcciones donde se está impartiendo la formación como es el nuestro, no hay interés por parte de las Comunidades Autónomas, no se ha aumentado, al contrario se ha reducido Tampoco ven la rentabilidad de tener personas formadas, pero es que tampoco existe interés por parte del Ministerio. (Inf. 13)

Estamos hablando simplemente que se valore en una bolsa de trabajo, a la hora de tener que coger a una persona que tenga la especialidad. (Inf. 12)

...en el 87 había poco interés, yo creo que los políticos a veces sacan decretos por cubrirse las espaldas y según que colectivo se callen, no creo que hubiera mucho entusiasmo por la especialidad y la prueba es que se quedó durmiendo en un cajón. (Inf. 16)

Cuando se percibe un reconocimiento es a nivel personal no como colectivo.

Sí nos sentimos reconocidas, pero es a su manera, él lo ha dicho no te voy a decir que bien lo estás haciendo... Hemos mejorado la situación laboral... la distribución de tareas costó mucho, procedía de una historia de residencia en el pueblo donde hacían de todo. (Inf. 3)

...es difícil, si fuese una especialidad, más reconocimiento puede ser... yo creo que aquí no nos iba a cambiar mucho. Yo personalmente no me quejo, lo mío ha sido subir, subir, subir, hemos adquirido reconocimiento, se han puesto las cosas en su sitio. (Inf.1)

El discurso de profesionales no enfermeros.

Coinciden con las aportaciones que hacen referencia al poco reconocimiento de la geriatría por parte de las instituciones.

Comencé hace 32 años con la geriatría, me gustaría decir que ha aumentado mucho el cuidado del enfermo anciano, pero no, las instituciones a veces no han sido sensibles a las necesidades de este grupo... La escasa representación que para las autoridades sanitarias tienen el grupo de personas de edad avanzada, no ha estimulado el crecimiento de la especialidad, es más hay Autonomías en este Estado actual que no tienen la especialidad de geriatría contemplada en los propios hospitales... como servicio de geriatría. (Inf. 19)

Los gestores miran probablemente el gasto que originamos más que otra cosa... somos muy medidos con nuestro gasto (entonces los gestores ¿tendrían que apreciaros mucho?) (risas)... en el fondo igual nos aprecian, lo que nos gustaría es que demostraran ese aprecio (risas) no hay grandes inversiones en estructuras... sobre nuestras necesidades de atención en este tipo de enfermos. (Inf. 19)

Identificación de los profesionales de otros ámbitos de trabajo.

Destaca la unanimidad de los discursos, todos manifiestan la percepción de desvalorización, tanto entre los profesionales asistenciales, docentes como gestores. Nuestros informantes perciben que se tiene mayor reconocimiento en aquellos servicios donde el desarrollo de las competencias técnicas es más manifiesto y además, creen que se llega a cuestionar, por parte de las enfermeras que no trabajan en el ámbito de la geriatría, los conocimientos que se precisan para trabajar con los mayores. Los informantes por el contrario valoran que en el cuidado de los mayores se desarrolla “*la esencia del cuidado*”. Vamos a diferenciar las opiniones sobre el reconocimiento que perciben según los ámbitos de trabajo.

Sobre los profesionales que trabajan en el ámbito sociosanitario.

Creo que las enfermeras de la residencia... éramos algo aparte... diferente, pero no para bien ¡ehhhh!, sino ¡estás cuidando abuelos! (tono despectivo), me lo han dicho muchísimas veces... incluso enfermeras-compañeras, que como eres enfermera geriátrica, eres menos... seguimos un poquito como lo último. Te dicen que sabes menos, que “no te has movido para nada”, “no has querido coger más conocimientos”, piensan que no aprendes más, eso me lo han dicho a mí. (Inf.1)

No nos valoran el resto de compañeras enfermeras, infravaloran el papel de enfermería en una residencia o en la planta de geriatría, creo que te ven peor en una

residencia... es como si eres menos, incluso. Se consideran más por trabajar en otros servicios, se limitan mucho a que he realizado unas técnicas extraordinarias en UCI, urgencias, el trabajar en una residencia para mayores sería como última instancia, te lo expresan así, me lo han dicho "cualquier cosa menos una residencia", lo último. (Inf.3)

Como somos servicios sociales... parece que somos de "tercera regional", esa es la sensación, a compañeros les cuentas que trabajas en una residencia y te toman un poco (con sorna) ¿tú estás en una residencia? como con un poco de desprecio, un nivel inferior a ellas... están realizando más técnicas... parece que es más profesional, nos miran por encima del hombro... te miran como diciendo está ahí, porque no tienes otra salida. (Inf. 2)

Hasta ahora no están teniendo el reconocimiento que se debería, hasta hace poco la enfermera que trabajaba en una residencia de ancianos, era considerada por otros compañeros nuestros, era considerada la última cosa. Pensaban que trabajar en la residencia de ancianos era la última opción, antes estaba el hospital, quizás por los aspectos técnicos. (Inf. 14)

Percepción desde el ámbito de la atención especializada, unidades específicas de geriatría.

Siempre cuento una anécdota, cuando me preguntaron a los poquitos años de acabar "y tu majo ¿dónde estás?" estoy trabajando con mayores, ¡qué pobre ¿no has podido elegir otra cosa?! Es algo que llevamos a gala algunos, seguramente sí, porque tenía buenas opciones para elegir, pero entiendo que es una circunstancia muy positiva... hace abstinencia de técnica, que también las utilizas, pero menos y utilizas la esencia más pura del cuidar. (Inf. 15)

Está mejor visto urgencias, cuidados intensivos, hay que reconocer que la bolsa de trabajo está enfocada a sitios muy concretos... no lo ven como enfermos pluripatológicos... sigue siendo así desgraciadamente. (Inf. 5)

La visión es como de segunda categoría, lo percibimos... tienen una visión de nosotras, como... primero como que somos menos expertas... que nuestro trabajo es menos importante... te hablo a nivel hospitalario, date cuenta que las unidades del hospital general son muy técnicas y claro la enfermera de geriatría es como la menos técnica de todos, porque lo que da son cuidados, realiza en teoría menos técnica, que no es cierto, pero tienen una visión como que somos menos... menos enfermeras. (Inf. 13)

El prestigio se asocia a tecnología, hoy por hoy sí, el número uno donde la enfermera quiere estar es en el hospital, el ámbito sociosanitario queda en un segundo escalón. (Inf. 9)

Percepción del reconocimiento de la asistencia geriátrica en general.

“Sigue siendo la gran desconocida... geriatría bueno... parece que buenooooo, creo que no está reconocida, ni por parte de las enfermeras yo creo que no. (Inf. 8)

No puede haber reconocimiento cuando hay un gran desconocimiento sobre esta labor, concretamente si hablamos de unidades de geriatría, se desconoce su funcionamiento, pero no solo por la sociedad en general, también por parte de los gestores y lo que es peor, por otros profesionales sanitarios. (Inf. 18)

En este punto no hay discrepancias, todos los profesionales sin importar el ámbito de trabajo, expresan la misma experiencia, la falta de reconocimiento por parte de las instituciones y de los profesionales que en ellas trabajan. Mayoritariamente justifican esta falta de reconocimiento por ser servicios donde lo prioritario es el cuidado de la persona y no tanto el cuidado altamente tecnificado.

Identificación por los miembros del equipo interdisciplinar.

Mayoritariamente se sienten reconocidas, si bien matizan que es algo que se ha ido incrementando con el tiempo, relacionado con el desempeño diario, que les ha permitido demostrar su valía profesional o incluso lo relacionan con el factor “suerte” de tener compañeros de equipo que les reconocen. Esto nos plantea de nuevo la pregunta de si el reconocimiento es individual de la persona que ocupa el puesto en un lugar determinado y no del colectivo de enfermeras expertas en el cuidado de los mayores. Las reflexiones de los profesionales de enfermería transmiten esa necesidad de demostrar día a día su valía.

Para que te valoren, tú te tienes que hacer valer y tú tienes que demostrar a nivel de equipo que puedes y sabes, no se presupone, hay que demostrarlo, en el equipo es fundamental que lo sepas demostrar. Creo que la formación sí influye en un mejor reconocimiento. (Inf. 10)

...yo creo que si hay bastante valoración, te conocen y saben lo que haces, están conviviendo contigo, están viendo... (Inf. 1)

Porque nos conocen... (Inf. 2)

Del equipo de aquí, que conoce la labor de la enfermería geriátrica, sí saben y está valorado... (Inf. 3)

Creo que sí, yo por lo menos sí me siento... pienso que sí que nosotros hacemos nuestro trabajo... pero yo me he sentido reconocida. (Inf. 8)

Está costando el reconocimiento de una unidad multiprofesional, está costando. Al principio tuvimos rechazo, una negativa total por parte de los geriatras... Finalmente incluso se nos ha reconocido nuestra capacidad de poder llevar a cabo esta formación con éxito, en el primer momento era de que pensaban

que las enfermeras no tenían capacidad para formar a otras enfermeras, ni para sacar adelante una unidad docente. (Inf. 13)

Hay de todo en el trabajo diario, hay que luchar, hay que abrirse un hueco y hay siempre... más que abrirse un hueco hay que demostrar cada día y cada día hay que pelear, tanto con unos como con otros. (Inf. 17)

La visión que nos han ofrecido los gestores, docentes y geriatras, no difiere del enfoque aportado por las enfermeras asistenciales, si bien hay narraciones que matizan este reconocimiento.

Tenemos la suerte de tener geriatras que le dan mucha importancia a las enfermeras... están reconocidas, están muy reconocidas, valoran la labor de enfermería... los geriatras reconocen mucho a las enfermeras, reconocen más a las de geriatría que a las enfermeras del hospital de agudos, mucho más. (Inf. 5)

Creo que el resto de profesionales, excepto los trabajadores sociales que sí que tienen una valoración más positiva, el resto de las profesionales no tienen tampoco... pues una enfermera más de una unidad más. (Inf. 6)

Reconocimiento muy alto, porque son buenos profesionales en el ámbito que se les deja, que es el ámbito sanitario clínico, muy bajo en la participación, implicación en lo que no sea estrictamente sanitario. (Inf. 9)

Creo que muy segundón de técnicas, aunque siempre se ha apoyado. Es curioso mi jefe y por tanto su escuela, siempre tenían la consideración de que ellos iban al mandato de lo que las enfermeras iban dictándole, porque quien estaba y establecía esa relación de continuidad con los mayores, estoy pensando especialmente en el plano de las residencias o de los centros de larga estancia, quien marcaba las pautas era la enfermera, el médico actuaba un poco a estancias nuestra. (Inf. 15)

El personal de enfermería es una pieza clave e imprescindible en el equipo interdisciplinar. Se encarga de poner en marcha y materializar el plan de cuidados, realiza su propia valoración identificando nuevos problemas y previene la aparición de otros. Ejerce también una labor educativa con el propio paciente y también con los familiares/cuidadores. Siendo a veces el único interlocutor con la familia. (Inf. 18)

La verdad estamos un poco lejos en la sensibilidad de nuestros propios compañeros, pasa en muchos sitios. (Inf. 19)

Identidad, reconocimiento de las familias/usuarios

Los profesionales sienten que los cuidados que prestan a los mayores son reconocidos por estos y sus familiares, ponen de manifiesto las numerosas muestras de agradecimiento que reciben, por ejemplo las cartas publicadas en los diarios locales. También hay discursos que se cuestionan ¿por qué este reconocimiento? por los conocimientos científicos de las enfermeras o

por la forma de interactuar con los usuarios. Hemos visto anteriormente la importancia que las enfermeras geriátricas le otorgan al cuidado del bienestar, la seguridad y la autonomía, aspectos muy valorados por los beneficiarios según estudios recientes^{730,731}. Los siguientes testimonios son una muestra de este reconocimiento.

Sí... a mí me pasó hace poco un caso de una residente, ella ya no me identificaba, ya no sabía mi nombre, pero sabía que cuando tenía problemas tenía que ir a este despacho, mi cara, no sabía cómo me llamaba, pero sabía quién era. (Inf.2)

Te puedo enseñar miles de cartas... por las cartas de reconocimiento de la familia nos han propuesto para el reconocimiento sanitario, nos han dado otro premio a la unidad. Te escriben unas cartas... te ayudan, te dan las gracias por el apoyo, porque les has ayudado en los momentos más duros, por estar allí con ellos... hace dos días dos seguiditas. Creo que sí valoran porque la enfermera se implica... yo creo que la familia y el enfermo son muy agradecidos a la enfermería geriátrica que está humanizada. (Inf. 12)

En geriatría cuando ha habido algún familiar hay muchas cartas de agradecimiento en los periódicos, tanto en la prensa local como en el boletín que tenemos nosotros, hay mucho reconocimiento y hay más reconocimiento a nivel de geriatría... hay muchas cartas de agradecimiento, perciben la atención y la formación que se le da a la familia... si se les conoce se valora. Fíjate en los agradecimientos cartas al director y las placas que traen. (Inf. 5)

Creo que en general el paciente, el anciano, la familia... ven que existe una enfermera referente a la que pueden dirigirse, a la que pueden contarle la situación en la que se encuentra su padre, su familiar, su ser querido y el paciente ve que no existe una sola... no hay una sola actitud meramente asistencial de pinchar, analítica, sino que ven en esa enfermera especialista con la que puede contar para su día a día... el trato, estar con ellos, conocer cuáles son sus preocupaciones... es vuelta siempre a la integralidad. (Inf. 14)

Te reconocen, no sé qué parte exactamente, si más el conocimiento o más el trato adecuado a las personas mayores. (¿No va todo implícito?) ¡Ay! no lo sé, calcula que nuestra leyenda negra de la enfermería es "que chicas más agradables, más simpáticas o más cercanas o más empáticas con nosotros" y cuando solo lo ponen en esa clave, a mí me da rabia, digo más científicos, más sabemos hacerlo porque nos hemos formado, quiero pensar que sí, no me quiero quedar solo con la esfera de que agradables erais o que buenos. Me falta esa parcelita de reconocimiento de mis propios compañeros, para cuidar viejos además de querer hay que saber y esa es la parcela que después de 25 años, todavía a veces me pregunto si la estamos conquistando, que ha cambiado indudablemente, que ya no somos unos estrambóticos que ¡¡bueno...!! están ahí cuidando viejos" (Inf. 15)

Yo creo que la imagen es buenísima, a los usuarios no hay más que verles hablar, hablan de geriatría, entonces algo tiene que haber, un trato especial tiene que haber. La enfermera que lleva la consulta de geriatría, es increíble el reconocimiento que tiene por parte de los pacientes geriátricos y los familiares... con la primera persona con la que hablan es con la enfermera y tiene un reconocimiento muy específico por parte de la gente. (Inf.6)

Cada vez hay más ancianos, cada vez hay más familias que en un momento dado necesitan ayuda para cuidar a estos familiares, a veces muy deteriorados y entonces se dan cuenta del verdadero papel que estamos haciendo, de lo importante que somos para ayudar a esta familia y a estas personas mayores a terminar con esta vida en el tiempo que sea, largo, corto en buenas condiciones. Entonces valoran lo que somos, pero si no se encuentran con la tesitura de darnos a un familiar suyo para que les ayudemos en este proceso, como los demás no nos publicitan, porque no interesa son pocos los que nos conocen. (Inf. 16)

Ahora creo que nos valoran, la gente con la que me muevo las familias de los residentes yo creo que sí, valoran nuestro trabajo, estamos reconocidas, no sé si alcanzan a saber hasta dónde llega nuestro trabajo. (Inf. 17)

Una gran mayoría de pacientes que ingresan en esta unidad y también sus familiares, vienen con miedo, consideran esto como la “antesala de la muerte”, la opinión cambia cuando la conocen. (Inf. 18)

Te digo una cosa, que nos ocultan a veces las direcciones, las encuestas de satisfacción de los enfermos o los representantes de los enfermos, son de muy buen resultado... te felicitan entonces crees que estás haciendo las cosas bien, no nos engañemos geriatría es una especialidad que cursa con mortalidad... el conjunto del equipo lo que hacemos es tratar al enfermo como se merece, eso es muy importante, produce satisfacción, bueno las enfermeras yo creo que algunas tienen a veces como diría yo, unos picos de insulina tremendos, por los pastelillos y cosas que les regalan en agradecimiento las familias. (Inf. 19)

El reconocimiento a las aportaciones realizadas por las enfermeras, especialmente destaca la educación sanitaria basada en el conocimiento específico que posee la enfermera y que ayuda a mejorar la calidad de vida de las personas cuidadas y sus familias, es destacado por distintos informantes.

Creo que valoran... es más la gente que quiere una enfermera, pero que seas enfermera y que tengas tus conocimientos... la relación en cuanto se dan cuenta por dónde van los tiros, de que sabes... es distinto. Te valoran mucho más y lo demuestran. (Inf.1)

Tienes recompensas... mucho reconocimiento en general... la verdad es que las muestras de cariño... mira ahora hay una señora ingresada, yo a la hija la conocía de otros ingresos... me dijo ¿me reconoces?, le dije que sí y ella me dijo ¡qué bien me ha venido! ¡me ha servido de base para cuidar a mi madre! unas recomendaciones... cuando le pase esto dale esta dieta, intente ponerla de pie, llévele una vez al día al baño... ¿tú sabes lo que lo agradecen? les facilitas un poco la vida. (Inf. 7)

El reconocimiento por parte de los usuarios y la familia, bien desde el momento que te ven como alguien que les presta una ayuda, enseguida te dicen: pues qué bien que tenemos esta oportunidad. Yo si me veo reconocida cuando me dicen “gracias a que me enseñasteis aquello” o te piden opinión, esta enfermera, vamos a preguntarle porque seguramente nos soluciona esta duda, incluso de temas delicados, cuando hablamos de la muerte... “de verdad aquello que me dijiste aquel

día lo que me sirvió y lo bien que me vino"... la gente reconoce porque necesita bastante ayuda, les enseñamos a cuidar a los mayores en muchos sentidos... (Inf. 10)

...cada vez nos conocen más, porque como cada vez hay más ancianos volvemos al círculo, hay más familias que han entrado en contacto con nosotros, que ahora el contacto no es tener a tu padre o a tu madre o tu tío o quien sea en la residencia, sino que ya las ves algunas enfermeras en equipos de soporte en los centros de salud, que ya ves las enfermeras de UFIS, que cuando tienes a tu padre ingresado y pasa el neurólogo o el trauma y te dice "usted se puede llevar a su padre a casa", dicen en la situación que está ¿qué hago?. Y una enfermera te hace una valoración real de la situación, en qué condiciones vive y empieza a darte alternativas para poder atender a tu padre. Es el primer contacto con la enfermera geriátrica de verdad y entonces empieza a darle el valor que tiene, que alguien le ayude... (Inf. 16).

En ocasiones, las familias mantienen una postura ambivalente en cuanto al reconocimiento de las enfermeras y así lo expresan los profesionales.

Hay que distinguir las personas que han tenido problemas, te piden ayuda como especialista, te piden consejos, hay como dos partes las personas que piden ayuda y consejo... y otras que les da igual, que no te reconocen. También hay un poco de ambivalencia Ellos quieren soluciones en el momento, cuanto menos les molestes mejor. Sí, luego colaboran y están agradecidos de nuestras actuaciones, puedes ver que por una parte muy bien pero por otra parte que incluso celos, es que ellos dicen que están en su casa. Puedes hacer 99 bien, pero como hagas una mal, esa una... (Inf.2)

La informante 3 también está de acuerdo con esta visión ambivalente es que es un poco de controversia también, no te lo valoran pero para ellos somos necesarios.

Los familiares, poco a poco según van llevando tiempo se dan cuenta de la importancia que tiene la enfermera, ya hay temas que no esperan a que venga el médico..., los residentes ahora saben de su labor, yo creo que las consideran imprescindibles, enseguida ¡la enfermera! ya demandan y quieren que les vea la enfermera... (Inf.4)

Creo que las familias que nos conocen sí, van lo primero a tí, si llaman por teléfono ¿me pasas con la enfermera? Para que me diga cómo está mi padre o... no preguntan muchas veces por el médico... la familia te recurre a ti la primera. (Inf.3)

Reconocimiento por parte de la sociedad.

Al preguntar por el reconocimiento que perciben de la sociedad, destacan que la visión varía según se trate de personas que han estado en contacto con los servicios de atención al mayor o no. Se perciben de nuevo los prejuicios que ya hemos valorado en el concepto que la sociedad tiene sobre los mayores en general, ahora trasladados a los profesionales o las instituciones donde se les prestan servicios sanitarios o sociosanitarios.

Yo creo que no todo el mundo... yo creo que no, no, no lo sé, pero creo que la gente, puede estar agradecida de que haya instituciones, sean residencias públicas o privadas, pero yo creo que no te llegan a reconocer de verdad. (Inf. 3)

La misma sociedad, si trabajas en una residencia, todavía muchos mayores siguen con lo de asilo, van allí las personas que no tienen recursos o que la familia no quiere tener, entonces tiene que cambiar mucho. La sociedad hasta ahora es así, puedo estar equivocada, pero creo que a la sociedad lo que le importa es el hospital, luego primaria y luego las residencias. (Inf. 2)

La sociedad no le da valor al trabajo que hacen las enfermeras o las gerocultoras o las auxiliares que cuidan a los ancianos. Años atrás incluso y eso se decía... se consideraba que era como un castigo, como no servían para otra cosa, total para cuidar ancianos, da lo mismo (Inf. 16)

La gente que está en contacto con nosotros, que por algún motivo se han relacionado, agradecen la atención o los cuidados que hemos dado y nuestra tarea cotidiana, pero a nivel general en la sociedad yo no lo tengo muy claro, yo creo que no... Creo que no existe una identidad definida de la enfermera que cuida al anciano... creo que la sociedad ni siquiera se plantea nuestra existencia... cuando yo digo trabajo en... ¿Dónde? ¿En un hospital geriátrico? ¡Ahhh estás en una residencia de ancianos! no, estoy en un hospital geriátrico, es un hospital pero que se dedica solo a ancianos, ¡ahhhh! pero ¿eso existe?. (Inf. 13)

El concepto que se tenía, no te digo de asilo, pero el concepto que se tenía de las residencias sociales donde parece que aquello era... hay estereotipos... son enfermeras de segunda, ahí como de cementerio de elefantes, que hacen muy poco y resulta que en el momento que tu llegas, aparte de ser gratuito, no es real y no sé porque se sigue manteniendo ese discurso. (Inf. 11)

Según los testimonios recogidos, actualmente no se diferencia a los profesionales de enfermería geriátrica, son desconocidos, invisibles para la sociedad y exteriorizan la existencia de estereotipos negativos sobre los cuidados de los mayores. No hay una imagen, un ideario que les identifique. Como dice Jerónimo Romero-Nieva, presidente de la Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería, parece obvio que nuestra proyección en la sociedad, tal vez por nuestra indefinición o por nuestra variabilidad, aún es percibida más como dependiente que como colaboradora y en su caso autónoma, aún queda un tramo del camino hasta conseguir proyectarnos de modo que se nos visualice como entidad diferenciada y necesaria⁷³².

La mayor parte de la gente no sabe que es enfermería geriátrica, tu eres enfermera y ya está ¿sabes?. (Inf.1)

Como ¡qué horror! muchas veces te dicen buff... ¿dónde trabajas? en geriatría, buff... qué horror, trabajar en geriatría, tiene que ser horroroso. (Inf. 10)

Creo que no está reconocido. Yo creo que la sociedad la reconoce a nivel de la consulta, pero no como un reconocimiento de la enfermera que es capaz de tratar a estos pacientes, igual que le podría tratar otra enfermera. (Inf.6)

Creo que a nivel social no está reconocida. Yo creo que es la gran desconocida... ¡va... geriatría! ¿viejos, no? (con tono despectivo). A mí me preguntan pero tu donde trabajas y yo les digo a ver, mayores de 80 años -¿y cómo aguantas eso?- ¿Eso qué? -yo digo a ver qué hay de 90 años que van con su móvil, que de eso tengo también, es la gran desconocida, igual se tenía que pasear alguien (risas)... creo que falta información a nivel social para que sea reconocida. (Inf. 8)

Realmente perciben mal, de forma distinta, mal el grupo poblacional de los ancianos, te dicen ¿tú, eres enfermero de geriatría? Buenoooooooo... todo el día con los abuelos, que si uno se orina, que si otro no come, la imagen del anciano está infravalorada. (Inf. 14)

La enfermera que cuida a los mayores desde el ámbito sociosanitario es de 2ª B, seguimos todavía en un modelo de atención donde lo estrictamente sanitario, prima sobre lo estrictamente social. (Inf. 9)

En la misma sintonía y con el mismo ritmo que los mayores en la sociedad, en esta sociedad... Con el mismo calado, no destacamos, no somos una especialidad de boato, somos más bien profesionales que se les reconoce por su parcela más vocacional, que la de pura profesionalidad o de saber hacer... (Inf. 15)

Se considera que para cuidar mayores no hace falta saber, hace falta querer, entonces ahí está la clave y ha sido siempre un poco lo que hacía tradicionalmente la familia ¿para qué necesitamos un especialista?. (Inf. 13)

Yo creo que la geriatría siempre ha estado muy poco valorada y bueno estar en una... ya la ves (se refiere al servicio de enfermería) estamos allí escondidos, en un sitio muy recóndito, casi, casi hay que buscarlo para encontrarlo... (Inf. 17)

Se tiene la esperanza de que en el futuro, tras el desarrollo de la especialidad, será más fácil que la sociedad “visualice”, identifique y valore a los profesionales con un modelo humanístico en el cuidado de los mayores⁷³³, según especifican las siguientes narraciones.

Creo que la valoración social va a ser, va a ser, no puede serlo porque no hay número suficiente de especialistas, solo van a terminar 11 el año que viene, son muy pocos todavía para que se les vea, pero yo creo que va a ser mejor la de los especialistas. Se les va a ver una finalidad: que es el pie de cama, a pie del cuidado. (Inf. 11)

Reconocimiento... un reconocimiento a una siembra de trabajo que tiene marco de especialista, que un generalista no llega a abarcar en su totalidad y que sin embargo, entendemos y creemos, por ello hemos trabajado muchos años, que la especialidad te da ese marchamo de llegar a la totalidad o por lo menos a planificar la totalidad de la atención que dispensaríamos en cualquier momento a las personas de edad. (Inf. 15)

Medidas como las adoptadas en el último Congreso de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, celebrado en Valladolid los días 25 y 26 de abril del 2013, pueden contribuir a una mejor visualización de los especialistas en enfermería geriátrica. En el marco del encuentro de Unidades Docentes y Especialistas de Enfermería Geriátrica, se acordó que al haber ya especialistas en el área de enfermería geriátrica es necesario desarrollar los perfiles profesionales, compromiso que han adquirido los especialistas de la SEEGG, como se transmitió en la lectura de conclusiones del XX Congreso de la SEEGG.

Autopercepción.

En esta subcategoría, analizamos las aportaciones realizadas por los informantes, a las preguntas sobre cómo justificarían la necesidad de enfermeros especialistas, ante los gestores de sus centros y ante la sociedad, se les proponía que pensaran que un periodista les daba la oportunidad de expresar en público que aportan a la sociedad. Según los testimonios, la opinión que tienen los profesionales sobre su aportación a la sociedad, difiere de la imagen que ellos perciben de ésta. Lo más discordante es la necesidad de formación, bien por medio de la vía de especialista, de máster o de experto a través de la experiencia y la formación continuada, que ellos argumentan como necesaria, si se quiere ofrecer un cuidado óptimo a los mayores.

Hacer por hacer no tiene sentido, entonces claro que tiene que haber conocimiento, adquirir unas competencias para el puesto que no puede hacer otro profesional. Ese es el conflicto que tenemos las enfermeras generalistas, creemos que hay algo que lo puede hacer todo el mundo, mientras las enfermeras o los especialistas no se encarguen de decir esto lo puedo hacer yo y nada más que yo, no estaremos haciendo bien el trabajo. (Inf. 11)

La capacidad, la habilidad y los conocimientos que tiene una enfermera no lo tienen otros, conlleva calidad... un especialista va a gastar menos recursos, yo lo miro mucho y en general todo el equipo, las decisiones son más acertadas, los resultados son mejores... (Inf.7)

Yo veo que la enfermería geriátrica es dar respuesta a esta demanda de la sociedad, con este número de personas mayores, que necesitan personas que sepan del proceso de envejecer para poder cuidar, para poder ayudarles a morir, lo que haga falta con los conocimientos que nos da la geriatría. (Inf. 16)

Un aspecto valorado reiteradamente, es la percepción de que una enfermera especializada puede mejorar la gestión de recursos y prestar unos cuidados más eficientes.

La idea básica es una enfermera empática que sepa lo que necesita el paciente, que sepa estar al lado del otro, que le sepa dar respuesta, pero que esta enfermera sea además la gestora de verdad de todos los cuidados, además sea la gestora del centro en el ámbito de la gerencia, económico, todo esto es lo que hemos pedido. (Inf. 16)

No puedo hablar solo de enfermedad, la vejez está influida por el entorno, por las ayudas que va a tener, por la movilidad... y para ello va a conocer los cambios de la vejez, el concepto de integralidad. Una mentalidad geriátrica, ayuda al bienestar y a recuperar o a mantener en las mejores condiciones a la persona mayor. Fijo que es rentable, voy a disminuir la estancia... va a disminuir el índice de caídas... Habiendo una enfermera que enseña y hace educación sanitaria, va a conseguir que no tenga que ir tres veces... El grado de satisfacción del usuario... va a haber más felicidad del usuario, de la familia y en definitiva de la sociedad, la sociedad va a tener una sonrisa con sus cosas. (Inf. 11)

Una enfermera especialista en geriatría te sabe hacer eso, gestionar los recursos que tiene... esa enfermera te va a suponer un ahorro, los pacientes van a estar contentos... va a suponer una buena gestión de todo, de cuidados de pacientes y va a repercutir en lo económico, va a saber gestionar la planta, se va a mejorar en la calidad de los cuidados y seguramente el coste general, no solo económico... va a ser mejor. (Inf.10)

Es la que está en mejores condiciones para hacer actividades formativas, dentro del equipo, es la que mejor puede gobernar el día a día, en cuanto a gestión de recursos. (Inf. 15)

Vamos a ahorrar dinero porque no se van a provocar una serie de complicaciones, que a la larga suponen mayor estancia hospitalaria, consumo de fármacos, consumo de tiempo hospitalario y mayores recursos, es decir, saldrían más baratos económicamente, porque la enfermería geriátrica se anticipa a los problemas, tiene una visión más global, intenta evitar inmovilizaciones, úlceras, síndromes geriátricos que a la larga empeoran la situación del anciano, suponen un mayor coste para el centro y para el sistema sanitario. (Inf. 13)

Una atención más eficiente... costo-eficiente, de calidad a los mayores en cualquier circunstancia, un especialista puede dar una visión y por tanto una ayuda más completa que un enfermero generalista a un anciano en situación de salud, en situación de fragilidad y a un anciano en situación de enfermedad ¿Cómo lo demuestro? Deme la oportunidad... Había en el sur de Francia unos prototipos, ellos demostraban que todo el trabajo lo realizaban enfermeras, no había ningún auxiliar, les era más rentable en cuanto a ubicación, recuperación y a cuidados, ellos llegaron al convencimiento de que pagando sueldos extras y teniendo profesionales generalistas, ya no estamos con especialistas, les salía rentable, les salía a cuenta la

atención era mejor y la atención es mejor, imagínate en una empresa privada, altas más precoces y en peores condiciones, ha habido valoraciones más completas, ha habido menos reingresos ¿porqué no vamos a hacerlo con especialistas?. (Inf. 15).

Sobre las competencias a desarrollar por la enfermera especialista en la atención gerontológica, las más destacadas, son las que hacen referencia al trabajo en equipo y a las actividades de prevención, que engloban desde la identificación de situaciones de riesgo hasta la prevención de situaciones derivadas de la fragilidad o de problemas de salud.

El tener formación aporta calidad a los cuidados, ayuda a prevenir complicaciones, a actuar en la situación que se esté dando, impedir complicaciones... los recursos... no sería posible sin una formación centrada en lo que el mayor necesita. (Inf. 14)

Se le atribuye a la enfermera el papel clínico, pero la enfermera tiene muchos más campos que no solo el clínico. (Inf. 14)

Yo creo que en el plano de la salud cuando existe y cuando falta o cuando se está en situación de fragilidad, seguramente la enfermera es quien más puede dar... (Inf. 15)

Sobre el trabajo en equipo destacan el rol de coordinador que podrían llevar a cabo estos profesionales, matizando que esto estaría condicionado por el nivel asistencial donde se trabaje.

Dependiendo del nivel asistencial por donde vayamos manejándonos, el papel de la enfermera va variando, aquí en ayuda a domicilio ella es la que hace el seguimiento de ese paciente, la que va dirigiendo, la que contacta con... Luego podemos pasar a niveles asistenciales diferentes, el protagonismo de la enfermera y el trabajo en equipo creemos que es básico pero ya no es tan fino como en asistencia geriátrica a domicilio. (Inf. 12)

Creo que puede ser la responsable de hacer sonar la alarma cuando hay un problema y articular como te decía, no voy a ser entrópico, ni buscar la exclusividad, creo que el equipo multidisciplinar tiene que existir, pero alguien tiene que empezar a lanzar misiones, a lanzar trabajos... y creo que ese papel, quizás por el perfil, quizás por nuestra formación, creo que lo desempeña a la perfección la enfermera. Creo que no lo podría hacer, como en muchos casos se ve otro profesional... tenemos conocimientos en habilidades y en técnicas que quizás otros no manejan... Yo creo que en el plano de la salud cuando existe o falta o se está en situación de fragilidad, la enfermera es quien más puede dar. (Inf. 15)

Creo que debería encargarse como enfermera de casos en geriatría, coordinando niveles asistenciales de geriatría, debe existir comunicación que cuando el paciente se va del hospital haya esa comunicación de un nivel a otro... en sociosanitaria, fuera una gestora, en primaria un programa del anciano que sea

seguido y evaluado, bueno una asistencia continuada por una enfermera especialista, claro, teniendo formación en geriatría. (Inf.14)

En función de los diferentes niveles asistenciales el papel de la enfermera se modifica y el peso del cuidado va cambiando. El peso en agudos es más específico hacia el profesional facultativo... vamos cambiando los niveles asistenciales el peso de la enfermera va subiendo y va disminuyendo el del médico, hasta llegar a la ayuda a domicilio que es donde más peso lleva una enfermera, en la UME (unidad de media estancia), creo que el peso se equipara... el nivel de atención es similar entre el médico y la enfermera. (Inf. 13)

La enfermera geriátrica aparte de cuidar, prevenir, tratar, hablar con el paciente, con la familia... a la familia me parece que es muy importante tratar con ellos, cuidarles, tratarles, animarles, enfocar los problemas, el enlace con el médico, entre los distintos profesionales... hace de mediador entre el paciente y el médico, entre la familia y el médico, entre la familia y el paciente, es una de las cosas que veo además de lo básico... el papel nuestro es muy importante. (Inf. 8)

Son los gestores de casos... esto es puro enfermero, yo creo que una enfermera geriátrica tiene que estar ineludiblemente en el equipo de valoración geriátrica, en ese rol que va gestionando los casos y dadas las características... la situación de la vejez, creo que tiene que haber una enfermera geriátrica en los equipos que visiten los domicilios. (Inf. 11)

Lo que pasa es que el equipo interdisciplinar lo tienes muy claro en la residencia, porque trabajas con los médicos, con la terapeuta, con el psicólogo... en primaria si yo soy enfermera consultora debo de estar dentro del programa de atención a la vejez. (Inf.16)

La enfermera es un poco en una residencia para mayores... al tener unos estudios y al tener unas referencias... nosotras somos las personas que estamos entre las familias, los residentes, la dirección, el médico, somos un poco el nexo de unión entre todos los estamentos, entre todas las personas de la residencia. (Inf. 17)

Se sienten expertas en cuidados crónicos.

Las enfermeras de residencia en cuidados crónicos somos más hábiles y tenemos más experiencia. (Inf.2)

El hecho de tener una formación tan amplia creo que aporta calidad a los cuidados... creo que las necesidades de esa población van en aumento y que debería existir una figura, la enfermera dedicada a que esas necesidades se puedan cubrir... no sería posible sin una formación centrada en lo que el mayor necesita. (Inf. 14)

Otra competencia, como la responsabilidad del respeto al mayor y su familia, ayudándoles a superar dificultades, ajustándose a los principios bioéticos, está presente en las narraciones de los profesionales.

La enfermera en especializada (hospital)... no tienes independencia para muchas cosas... ahora tenemos algo más de libertad, nos costó... hemos ido hablando y proponiendo... mira un caso -una compañera nuestra- su madre se estaba apagando como una vela y no lo veía o no quería ver, se le había propuesto varias veces sedación y ella que no, que no, que no... entonces llegó un momento... estuve hablando con ella antes de llamar al médico, le hice ver un poco la situación en que estaba su madre y le dije toma la decisión que quieras, pero piénsalo, le expliqué todo, esas cosas no se hacían o no nos atrevíamos hacerlas, yo ahora sí. (Inf. 8)

Creo que debe ser la defensora de los mayores, en muchas ocasiones tiene que ser la voz que diga ¿Qué estáis haciendo? ¿Qué estamos haciendo? parar y plantear lo que está ocurriendo, a veces hay un ensañamiento terapéutico... Muchas veces la enfermera es la que tiene que tener esa parte de humanización. (Inf. 13)

La atención integral está presente en todas las narraciones, de hecho cualquier descripción sobre la atención del mayor, como ya hemos analizado anteriormente, se halla enfocada como un tipo de atención que debe abarcar las dimensiones físicas, psíquicas y sociales, por parte de los profesionales que les cuidan.

Ves la esencia del cuidado... creo que es la forma más bonita, no vayas buscando sofisticación, ni grandes... hay que saber, tienes que tener un buen diagnóstico, tienes que conocer en profundidad, qué se hace, cómo se hace, para un grupo tan especial. Sobre todo, cómo los cuidados básicos dependen del contexto en el que estés, cambia muchísimo según el contexto, en el hospital tengo que salvar como en cualquier otro grupo de edad, en una residencia le tengo que decorar aquello para que sea su vivienda, yo creo que es una forma muy bonita de cuidar y como cuidadores profesionales a mí me da la sensación, que puede ser quizás de lo más gratificante... Tienes que estar muy bien formado por una parte y luego tener periódicamente procesos de barnizado. (Inf. 15)

Va a saber cuidar mucho mejor, lo primero un cuidado integral te va a realizar una valoración en todos los aspectos y te va a atender a ti como persona, valoración integral de ese paciente. (Inf. 10)

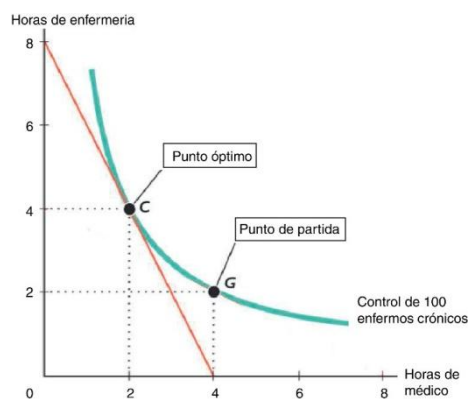
La percepción y la forma en que los profesionales explican las razones por las que justificarían la contratación de enfermeras especialistas en geriatría, coincide con las competencias establecidas por la Sociedad Científica de Enfermería Geriátrica y Gerontológica para el cuidado de los mayores, relatadas al analizar los cuidados enfermeros durante el proceso de envejecimiento y su influencia en la calidad de vida. Destacan como hemos analizado en las narraciones, la necesidad de una formación específica y continuada a lo largo de la vida profesional, la toma de decisiones avaladas por la evidencia científica, el establecimiento de planes de cuidados basados en la aplicación de una metodología que incluya la valoración integral e individualizada, como base para prestar unos cuidados eficientes, es decir conseguir los resultados más óptimos para cada situación con una adecuada gestión de los recursos existentes, tanto de tiempo, de material, pruebas diagnósticas o de control, el uso de los

distintos niveles asistenciales, estancias en instituciones sanitarias o sociosanitarias, económicas, etc. La pertenencia a un equipo interdisciplinar que facilite la atención integral, donde la enfermera puede y debe asumir el rol de coordinadora, especialmente en los niveles de atención y seguimiento de las situaciones de cronicidad. La prevención y disminución de riesgos clínicos, la educación sanitaria, la atención en situaciones de fragilidad, cronicidad y pluripatología, siempre respetando los principios bioéticos. No encontramos la descripción que narran otros estudios sobre características como ser discretas, pulcras, amables, etc.⁷³⁴

Sin embargo, esta autopercepción de las aportaciones enfermeras en la atención interdisciplinar de los mayores, no coinciden con la percepción que de ellas se tiene desde otros ámbitos asistenciales, hacen constantemente referencia a las enfermeras que desarrollan su función asistencial en unidades de agudos o de servicios llamados especiales como cuidados intensivos o urgencias, son varias las aportaciones que dejan claro que se dirigen a ellas como si fueran y dicen textualmente con un símil de categorías deportivas “somos de segunda regional”. Creen que las consideran profesionales poco preparadas y motivadas por la formación continuada, en ningún momento reconocen la complejidad de los cuidados y se percibe la idea de que para cuidar mayores lo puede hacer cualquiera, es decir más depende del “querer” que del “saber”. Son cuidados que se asocian al ámbito doméstico y no al profesional, no hay un reconocimiento del desarrollo de los cuidados basado en la adopción de marcos teóricos de enfermería en el ejercicio del cuidado y las teorías de enfermería como bases conceptuales y filosóficas para describir o comprender los fenómenos que se construyen en las praxis de enfermería, como demuestra la literatura⁷³⁵.

Desde los niveles de gestión, cuando se les pregunta a las personas que en este momento ocupan estos cargos de responsabilidad, sí muestran un reconocimiento explícito a las aportaciones, que las enfermeras realizan en el cuidados de los mayores, incluso las consideran como “elementos imprescindibles” dentro de los equipos interdisciplinares y nos recuerdan el reconocimiento social de estos servicios, a través de las cartas y manifestaciones de gratitud de las personas atendidas y sus familiares, a pesar de que en numerosas ocasiones el resultado final ha sido el éxitus del paciente. Sin embargo, las enfermeras asistenciales distan bastante de esta percepción y dejan claro, que de palabra sí se sienten reconocidas pero los hechos y las decisiones en cuanto a dotación de recursos no avalan este reconocimiento, confirman que la demanda de cuidados de los ancianos es mayor que la capacidad de provisión de la plantilla de enfermería⁷³⁶. La baja dotación de enfermería respecto a la medicina constituye un desequilibrio estructural endémico⁷³⁷, el número de enfermeras por 100.000 habitantes es de los más bajos de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico⁷³⁸, en la siguiente figura se muestra un ejemplo de combinaciones para un correcto control de enfermos crónicos.

Figura 39. Combinación óptima entre enfermería/médicos en el control de crónicos.



Fuente: Vicente Ortun. La enfermería en el mundo que viene. *Enfermería Clínica* 2013;23(2):45-47.

La falta de desarrollo de medios como el reconocimiento laboral de los especialistas, es otra prueba de esta falta de reconocimiento y está demostrado que solo desde el conocimiento y la competencia profesional se consigue la autonomía y la representatividad en las organizaciones⁷³⁹, sin embargo no existe un puesto definido donde desarrollar las competencias adquiridas bien a través de la experiencia o de la formación especializada.

A nivel de la sociedad en general, la identidad o esencia de las enfermeras no coincide con su imagen social, este dato concuerda con las aportaciones de otros estudios, donde la profesión continúa plagada de estereotipos y se sigue percibiendo una imagen dependiente y poco profesional de las enfermeras^{740,741}. Nuestros informantes lo expresan aludiendo a un gran desconocimiento del valor añadido que aportan las enfermeras expertas (¿pronto especializadas?), en los cuidados de los mayores, este desconocimiento les hace invisibles o ser valoradas con estereotipos negativos similares a los que la sociedad tiene hacia los propios ancianos. Recordemos que un estereotipo anula la complejidad de un asunto o de los orígenes históricos, culturales, religiosos o económicos de un grupo o tipo social; de todas las realidades posibles, elige una, simplista y reduccionista, que conduce a una visión maniquea de las relaciones sociales y opera sobre roles de inferioridad y superioridad, sobre todo en cuanto al género de los individuos⁷⁴². De acuerdo con el resultado de otros trabajos el sexismo, las relaciones de poder, la escasa consideración institucional, el bajo nivel de desarrollo, las relaciones de sumisión con otros profesionales, son claros problemas actuales que tienen su base en la imagen social de las enfermeras difundidas en el pasado y multiplicadas sin cambios en el presente^{743,744}.

Si bien hay una diferencia clara de aquellas familias o usuarios, que en algún momento, han tenido la necesidad de ser atendidos por el equipo de enfermería, entonces sí hay numerosas muestras de agradecimiento. La actividad profesional es valorada de forma positiva y necesaria para facilitar la mejora de calidad de vida tanto del mayor como de sus cuidadores.

Invisibilidad y género

Entendemos el concepto de género como el conjunto de creencias, rasgos personales, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres a través de un proceso de construcción social⁷⁴⁵. Fraser considera que el aspecto de género, tan propio de la profesión enfermera, es una de las injusticias sociales, que combina las dimensiones de la redistribución, la de estatus e incluye simultáneamente el ámbito del reconocimiento⁷⁴⁶.

Una característica importante de la injusticia de género es el androcentrismo, un patrón institucionalizado de valor cultural que privilegia los rasgos asociados con la masculinidad, al tiempo que devalúa todo lo codificado “femenino”. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en las sociedades occidentales, el estereotipo masculino incluye características tales como: ambición, la competitividad, la agresividad, la dominación, la racionalidad y la objetividad, mientras que el estereotipo femenino está asociado a la sumisión, la pasividad, la dependencia, el cuidado de los demás, la emotividad y la subjetividad. Fajardo y German⁷⁴⁷ advierten claras referencias a los atributos masculinos y femeninos esperados por la sociedad, posiblemente extrapolables a las características de médicos y enfermeras. La enfermera como mujer y los cuidados como actividad femenina, pueden estar sujetos a la dinámica del poder masculino como otras facetas sociales⁷⁴⁸.

Las opiniones de los informantes desvelan que actualmente hay conductas condicionadas por el género, con claro agravio hacia las mujeres y con tintes esencialistas en la medida que cualifican a las mujeres para el cuidado casi en exclusiva.

En enfermería geriátrica como en la enfermería general, hemos sido una profesión de mujeres, ese gen XX creo que da mucha sensibilidad, mucha capacidad, a veces mucha ternura, eh... es necesario siempre que no sea solo eso y la parte que quizás yo siempre... he echado a faltar era el peso social y específico que podía tener. (Inf. 15)

Aquí sí, aquí sí... para mal... todavía estamos en una sociedad un poco machista en concreto aquí, respecto a mi puesto de trabajo, yo te hablo con respecto a mi puesto de trabajo, para la dirección, si fuéramos hombres sería diferente. (Inf. 1)

Creo que la sociedad sigue siendo muy machista, como que el cuidado del anciano requiere una mujer, igual te digo una burrada, pero yo creo que es así, ..., en el domicilio que tengan un mayor dependiente, la que va a compartir el tiempo con él va a ser la mujer, igual si hay hijos que cuidarían a su madre las 24 horas del día, pero pocos serían, el porcentaje más elevado son mujeres, aunque ella esté trabajando también. Aquí ¿Cuántos trabajadores hay? de 50, 2-3 chicos, el resto somos todo chicas. (En. 3)

Si hubiera más enfermeros seguro que el reconocimiento hubiera sido distinto, seguro que sí... creo que si hubiera habido hombres, habría crecido más, porque en cada sitio que se meten un poco ellos sí que les dan, todo el desarrollo de las especialidades, en general, excepto alguna mujer como Miriam Ovalle o alguna más, la mayoría, todos los que están metidos en estos temas casi siempre son hombres. (Inf.6)

Sí que tiene que ver el reconocimiento, si hubiera más hombres se reivindica más... Muchas enfermeras lo ven como... ¿Quién sale al médico/colegio...? la mujer. (En. 5)

Socialmente y en especial el grupo de edad al que la enfermera geriátrica cuida, han aceptado como naturalidad la diferencia de roles femeninos y masculinos, como muestran los siguientes relatos.

Incluso los propios abuelos de que vaya un chico al aseo o vestirles les cuesta, sí les cuesta más... se sienten más intimidados... cuando van a bañarlos o vestirlos se sienten más incómodos si van chicos, lo ven más natural que sean chicas, creo que sí. (Inf.3)

Entre los mayores todavía nos ven como que ah... la enfermera una chica, cada día menos porque la figura del enfermero cada día es más común, pero sí que por ejemplo, con las señoras a la hora del aseo como que se sienten un poco intimidadas de que haya un hombre delante de ellas y se sienten un poco eso... es por lo que traemos de atrás... queda todavía, hay un poquito... sobre todo en los pacientes o en las personas más mayores. (En. 14)

Todos los profesionales entrevistados, sin acuerdo previo, cuando hacen referencia a la disciplina de enfermería le atribuyen el género femenino “la enfermera”, mientras que al referirse a la disciplina de medicina, lo expresan en masculino “el médico”, independientemente de que “el médico” sea una mujer o “la enfermera” sea un hombre.

En su origen, los cuidados enfermeros constituyen una extensión en la esfera pública del rol femenino de cuidado en el hogar, asignado como mandato a las mujeres. Según los estudios de la Dra. German Bes, los cuidados enfermeros han sufrido el mismo descrédito que los cuidados femeninos en el hogar, con un escaso reconocimiento social y económico, así como la “invisibilización” de muchas de las acciones que implican los cuidados a los demás⁷⁴⁹.

Los cuidados denominados “invisibles”, tienen un valor muy importante en el cuidado de los mayores, las tareas “invisibles” son tareas difícilmente registradas y escasamente ponderadas por los responsables de los centros asistenciales, circunstancias que pueden contribuir a la invisibilidad de la aportación enfermera en el cuidado del mayor. Los cuidados invisibles elemento fundamental de la práctica enfermera, base de su identidad profesional, siguen siendo poco reconocidos a pesar de la importancia en la recuperación y en la calidad de vida de los usuarios⁷⁵⁰. Ya existen trabajos que manifiestan la importancia de aportar rigor científico a los cuidados invisibles en nuestro campo, dado que existen pocas investigaciones sobre la aplicación de los cuidados invisibles y su identificación como parte imprescindible del trabajo de enfermería⁷⁵¹. La invisibilidad de la enfermera que cuida a los mayores, es percibida

por los informantes que lo asocian al desconocimiento de las aportaciones que ésta realiza para mejorar la calidad de vida a este grupo de edad.

Creo que sí que el género ha influido. Desde tiempo de atrás era la mujer la que se ocupaba del cuidado de nuestros mayores, siempre era la hija mayor... eso históricamente viene de atrás, y yo creo que sentimos de distinta manera, lo tengo claro, que podemos hacer los mismos trabajos, que tenemos los mismos derechos, que todo... pero que sentimos de distinta manera también. (Inf. 8)

Lo de la enfermería geriátrica es un mundo desconocido, hasta ahora... pues me parece que es un mundo... que era un mundo desconocido, no se ve. (Inf.2)

Nuestro trabajo no lo conocen, creo que la gente no lo conoce, ese creo que es el problema. (Inf.1)

Hablan alegremente de lo desconocido... pienso que no saben el trabajo que hacemos, de no ser que tengan un familiar ingresado... se quedan sorprendidos de lo que hacemos, se sorprendieron porque pensaban que éramos segundones, no estábamos puestos al día, no estábamos al tanto... se piensan, no nada, atender pacientes que se hacen pis y caca, se piensan así y no saben... lo ven y se sorprenden... lo desconocen y de lo desconocido nunca se pude hablar... en la calle no saben. (Inf. 7)

No aprecias muy bien su trabajo, porque están un poco en un punto intermedio, están las personas que hacen la labor, que a veces se confunden con ellas, de auxiliar y de ahí pasas directamente al médico... es un poco invisible, sí es un poco ahí... la labor que hacen es importante aunque la población no lo vea... Cada vez hay más personas dependientes, entonces cada vez se va a necesitar más esta figura, si se necesita se valora más su trabajo. (Inf. 4)

Creo que tampoco desde fuera se la ve... no se ve... esto pasa también con los enfermos terminales. (Inf. 6)

No es reconocido... hacemos una labor muy importante, pero creo que no reconoce (se refiere al director) todo eso que nosotras en realidad manejamos y controlamos... hay muchas cosas que solamente se ven si falla algo, sino no se ven y eso es terrible. (Inf. 17)

Varias informantes consideran que se debían mejorar los registros para poder hacer más visible su trabajo, la falta de exhaustividad en los registros enfermeros que omiten gran cantidad de cuidados, contribuye a hacerlos invisibles⁷⁵². También observamos dificultades para expresar las aportaciones que la enfermera realiza a la sociedad por medio de sus cuidados. Los profesionales destacan la importancia de elaborar procedimientos metodológicos que generen conocimiento y relacionen diferentes procedimientos, estrategias y perspectivas enfermeras, útiles para reflejar el ejercicio de una práctica fundamentada científicamente⁷⁵³.

La enfermera dedica tiempo al residente pero no escribe, esto nos hace más invisibles, si hacemos estudios retrospectivos no vemos lo que hemos hecho... El problema es que lo que nos cuesta son los registros, lo que no está escrito no está hecho, veo que el resto de colectivos escribe más. Creo que si hiciésemos todo a ver...

experiencia tenemos mucha, si tuviésemos más registrado tendríamos mucho más potencial. (Inf. 2)

A veces no escriben... eso nos pasa en los servicios sociales, no escribimos todo lo que sabemos hacer, somos muy orales y no dejamos constancia de la capacidad de cuidados que tenemos, es un defecto. (Inf.9)

El hacer está muy bien y el hacerlo bien, claro que está muy bien... nos hemos creído que estaba bien haciendo cosas, pero no basta con hacerlo, hay que transmitirlo, hay que firmarlo, hay que documentarlo y no vale para nada lo que hacemos, porque no se ve. Ya hay algunas maestras que han escrito sobre lo invisible de la enfermería. (Inf. 11)

Existen visiones contrapuestas en relación a los registros, destaca el enfoque relacionado con la falta de tiempo, se posicionan en la tesitura de hacer el registro o el cuidado, nos preguntamos ¿porqué plantear esta tesitura, si las dos actividades forman parte de nuestra actividad profesional?.

Hay mucho trabajo y no se llega... deterioro de los registros, porque nosotros al paciente le seguimos tratando, haciendo todo, lo que dejamos es trabajo en el ordenador, yo pienso que es más importante la atención directa, hay veces que dejas escrito y corriendo ¿sabes?. (Inf. 8)

Sí, lo último es el registro, como es lógico... si no tenemos tiempo de hacer las cosas nuestra prioridad es el paciente. Luego cuando vienen los jefes... yo les digo, tener en cuenta que el día que más trabajo hemos tenido menos hemos registrado, sé que es al revés, sé que según esto resulta que hoy en teoría no hemos trabajado nada. A mí me fastidia en ese sentido que no refleja la realidad, que se nos mide por ahí. (Inf. 10)

Las nuevas tecnologías han supuesto un avance importante, permitiendo el acceso rápido al historial del paciente, realizar los registros correspondientes y cuantificar el trabajo, pero ha generado mayor carga de trabajo burocrático, en detrimento del asistencial... No todas las actividades se cuantifican, se cuantifica lo que pone el ordenador pero ir a hablar con la familia, tranquilizar a la familia, atender a uno que se pone mal y hacerle todo lo que necesite, la comunicación, si vas a la habitación a tomar la tensión y está llorando o preocupado y has estado con él... múltiples cosas, todas esas actividades no se cuantifican y claro. (Inf. 18)

La invisibilidad del cuidado enfermero definido por grupo de investigación A. Mas, es evidente en el cuidado que realiza la enfermera geriátrica. Según la percepción de los informantes está relacionado con el desconocimiento de la aportación de la enfermería geriátrica a la sociedad. Sería necesario realizar estudios que profundicen en los motivos de este desconocimiento ¿Sabemos los profesionales enfermeros transmitir adecuadamente el valor añadido que aportamos a la sociedad?, ¿tenemos claro el concepto de cuidado como sugiere Domínguez Alcón⁷⁵⁴ y por eso no registramos adecuadamente las acciones enfermeras?, o ¿sigue

siendo un problema de género? en el que el cuidado se considera saber femenino innato y no un saber científico, ¿Se considera que el cuidado de los ancianos, ejercido mayoritariamente por mujeres, no requiere de cuidados profesionales?, o la falta de reconocimiento de la figura de enfermera experta/especialista en el cuidado de los mayores por parte de las instituciones ¿Ha influido en este desconocimiento que mayoritariamente advierten nuestros informantes?, ¿Qué grado de responsabilidad tienen las propias instituciones de salud, cuando no han asignado las competencias a puestos de trabajo específicos?. En las instituciones donde la enfermera tiene un papel marcado por la competencia de la prevención y promoción de la salud, la profesión ha empezado a adquirir un grado de visibilidad⁷⁵⁵. Coincidimos con la propuesta de Hueso y col, en que es necesario un debate académico y profesional que impulse el desarrollo de la enfermería como disciplina⁷⁵⁶ y la enfermería geriátrica como especialidad para fortalecer el reconocimiento en la sociedad de los cuidados especializados en la vejez.

4.2 La Redistribución.

La redistribución hace referencia a la distribución de los recursos económicos: ingresos, división del trabajo, transformación de estructuras económicas básicas, etc., entendido por Fraser como otro orden de subordinación socialmente arraigado. Asociado a la estructura de clases de la sociedad, plantea que se llegan a institucionalizar unos mecanismos económicos que niegan de forma sistemática, a alguno de sus miembros, los medios y las oportunidades que necesitan para participar en la vida social en pie de igualdad con los demás. La injusticia de clase es por antonomasia la mala redistribución, que puede ir a su vez acompañada de un reconocimiento erróneo⁷⁵⁷. La lucha por el reconocimiento puede generar una cortina de humo que desplace la problemática de la desigualdad de la redistribución de los recursos por una falsa lucha de estatus en la sociedad. Los discursos ponen de manifiesto la importancia del reconocimiento de la especialidad desde una mejor remuneración económica.

No le veo muy buen reconocimiento, ya no solo reconocimiento social de puestos de trabajo, en ese sentido, pero de nada sirve un puesto de trabajo que no está remunerado. Esto es como la jubilación, el trabajo que se hace tiene que estar reconocido y remunerado, las dos cosas, para que sea un trabajo con importancia, para que la sociedad considere que es importante. (Inf. 11)

Los hemos formado, hemos invertido, para beneficio de la sociedad y del anciano... Tenemos ese valor, esa persona formada, ese valor hay que aprovecharlo y utilizarlo, es decir, darle prioridad de acceso para poderlo utilizar, para "sacarle jugo" a esta persona. Es una pena que este esfuerzo no sirva para nada. (Inf. 13)

En cuanto a la remuneración, indudablemente las palmaditas en la espalda caducan, lo que sucede es que ahora... no podemos hacer fuerza porque somos muy pocos, cuando haya realmente un número de especialistas dirán ¡oiga!, queremos nuestra mejora... el primer reconocimiento no es el del certificado, el primer reconocimiento que todos apreciamos, somos seres humanos, es el que me den una propina extra, diferenciar a las personas que no lo son... el reconocimiento ese que te da seguridad. (Inf. 15)

Nuestro sueldo es muy aproximado al de una auxiliar, quiero decir somos muy baratas, entonces creo que... calidad-servicio-precio somos... vamos jun chollo!, eso creo realmente. Excesiva responsabilidad para el sueldo que te dan. (Inf. 17)

Los profesionales de enfermería son escépticos sobre la posibilidad de que se llegue a reconocer económicamente la formación especialista en geriatría, cuando en las instituciones sanitarias, sí hay otros colectivos a los que se les reconoce expresamente su formación especializada. Al expresar su opinión sobre si el hecho de tener la especialidad supondría un cambio en la retribución económica, se aprecia una percepción negativa sobre esta posibilidad, aunque en principio es lógica la relación mejor formación-optimización de cuidados-mejor retribución.

Es difícil... si fuese una especialidad, más reconocimiento puede... yo creo que aquí no nos iba a cambiar mucho. (Inf.1)

Creo que vamos a quedar igual o estoy equivocada... creo que no vamos a cambiar que seguirá todo igual. (Inf.3)

Me imagino que económicamente no habrá mucho cambio, me imagino que no... es un reto personal de reconocimiento, económicamente ni idea. (Inf. 10)

Bueno (risas), retribución digamos sí, una especialidad debería ser reconocida, se realiza un esfuerzo importante, económico, personal, de tiempo... pero creo que lo más importante sería también, tal y como van las cosas... primero crear puestos específicos sí... y luego ya la retribución ayudaría, pero claro, lo veo complicado (risas). (Inf. 14)

La siguiente reclamación va a pasar por el reconocimiento económico y de puestos... el reconocimiento económico, aunque sea simbólico, ya existe en alguna especialidad, ya hay perfiles tipo... dentro de unas semanas va a haber el primer rescate de profesionales con valía, que van a poder acceder al título de especialistas, hay 9.000 solicitudes. (Inf. 15)

No sé si económicamente nos veremos realmente de alguna manera recompensados o valorados, no lo sé... espero que sí, me encantaría por supuesto. (Inf. 17)

Los gestores muestran en sus reflexiones, estar de acuerdo en la necesidad de remunerar adecuadamente a los especialistas. Pero según la experiencia que tienen en relación a otras especialidades de enfermería, consideran que llevará tiempo este reconocimiento.

Nosotros nos movemos mucho por la valía de cada uno, cuando eliges, eliges por curriculum, no tienes otro medio... entonces te acoges por convenio, luego poco a poco esta remuneración va creciendo... entonces se remunera por experiencia igualmente si tuviesen la especialización se valoraría y se pagaría por supuesto. (Inf. 4).

Ahora la especialidad de matrona gana un poquito más que la enfermera, está reconocida pero un poquito más, sería un poquito... si has creado una especialidad hay que darle una salida, si está reconocido... hay que darle salida, está clarísimo. (Inf. 5)

Te encuentras con un montón de enfermeras especialistas, ¿qué haces con ellas?, si no tienes donde colocarlas, no interesa porque ¿qué va a pasar? ¿Una enfermera especialista tiene que percibir lo mismo que una generalista? ¿La remuneración va a ser la misma? Ehh... ¿la categoría profesional? yo creo que no, ¿sabes?, creo que a ese nivel no, no interesa. (Inf. 6)

No hay cultura de Enfermería Geriátrica, lo de las especialidades aunque llevamos muchos años hablando, estamos todavía en mantillas... no hay cultura, incluso Enfermería Psiquiátrica que lleva muchos años, tampoco está reconocida, no hay bolsas de trabajo a nivel de Servicio de Salud, no hay... con el tiempo poco a poco... digamos que es colonizar poco a poco esas cosas... colonizar. (Inf.5)

El reconocimiento económico de los diferentes niveles asistenciales geriátricos, influye en el reconocimiento profesional de estas áreas profesionales, con claro detrimento para quienes perciben menos retribución económica, como son los equipos que trabajan en las residencias para mayores.

Los que tenemos un tiempo trabajado, si estuvieses en el hospital, la carrera profesional la pagarían y aquí no, económicamente pues hombre es dinero a final de mes, es de 3ª regional. Eso es así, es triste pero es así... económicamente no estamos bien remuneradas... de hecho a mí me tienen vilmente engañada (se refiere a que está en un puesto de responsabilidad mal remunerado). (Inf.2)

Tenemos muchas compañeras de... que están trabajando aquí, no les dejan trabajo en el sistema sanitario, pero si en el sistema privado o sí en el sistema sociosanitario, depende de qué tipo de residencia... es una población itinerante de profesionales tremenda, no voy a decir ni más capaces, ni menos capaces... en cuanto tienen una oportunidad... servicios sociales no se ha hecho ganar profesionales de valía, entre otras cosas porque hay diferencias de sueldo ¿por qué me pagan menos si me dejo la piel? además, si cabe mucho más que en un centro hospitalario y sin embargo, ha habido una diferencia y cuando han tenido una oportunidad en épocas de bonanza económica, salían huyendo... (Inf. 15)

Tú ves que los propios gestores pagan menos a una enfermera de residencia que de hospital o de sociosanitaria, si hacemos un gradiente, las enfermeras de hospital y de primaria son las que más cobran, luego las de sociosanitario cobran un poco menos, sociosanitario en lo que son públicos, muchos sociosanitarios están vinculados al hospital, porque son las camas donde el hospital puede drenar para que allí la persona termine el proceso, pero estas enfermeras ya cobran menos que las del hospital y cuando ya ves el sueldo de las enfermeras de la residencia es inferior... nadie se queja de esto, los gestores a nivel político... estos gradientes te están diciendo que unas enfermeras son más importantes que otras. (Inf. 16)

En estos momentos de crisis ponen de manifiesto que los recortes, a nivel de recursos de formación especialista, en personal de las unidades o en forma de días libres que conlleva menos oportunidades de trabajo para quien no tiene un plaza en propiedad, son muy importantes para el colectivo de enfermería.

Aquí en la noche una enfermera para 29 pacientes ¡es una locura!... y aún así damos una buena atención y durante el día una por 15 pacientes... muchísimos, muchísimos, una ocupación altísima y cada año tratamos a más pacientes, de cuidados totales, dependientes, con una edad media de 90, hemos tenido pacientes de 100-102-104 y 107 años y les damos el alta pero con cuidados... enfermeras es lo que pido, la que ve, observa, evalúa al paciente, sabe los cuidados que necesita es la enfermera, voluntad tenemos estupenda pero manos tenemos dos, ligeras pero no llegamos y esto te genera mucha frustración... (Inf. 7)

Nos produce indignación tremenda que recorten esto... pilares fundamentales y no miren hacia otro sitio... Como enfermeras veo que vamos a estar peor pagadas, trabajar más, peor pagadas y sin casi derecho a protestar, protestar sí, pero quien tenga nómina fija ¡que no sé quien la tiene fija ya!... todo está muy en el aire ahora, lo que pasa que cuando entras por la puerta del servicio, no te acuerdas de que te han descontado y que te han quitado tantos días, en concreto un mes, 30 días laborales, cabreo general en las plantillas... (Inf. 7)

El personal no se sustituye absolutamente nada, ni bajas maternales, nada, nada, nada y ahora mismo todo es ahorro y ahorro. Estamos pasando por una situación que al principio veíamos unas perspectivas de futuro de que fijate 5 residentes... vamos a ver si una vez montada la primera promoción vemos como ha ido para mejorar fallos... y de pronto ves que dicen no, no, el año que viene 2 y ya veremos lo que pasa. (Inf. 12)

Cuando solicitamos opinión a los informantes sobre la participación en eventos científicos, hacen referencia a la falta de ayudas económicas. Esto crea agravios con otras disciplinas que tradicionalmente sí las reciben.

El problema de enfermería ¿Quién nos lo paga?, lo pagan los laboratorios de médicos, con nosotras nadie habla... me parece importante asistir a los Congresos, es importante que las asociaciones organicen eventos científicos, ves que allí está todo el mundo de geriatría, que de verdad les gusta y se nota... (Inf.3)

Supongo que estos profesionales... no tienen ayuda de la empresa farmacéutica por decirlo en genérico, igual como ellas, ya hablábamos antes con los sueldos, tienen otra valoración social los propios gerentes, las propias instituciones no dan permisos, en el hospital es mucho más fácil... a través de formación continuada conseguir días o tener ayuda y tal. En cambio las enfermeras de las residencias, no tienen unidades de formación continuada, son ellas quienes tienen que decidir, muchas veces ni conocen los laboratorios, que son grandes empresas con muchas residencias, es a la empresa directamente no a la residencia o a la enfermera a quien ofrecen los productos para poder decidir y eso también ha limitado que muchas personas puedan llegar. Si partimos de la base de que encima tienen menos sueldo, no tienen las estructuras que tienen los servicios hospitalarios

o de AP, el área de formación continuada e incluso de investigación, que les ayuden a preparar comunicaciones o que las animen... es muy complicado.(Inf.16)

Desde tiempos remotos siempre hemos podido constatar el carácter altruista y desinteresado de nuestra profesión, aún hoy muchas enfermeras consideran un aspecto secundario el salario no siendo un factor motivador en el desarrollo profesional⁷⁵⁸, situación que ha podido frenar su desarrollo. Este carácter altruista de los cuidados beneficia a las instituciones que incluso fomentan el voluntariado, aprovechando el carácter humanista de la profesión. Sin embargo, la determinación de la importancia social de un trabajo está claramente definida por el salario que se percibe⁷⁵⁹.

No hemos encontrado estudios en nuestro país, que analicen el perfil retributivo de los profesionales de enfermería en el entorno del cuidado a los mayores, ni hemos podido constatar a través de la literatura científica, si existen las diferencias salariales que sugieren nuestros informantes y cómo influyen en la calidad de cuidados que se imparten o en el reconocimiento social de los profesionales. Creemos que sería conveniente profundizar en este tema y evidenciar científicamente la influencia que sobre la calidad del cuidado pueden tener elementos como el salario, la formación, la rotación de los profesionales en residencias para mayores. Desde el punto de vista del profesional, sería interesante conocer cómo influye en la eficiencia la fidelidad del equipo al centro, la motivación profesional, la formación continuada, etc. ¿Realmente es más rentable para una institución tener trabajadores con bajo salario y bajo índice de fidelidad?.

Redistribución y género.

En las sociedades modernas se llegó no solo a la expulsión sistemática de la mujer de las esferas de lo público y su confinamiento en lo doméstico, sino también a la subordinación de lo doméstico desde las esferas de lo público dominadas material y simbólicamente por los hombres. Esta división feminizó lo doméstico y masculinizó lo público, logrando la desvalorización de todo trabajo realizado en lo doméstico. Es así como hoy en día, después de distintos procesos de modernización, el trabajo de cuidado en sus distintas expresiones, continúa siendo una extensión del trabajo femenino doméstico, una extensión desvalorizada por el orden de dominación del género^{760,761}. La profesión enfermera en nuestro país, con un mayor número de mujeres y por la naturaleza del trabajo, se mostró y sigue mostrándose según los testimonios, como una práctica sexuada, implicando atributos que no se encuadran en el orden de los conocimientos técnicos, pero sí en las cualidades percibidas como intrínsecas a la naturaleza femenina⁷⁶², constituyendo un prejuicio social, un estereotipo todavía no superado.

Somos la mayoría mujeres y para la geriatría pienso, por mi experiencia, las mujeres trabajan mucho mejor que los hombres... (como me has dicho que mi nombre no va salir por eso te lo digo sino no te lo diría), sí, sí... yo he visto enfermeros y he visto también estudiantes de enfermería y la mayoría de las mujeres me han gustado más como trabajaban que los hombres. Sí, no sé, en los

detalles, en el comportamiento, en eso que he dicho antes, en la paciencia, en la empatía, no sé cómo decirte, creo que les falta esa paciencia, ese detalle del cuidado que tiene una mujer... es que me llama la atención eso, fíjate. Creo que los cuidados en geriatría de las mujeres son más... más efectivos o más detallados, detallistas, no sé cómo explicarme..." (Inf. 17)

En mi caso yo soy mujer y yo no creo que para mí el género... es que no lo sé, es que no se decir, si lo pienso a nivel global, las mujeres hemos tenido muchos problemas, no solo la enfermería sino a todos los lados para llegar a muchos sitios, no solo en el pasado sino incluso hoy, ¡eh! incluso hoy. Cuando tú ves cargos, no pensemos en la enfermería, en general, ministras, directoras de periódicos de tirada mundial, de revistas de todo, incluso dentro de la universidad estudian más mujeres que hombres en este momento... cuando vas a mirar los cargos que hay en los decanatos en los rectorados, todavía es mucho... por tanto yo no creo que sea en la profesión únicamente, en todo caso el género es con la sociedad también. Porque si nuestra profesión es eminentemente femenina el 90% de los cargos tendría que ser femeninos dentro de nuestra profesión y no lo han sido, entonces no lo sé, si lo miras únicamente como profesión no sé lo que influye el género, si lo miras en lo que es socialmente pues sí, hoy en todos los ámbitos no solo en la enfermería vayas donde vayas políticos, gestores, todavía sigue siendo muy masculino todo. Yo creo que uno de los errores que hemos cometido y que posiblemente estamos cometiendo las mujeres, es que cuando llegamos a los poderes, donde se nos permite decidir mucho, hemos copiado esquemas de hombres y eso no es bueno. (Inf. 16)

El no hacer visible la verdadera contribución que realizan las mujeres (enfermeras) al bienestar y al desarrollo social (institucional...) conlleva a una clara injusticia y una práctica de redistribución desigual de cargas de trabajo entre hombres y mujeres, lo cual acentúa las relaciones asimétricas de poder social y de género. En palabras de Carmen Saldías: "la creencia de que hay unos trabajos para hombres y otros para mujeres constituye una de las más injustas divisiones del trabajo que haya conocido la humanidad"⁷⁶³. La reciente historia de la profesión enfermera está impregnada por la división sexual del trabajo, por ejemplo, los enfermeros tienden a trabajar más en las unidades con mayor dotación tecnológica, más asociada con la imagen masculina⁷⁶⁴. Los discursos de los informantes indican cómo desde su experiencia laboral captan estas diferencias de género. Entendemos el concepto de rol como el conjunto de comportamientos y actitudes esperadas de una determinada persona en un esquema organizativo o de un puesto específico dentro de la organización. El rol que desempeña un trabajador en un grupo se compone de elementos profesionales y sociales.

En el desempeño de los dos componentes hay diferencias de género según las reseñas de los informantes. Desde el punto de vista profesional (actitudes, comportamientos y manifestaciones que realiza el trabajador, la enfermera en nuestro caso, en el desarrollo de su actividad específica, aplicando técnicas o ejecutando actos profesionales de contenido propio de cuidados enfermeros), los hombres tienden a ocupar puestos y responsabilidades diferentes, ellos ocupan los puestos de categoría superior⁷⁶⁵. Se sigue identificando que la tarea de cuidar continúa siendo abanderada por el sexo femenino y la percepción de los cuidados es diferente según el género, los enfermeros se identifican en términos de autonomía en las decisiones y

competencia profesional, priorizando más la responsabilidad en la toma de decisiones que el resultado final y valoran la satisfacción en términos de prestigio y competencia. Las enfermeras califican el trabajo en términos de control y seguimiento de la evolución del enfermo, destacan más el resultado final del cuidado y valoran la satisfacción en términos de relación de confianza y calidez asistencial, son más detallistas⁷⁶⁶.

Ahora no porque nos hemos negado que pase, al principio si pasaba, cuando un chico llegaba y tenía que ir a maternidad, uhmmmm, se intentaba buscar otro sitio para que fuera, pero nunca nadie se planteó que una enfermera no fuera a urología ¿no?, es algo que llama la atención... creo que cada vez pasa menos, pero aún así el papel creo que si sigue todavía dedicado un poco a la mujer. (Inf.10)

Estamos acostumbrados a verlos (se refiere a los enfermeros), siempre en puestos de... date cuenta si haces un análisis solo de aquí... cada vez vamos viendo más enfermeros en la asistencia, o sea cada vez más, pero la proporción es totalmente desproporcionada, están todos a nivel de puestos directivos o de servicios centrales, en lo que es la atención directa y cuidado de los pacientes no. (Inf.6)

Si hubiera más chicos estaríamos mejor remunerados, reconocidos... creo que sí, de hecho lo que yo he visto es que los enfermeros compañeros siempre han estado en puestos... pocos se han quedado de enfermeros base, todos han ido escalando o supervisores o direcciones o adjuntos... yo por lo menos lo que he visto. (Inf. 8)

Habiendo pocos hombres en la profesión han tenido muchos más cargos que las mujeres, si tú piensas por quién está formado el máximo órgano de la profesión de enfermería en España son hombres, si tú piensas quienes son la mayoría de presidentes de Colegios de las provincias Españolas, son hombres. Si miras cuantos cargos hay de directores de enfermería, de gestores como enfermeros en las administraciones públicas pues son hombres, cuando los hombres no son ni el 20% de los que estudian y en cambio si lo comparáramos proporcionalmente, tan pocos hombres estudian y los cargos los tienen ellos. (Inf. 16)

A las mujeres siempre les cuesta más que a los hombres... es una sociedad, todavía continúa siendo una sociedad muy machista... aunque la enfermería casi siempre ha sido de mujeres, pero las mujeres, que si tienes hijos pequeños, que si luego no se qué... entonces si somos todo mujeres es negativo... es triste pero creo que sí, si hubiese habido más hombres hubiera sido diferente el reconocimiento. (Inf. 17)

Desde el punto de vista del rol social, conjunto de finalidades cumplidas por el mismo trabajador, en función de las expectativas personales o de los demás miembros del grupo, a su respecto o al del puesto de trabajo, también difieren entre las enfermeras y los enfermeros. Como se detalla en las siguientes narraciones.

Normalmente a los gestores les atrae más los hombres, a una mujer se le exige más, en lo público se paga igual pero se le exige más, siempre tienes que

pelear, que una mujer desempeñe un alto cargo, parece que un hombre te puede cuestionar tu trabajo, estamos todavía en una sociedad machista. (Inf. 2)

Si es cierto, en general a la mujer en cualquier profesión, no solo enfermería, si eres mujer lo tienes que demostrar más que el hombre y en nuestra profesión como encima somos más mujeres, pues yo creo... a mí me gusta ser lo que somos, no me gustaba ATS. (Inf. 12)

Es verdad y todo hay que decirlo, pues como características de la enfermera, sabes las enfermeras somos más disciplinadas, más organizadas, somos más... nuestra unidad docente no es que lo diga yo, comparada con la parte de enfermería y la médica, que lleva más años, la nuestra está mucho más organizada, está más estructurada. (Inf. 13)

Creo que los enfermeros (puntualiza), enfermeras, la verdad es que somos un poco muy trabajadoras, muy hormigas, muy hacedoras, pero poco reivindicativas, creo que esta es la profesión enfermera (influida por el género), yo creo que otros profesionales, otros grupos se han encargado de decirnos como que éramos de segunda, que teníamos que hacer: hacer, hacer, hacer y nos hemos creído que era nuestra función. (Inf. 11).

Los varones hemos estado más liberados de todas las actividades domésticas, el cuidado de los niños casi siempre se hipotecaba entre dos personas iguales el lanzamiento de uno u otro, bueno... voy a relajar mi actividad externa a cambio de dedicarme más al cuidado de la casa, ese es un problema... que ha condicionado mucho la andadura de nuestra disciplina, hoy es el día donde las enfermeras, por ser mayoritariamente mujeres, seguramente teniendo más potencial intelectual que el hombre, pues no tienen esa presencia. (Inf. 15)

Los incentivos derivados de la ejecución del rol profesional como ganar dinero, liderazgo... pueden presentar una valoración diferente entre los hombres y las mujeres, estas diferencias se ven influenciadas notablemente por las diferencias psicosociales de género.

Cuando se casan y tienen hijos todo cambia, menos dedicación. Son más tolerantes (se refiere a las mujeres) si les resuelves el tema de los hijos. Se ve, si una enfermera y su marido trabajan en un Ministerio las medias jornadas siempre las coge la mujer, aunque tenga mayor sueldo, por ejemplo el marido celador y la mujer enfermera. Es una cultura difícil de cambiar. La hora maternal... todo lo relacionado con lo maternal no tocarlo. (Inf.5)

Los hombres sienten como su trabajo, su sueldo suele ser el principal, el nuestro es accesorio, parece una tontería pero es importante, habitualmente las mujeres trabajaban, las enfermeras trabajaban como si fuera complementario, aunque ganara más que el marido... se valora muy poco el trabajo de las enfermeras. Yo nunca he visto a un enfermero masculino salir porque el niño se ha puesto malo y dejarlo todo, no ir a trabajar porque la niña no se qué... pero las enfermeras las he visto siempre, no sé si es por el papel que tenemos las mujeres o es porque nosotras mismas nos encargamos, el de cuidadoras, no sé (Inf. 6)

La perspectiva de género en la enfermería es fundamental, entonces es que es evidente, si fuéramos un colectivo masculino, estaríamos en otro punto, no mejor o peor pero diferente, la profesión se hubiera dirigido hacia otros caminos... en otro sentido si fuera una profesión masculina. Pero somos lo que somos sí. (Inf. 13)

La profesión enfermera ha estado muy condicionada por los estereotipos de género y éstos han tenido consecuencias marginadoras, es decir, colocarse al margen del discurso principal. Un estereotipo de género atribuye de forma innata cualidades diferentes a mujeres y hombres, de manera que en la mujer el cuidado se ve como natural, mientras que en el hombre se percibe como dotado, es decir no determinado por naturaleza⁷⁶⁷. El modelo de mujer cuidadora “domestica” le aleja de la reivindicación del poder que le pertenece y de la remuneración económica que corresponde a su nivel de formación y cotas de responsabilidad que asumen en las instituciones. Los discursos expresan claramente un modelo de socialización femenino y profesional, donde se ha interiorizado un rol femenino asociado con una falta de interés por participar en las estructuras de poder, la poca presencia de mujeres en puestos de poder dentro de las instituciones así lo demuestran, además expresan que la percepción de género por parte de los directivos infravalora el trabajo de las mujeres enfermeras.

4.3 La Representación.

Esta tercera dimensión de justicia, Fraser la identifica con lo “político”, sirve en parte para explicar las “injusticias en el plano de la política ordinaria”, que surgen internamente, dentro de las sociedades políticas delimitadas, cuando reglas de decisión sesgadas privan de voz a personas que ya cuentan como miembros, perjudicando su capacidad de participar como pares en la interacción social⁷⁶⁸. Se entiende como el escenario en donde se desarrollan las luchas por la redistribución y el reconocimiento, implica la representación fallida⁷⁶⁹, esta representación fallida se entiende cuando las normas/reglas de decisión funcionan injustamente, negando a determinadas personas la posibilidad de participar en paridad con otras en la interacción social y un segundo nivel, de representación fallida, surge cuando se trazan fronteras de la comunidad de manera que alguien queda injustamente excluido de la posibilidad de participar en las confrontaciones sobre justicia que le competen⁷⁷⁰. Propone de-construir el discurso de desarrollo, los sistemas de poder que han regulado tanto la división sexual del trabajo entre hombres y mujeres, como sus formas de representación, para aportar a la conformación de un mundo más justo y equitativo.

La falta de un marco adecuado no es más que esa forma de ausencia de representación, a día de hoy, resulta evidente que ninguna exigencia de justicia puede dejar de presuponer cierta noción, implícita o explícita, de la representación, puesto que nadie está exento de asumir un marco determinado. Por lo tanto, la representación es siempre un elemento en todas las reivindicaciones a favor de la redistribución y del reconocimiento. La dimensión política está implícita, y de hecho viene exigida, por la gramática del concepto de justicia⁷⁷¹. Los siguientes testimonio manifiestan la importancia de estar representados cuando se toman decisiones que implican a la disciplina enfermera.

Sobre por qué no se ha desarrollado antes la especialidad, creo que ha habido unos condicionantes, que desde luego nada tenían que ver con el cuidado y el bienestar de la población, tenían que ver con otras cuestiones, como son cuestiones políticas, creo que no se ha desarrollado, vamos no tiene ningún sentido...(Inf. 11)

La bolsa de trabajo no les reconocía el tiempo trabajado mientras desarrollaban la especialidad. Se les reconocía como una especialidad, un título, una puntuación, pero no se les reconocía el tiempo trabajado, cosa que nosotros transmitimos a los sindicatos y no han hecho nada. Estamos hablando de problemas laborales, los sindicatos tendrían que haber hecho algo y no han movido nada... hace falta que todos trabajemos en la misma dirección... todos los políticos y todos los representantes, todos los entes representativos. (Inf. 13)

¿Por qué son los profesionales médicos quienes asumen el papel de representantes de equipos siempre? Los informantes de género masculino son los que más claramente dicen “no” a asumir que sean “otros profesionales” los que nos representen.

“No tiene porque ser el jefe o coordinador, como se venía considerando antes, no tiene porque ser un médico, yo pienso que el coordinador debe ser quien más sepa o quien mejor distribuya la situación que se está dando, por ejemplo, la enfermera comparte mucha, mucha actividad con el paciente, sabe que paciente camina o no camina, sabe que paciente tiene una necesidad de alimentación y cual no, digamos que cubre muchos campos y ¿por qué no iba a ser la enfermera líder de ese equipo?, si ¿por qué no?. (Inf. 14)

No tienes más que revisar los gestores, entonces eso ¿ha evolucionado? sí, aquel paternalismo... vamos a hacer una revolución a pesar de que nuestra relación sea de amistad, muy estrecha, muy de padres, paterno filial, no podemos permitir que ellos con su visión sean los que siembren este camino ¡no!.(Inf.15)

Las profesionales de enfermería, según sus testimonios, consideran que desde enfermería no se ha sido suficientemente reivindicativo y además transmiten que hay una falta de unión entre los profesionales. El resultado es que los puestos de responsabilidad tienden a asumirlos otros colectivos o los enfermeros de género masculino, como ya hemos analizado anteriormente.

Creo que enfermería es todavía una profesión demasiado sumisa, trabaja como una hormiguita y somos poco reivindicativos en comparación con otros colectivos... no nos hemos manifestado como lo deberíamos haber hecho desde el principio, es que enfermería, siempre hemos sido muy trabajadores, muy responsables, pero poco reivindicativos... (Inf.2)

Es muy importante cuando la gente tenga la especialidad de alguna forma reivindique eso, que allí vaya gente exclusivamente que tenga la especialidad... creo que es cuestión de implicación de los que están gestionando... es una política institucional que tiene que salir de los Servicios de Salud, de distintas gerencias regionales. (Inf. 5)

Creo que lo importante es que las enfermeras seamos capaces de respetar el trabajo que hacemos todas, que no nos pisemos y que respetemos el trabajo que hacemos. Que cuando vayamos a hablar con los poderes, en el nivel que quiera, hablemos en una sola voz, porque si cada enfermera que desde la administración le llaman, da un mensaje, la administración lo tiene fácil para no hacer nada, porque primero dice ¡pónganse ustedes de acuerdo! y luego hablamos, está pasando. (Inf. 16)

Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica.

El órgano de representación de la enfermería geriátrica y gerontológica, desde donde se ha trabajado y luchado por la aprobación de la especialidad de Enfermería Geriátrica, es sin duda la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, así lo reconocen los testimonios recogidos. Esta sociedad científica constituida ya hace 25 años como hemos visto anteriormente, con la pretensión de participar en el debate del desarrollo de la especialidad que estudiamos. Ser una asociación reconocida, le ha permitido participar como representante del colectivo de enfermeras gerontológicas, ante instituciones regionales y nacionales. Sus portavoces han participado en el asesoramiento y toma de decisiones, que han contribuido al desarrollo de la especialidad. Creemos que sin esta representación la especialidad de enfermería geriátrica, sería diferente.

Como la única sociedad que todavía existe, ha tenido un papel primordial en la composición de las comisiones, porque dos personas estamos como miembros de la SEEGG, entre ellos yo... estamos como representación de las sociedades científicas y como la única que hay es la nuestra, desde la SEEGG se había trabajado internamente documentos de especialidad, además habíamos estado anteriormente en las otras Comisiones, pues el primer documento de trabajo que se aportó de esta nueva Comisión del 2007-08, se empezó a trabajar con todos los documentos que ya tenía trabajados la SEEGG. Así que el primer documento de partida, para hacer lo que ha salido en el Decreto de especialidades de formación de especialistas, era el documento que había preparado la SEEGG. (Inf. 16)

Hablo de la SEEGG porque es la que existe, creo que la presencia de una sociedad científica que aúne a todos los que trabajamos en el mismo campo es importante, primero porque nos da fuerza como colectivo, segundo porque nos ayuda a una mayor visualización y que se nos reconozca como unos profesionales que trabajamos en un campo, no solamente a nivel social sino también a nivel de instituciones... "la unión hace la fuerza. (Inf. 13)

A través de los discursos, vamos a conocer un poco más sobre esta organización, su filosofía de actuación y las motivaciones que la sustentan como institución representativa de la enfermería geriátrica y gerontológica. Trasladamos la narración completa que sobre sus orígenes, nos transmite la persona que lideró su creación y durante años estuvo como presidente de la misma.

A ver no soy objetivo, no, la SEEGG es mi niña, cuando... tuvimos esa idea era porque estábamos disgregados, estábamos mucha gente trabajando en el mundo de los mayores pero sin nexos sin, con voluntad pero sin conocimiento, con deseos pero sin ningún nexo, ni ninguna posibilidad. Para eso nace una asociación científica, para cubrir un poquito esos espacios para buscar el orgullo profesional, para ayudar a documentarse, para ayudar a formar porque estábamos todos... veníamos de orígenes muy distintos, algunos habíamos nacido ahí, pero bueno, casi por instinto, por deseo propio, ese fue el papel de la SEEGG en los primeros años, unirse, dentro de nada se hacen 25 años de la primera convocatoria del primer acto constituyente de la sociedad a muy poquitos kilómetros de aquí (estamos en Ezcaray, La Rioja).

En ese acto ¿qué hubo? gente distinta, gente clínica, gente de residencias de ancianos, gente de la universidad, todos con cierto recelo, con cierta resistencia pero todos con un deseo, que unos manifestaron mejor, bueno todos al final lo manifestaron, queremos unirnos y debemos unirnos para que esto medre, y para que medre ¿el qué? pues nuestro conocimiento y también el reconocimiento incluso dentro de nuestra propia profesión y eso se consiguió.

La SEEGG nació también empujando, yo lo cuento, a una reunión a la cual yo acudí como, bueno... como delfín de enfermero de mi jefe que estaba en la ejecutiva de la SEEG, una sociedad eminentemente médica, no sé me da la sensación que sigue parecida, y yo acudía a una comida que nunca olvidaré, con personas que ya no están entre nosotros ninguno de ellos y se decían unos a otros, yo como observador, "bueno a ver si nos reunimos porque tenemos que sacarles, tenemos que desarrollar la especialidad de las chicas", yo aquello no sé si fue una puñalada o un brote. Dije ¿porqué estos señores, que sabrán muy mucho de medicina geriátrica, van a tener que organizar nada a nadie y menos a nosotras? aquello fue un punto de inflexión, a los tres meses había unos estatutos visándose para constituir la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, aquello fue un revulsivo, yo creo que sí.

Tres meses antes había salido también, el 1 de agosto del 87, un marco normativo que decía: va haber una especialidad de enfermería geriátrica y nos pillaba en pañales, decir... nos tenemos que organizar y nos tenemos que organizar nosotros, los que realmente creo que podemos dar, no otras disciplinas como antiguamente se hacía, sin entrar en enfrentamientos pero no creo que les corresponda, no creo que toda la formación que nosotros tenemos que tener tenga que venir de sus bases y de su forma de pensar y de su forma de actuar.

¿Ha servido? yo creo que sí, ha servido yo estuve regentándola (SEEGG) y creo que cumple un papel socio-profesional, fue un poquito no sé si con acierto, a veces sí acierto, pero fue un poquito la voz de la conciencia, fue un poquito lo que intentabas en el mundo de la academia, hay que pensar que lo que hacemos en nuestra labor profesional, los profesores se multiplica por tantos alumnos como tengamos, tu forma de ser, tu actitud y tus conocimientos se van a replicar, incluso tu sentimiento de clase se va a replicar, entonces yo creo que eso lo hemos hecho muy bien, hemos sido un grupo bastante fuerte, nos hemos fundamentado muy bien, nos hemos unido muy bien.... Quizás la época también nos obligó a motorizarnos más, era el momento de hacer cosas porque había que plantearlas, porque si no lo decimos nosotros alguien lo diría en nuestro nombre, no sé, había también un poco de guerra de guerrillas también en ese aspecto, pero yo creo que ha sido una experiencia fantástica, si mañana volviera a tener la oportunidad sería uno de los primeros en empujarla como he hecho en esta ocasión... (Inf. 15)

Otra de las informantes, participe en el desarrollo de la especialidad, nos insiste en la importancia de la creación de la sociedad, y así poder acreditar la representación de las enfermeras como miembros de las comisiones responsables de elaborar los programas de la especialidad de Enfermería Geriátrica. Destaca la calidad del documento de propuesta de especialidad de Enfermería Geriátrica, elaborado por ellos, que llegó a ser un referente en la Unión Europea.

Se crea la Sociedad porque como va a salir la especialidad y dentro de las Comisiones de la especialidad, tiene que haber representación de las sociedades científicas y nosotros no queríamos que las sociedades científicas a la hora de diseñar los programas de formación de las enfermeras de especialistas en geriatría, fueran nuestros colegas los médicos. Porque ellos sabrán mucho de geriatría, pero poco de enfermería, por eso se crea la sociedad y es en el 89 cuando nosotros podemos ir a la Comisión como la única sociedad que representa a las sociedades geriátricas...

...me tocó trabajar el documento base de lo que tenía que ser, no los especialistas, sino la que tenía que ser la especialización en el área geriátrica y tuve la ocasión de hacerlo a nivel de Europa y además en el año debió ser el 97, se hizo el año Europeo del Envejecimiento, se llamaba entonces y lo que se presentó en Atenas fue el documento que estuvimos trabajando, posteriormente cuando España tuvo, ahora hace un año o año y medio, no recuerdo bien, que tuvo la presidencia Europea hubo un encuentro de... Es decir, las comisiones estas de expertos tanto de medicina como de enfermería, que yo ya no formaba parte porque lo dejé en el 96, en lugar de hacerse en Bruselas se hizo en España, porque en aquel momento la presidencia estaba en España y a mí como presidenta de la Comisión Nacional de Especialidad de Enfermería Geriátrica, se me pidió que a los Officer Nursing, les explicara nuestro proyecto de especialidad. La Comisión Europea lo aceptó como documento marco, para poder pasar de que existieran especialistas y no especialización, especialistas como nosotros, yo estuve presentando este documento y la Comisión de la Unión Europea, este documento nuestro, lo cogió como documento de trabajo, para que los expertos de enfermería de Europa, fuera un documento de trabajo para poder conseguir una especialidad de geriatría... Cada país tiene, pero como la especialidad que conocemos aquí no, como especialización sí, como especialista no. (Inf. 16)

Las aportaciones que desde la sociedad se han liderado, en beneficio del desarrollo de la enfermería geronto-geriátrica, han sido reconocidas a través de la narración de distintos profesionales. Uno de los logros más visibles es la edición de la revista científica Gerokomos, sin olvidar otras actividades como la organización anual de talleres para docentes o la organización del Congreso anual de enfermería geriátrica y gerontológica.

Sobre la revista Gerokomos destacamos el testimonio de su director, que nos transmite los detalles de cómo se eligió su nombre y sus objetivos.

Creo que otro hito también que podemos celebrar, le parecía ridículo alguno que intentáramos las enfermeras escribir ciencia y publicar algo que tuviera consistencia y método. Eso fue un empecinamiento mío y secundado por otros

muchos y desde el año 90, no se ha interrumpido la publicación de una revista que hoy es, bueno con su humildad y su modestia, pues es un referente en el mundo de la enfermería geriátrica y el mundo de las heridas en este momento como es Gerokomos, eso creo que ha sido otro hito histórico, no solamente nos teníamos que reunir y hacer guerras de guerrillas... teníamos que decir a la comunidad científica, primero con muchos errores y con muchas cosas que luego habría que revisar, pero ahí están y su testimonio nos ha ayudado a crecer a todos.

Yo creo que esa fue una idea muy acertada, que ha sido mucho esfuerzo, el mantenerla viva, hoy es un gran esfuerzo... yo creo que hemos cultivado con bastante acierto un medio de expresión que necesitábamos y un medio que ahora afortunadamente va recogiendo esos frutos y tiene un respeto, sin perder la humildad pero un respeto bastante aceptable, no hemos dejado que se muera después de 22 años. Eso son cosas que hay que celebrar, yo creo que eso fue un punto muy interesante, muy de inflexión y también me alegro de... Recuerdo como si fuera ahora cuando estábamos buscando un nombre para la publicación y todavía tenemos, hace muchos años que nos dejó el padre de un... el suegro de una compañera de la primera Junta ejecutiva, que era filólogo de lenguas muertas y el decir haber... por favor, Sr. Alegre búsqúenos un término que hable de cuidadores, que venga de la antigua Grecia pero que sea algo que se dedicaban expresamente a cuidados y de ahí nace Gerokomos, una clase de esclavos que se les encomendaba labores de cuidar en los gerontokomios a las personas mayores, especialmente en su alimentación y de ahí nació, bueno se ha ido manteniendo este espíritu de que es el órgano de expresión de los cuidadores. Las cosas que se escribían o el romanticismo de ver ahora las comunicaciones que se exponían y las ponencias que hacíamos hace 20-25 años a las que ahora puedes hacer, eso ha cambiado y eso para mí, es un punto muy interesante. (Inf. 15)

Creo que aporta mucho, creo que es importante y bueno, para empezar ya desde la publicación que me parece que toda asociación que tenga una publicación como un medio de expresión... Gerokomos es de la asociación, ya desde el punto de vista de la publicación, en todo lo que se trabaja en documentos de consenso. Creo que es importante aglutinar todos los profesionales, sobre todo les permite estar al día, conocerse, ayudarse un poco. Los congresos... te ayuda a compartir experiencias... (Inf.6)

Es muy importante compartir experiencias... si quieres conseguir algo, lo mejor es darlo a conocer para que la gente lo lea y se entere un poco más de nuestro trabajo y de lo que hacemos...(Inf.1)

El diploma era otro espaldarazo, mientras la especialidad llegaba... participamos en dos proyectos con mucha ilusión, se cerraron... yo en el primero todavía iba en pantalones cortos en el 88, agosto del 88 participé en la elaboración del primer documento técnico en el Ministerio, que bien, que ilusión, con que ganas... todavía estoy viendo el rostro de las 6-8 personas que participamos, que íbamos en aquello, no entendíamos porque se quedó metido en un cajón, no un día ni dos, el siguiente desembarcó fue... casi 10 años más tarde y volvimos otra vez a prender con la misma ilusión a decir esto, bueno, tiene que servir, vamos a hacerlo, mientras tanto ¿qué pasó? ¡vamos a "inventarnos" un diploma!. Yo digo, si algo hemos sido en la SEEGG, ha sido creativos y lo necesitábamos, entonces nadie iba a venir a reconocernos nada y entonces ¿porqué no íbamos a ser nosotros capaces de reconocerlo?. Creo que eso también era un golpecito en la espalda para los

compañeros que no recibían otra posibilidad de reconocimiento, fue bonito mientras duró, era un examen que preparaban rigurosamente y fue una forma de acercarlos a un reconocimiento que solamente tenía el marchamo de una sociedad científica, que yo creo que sirvió, creo que sirvió profundamente. (Inf. 15)

El punto de encuentro de muchos profesionales que trabajan en el cuidado de los mayores, se produce en el Congreso anual que se organiza desde la sociedad.

Nuestros congresos, una de las cosas que tienen es que hay un tanto por ciento de gente que repite continuamente cada año, porque es el punto que encuentran las personas que hablan el mismo lenguaje, que primero fue una cosa profesional y ahora también se han convertido en amigos. (Inf.16)

La sociedad constituye un marco de referencia para los profesionales, que destacan las funciones y las aportaciones que desde su seno se llevan a cabo, también hacen referencia a las expectativas y las sugerencias de mejora, que pueden tenerse en cuenta pensando en un proyecto de futuro.

Tener un respaldo, por un lado los representantes de esa sociedad, la SEEGG, el tener unos asociados, le permite tener un mayor apoyo y una mayor representatividad, luego por otro lado, pues los socios el tener... gente que les representa y que intenta solucionarles las necesidades o las carencias que ellos tienen, yo creo que es importante, creo que es fundamental la presencia de la SEEGG, yo estoy convencida que ha tenido un papel importantísimo en la creación de la especialidad de Enfermería Geriátrica, creo que su insistencia, su constancia, sus esfuerzos han hecho que se apruebe una especialidad como es la geriatría. (Inf. 13)

Es importante si va dirigida en la buena labor y buen funcionamiento de la enfermería... los propios asociados van a conocer las inquietudes... van a saber cómo se mueve el sector, es importante ver los rumbos que toma, va a conseguir medios, formación... es importante que haya alguien de referencia... los contactos son importantes. Te orientan y ayudan a resolver problemas, tienen más medios y están más preparados porque se relacionan con muchos... te dicen no te preocupes y te dan pautas y te facilitan mucho, de estar solo a estar asociado va un mundo, me parece importante. (Inf. 4)

Ha sido el punto de encuentro de estos profesionales, muchos de ellos trabajan solos y muchas enfermeras en los centros residenciales, en los centros sociosanitarios, hay una por turno y por tanto no tienen esta unión de trabajar con una compañera y la SEEGG ha sido el punto de encuentro de estas personas. (Inf. 16)

Las sociedades científicas en geriatría, psiquiatría... primero son las que más experiencia tienen y a nivel de asesoramiento son importantísimas... son las que más saben, las que más estudian los temas, los que más información tienen... son importantes a nivel de asesorar, cuando hay alguna oposición son los que asesoran, siempre se pide ayuda a las asociaciones, es que son... la clave para orientar a todo el mundo. (Inf.5)

Me parece fundamental (asociarnos), la unión hace la fuerza, es así. La SEEGG es para mí mi familia, la conocí al principio de estar en esta Escuela, yo me

siento totalmente respaldada con esta sociedad, totalmente... Mi programa docente fue presentado después de un consenso en uno de los talleres de la SEEGG, entonces esto es estupendo, tener el respaldo. El hecho de compartir parece que te da seguridad... Una sociedad es un colectivo que funcionando bien, sirve positivamente, por supuesto como refuerzo, como formación, como apoyo. (Inf. 11)

Los retos que proponen a la sociedad científica nuestros informantes los recogemos en las siguientes manifestaciones.

Creo que el reto principal es que la especialidad no sea un diploma colgado en la pared de tu casa, sino que la fuerza de los especialistas con la SEEGG, porque la SEEGG tiene que ser la pionera, la que tiene que ayudar, la que tiene que abrir camino para que esta especialidad sea reconocida y que se defina finalmente los puestos de trabajo... Definamos muy bien donde tiene que estar el especialista y que se reconozca este puesto de trabajo como especialista y que igual que las matronas, que si tú no eres especialista a esto, dentro de lo que decidamos no pueda acceder nadie que no sea especialista. (Inf. 16)

Una sociedad tiene que ser aperturista, tiene que tener el objetivo muy claro, el fin muy claro de que es lo que quiere y tiene que dar cobertura allá donde están cualquiera de los profesionales que se dedican al cuidado de la vejez, o bien enseñando o bien cuidando o bien valorando... que esté vivo, esté en continuo movimiento, donde la gente encuentre respuesta a una duda de forma sencilla, a base de clips. (Inf. 11)

Se supone que con el tiempo serán asesores de las direcciones o de las consejerías, si hay que sacar una oposición exclusiva tendrán que contar con ellas, dotar plantillas... a nivel de asociación tendrán que decir, creo que con el tiempo tendrán que opinar el número de enfermeras para tantos pacientes, aunque nosotros lo tenemos definidos, ellos no pueden estar de acuerdo, para eso son especialistas. (Inf. 5)

Ha defendido la autonomía profesional de enfermería, en el desarrollo de la especialidad frente a intereses de otros profesionales de interferir en el planteamiento y desarrollo de la misma, estamos haciendo referencia a la denuncia presentada por parte del colectivo de los médicos, como nos narra la responsable que en ese momento tuvo que gestionar esta situación.

Ha sido clave... (se refiere a la sociedad científica) porque nos han querido meter en este año muchos goles, han querido otras muchas sociedades, dichas de geriatría existentes y algunas simplemente registradas, querer formar parte y meter mano de lo que era la formación, pasa que como hemos tenido la suerte de que la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, ha hecho una buena labor durante estos años y poquito, poquito, hemos tenido un reconocimiento a todos los niveles y que de nuestro trabajo era serio y de que las cosas que hacíamos eran serias, pues finalmente pudimos poner sobre la mesa, que la única sociedad que tenía valor para representar en las Comisiones a las sociedades como enfermería era la nuestra, que todo lo demás o eran registros, lo pudimos demostrar en donde hay registros de sociedades y las otras que se llamaban multidisciplinarias, de

multidisciplinares no tenían nada, que eran médicos y que los médicos no tenían nada que hacer... los intereses pues... el dominar el cotarro para hacer lo que ellos creen que se debe hacer, porque sobre todo... las que son falsas es un tema político nada más están inscritas y quieren estar en cualquier parte ¿vale?. Presentaron una denuncia... en contra de la especialidad. Pero el juez les ha dado el primer revolcón y el segundo revolcón se lo encuentran, cuando ahora que tenemos que aprobar Unidades Docentes, a la que no se cumpla el pacto de no agresión, yo me cargo una Unidad Docente, aunque sea multidisciplinar la piden para formar médicos, pero es que tuvimos que llegar a esto a "pacto de no agresión", porque es que si no, nos volvían a dar lecciones de lo que teníamos que hacer. Yo acepto lecciones cuando yo creo en los profesionales, creo que me respetan a mí como profesión, cuando hablo de tú a tú, profesional a profesional. (Inf. 16)

La representación es un elemento indispensable para asegurar el desarrollo de una profesión⁷⁷², es esencial en las reivindicaciones e implícitamente está unida con aspectos políticos y de poder, es un derecho que todos los profesionales deberían tener: poder ser representados por pares. En enfermería tradicionalmente han sido "otros", hombres médicos, quienes nos han representado, desde un prisma diferente a la visión enfermera, desde su perspectiva de los que debía ser la enfermería y con un sesgo importante como ha podido ser defender sus propios intereses por mantener el poder/estatus, a través de métodos políticos coercitivos que han contribuido a la formación de enfermeras tanto más obediente cuanto más útil y al revés^{773,774}. El poder es libertad en el sentido de la capacidad para controlar "la profesión" y el ambiente, cuando la sociedad percibe la capacidad de poder responder a sus necesidades de cuidados en enfermería, está reconociendo aquello que somos capaces de resolver y cuando ejercemos con falta de poder no nos atribuye ese reconocimiento⁷⁷⁵.

En España todavía hoy la enfermería se naturaliza como una labor subalterna, con escasa influencia en la toma de decisiones y cuando se hacen aceptables algunas formas de poder que dan continuidad a los privilegios de algunos grupos, se puede estar limitando la calidad de los cuidados de las personas a quienes se atienden⁷⁷⁶, porque su poder se transforma en un poder del deber de cuidar⁷⁷⁷. Distintos autores hacen referencia al término "anorexia de poder" cuando mencionan la dependencia de otros profesionales, cuando son otros quienes toman decisiones que corresponden a enfermería, han puesto de manifiesto la necesidad de reforzar el liderazgo de enfermería centrado en la gestión integral y humanística de los cuidados, ofreciendo el apoyo, reconocimiento y legitimación que haga viable y visible una gestión de cuidados excelentes, que garantice una práctica avanzada reflexiva, centrada en la persona, en la salud y en la calidad de vida, desde un abordaje integral e interdisciplinar en términos de igualdad entre profesionales^{778,779,780}.

Para terminar este apartado, destacamos la importancia que los testimonios conceden al potencial de representación que tiene la Sociedad Científica (SEEGG), desde esta sociedad sus representantes han tenido que luchar por tener voz y voto, y liderar el proceso de especialización. Cambio, poder y conocimiento son conceptos que van de la mano, quien posee un conocimiento considerado cierto por las instituciones, está en posición privilegiada para introducir cambios en la organización e influir en la toma de decisiones⁷⁸¹. Los testimonios la vinculan como un elemento vital y esencial en el fomento, creación, desarrollo y defensa de la especialidad de Enfermería Geriátrica, como hoy la conocemos. Los informantes reconocen que

su intervención ha facilitado una visión enfermera en el planteamiento de la especialidad y no la de otros profesionales, los médicos, que reiteradamente adoptaron estrategias de amedrentamiento para interferir en la independencia-autonomía de las enfermeras, cuestionando su capacidad profesional. En el momento que debía constituirse la Comisión Nacional de la Especialidad, pretendieron formar parte de ella a través de sociedades científicas que supuestamente representaban a la enfermería geriátrica, los representantes de la SEEGG tuvieron que defender la legitimidad de su representación y denunciar que estas “otras sociedades científicas” en realidad nunca habían desarrollado actividad científica alguna en el área de la enfermería geriátrica o no eran exclusivas de enfermería. Otra de las estrategias adoptadas fue presentar un recurso contencioso-administrativo, desde del Ilustre Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, contra la Orden SAS/3225/2009 en la que se aprobaba y publicaba el programa formativo de la especialidad de enfermería geriátrica, cuestionaban parte de los contenidos y reclamaban ámbitos profesionales exclusivos para los médicos. Pretendían, en realidad, recuperar parte del poder que históricamente se les había concedido en la representación de temas propios de enfermería. También fue necesario llegar a consensos, como dice nuestra informante “pactos de no agresión” para aprobar las Unidades Docentes Multidisciplinares.

El poder de representación y la autoridad que hoy tiene la Sociedad Científica de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, está avalada por una trayectoria de trabajo, esfuerzo, rigor científico, constancia y saber hacer, desde que se creó hace 25 años, siempre fomentando el valor del cuidado de los mayores, como medio que mejora en la calidad de vida de los mayores y sus familias, han elaborado un discurso claro sobre la especialidad, elemento necesario para configurar el poder profesional⁷⁸². Sus propuestas sobre el modelo de formación especializada en enfermería geriátrica les hizo ser líderes europeos. Las aportaciones que la sociedad ha realizado, han sido y siguen siendo un referente para muchas de las enfermeras que trabajan en el ámbito de la geriatría. Nos gustaría tener presentes a todas y todos los enfermeros que han participado y han hecho posible que la sociedad exista y le alientan con nuevos retos, porque sin un colectivo detrás no hay nada que representar.

Las enfermeras y enfermeros que trabajan en el área de la geriatría, han asumido responsabilidades propias de especialistas, han defendido y definido las competencias específicas que puede asumir el profesional de enfermería especializado y han creado un programa específico de formación. Pero no podemos olvidar que la atención a los mayores exige trabajar en equipos interdisciplinares, donde cada disciplina pueda aportar unos conocimientos propios y entre todos ofrecer una atención de calidad a este grupo etario de población, a fecha de hoy todavía está pendiente el desarrollo de un modelo de atención basado en el respeto y reconocimiento de cada una de las disciplinas desde la paridad, desde el respaldo de las instituciones en forma de definición de puestos de trabajo con perfiles de especialista en Enfermería Geriátrica, donde el principal objetivo sea mejorar la calidad de vida de los mayores.

Figura 40. Síntesis: La valoración social de las enfermeras y enfermeros geriátricos.

*Ejemplos sintetizados de las narraciones.

3ª CATEGORÍA DE ANÁLISIS. Valoración social de las enfermeras y enfermeros geriátricos.		
1. El reconocimiento.	Estatus	<p><i>*Siempre es un puesto que está por debajo del médico. Les parecía ridículo a alguno que intentáramos las enfermeras escribir ciencia y publicar.</i></p> <p><i>*Creo que va a mejorar con los especialistas.</i></p>
	Identidad	<p><i>*Somos los grandes olvidados los parientes pobres de la sanidad. No nos ven, nos ignoran. Siempre a la sombra, poco reconocida, pero con una labor imprescindible.</i></p> <p><i>*La visión es como de segunda categoría, se infravalora el trabajo "está ahí porque no tiene otra salida". La gran desconocida.</i></p> <p><i>*El equipo te valora, te conocen y saben la labor que haces.</i></p> <p><i>*Las familias que nos conocen sí. Hay muchas cartas de agradecimiento, perciben la atención y la formación que se da a la familia.</i></p> <p><i>*A nivel social no está reconocida. Se considera que para cuidar mayores no hace falta saber. En la misma sintonía que los mayores en la sociedad.</i></p>
	Invisibilidad y género	<p><i>*Si hubiera habido más enfermeros seguro que el reconocimiento hubiera sido distinto, reivindicamos más.</i></p> <p><i>*Nuestro trabajo no se ve. Dedicamos tiempo al residente pero no escribe, esto nos hace más invisibles.</i></p>
2. La redistribución	Remuneración económica.	<p><i>*De nada sirve un puesto de trabajo que no está remunerado. "Las palmaditas en la espalda caducan".</i></p> <p><i>*Una especialidad debería ser reconocida, se realiza un esfuerzo importante, económico, personal..., en beneficio de la sociedad y del mayor.</i></p>
	Diferencias entre niveles asistenciales.	<p><i>*Se hacen gradientes, mejor remuneración en especializada y primaria, luego sociosanitaria pública y en último lugar sociosanitaria privada. Esto dice que unas enfermeras valen más que otras.</i></p>
	Redistribución y género	<p><i>*Estamos acostumbradas a verlos siempre en puestos directivos, en "cargos". Si hubiera más chicos estaríamos mejor remunerados.</i></p> <p><i>*Los hombres sienten como su trabajo es principal, el nuestro es accesorio.</i></p>
3. La representación	Significado representación.	<p><i>*La falta de desarrollo de la especialidad se relaciona con cuestiones políticas. Hace falta que todos trabajemos en la misma dirección, los políticos, todos los entes representativos.</i></p> <p><i>*Hemos sido muy trabajadores, responsables, pero poco reivindicativos.</i></p>
	Órgano de representación: la SEEGG.	<p><i>*La presencia de la sociedad nos da fuerza como colectivo, nos ayuda a una mayor visualización y reconocimiento como profesionales ante la sociedad y las instituciones.</i></p>

BIBLIOGRAFIA.

-
- ⁵⁹⁶Krief Bernard. La aportación de la Enfermería a la salud de los españoles. Madrid, Consejo General de Enfermería. 1998.
- ⁵⁹⁷Rodriguez Josep A, Bochs Josep Lluís. Enfermeras hoy: como somos y cómo nos gustaría ser. Conclusiones del estudio sociológico 2004. Barcelona, Colegio de Enfermería y Universidad. 2005.
- ⁵⁹⁸Informe de la Organización Colegial de Enfermería. Consejo General. 15 de febrero del 2013. Salida 55.
- ⁵⁹⁹Bauman Zygmunt. Tiempos líquidos. Vivir en una época de incertidumbre. Barcelona: Tusquets Editores; 2007.
- ⁶⁰⁰Vásquez Rocca Adolfo. Zygmunt Bauman: Modernidad líquida y fragilidad humana. *Nómadas Revista Crítica de ciencias Sociales y Jurídicas*.2008;19(3):publicación electrónica de la Universidad Complutense.
- ⁶⁰¹Bauman Zygmunt. Modernidad Líquida. (3ª reimpresión). México DF: Editorial Fondo de Cultura Económica;2004.
- ⁶⁰²Bauman Zygmunt. Vidas desperdiciadas, la modernidad y sus parias. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica;2005. p 24-25
- ⁶⁰³*Ibid.*,p.28.
- ⁶⁰⁴Bauman Zygmunt. Miedo líquido. La sociedad contemporánea y sus temores. Barcelona: Paidós Ibérica; 2007. p.3.
- ⁶⁰⁵Zuñiga Porras Catalina. Departamento de Trabajo Social del CONOAPAM. Mitos y estereotipos en el envejecimiento y la vejez. San José, Costa Rica. Del Ministerio de Ambiente y Energía 100mts norte, Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, CONAPAM. <http://www.conapam.go.cr>
- ⁶⁰⁶Agulló Tomás María Silveria. Mayores, Actividad y Trabajo en el Proceso de Envejecimiento y Jubilación: una aproximación psico-sociológica. XVI edición española y X edición iberoamericana. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de asuntos sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO);2001.
- ⁶⁰⁷Sánchez Palacios Concepción, Trianes Torres M. Victoria, Blanca Mena M. Jose. Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009;44(3):124-129.
- ⁶⁰⁸Gabinete de prensa del Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en: http://www.imserso.es/imserso_01/actualidad/2010/abril
- ⁶⁰⁹Losada Baltar, Andrés. Edadismo: consecuencias de los estereotipos, del prejuicio y la discriminación en la atención a las personas mayores. Algunas pautas para la intervención. Madrid: Portal Mayores, Informes Portal Mayores número 14; 2004. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/losada-edadismo-01.pdf>.

⁶¹⁰Portal Mayores. La imagen de los mayores en Europa. Madrid: Portal Mayores, informes Portal Mayores, número 96. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-imagen-mayores-2009-v1.pdf>.

⁶¹¹Ferreira Olivia Galvão Lucena, Maciel Silva Carneiro, Silva Antonio Oliveira, Santos Walberto Silva dos, Moreira María Adelaide Silva P. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes / Active aging from the perspective of aged individuals who are functionally independent / El envejecimiento activo bajo la visión de ancianos funcionalmente independientes. Rev Esc. Enferm USP. 2010;44(4):1060-1064.

⁶¹²López Martín Inmaculada. Nuevas demandas sociales ligadas al envejecimiento de la población. Educare 21. 2004;8. Disponible en: <http://www.enfermería21.com/educare>

⁶¹³Rodríguez de Vera, Bienvenida del Carmen. La vejez, patrimonio inmaterial de la humanidad. Gerokomos. 2008;19(2):79-82.

⁶¹⁴Bauman Zygmunt. Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos. (2ª reimpresión 2006 de la edición 2005). Madrid: Fondo de cultura económica;2006.

⁶¹⁵Ors Montenegro Asunción, Maciá Soler Loreto. Mayores institucionalizados. Valoración de la satisfacción y el bienestar en una residencia geriátrica religiosa. Gerokomos 2013;24(1):18-21.

⁶¹⁶Abellán García Antonio, Ayala García Ángela. Un perfil de las personas mayores en España, 2012. Indicadores estadísticos básicos. Madrid. 2012 Informe Portal Mayores; 13. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es>

⁶¹⁷Actualidad últimas noticias. Salud Pública. El cuidado a personas dependientes en España cuesta 40.000 millones de euros. Jano.es 12 abril del 2012. Disponible en: http://www.jano.es/jano/actualidad/ultimas/noticias/janoes/cuidado/personas/dependientes/espana/cuesta/40000/millones/euros/_f-11+iditem-16790+idtabla-1

⁶¹⁸Bauman Zygmunt. Miedo líquido. Op cite, p.10

⁶¹⁹Ibid., p.95

⁶²⁰Abades Porcel Mercedes, Rayón Valpuesta Esperanza. El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social?. Gerokomos 2012;23(4):151-155

⁶²¹Rorty Richard. Contingencia Ironía y solidaridad. Paidós. Barcelona; 1991. En: Vasquez Rocca Adolfo. Pragmatismo y política en Rorty Construcción del espacio público. Astrobólico Rev Internacional de filosofía. 2006;2:24-34.

⁶²²Flores d'Arcais Paolo. The US elections: a lesson in political philosophy: populis drift, secular ethics, democratic politics. Citado en: Bauman Zygmunt. Tiempos líquidos. Vivir en una época de incertidumbre. Barcelona: Tusquets Editores; 2007. Pp 91.

⁶²³INE. Estudio descriptivo de la pobreza en España. Resultados basados en la encuesta de condiciones de vida. 2004. Disponible en: <http://ine.es/daco/daco42/sociales/esudiodesc.pdf>

⁶²⁴Alvarez Nebreda Carlos C. No es la sanidad lo que peligra, es el Estado de Bienestar. Acta Sanitaria 12/12/12. Disponible en: <http://www.actasanitaria.com/opinion/punto-de-vie-bienestar.html>

⁶²⁵Bauman Zugmunt. Miedo líquido. Op cite, p.206

⁶²⁶Lluch JA, Marin M. 1994 en: Martínez Zahonero Jopse Luis. Economía del envejecimiento, calidad y financiación de los cuidados prolongados para los ancianos. Madrid: Consejo Económico y social; 2000:75.

⁶²⁷Davis Anne J. El cuidar y la ética del cuidar en el Siglo XXI, que sabemos y qué debemos cuestionar. Colegio Oficial de Enfermería de Barcelona. 2006. Anne Davis, profesora emérita de la University of California de San Francisco y del Nagano College of Nursing en Japón. Disponible en: http://www.coib.org/uploadsBO/Noticia/Documents/ANNE%20DAVIS%20CASTELL%C3%A0_DEF.PDF

⁶²⁸Márquez González María, Losada Baltar Andrés, Pérez Rojo Gema. Habilidades y conocimientos necesarios para trabajar con personas mayores. Madrid, Portal Mayores, Informes Portal Mayores nº 32. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/losada-habilidades-01.pdf>

⁶²⁹Mompart García M^a Paz, Durán Escribano Marta. Administración y gestión. 2^a ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (grupo Paradigma); 2009.

⁶³⁰Mompart García M^a Paz, Durán Escribano Marta. Administración y gestión. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (Grupo Paradigma);2001. p 259-260

⁶³¹Ribera Casado Jose Manuel. Investigación en envejecimiento hoy: principales retos de salud. Perspectiva desde la Geriátrica. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2001;36(S3):7-12.

⁶³²Germán Bes Concha, Fajardo Trasobares Esther, Sobreviela Ruiz Oscar. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. Evidentia 2004;1(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n2/51articulo.php>.

⁶³³Ortiz Arriagada Juana Beatriz, Castro Salas Manuel. Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y autoeficacia. Contribución de enfermería. Ciencia y enfermería. 2009;15(1):25-31.

⁶³⁴Fry Sara. La ética en la práctica de la enfermería. Guía para la toma de decisiones éticas. Ginebra. 1994; Consejo Internacional de Enfermería:37.

⁶³⁵Alvarado García Alejandra. La ética del cuidado. Rev. Aquichan. 2004;4(4):30-39.

⁶³⁶Huércanos Esparza Isabel, Anguas Gracia Ana, Martínez Lozano Francisca. El cuidado invisible como indicador de mejora de la calidad de los cuidados enfermeros. Tesela. 2012;11. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts11/ts1106.php>

⁶³⁷Piñol Fernández Mercé, Pérez Pérez Teresa, Carreras Carreras Josefa. Cuidados enfermeros invisibles y gestores. Paraninfo digital. 2012;6(15). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n15/005p.php>

-
- ⁶³⁸Moreno Monsiváis M^a Guadalupe, Interrial Guzmán M^a Guadalupe. Percepción del paciente acerca de su bienestar durante la hospitalización. *Rev Paraninfo Digital*. 2011;5(14). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n14/0529.php>
- ⁶³⁹Blanca Gutiérrez Joaquín Jesús, Linares Abad Manuel, Grande Gascón M^a Luisa. El concepto de bienestar en las residencias de personas mayores. *Evidentia*. 2011;8(36). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n36/ev3600.php>
- ⁶⁴⁰Ariza Olarte Claudia. Satisfacción del cuidado de enfermería en el paciente cardiaco. Hospital de San Ignacio. *Rev. Enfermería en cardiología*. 2004;4:6-10.
- ⁶⁴¹Bautista R. Luz Marina. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. 2008. *Aquichán*;8(1). Disponible en: <http://www.scielo.org.com>
- ⁶⁴²Gallardo S. Karina, Maya P. gloria, Vásquez T. Martha Lucía. La comunicación: llave maestra para la aplicación de valores humanísticos y altruistas en el cuidado de los niños. *Revista Cultura del Cuidado Enfermería*. 2011; 8(1):5-16.
- ⁶⁴³Carbelo Baquero Begoña. El tacto: una forma de comunicación con el paciente. *Enferm Clin*. 2000;10(1):29-32.
- ⁶⁴⁴Oliveira ME, Felini RM, Zampieri MF, Martins CR. Un ensayo sobre la comunicación en los cuidados de enfermería utilizando los sentidos. *Enfermería Global* 2006;(8) Disponible en: <http://www.um.es/eglobal>
- ⁶⁴⁵Bonafont Castillo Anna. El cuidar y los ancianos. *Gerokomos*. 1997;8(20):49-59.
- ⁶⁴⁶Moreno Pérez Norma E, Jordan Jinéz M Lourdes. Desgaste profesional por empatía: Una consecuencia también del cuidado de enfermería. *Desarrollo Cientif Enferm*. 2007;15(8). Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/15/15-357.php>
- ⁶⁴⁷Olvera Villanueva Georgina, Diaz Guerrero Rosalía. Empatía, elemento fundamental del cuidado de enfermería. *Desarrollo Cientif Enferm*. 2006;14(6) Disponible en <http://www.index-f.com/dce/14/14-217.php>
- ⁶⁴⁸Candela Bonill de las Nieves. La importancia de las habilidades comunicativas en la humanización de los cuidados. *Index de Enfermeria*. 2008;17(1) Disponible en <http://dx.doi.org/10.4321/s1132-12962008000100017>
- ⁶⁴⁹Cánovas Tomás Miguel Angel. La relación de ayuda en enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión. Tesis doctoral. Universidad de Murcia 2008.
- ⁶⁵⁰Mejía Lopera M^a Eugenia. Significado del cuidado de enfermería para el paciente en estado de cronicidad. *Index de Enfermería*. 2008;17(4):231-235.
- ⁶⁵¹Contreras Adriana, Contreras Astrd, Díaz M Elena, Hernández Mónica, Muñoz Norma, Ricardo M Claudia. Habilidad de cuidado de los profesionales de enfermería de una institución prestadora de servicios de salud. *Rev Cultura del Cuidado Enfermería*. 2011;8(1):17-23

- ⁶⁵²Leiliana Camargo Itza, Virginia Caro Clara. Comportamientos de cuidado del anciano y de los profesionales de enfermería: evidencias para la cualificación profesional. Provincia de Coclé, Panamá. *Av enferm.* 2009;27(1):48-59
- ⁶⁵³Torres Egea M Pilar, Ballesteros Pérez Esperanza, Sánchez Castillo Pablo D. Programas e intervenciones de apoyo a los cuidados informales en España. *Gerokomos.* 2008;19(1):9-15
- ⁶⁵⁴Vega Angarita OM, González Escobar DS. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enferm Global.* 2009(16) Disponible en <http://um.es/eglobal>
- ⁶⁵⁵Pinazo S, Sánchez M. *Gerontología: Actualización, innovación y propuestas.* España. Pearson Prentice Hall; 2005.
- ⁶⁵⁶Fernández Hilda, Escobar Rivero Digna Yolanda, Romero Castillo Petra Trinidad, Coromoto Ramírez Omaira. Cuidado proporcionado por la enfermera y satisfacción del enfermo hospitalizado en una institución privada. *Tesela [Rev Tesela]* 2012;12. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts12/ts8054.php>
- ⁶⁵⁷Fernández Alba R, Manrique Abril FG. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. *Enfermería Global.* 2012;19. Disponible en: <http://www.um.es/global>
- ⁶⁵⁸Orkaizagirre Aintzane. Oxitocina, la hormona de la calma, el amor y la sanción, de Kerstin Uvnas Moberg. *Etica de los cuidados.* 2009;3(5).
- ⁶⁵⁹Waldo Vera Regina. Nuevas ideas sobre el cuidado. *Aquichan.* 2007;8(1):85-96.
- ⁶⁶⁰Ballesteros García Montserrat, Jiménez Navascués Lourdes, Ruiz Gómez M Carmen. Revisión bibliográfica del informe de valoración al alta de enfermería. *Gerokomos.* 2004;15(4):209-216
- ⁶⁶¹García Vilchez AM, Bonilla Puertas E, Rubio Jaime A. Valoración al alta de enfermería: un método científico para cuidar. *Gerokomos.* 2000;11(1):24-30
- ⁶⁶²Zamora Sánchez Juan José, Martínez Luque Rosa, Puig Girbao Nuria, Lladro Blanch Magda, Quilez Castillo Francisco. Programa de continuidad de cuidados al alta en una unidad de hospitalización a domicilio. *Metas Enferm.* 2009;12(3):23-30
- ⁶⁶³Villarejo Aguilar Luis. Intervenciones propuestas por las enfermeras hospitalarias para el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas. *Enferm Global.* 2012;10(25):53-57
- ⁶⁶⁴Hernández Martínez-Esparza E, Barquín Arribas MJ, Mundet Riera I, Royano Reigadas L, García Calderón MI. La necesidad de un informe de enfermería al alta o traslado en una residencia geriátrica. *Gerokomos.* 2006;17(3):132-139.
- ⁶⁶⁵Martínez Riera JR, Sanjuan Quiles Angela. Análisis bibliográfico sobre instrumentos para la continuidad de cuidados sociosanitarios en España. *Enferm Comunitaria.* 2009;5(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v5nl/ec7053.php>
- ⁶⁶⁶Martínez Riera José Ramon, Sanjuan Quiles Angela. Realidad de los cuidados continuados en España. *Rev Tesela.* 2011;1(9). Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts9/ts7610.php>
- ⁶⁶⁷Escuredo Rodríguez, Bibiana. ¿Cuidar a los ancianos dependientes o apostar por su independencia?. *Rev ROL Enferm.* 2008;31(9):35-38

-
- ⁶⁶⁸Brochero Adriana edith, Heredia Ana M^a. Promoción de la salud: un desafío para enfermería. *Temas Enferm Act.* 1996;4(18):13-15.
- ⁶⁶⁹Vilchez Melgarejo Juan Luis. Necesidades de cuidados en las personas mayores. *Gerokomos.* 1999;10(3):131-136
- ⁶⁷⁰Vasquez Morales Andrea, Sanz Valero Javier. Promoción de la salud en ancianos. Intervenciones en personas mayores. *Rev ROL Enferm.* 2011;34(11):16-24
- ⁶⁷¹Martín Marín, Cristina; Guzmán Paredes, Mercedes; Otero Villullas, Pilar; Tejedor Macho, Rosario; Díez Ruiz, Jesús; Donis Domeque, José; Pérez Cuadrado, Candelas. Adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes mayores polimedicados. *Metas de Enferm.* 2011;14(8):24-30
- ⁶⁷²Velazquez Lara Fidel, Landeros Pérez M^a Elena. Efecto de la enseñanza de enfermería con enfoque de competencias en la capacidad del agente de cuidado dependiente, para prevenir úlceras por presión en el adulto mayor. *Parainfo digital.* 2011;5(14) Disponible en: <http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/para/n14/003r.php>
- ⁶⁷³Peña Amaro, Pilar, García López, Juan, Lupiáñez López, Yolanda, Figueroa Magaña, Encarna, Gámiz Magaña, María, Trujillo Abad, Ana. Educación para la salud en personas mayores desde un centro de atención primaria. *Gerokomos.* 2011;22(3):109-114
- ⁶⁷⁴Gómez Martínez Carmelo, Martínez Cuervo Fernando. Principios bioéticos aplicados en el cuidado geriátrico. Cap. 15: 299-315. En: García Hernández Misericordia, Martínez Sellarés Rosa. *Enfermería y envejecimiento.* Elsevier Masson. 2012 Barcelona.
- ⁶⁷⁵Alonso T, Alonso Ruiz M.T, Arana A, Gallego R, Gálvez N, Lozano G et all. Necesidades del desarrollo de servicios especializados de atención al anciano frágil: informe de la Sociedad Extremeña de Geriatria y Gerontología. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2004;39(3): 193-205.
- ⁶⁷⁶Código Deontológico de la Enfermería Española. Cap. VIII La enfermería ante el derecho de una ancianidad más digna, saludable y feliz como contribución ética y social al desarrollo armonioso de la sociedad. Organización Colegial de Enfermería- Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería. España. 1989,1998 Madrid.
- ⁶⁷⁷Nuevo modelo de atención residencial en Castilla y León. Junta de Castilla y León. Disponible en: http://www.jcyl.es/web/jcyl/ServiciosSociales/es/Plantilla100/1284257146354/_/_/_
- ⁶⁷⁸Zuñiga Careaga Yolanda, Paravic Klijn Tatania. El género en el desarrollo de la enfermería. *Revista Cubana de Enfermería.*2009;25(1-2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
- ⁶⁷⁹Vanegas Blanca Cecilia, Barrera Graciela, Bautista Luz Adriana, Gómez Nancy Liliana, Hernández Leidy Johana, Ramírez Kelly Johanna, Roa Vivian Marcela. Construcción de la identidad profesional en estudiantes de enfermería en la Universidad El Bosque, 2007. *Rev Col.Enf.* 2008;3(3):33-43
- ⁶⁸⁰Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica. BOE número 288, del 30 de noviembre del 2009.

⁶⁸¹Benavides Fernando G. Acerca de la formación de los profesionales en Salud Pública, algunos avances y muchos retos. Informe SESPAS 2010. Gac Sanitaria. 2010;24 (supl. 1);90-95

⁶⁸²Araujo Pedro Jorge. El máster en ciencias de la enfermería. Enfermería Docente. 2012;96:7-11

⁶⁸³Robledo Martín Juana. La inevitable unión entre la necesidad de investigar y la formación en investigación. Nure Inv. 2011;54. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es>

⁶⁸⁴Zabalegui Yárnoz Adelaida, Macía Soler Loreto. Desarrollo del máster y doctorado oficial de enfermería en España. Castelló de la Plana; Publicacions de la Universitat Jaume I: 2010.

⁶⁸⁵Fernández Araque Ana M^a, Jiménez Navascués Lourdes, Ruiz Gómez M^a del Carmen, Caballero Navarro Ana Luisa. El docente enfermero en la Educación Superior de Enfermería. Paraninfo Digital. 2012;6(16). Disponible en: <http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/para/n16/1570.php>

⁶⁸⁶Federico Ferreira Manuela, Loureiro Cândida. Motivos para a procura de mestrados: estudo exploratório com enfermeiros [Razones para buscar un máster: un estudio exploratorio de los enfermeros]. Referência. 2013;3(9):67-74. Disponible en: <http://www.index-f.com/referencia/2013/39-067.php>

⁶⁸⁷Louart Pierre. Gestión de los Recursos Humanos. Barcelona: Ediciones Gestión 2000; 1994.

⁶⁸⁸Fernández López Ángela Maday. Análisis y descripción de puestos de trabajo. Monografías.com. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos25/puestos-de-trabajo/puestos-de-trabajo.shtml>

⁶⁸⁹Cuevas Santos Cristina, Martínez González Ignacio, Baltanás Gentil Franciaco Javier. La gestión por competencias en Enfermería. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2006

⁶⁹⁰Pérez Gorostegui Eduardo, Segura Gálvez Mariana, Cuadrado García de Mendoza José M^a, Puchol Moreno Luis, Gálvez Zaloña Ramón, Martínez Carretero José M^a. Función directiva y recursos humanos en sanidad. Madrid: Díaz de Santos Eduardo Pérez y Luis Angel Oteo; 2006

⁶⁹¹Hernández Yáñez Juan F. La enfermería frente al espejo: mitos y realidades. Fundación Alternativas. 2010;Documento de trabajo 162/2010:57.

⁶⁹²Dirección General del IMSERSO, Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Libro Blanco de la coordinación sociosanitaria en España. 2011 Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Gobierno de España. P:17.

⁶⁹³Hernández Yáñez Juan F. Op Cit.,6.

⁶⁹⁴Arribas Inmaculada de, Vera Carmen, Anaya Noelia, Cañas Manuel, Redondo Francisca, Hinojosa Juan Antonio. Continuidad de cuidados: puente entre enfermería especializada y enfermería primaria. Rev Paraninfo Digital. 2010;10. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n10/p113.php>

⁶⁹⁵Arrabal Tellez Ana Belén, Rasero Díaz Dolores, Marín Montañéz Ángel, Trujillo Carmen, Martín Martínez Javier. Líneas de mejora en la coordinación entre atención primaria y especializada en la continuidad de cuidados en pacientes renales. Rev Paraninfo Digital. 2010;10. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n10/p045.php>

-
- ⁶⁹⁶Pereda Arregui Enrique, Blaya López Enrique, Delgado Aguilar Herminia, Ramírez Suberbiola José Manuel. *Enfuro*. 2004;91:30-31
- ⁶⁹⁷Lavín Bollaín M^a Rosario, Blas Aurora de, Gutiérrez Padilla Leonor, Elena Pilar, Fuente Florencia de la. Informe de alta de enfermería: experiencia coordinada: hospital de Laredo-Atención Primaria. *Nuberos*. 2001;6(22):8-11
- ⁶⁹⁸Pellitero Gómez Camino, Guerrero Ruano Noemí, Gallego González Nuria, Díaz Ferrer Noelia. Informe de continuidad de cuidados. Herramienta de comunicación entre ámbitos asistenciales. *Rev Paraninfo Digital*. 2011;5(13). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n13/pdf/co30.pdf>
- ⁶⁹⁹Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas. *Boletín Oficial de la Junta de Andalucía*, número 52;4 de mayo del 2002.
- ⁷⁰⁰Montalbán Quesada Silvia. Gestión del caso clínico de una paciente con Accidente cerebrovascular. *Evidentia* 2011;8(36). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n36/ev7580.php>
- ⁷⁰¹Luque Ortega, Yolanda; Contreras Fariñas, Raquel; Torralba Albella, Juan; Moreno Verdugo, Ana; Granados Matute, Ana Eva; López Rodríguez, Luis. Revisión bibliométrica sobre Gestión de casos en España. *Evidentia*. 2011;8(34). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n34/ev7440.php>
- ⁷⁰²García-Fernández Francisco Pedro, Carrascosa-García M^a.I, Rodríguez-Torres M^a.C., Gila-Selas Carmen, Laguna-Parras Juan. M, Cruz-Lendínez Alfonso J. Influencia de las enfermeras gestoras de casos hospitalarias sobre la preparación de las cuidadoras para asumir el cuidado domiciliario. *Gerokomos* 2009; 20 (4): 152-158
- ⁷⁰³Jabalera Ramírez Montserrat, Pastor López Ángeles, Jabalera Ramírez Lourdes. Gestión de casos y coordinación interniveles. Elementos claves en la consecución de resultados. *Paraninfo Digital*. 2012;6(16). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n16/228.php>
- ⁷⁰⁴Valverde Jiménez M^a Rosario, Hernández Corominas M^a Ángeles. Modelo de gestión de casos e investigación. 2012;11(2). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/135751>
- ⁷⁰⁵Hernández Pérez Roberto del Sacramento. *Rev ENE Enferm*. 2007;1:7-16
- ⁷⁰⁶Consejo Asesor de Sanidad. Informe de coordinación y atención sociosanitaria. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 7 de marzo 2013. P:5.
- ⁷⁰⁷*Ibid.*, p. 17.
- ⁷⁰⁸Gómez Tirso, González Ana M^a, Vera M^a Dolores. Satisfacción del equipo enfermero de cuidados geriátricos. *Metas*. 2000;3(25):29-34.
- ⁷⁰⁹Nieto Blanco Esther, Salvador Morán M^a Jesús. La enfermera de soporte en las residencias de ancianos. Evaluación de una experiencia implantada en una zona básica de salud de Madrid. *Gerokomos*. 2008;19(1):21-27.

⁷¹⁰Estévez Guerra G.J, Fariña López E, Marrero Medina C.D, Nuñez González E, Bravo Martínez J. Síndrome de burn-out en una unidad de geriatría. Una aproximación a la realidad. *Gerokomos* 2002;13(3):26-31.

⁷¹¹Hueso Montoro César, Calero Martín de Villodres Paloma. Condiciones laborales y salud emocional del trabajador en residencias geriátricas. *Evidentia*. 2005;2(4). Disponible en: <http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/evidentia/n4/104articulo.php>

⁷¹²Flores Boixader E, Nicolas Dueñas Marilia. Actitudes y motivación de las enfermeras por la atención a los ancianos. *Gerokomos*. 1995;6(15):95-101.

⁷¹³Hanzeliková Pogrányivá Alica, García López María Victoria, Pomares Martínez María Dolores, Pardo Fernández María José, Monte de Paz Julia. La calidad de vida profesional de las enfermeras en geriatría. *Enferm Global*. 2011;10(24):145-157.

⁷¹⁴Fraser Nancy, Honneth Axel. *Redistribución o reconocimiento? Un debate político-filosófico*. Madrid-A Coruña: Morata y Fundación Paideia;2006. p.12

⁷¹⁵Fraser Nancy. *Escalas de Justicia*. Barcelona: Herder; 2008. p.49

⁷¹⁶*Ibid.*, p.127

⁷¹⁷González Cámara Noelia. La búsqueda de marco para la justicia. *ARBOR*. 2010; CLXXXVI (744):769-772.

⁷¹⁸Pérez de la Fuente Oscar. *Escalas de Justicia y emancipación: Inclusión, redistribución y reconocimiento*. *Astrolabio. Revista internacional de filosofía*. 2010;11:378-391.

⁷¹⁹Fraser Nancy. *Op cite*; p.117

⁷²⁰*Ibid.*, p.41

⁷²¹Palacio Avendaño Martha. Entrevista con Nancy Fraser La justicia como redistribución, reconocimiento y representación. *Barcelona Metròpolis. Revista de informació i pensament urbanos*. 2009;74:16-24. Disponible en: <http://w2.bcn.cat/bcnmetropolis/arxiu/es/page019f.html?id=21&ui=181&prevNode=33&tagId=128>

⁷²²Fraser Nancy. *Nuevas reflexiones sobre el reconocimiento*. *New left review*. 2000;4:55-68. Disponible en: <http://www.uruguayeduca.edu.uy/Userfiles/P0001/File/N%20Fraser%20Reconoc.pdf>

⁷²³Fraser Nancy, Honneth Axel. *Op cite*. p.36.

⁷²⁴Veliz R. Lizet, Ceballos V. Paula, , Valenzuela S. Sandra, Sanhueza A. Olivia. Análisis crítico del paradigma positivista y su influencia en el desarrollo de la enfermería. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital)2012;21(4). Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v21n4/7949.php>

⁷²⁵Rodríguez García Marta, Martínez Miguel Esther, Tovar Reinoso Alberto, González Hervías Raquel, Goday Arean Carmen, García Salinero Julia. *Deconstrucción de la profesión de*

enfermería desde la perspectiva de género. ¿Debilidad o fortaleza?. Rev ROL Enferm. 2009;32(7-8):24-30.

⁷²⁶Medina Moya Jose Luis. Aprender a cuidar y cuidados profesionales I. Algunas reflexiones sobre la naturaleza política y de género de la pedagogía y de la práctica del cuidado. Educare 21. 2006;22 Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/educare>

⁷²⁷Barrio IM, Molina A, Sánchez CM, Ayudarte ML. Ética de enfermería y nuevos retos. An. Sist. Sanit. Navar.2006;29(3). Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol29/sup3/suple5.html>

⁷²⁸Fraser Nancy, Honneth Axel. Op. cite, p. 75

⁷²⁹Rodríguez Camero M^a Luisa, Rodríguez Camero Noelia, Azañon Hernández Rodrigo. La construcción mediática de la Enfermería. Index Enferm. 2008; 17(2):119-123

⁷³⁰Lobo Alexandrina de Jesús Serra, SousaCarvalho Amâncio Antonio de, Martins Jacinta Pires, Mateus Sonia Fidalgo, Jesús Lisete Amélia Ribeiro de. Satisfacción de los pacientes con los servicios de enfermería en atención primaria. Rev Paraninfo Digital. 2012;16. Disponible en : <http://www.index-f.index-f.com/para/n16/114d.php>

⁷³¹Vives Relats Carmen, Rodero Sánchez Virtudes, Jiménez Herrera María, Aparicio Casls Rosa, Ferré Grau Carme. El cuidado Humano nos identifica. Rev. Paraninfo Digital. 2012;6(15). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n15/021o.php>

⁷³²Romero-Nieva Lozano Jerónimo. Enfermería es... Qué es enfermería. Tesela [Rev Tesela] 2012;11. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts/ts1101.php>

⁷³³Brito Brito Pedro R. Hacia la identidad enfermera. Metas Enferm. 2007;10(2):51-54.

⁷³⁴Verde Flota Elisabeth, Monroy Rojas Araceli, Contreras Garfias M^a Elena, García Santa Olalla Ivonne Areli. Las enfermeras: su percepción de la profesión. Desarrollo Cientif Enferm Mex. 2006;14(6):207-210.

⁷³⁵Hernández Zambrano Sandra Milena. Teoría y praxis de enfermería: una relación dialéctica. Rev Paraninfo Digital. 2009;3(6). Disponible en: <http://www.index-f.com.roble.unizar.es9090/para/n6/o009.php>

⁷³⁶Cruz Lendínez Alfonso J., Villar Dávila Rafael, García Ramiro Pedro A., López Medina Isabel M^a, Jiménez Díaz M^a Carmen, Pancorbo Hidalgo Pedro L. Plantilla de enfermería y demanda de cuidados de ancianos hospitalizados ¿son suficientes los recursos?. Gerokomos. 2007;18(4):168-175.

⁷³⁷González López-Valcárcel Beatriz, Barber Pérez Patricia. Planificación y formación de profesionales sanitarios con foco en la atención primaria. Informe SESPAS 2012. Gac. Sanit. 2012;26:46-51

⁷³⁸Ortum Vicente. La enfermería en el mundo que viene. Enferm. Clin. 2013;23(2):45-47.

⁷³⁹Lameida M^a Lourdes de, Segui M^a LÑuiza Hexsel, Bernardino Elisabeth, Méier Marinelli Joaquim, Peres Aida Maris. Direção ou coordenação? Repensando a representatividade

institucional da enfermagem ¿Dirección o coordinación? Repensando la representatividad institucional de la enfermería. REBEn. 2011;64(3):521-526

⁷⁴⁰Calvo Calvo Manuel Ángel. Imagen social de las enfermeras y estrategias de comunicación pública para conseguir una imagen positiva. Index Enferm. 2011;20(3):184-185

⁷⁴¹Burguete Ramos M^a Dolores, Ávila Olivares Jose Antonio, Velasco Laiseca Javier. La imagen pública de las enfermeras. Como ven la profesión los estudiantes de enfermería. Educare21. 2005;17. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com.roble.unizar.es:9090/educare>.

⁷⁴²Allende V. Visiones del Islam en los medios de comunicación. Madrid. UNED 1997

⁷⁴³Heierle Valero Cristina, Cano Caballero M^a Dolores, Rodríguez del Águila M^a Mar. Diferencias de percepción de la imagen profesional de la enfermera en España. Rev Paraninfo Digital. 2009;3(6). Disponible en: <http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/para/n6/o018.php>

⁷⁴⁴Germán Bes Concha, Chamizo Vega Carmen. Revisión histórica de los cuidados e imagen social de las matronas con perspectiva de género. Temperamentum. 2008;4(8). Disponible en: <http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/temperamentum/tn8/t0308r.php>

⁷⁴⁵Blazquez Rodríguez M^a Isabel. Los componentes de género y su relación con la enfermería. Index de Enfermería.2005;51:50-54.

⁷⁴⁶Fraser Nancy. La justicia social en la era de la política de identidad: redistribución, reconocimiento y participación. Revista de trabajo.2008;4(6):83-99.

⁷⁴⁷Fajardo Trasobares M^a Esther, Germán Bes Concha. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. Index de Enfermería. 2004;13(46):9-12.

⁷⁴⁸Gago Fornells Manuel, González Villanueva Purificación. ¿Es la enfermería una ciencia en revolución? Un análisis desde la catarsis. Educare. 2006;29. Disponible en: http://www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/revistas/Educare21/2006/29/aprendiendo2.pdf

⁷⁴⁹De la Rosa Eduardo Rosana, Zamora Monge Gerardo. Cuidados invisibles ¿son suficientemente reconocidos?. Index de Enfermería. Edición digital. 2012;21(4). Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermería/v21n4/7947.php>

⁷⁵⁰De la Rosa Rosana, Zamora Gerardo, Aguinaga Inés, Guillén Francisco. Cuidados invisibles e identidades del cuidado enfermero ante las generaciones sociales del siglo XXI. Paraninfo Digital. 2012(15). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n15/0830.php>

⁷⁵¹Gasch Gallén Ángel, Moreno García Ana, Germán Bés Concha. El aprendizaje de los cuidados invisibles. Paraninfo Digital. 2012;6(15). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n15/094p.php>

⁷⁵²Salgado Alvarez Carlos, Moure Fernández Laura, Pualto Durán M^a José, Antolín Rodríguez Rosa. Invisibilidad del cuidado enfermero percibido en pacientes trasplantados hepáticos. Tesela [Rev Tesela] 2012;11. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts11/ts8023.php>

⁷⁵³Vásquez Martha Lucía. Cuidar e investigar: desafíos metodológicos en enfermería y en salud. Cultura del cuidado Enfermería. 2011;número extra 1:31-44.

⁷⁵⁴Falcon Albero Ascensión, Martínez Lozano Francisca. Calidad Asistencial y Reclamación del Usuario. *Anal Cienc Salud*. 2006;9:263-277.

⁷⁵⁵Quintanilla Martínez Manuel, Fernández Cano M^a Isabel. Los cambios estructurales y competenciales hacen posible la visibilidad de la invisible función de la Enfermería en el sistema sanitario. *Gerokomos*. 2010;21(2):70-72.

⁷⁵⁶Hueso Navarro Fabiola, Cid Carlos, Hernández M^a José, Huércanos Esparza Isabel, Giral Guembe Anuntxa. El significado del cuidado: Percepción de los usuarios de dos Áreas de Salud de Navarra y Sevilla. *Rev. Paraninfo Digital*. 2012;6(15). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n15/106o.php>

⁷⁵⁷Fraser Nancy, Honneth Axel. *Op Cite.*, p.53

⁷⁵⁸Bermúdez Román Olga, Moreno Ruiz Luis. La motivación como facilitadora de la excelencia: el trabajo por objetivos. *Rev Tesela*. 2009;5. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts5/ts6755.php>

⁷⁵⁹Delgado Marchante Almudena, Álvarez Ongil Yolanda, Delgado Marchante Miguel. El precio de nuestro salario. IX Congreso Nacional y IV Congreso Internacional de Historia de la Enfermería. Canarias, un puente hacia América: relaciones enfermeras en el contexto iberoamericano. Las Palmas de Gran Canaria. Universidad de las Palmas de Gran Canaria 2007.

⁷⁶⁰Robledo Gómez Angela María. Economía del Cuidado: del reconocimiento a la redistribución. Retos de la política pública. DANE (Directivas Departamento Administrativo Nacional). Diciembre 2011. Disponible en: http://www.dane.gov.co/candane/images/Publicaciones/magazinij_2011.pdf

⁷⁶¹Antonin Martín Montserrat, Flor Pérez Pilar, Tomás Sabado Joaquín. Mujer y cuidados ¿historia de una relación natural?. *Cultura de los cuidados*. 2003;7(13):36-39.

⁷⁶²Santos Tania C. Franco, Santo Tomás Pérez Magdalena, Dueñas Cepeda M^a Jesús, Barreira Ieda de Alencar, García M^a Rocio Catalina. La mujer y la enfermera en el nuevo orden social de los regímenes dictatoriales de Brasil y España. *Temperamentum*. 2008;8. Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn8/t2008.php>

⁷⁶³Saldías Carmen. El reconocimiento de la productividad doméstica. En inclusión Social y Nuevas Ciudadanías. Departamento Administrativo de Bienestar Social del Distrito –DABS-. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. p:75.

⁷⁶⁴Carrasco Acosta M^a del Carmen, Márquez Garrido Manuel, Arenas Fernández José. Enfermería y perspectiva de género. *Cultura de los cuidados*. 2005;9(18):52-59.

⁷⁶⁵Artazcoz Lucía, Escribá Agüir Vicenta, Cortés Imma. Género, trabajos y salud en España. *Gac. Sanitaria*. 2004;18(supl 2):24-35.

⁷⁶⁶Via Clavero G, Sanjuán Naváis M, Martínez Mesas M, pena Alfaro M, Utrilla Antolín C, Zarragoikoetxea Jáuregui I. Identidad de género y cuidados intensivos: influencia de la masculinidad y la femineidad en la percepción de los cuidados enfermeros. *Enferm Intensiva*. 2010;21(3):104-112.

- ⁷⁶⁷German Bes Concha. Tesis doctoral. Historia de la institución de la enfermería universitaria. Análisis con una perspectiva de género. Universidad de Zaragoza. P.166
- ⁷⁶⁸Fraser Nancy. Escalas de Justicia. Op cite., p.22
- ⁷⁶⁹Posada Kubissa Luisa. Sexo, vindicación y pensamiento. Madrid: Huerga y Fierro;2012.
- ⁷⁷⁰Fraser Nancy. Op Cite., p.43-45.
- ⁷⁷¹Fraser Nancy. Reinventar la justicia en un mundo globalizado. New left review. 2006;36:31-50.
- ⁷⁷²Alberdi Castell Rosamaría. Estrategias de poder y liderazgo para desarrollar el compromiso social de las enfermeras. Revista ROL de Enfermería. 1998;239-238:27-31.
- ⁷⁷³Miró Bonet Margalida, Gastaldo Denise, Gallego Camineroa Gloria. ¿Por qué somos como somos? Discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976). Enferm Clín. 2008; 18(1):26-34.
- ⁷⁷⁴Irigibel Uriz Xabier. Enfermería disciplinada, poder pastoral y racionalidad medicalizadora. Index Enferm. 2008;17(4):276-279.
- ⁷⁷⁵Durán Escribano Marta. El poder de los valores. Una cuestión de profesionabilidad. REv ROL Enf. 2004;27(3):191-200.
- ⁷⁷⁶Lunardi Valéria, Peter Elisabeth, Gastaldo Denise. ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión acerca de la anorexia de poder. Enferm Clin. 2006;16:268-274.
- ⁷⁷⁷Gándara Manuela. Ética, poder y deber. Rev ROL Enf. 2008;3(1):18-24.
- ⁷⁷⁸Teixidor Freixa Montserrat. Ya en el siglo XXI. Un nuevo liderazgo en Ciencias de la Salud. Rev ROL Enferm. 2004;27(1);70-72.
- ⁷⁷⁹Teixidor Freixa Montserrat. La Europa de la salud. Un nuevo espacio para las enfermeras. Metas de Enferm. 2006;9(6):61-66
- ⁷⁸⁰Ferrer Arnedo Carmen. Liderazgo enfermero en la gestión de la cronicidad. Metas de Enferm. 2011;14(8):3.
- ⁷⁸¹Amezcuca Martínez Manuel. Cambio, poder y conocimiento, los aliños de la enfermería en la postmodernidad. Cultura de los Cuidados. 2004;15:5-8
- ⁷⁸²Alberdi Castell Rosamaría. Estrategias de poder y liderazgo para desarrollar el compromiso social de las enfermeras. Rev ROL Enferm. 1998;239-240;27-31.

CONSIDERACIONES FINALES



CONSIDERACIONES FINALES.

El desarrollo de la presente investigación ha estado guiada por la pregunta planteada al inicio de la misma ¿Qué factores han impulsado el desarrollo de la especialidad de Enfermería Geriátrica en España?, tanto en el marco general como en el trabajo empírico nos hemos aproximado al proceso de Institucionalización de la Enfermería Geriátrica en España entre los años 1977 y 2010.

En un contexto social caracterizado por una progresiva transformación en la composición de la población en cuanto a edad y sexo, fenómeno que se conoce como “envejecimiento demográfico”, con claras repercusiones sociales a nivel de estructura (cambios en la organización laboral, productividad...) y de relaciones (familia, intergeneracionales...), se deben abordar políticas públicas que actúen en diferentes áreas, como por ejemplo el desarrollo de infraestructuras, políticas de salud y cuidados de larga duración. Las necesidades que plantea el envejecimiento de la población, precisa de profesionales formados y dispuestos a cuidar a los mayores potenciando su independencia en cualquier situación de salud.

En España, impulsado por acuerdos Internacionales, el Estado y las Comunidades Autónomas han asumido con más o menos desarrollo la protección social de las personas mayores. El primer plan gerontológico nacional se elaboró en 1969 y en el marco de la Constitución de 1978 se recogían las directrices que deben desarrollar los poderes públicos en relación a la problemática especial de los mayores. El campo específico de las políticas sobre el envejecimiento de la población se orientó y sigue orientándose, hacia un planteamiento de coordinación e integración de los servicios sociales y sanitarios, la asistencia sociosanitaria, como uno de los principales retos de actuación y así, adaptarse a las necesidades de este grupo de población. La atención a los pacientes frágiles, con enfermedades crónicas y en situación de dependencia se ha convertido en una de las prioridades sociales en los últimos años.

Los profesionales que han colaborado con este estudio ponen de relieve los beneficios que esta coordinación sociosanitaria ofrecería a los usuarios, a los profesionales, a las instituciones y por ende a la sociedad en general, maximizando la eficacia del sistema, ahorrando costes y mejorando la calidad de atención. Según los testimonios, los profesionales especializados o expertos en Enfermería Geriátrica tienen el perfil adecuado para ser los coordinadores/ líderes naturales en este modelo asistencial. Sin embargo, en España a pesar de disponer y ofertar prestaciones y recursos en los distintos niveles asistenciales, tanto sanitarios como sociales, la coordinación entre niveles no es la deseada.

Los resultados del estudio de la producción científica y de las fuentes tanto documentales como orales, han verificado las hipótesis planteadas en nuestro estudio. La enfermería en su especialización geriátrica sí ha respondido de forma positiva a las demandas de la sociedad española, siendo partícipe del desarrollo de un nuevo modelo de Sistema de Salud.

En la primera hipótesis se planteaba, que la Enfermería Geriátrica está cambiando del modelo basado en la enfermedad y dependencia hacia una perspectiva integral de la atención a los mayores y sus familias, desde la promoción y prevención hasta la atención de la persona en fase terminal. Este modelo proporciona mayor bienestar, conserva la mayor autonomía posible potenciando el autocuidado en el anciano o sus cuidadores familiares, garantizando la seguridad clínica, tres dimensiones claves para lograr la mayor calidad de vida posible y enfrentar serenamente el final de la vida. La constatación de esta hipótesis ha requerido del conjunto de información proporcionada a partir del estudio de la producción científica especializada, de las fuentes documentales y de los relatos de los profesionales que verifican las fuentes documentales y dan significado al modelo de cuidado de los mayores. Lo que nos permite acreditar el valor del uso combinado de instrumentos metodológicos utilizados las fuentes escritas y las orales.

El análisis de las directrices de los planes de estudios de enfermería, desde que se incorporó la Enfermería Geriátrica al programa curricular, ha permitido identificar los cambios en las prioridades formativas que han contribuido a esta evolución. En el año 1977 se proponía como eje de la asignatura de Enfermería Geriátrica, contemplar los aspectos patológicos que plantea el paciente geriátrico para conseguir una adecuada asistencia de enfermería en estos procesos, visión compatible con el paradigma de la categorización (hacer para la persona). En el plan de estudios aprobado en el año 1990 se incluyó la materia de enfermería en distintas asignaturas y se produjeron cambios importantes, se incorporó a las directrices de la asignatura que estudiamos una visión más integral de atención a los mayores, incluía la atención al anciano sano y enfermo, con una orientación hacia lo que se realizaba con el anciano (paradigma de la integración) y por último el desarrollo del Espacio Europeo de Educación Superior, centrado en el desarrollo de competencias por parte de los estudiantes, orienta la formación hacia intervenciones cuidadoras dirigidas al bienestar, tal como el mayor lo defina fomentando sus capacidades (paradigma de la transformación: estar con la persona).

A través del análisis de la producción científica, se ha evidenciado el interés de los profesionales de enfermería vinculados a la geriatría, en profundizar sobre temas relacionados con la hipótesis planteada. El estudio y aplicación de los modelos de enfermería en el mundo de la vejez, la adopción del proceso de enfermería en el cuidado de los mayores como medio para identificar sus necesidades, priorizar los problemas a atender, planificar los cuidados y evaluar los resultados en distintas situaciones de salud, el análisis de la calidad de vida como principal objetivo en el cuidado de los mayores, la preocupación por la calidad asistencial, la promoción de la salud, la sensibilidad mostrada a través de los estudios hacia los cuidadores informales, profundizando y creando evidencia sobre sus necesidades, para de esta forma mejorar su calidad de vida, son temas que están desarrollados en las publicaciones enfermeras. Pero pese al incremento de la producción científica durante el periodo estudiado (1977-2009), son escasas las publicaciones acerca de la historia de la Enfermería Geriátrica en España.

Las fuentes orales afirman que el cuidado de los mayores debe estar basado en un modelo que priorice el bienestar, la seguridad y la autonomía, es decir, “se esté con” el mayor dando respuestas individualizadas a sus necesidades, desde una perspectiva holística, respetando sus valores y haciéndole a él y su familia cuidadora partícipes de su cuidado. Ponen en valor la importancia de los cuidados invisibles, imprescindibles para mantener la calidad de

vida de los mayores, destacando elementos como: la accesibilidad y la relación de confianza, facilitada por una adecuada comunicación, por el contacto físico que permite transmitir mensajes de afecto, ternura, apoyo, estímulo que personalizan la atención y también la capacidad de empatizar. Proporcionar confort, es otro de los elementos destacados, entendido como tener una actitud paciente, saber acompañar especialmente en los momentos terminales o en el duelo de las familias, evitando sufrimiento, facilitar las relaciones sociales a través de la interacción directa con la red social del mayor. Son conductas facilitadoras de bienestar, tareas claves e invisibles de las enfermeras y enfermeros que trabajan en geriatría.

El cuidado del mayor requiere además “estar pendiente” de ellos para prevenir o retrasar complicaciones, incapacidad y dependencia, ayudarle a adaptarse a nuevas situaciones y vigilar el riesgo clínico, todo desde una óptima calidad de atención. Se requiere de la vigilancia clínica que los profesionales de enfermería realizan las 24 horas al día, la continuidad de cuidados, la detección precoz de las situaciones de riesgo y la puesta en marcha de medidas preventivas, especialmente destaca la prevención del desarrollo de los síndromes geriátricos, la educación sanitaria dirigida al mayor, a su familia o su cuidador es definida también como actividad específica del profesional enfermero en la actualidad. El respeto por el derecho de la autonomía del mayor es otra de las dimensiones destacadas en el modelo de cuidado actual, los profesionales participan potenciando la autonomía, manteniendo o recuperando las funciones que permiten a los mayores ser independientes.

No obstante, se percibe una visión diferente entre el modelo de cuidados que los profesionales definen como óptimo en el cuidado de los mayores y el modelo imperativo de las instituciones, donde se priman los criterios técnicos, tanto en la dotación de recursos como en el reconocimiento de los profesionales. Se plantea necesaria la realización de estudios, que permitan demostrar que los cuidados centrados en el mayor y su entorno, desde una visión geriátrica, son más pertinentes para mejorar la calidad de vida de este grupo de población y la eficiencia del sistema sociosanitario. Esta propuesta se vincula con la necesidad de generar puestos específicos para los especialistas en Enfermería Geriátrica que responderán de forma permanente, adecuada y proporcionada a las características específicas de este grupo de población. Los resultados de esta propuesta de investigación serían útiles para orientar las futuras estrategias de atención a los mayores.

La segunda hipótesis proponía, que la intangibilidad de los cuidados enfermeros, la asociación de los cuidados al papel femenino de la mujer en etapas recientes de nuestra historia, lo que se conoce como estereotipos de género y el proceso socializador de subordinación conceptual de la enfermería, dificultan el reconocimiento y diferenciación de la labor especializada de la enfermería geriátrica tanto por parte de los profesionales del equipo de salud como de la población. A través del análisis de las distintas vivencias, sentimientos y manifestaciones de los profesionales que han colaborado con la presente tesis, hemos podido aproximarnos a las razones que intervienen en la falta de reconocimiento esta especialidad. En las conversaciones mantenidas con los informantes hay consenso sobre que las enfermeras y enfermeros que cuidan a las personas de este grupo de población, no están bien reconocidos ni por las instituciones, ni por los profesionales de otras áreas de atención ni por la sociedad en general, se puede afirmar que es una especialidad poco conocida.

Se asiente que el género sí ha influido en todos los elementos que intervienen en la valoración social de las enfermeras geriátricas, de la misma manera que en la enfermería en general. Se evidencia que culturalmente el colectivo de enfermeras sigue asociado, en una escala jerárquica imaginaria, a un estatus inferior al de los médicos como en el modelo clásico de enfermería donde las relaciones de la enfermera con el personal médico se caracterizaban por la sumisión. La falta de reconocimiento de la aportación de las enfermeras (mujeres) al bienestar de los mayores y al desarrollo de la institución, invisibiliza su trabajo y conlleva una asignación de roles impregnados por la división sexual. Los discursos expresan claramente un modelo de socialización femenino y profesional, donde se ha interiorizado un rol femenino asociado a estereotipos, que relacionan a la mujer con una falta de interés por participar en las estructuras de poder, muy vinculado con el poder adquisitivo que se deriva de estos puestos. La división del trabajo que masculiniza los puestos de mayor categoría profesional dentro de las instituciones así lo demuestran, además expresan que la percepción de género por parte de los directivos infravalora el trabajo de las mujeres enfermeras. Sugerimos la necesidad de impulsar el reconocimiento de la especialización en el ámbito laboral que facilite las relaciones de igualdad entre los miembros del equipo interdisciplinar e influya en la mejor percepción del nivel de estatus de los profesionales de enfermería.

Los resultados indican que la falta de reconocimiento de los profesionales que cuidan a los mayores, también puede estar influido por los estereotipos negativos que la sociedad actual proyecta sobre el grupo de edad objetivo de nuestros cuidados. Su invisibilización ha privado de una adecuada planificación en cuanto a los recursos sociales y sanitarios necesarios para responder a sus necesidades, el entorno donde se llevan a cabo los cuidados no reconoce la formación específica de enfermería necesaria para atender en este campo de actuación. Sin embargo, las políticas actuales de atención a la cronicidad, a la dependencia y la conveniencia de potenciar la coordinación sociosanitaria, puede ser una oportunidad para visibilizar a los especialistas en Enfermería Geriátrica capacitados para liderar la gestión de los cuidados. La totalidad de los entrevistados coinciden que el reconocimiento social es muy positivo cuando se ha tenido la oportunidad de conocer el valor añadido que aportan las enfermeras y enfermeros geriátricos al cuidado de sus familiares o allegados, es decir cuando se visibilizan los cuidados proporcionados.

Por otra parte, se constata que el reconocimiento de los profesionales de Enfermería Geriátrica también difiere según el modelo institucional, hay consenso en que los profesionales con mejor reconocimiento a nivel social son los que desarrollan su actividad profesional en atención especializada y se sienten infravalorados aquellas profesionales que trabajan en el ámbito sociosanitario. Consideramos oportuno profundizar en los motivos que llevan a la sociedad y a las instituciones a consolidar esta jerarquía de profesionales y las consecuencias que conlleva en la calidad de los cuidados proporcionados. Nos preguntamos ¿conseguirán los especialistas en geriatría el reconocimiento social proporcional al servicio esencial y único que prestan? ¿La falta de reconocimiento de la especialidad de Enfermería Geriátrica en el ámbito laboral, influye en la ausencia de un imaginario social de estos profesionales? El tipo de conocimiento que la sociedad tenga sobre la Enfermería Geriátrica condicionará las demandas de atención.

La última hipótesis planteaba, que el abordaje en los planes de estudios de la asignatura de enfermería geriátrica ha potenciado la valoración y reconocimiento, por parte de los profesionales de enfermería, de la especialidad de la especialidad de la Enfermería Geriátrica. La aproximación a la vejez, más como categoría social, que como característica individual desde el campo académico, produce un desafío a las percepciones mantenidas anteriormente que relegan a lugares alejados de interés a las personas mayores. La atención geronto-geriátrica ha permitido valorar las experiencias de los mayores, poniendo de manifiesto la necesidad de profundizar en su atención como elemento de gran significado cultural, estableciendo relaciones entre el mundo sanitario y social. El análisis del conjunto de información proporcionada por la bibliografía especializada y por las manifestaciones de los informantes, nos lleva a evidenciar la importancia de la formación en cuidados geriátricos en la disciplina enfermera.

La producción científica nos ha proporcionado una perspectiva temporal de la investigación y su evolución, se evidencia un interés por el avance del conocimiento y su divulgación en aspectos específicos del cuidado de los mayores, constatando que han influido factores como la inclusión curricular de la Enfermería Geriátrica y el desarrollo de una sociedad científica específica para trabajar en el ámbito de la Enfermería Geriátrica. Estos resultados sugieren la necesidad de realizar un seguimiento posterior, que confirme la nueva hipótesis que nos plantamos, la tendencia al alza de la producción científica se verá potenciada desde el nuevo paradigma de una sociedad del conocimiento, con la formación continuada como base del desarrollo profesional; el reconocimiento de los tres niveles académicos para las enfermeras y de la formación especialista en Geriátrica, incrementarán el interés y la necesidad de profundizar en el conocimiento y desarrollo científico, referente a los cuidados enfermeros geriátricos.

A través de la experiencia de los profesionales entrevistados, se confirma la importancia de la formación académica sobre temas relacionados con el cuidado de los mayores. El contacto con la asignatura les revela un mundo desconocido que causa asombro y sorpresa, descubren un mundo estereotipado negativamente, se evidencia un cambio de perspectiva en el que se identifican los componentes básicos del cuidado al mayor, la visión integral, el trabajo en equipo y habilidades especialmente de relaciones interpersonales, propias de los expertos en el cuidado geriátrico. Hemos conocido profesionales en los que esta formación ha sido decisiva en su trayectoria profesional. Esta investigación ha permitido determinar el proceso de socialización de las enfermeras y enfermeros geriátricos, así los informantes exteriorizan lo dura y agotadora que resulta la experiencia inicial, para posteriormente y después de un periodo de adaptación descubrir un mundo motivador, donde poner en práctica la “esencia del cuidado”. Los profesionales identifican a través de la experiencia, los elementos que componen el cuidado durante el proceso de envejecimiento y su relación con la calidad de vida del mayor y su familia, confirman la necesidad de una formación avanzada de carácter especialista, que capacite a las enfermeras para proporcionar cuidados óptimos y responder a las necesidades específicas y complejas del cuidado de los mayores. Sin embargo, el desarrollo formativo y laboral siguen trayectorias diferentes, se va a producir la paradoja de que existan profesionales a los que se reconoce su formación especializada en Enfermería Geriátrica y todavía no están definidos los puestos de trabajo que diferencien las competencias y perfiles de la enfermera generalista de la especialista. Los recursos invertidos en su formación no van a llegar a la población en términos de beneficio de calidad asistencial, si no se resuelve esta situación. Profundizar en la evolución de este colectivo y la influencia que ejerza en la atención a los mayores, se plantea como posible

línea de investigación ¿Qué futuro tienen los profesionales con una formación especializada en Enfermería Geriátrica, en un contexto social caracterizado por el envejecimiento demográfico?. Como en la metáfora de “el águila y la gallina” escrita por Leonardo Boff⁷⁸³ ¿Las enfermeras especialistas serán águilas en un gallinero? si deciden alzar el vuelo ¿se les permitirá elegir, tomar decisiones que construyan su propia historia?

Para finalizar hacer constar que el proceso de Institucionalización de la Enfermería Geriátrica está activo y todavía se puede y debe avanzar para consolidar la especialidad de Enfermería Geriátrica, que garantice un servicio óptimo a la sociedad. A través de nuestra investigación hemos obtenido información detallada que facilita la comprensión del desarrollo de la especialidad estudiada y sin embargo, detectamos importantes áreas objeto de posibles investigaciones futuras.

⁷⁸³ Boff Leonardo. El águila u la gallina, una metáfora de la condición humana. 4ª Ed. Madrid: Editorial Trotta; 2006. La gallina representa la dimensión del enraizamiento, de lo cotidiano, de lo limitado y lo prosaico, mientras que la dimensión de la apertura y lo ilimitado lo encarna el águila.

CONCLUSIONES



CONCLUSIONES.

1. El estudio de la producción científica ha permitido confirmar que durante el periodo analizado 1977-2009, se ha producido un incremento exponencial de las publicaciones científicas relacionadas con la Enfermería Geriátrica, corroborando que ha sido una etapa clave en la Institucionalización de la Enfermería Geriátrica.
2. Según el análisis de la producción científica se verifica que la Enfermería Geriátrica se ha comprometido en la promoción del conocimiento y de la evidencia científica para responder a los retos de la Sociedad Española, implicándose en las necesidades que plantea el proceso de envejecimiento de los individuos.
3. La revista Gerokomos, órgano de expresión de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, se identifica como el núcleo de información especializada más importante de la Enfermería Geriátrica en España. Es la referencia para el personal de enfermería y los profesionales implicados en la asistencia, en la investigación y la docencia de los cuidados de los mayores.
4. Se evidencia que los cuidados de Enfermería Geriátrica son prácticas complejas centradas en el mayor y su familia. Se requiere de profesionales con conocimientos y competencia profesional específica, que permita proveer, movilizar e identificar con los mayores y sus familias los recursos y capacidades que favorecen el bienestar, la seguridad y la autonomía, es decir la calidad de vida de este grupo de población.
5. La incorporación de la asignatura de Enfermería Geriátrica en los planes de estudios de enfermería constituyó un hito, que permitió visibilizar entre los profesionales de enfermería esta especialidad y orientar el concepto de cuidado hacia una atención integral del mayor.
6. Durante el periodo comprendido entre el año 1977 y el 2010, hubo una serie de factores sociales, académicos y profesionales, que favorecieron el proceso de desarrollo de la Enfermería Geriátrica, los cambios estructurales y de relaciones de la población, el desarrollo de políticas sociales de atención al envejecimiento, las recomendaciones internacionales, los cambios en la normativa profesional, el desarrollo académico de las enfermeras, su participación en encuentros científicos y el asociacionismo, son alguno de estos factores. Otros factores se determinan como significativos en la prolongación del proceso de especialización: la influencia del género en la profesión, la precariedad de los puestos de trabajo en el ámbito sociosanitario, la falta de previsibilidad por parte de los responsables políticos de las necesidades de la población, las conductas edadistas hacia los mayores y la situación de debilidad política de este grupo de población, parecen ser los más concluyentes.
7. Se ha constatado que la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, ha asumido el liderazgo de la formación especializada de la Enfermería Geriátrica. Los profesionales identifican a la Sociedad como el órgano de representación de la Enfermería Geriátrica Española.

8. Los resultados obtenidos del estudio cualitativo han permitido detectar un conflicto entre la autopercepción del valor de los cuidados y la valoración que las instituciones y la sociedad en general otorgan a las enfermeras y enfermeros geriátricos. Los profesionales se sienten infravalorados por las instituciones y los equipos que trabajan en otras áreas y muy valorados por los usuarios y sus familias.

9. Para terminar destacar que todavía está pendiente el desarrollo de un modelo asistencial basado en el reconocimiento de cada una de las disciplinas desde la paridad, es urgente que desde las instituciones asistenciales se definan puestos de trabajo con perfiles de especialista en Enfermería Geriátrica, donde el principal objetivo sea mejorar la calidad de vida de los mayores.

COMPENDIO BIBLIOGRÁFICO



LIBROS

Agate John. Como cuidar a un anciano en familia, traducción del inglés por Francesc Jufresa i Roca;1982.

Agulló Tomás María Silveria. Mayores, Actividad y Trabajo en el Proceso de Envejecimiento y Jubilación: una aproximación psico-sociológica. XVI edición española y X edición iberoamericana. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de asuntos sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO);2001.

Alvarez Gregori Joaquin, Macías Núñez Juan Francisco. Dependencia en Geriatria. Salamanca: Ediciones Universidad de Salamanca; 2009.

Bauman Zygmunt. Miedo líquido. La sociedad contemporánea y sus temores. Barcelona: Paidós Ibérica; 2007

Bauman Zygmunt. Amor líquido. Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos. (2ª reimpresión 2006 de la edición 2005). Madrid: Fondo de cultura económica;2006.

Bauman Zygmunt. Modernidad Líquida. (3ª reimpresión). México DF: Editorial Fondo de Cultura Económica;2004.

Bauman Zygmunt. Tiempos líquidos. Vivir en una época de incertidumbre. Barcelona: Tusquets Editores; 2007.

Bauman Zygmunt. Vidas desperdiciadas, la modernidad y sus parias. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica;2005.

Beratus Daniel. Los relatos de vida. Perspectiva etnosociológica. Barcelona: Bellaterra; 2005.

Bodgan R, Taylor SJ. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Tercera reimpresión de la 1ªEd. Barcelona: Paidós; 1996.

Boff Leonardo. El águila y la gallina, una metáfora de la condición humana. 4º Ed.Madrid: Editorial Trotta;2006. .

Burke Mary M., Walsh Mary B. Enfermería gerontológica: cuidados integrales del adulto mayor. Madrid: Harcourt Brace; 1998.

Burns Nancy, Grove Susan. Investigación en Enfermería. 3ª ed. Barcelona: Elsevier;2004.

Carnevali Doris L, Patrick Maxime. Enfermería Geriátrica. Madrid: Interamericana; 1988.

Carpenito Lynda J. Manual de Diagnósticos de enfermería. 9ªed. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana; 2002

Carroll Mary, L. Jane Bue. Cuidados de enfermería individualizados en el anciano. Barcelosn : Doyma; 1989.

Castanedo Pfeiffer Cristina, García Hernández Misericordia. Guía de intervención rápida en enfermería geriátrica. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2004.

Causapié Lopesino P, Balbontín López-Cerón A, Porras Muñoz M, Mateo Echanagorría. Envejecimiento Activo. Libro Blanco. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Secretaría General de Política Social y Consumo. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid; 2011.

Cervera Díaz, María del Carmen, Saiz García, Jesús. Actualización en geriatría y gerontología (I). 5º Ed. Alcalá la Real: Formación Alcalá, S.L; 2006.

Código Deontológico de la Enfermería Española. Cap. VIII La enfermería ante el derecho de una ancianidad más digna, saludable y feliz como contribución ética y social al desarrollo armonioso de la sociedad. Organización Colegial de Enfermería- Consejo General de Colegios de Diplomados de Enfermería. España. 1989,1998 Madrid.

Coffey Amanda, Atkinson Paul. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Ed. Universidad de Antioquía; 2005.

Collière Marie Françoise. Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 1993.

Comfort, Alex. *The process of ageing*. Nueva York: New Amer Library; 1964

Corcuera Manso Fidel. El proceso de convergencia europea: conceptos clave, motores del cambio y nuevo modelo educativo. Universidad de Valladolid; 2003.

Cuevas Santos Cristina, Martínez González Ignacio, Baltanás Gentil Franciaco Javier. La gestión por competencias en Enfermería. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2006.

De Miguel Díaz Mario. Metodologías de enseñanza y aprendizaje para el desarrollo de competencias, orientaciones para el profesorado universitario ante el Espacio Europeo de Educación Superior. Alianza Editorial; 2006.

Dirección General del IMSERSO, dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Libro Blanco de la coordinación sociosanitaria en España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

Eliopoulos Ch. Gerontological Nursing 3th Ed. New York: Mc. Graw Hill; 1993.

Esteban M. La construcción de una disciplina. Libro de ponencias de las XIII Sesiones de Trabajo de la Asociación Española de Enfermería Docente. Madrid: AEED; 1993.

Fawcett J. Analysis and evaluation of conceptual models. Philadelphia: Davis; 1984.

Fernández Ballesteros Rocio. Gerontología social. Madrid: Pirámide; 2004.

Folguera Pilar. Cómo se hace la historia oral. Madrid: EUEDEMA; 1994.

Francisco Cristina, Benavent MA, Ferrer Esperanza. Configuración y evolución de la enfermería. En Mompert M^a Paz: Actualizaciones 2003. Colección Enfermería Siglo XXI. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2003.

Fraser Nancy, Honneth Axel. Redistribución o reconocimiento? Un debate político-filosófico. Madrid-A Coruña: Morata y Fundación Paideia; 2006.

Fraser Nancy. Escalas de Justicia. Barcelona: Herder; 2008.

Gálvez Toro Alberto. Documentación y producción científica de la Enfermería Española. El proceso de construcción de una disciplina, evolución de los recursos documentales en la Enfermería Española (1977-2000) (Cap 3). En: Enfermería Basada en la Evidencia: cómo incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. Granada: Fundación Index; 2001.

García Hernández Misericordia, Torres Egea, Pilar, Ballesteros Pérez Esperanza. Enfermería Geriátrica. Barcelona: Masson; 1992

García López M^a Victoria, Rodríguez Ponce Catalina, Toronjo Gómez Ángela M^a. Enfermería del anciano. 2^a ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2009.

García Martín-Caro Catalina (dirección), coordinadoras: Herrero López Milagros, Alvarez Pinto Gloria. Escuela Universitaria "La Paz". Metodología de la enseñanza de enfermería. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 1991.

García Martín-Caro Catalina, Martínez Martín M^a Luisa. Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado Enfermero. Madrid: Harcourt; 2001.

- Gerrish Kate, Lacey Anne. Investigación en enfermería. Madrid: McGraw Hill Interamericana de España; 2008.
- Giro Miranda Joaquin. Envejecimiento y sociedad una perspectiva pluridisciplinar. Universidad de la Rioja, servicio de publicaciones; 2004
- Gómez Martínez Carmelo, Martínez Cuervo Fernando. Principios bioéticos aplicados en el cuidado geriátrico. Cap. 15: 299-315. En: García Hernández Misericordia, Martínez Sellarés Rosa. Enfermería y envejecimiento. Elsevier Masson; 2012 Barcelona.
- Granjel Luis Sanchez. Historia de la vejez, gerontología, gerocultura, geriatría. Salamanca: Ed. Universidad de Salamanca; 1991
- Guba EG y Lincoln I.S. Competing paradigms in Qualitative research. En: Denzin NK y Lincoln IS (eds) Handbook of Qualitative Research, SAGE: Newbury Park; 1994.
- Guilarte Martín-Calero C. Experiencias de innovación docente en la Universidad de Valladolid; Universidad de Valladolid; 2007.
- Guillen Llera Francisco, Pérez del Molino Martín Jesús, Petidier Torregrossa Roberto. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2ªed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.
- Guillen Llera Francisco, Pérez del Molino Martín. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona: Masson; 1994.
- Guillen Llera Francisco, Ruipérez Cantera Isidoro. Manual de Geriatría. 2ªed. (3ª reimpresión). Barcelona: Masson; 2003.
- Hamn Richard J. Atención Primaria en geriatría: casos clínicos. Madrid: Mosby Doyma; 1995
- Henderson Virginia. La naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después. Madrid. Mc Graw Hill Interamericana; 1994.
- Hernández Conesa Juana, Moral de Calatrava Paloma, Esteban-Albert Manuel. Fundamentos de la Enfermería. Teoría y método. 2º Ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2003.
- Hernández Conesa Juana. Historia de la Enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería. 2º impresión. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 1999.
- Hernández Martín Francisca. Historia de la enfermería en España. Desde la antigüedad hasta nuestros días. Madrid: Síntesis; 1996.
- Huberman AM, Miles MB. Data management and analysis methods. En: Coffey Amanda, Atkinson Paul. Encontrar el sentido a los datos cualitativos. Estrategias complementarias de investigación. Ed. Universidad de Antioquía; 2005.
- IMSERSO. Informe 2000. Las Personas Mayores en España: datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Madrid: IMSERSO; 2001
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. IMSERSO. Libro Blanco de Coordinación Sociosanitaria en España. Disponible en: http://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/doc_interes/lb_coorsociosanitaria/index.htm
- J. Rhiel-Sisca, Modelos Conceptuales de Enfermería. Barcelona: Doyma; 1992.
- K Warner Schaie, Sherry L. Willis. Psicología de la Edad Adulta y de la Vejez. 5ª ed. Pearson Prentice Hall; 2003.
- Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996.
- Kristen L Mauk. Enfermería Geriátrica: competencias asistenciales. Barcelona Mc Graw-Hill Interamericana, D.L; 2008.

Libro blanco sobre las situaciones sobre la situación de personas dependientes en España. Madrid: Ministerio de asuntos sociales; 2005.

Libro Blanco. Proyecto de la titulación de Enfermería. Agencia Nacional de Calidad y Acreditación. Disponible en: http://www.aneca.es/var/media/150360/libroblanco_jun05.pdf

Louart Pierre. Gestión de los Recursos Humanos. Barcelona: Ediciones Gestión 2000; 1994.

Luis Rodrigo M^a Teresa, Fernández Ferrin Carmen, Navarro Gómez M^a Victoria. De la teoría a la práctica. El pensamiento enfermero del siglo XXI. Barcelona. Masson; 1998.

Lluch JA, Marin M. 1994 en: Martínez Zahonero Jopse Luis. Economía del envejecimiento, calidad y financiación de los cuidados prolongados para los ancianos. Madrid: Consejo Económico y social; 2000.

Marriner Tomey A, Raile Alligeod M. Modelos y teorías de enfermería. 4^a ed. Madrid: Harcourt; 1999.

Martínez Zahonero Jose Luis. Economía del envejecimiento. Calidad y financiación de los cuidados prolongados para los ancianos. Madrid: Consejo Económico y social; 2000.

Matchikoff M.E. The Nature of man. Nueva York. Putman; 1903.

Mayan María J. Una introducción a los métodos Cualitativos: módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales. Qual Institute Press, International Institute for Qualitative Methodology; 2001.

Mayan Santos José Manuel. Gerontología social. Santiago de Compostela. Universidad de Santiago de Compostela; 2000.

Mayán Santos, José Manuel. Enfermería en Cuidados Sociosanitarios. Madrid: Ediciones: Difusión Avances Enfermería (Grupo Paradigma); 2005.

McCloskey J, Bulecheck. Proyecto de intervenciones Iowa. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Nursing Interventions classification (NIC).3^aed. Madrid: Harcourt Mosby; 2001.

Mcleod, Fiona. Geriatria: Manuales para Diplomados en Enfermería y A.T.S. Traducción Enriqueta Fors Pallás; 1980.

Medina JL. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación Universitaria en Enfermería. Barcelona: Laertes; 1999.

Millán Calenti Jose Carlos. Gerontología y geriatria valoración e intervención. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2011.

Ministerio de Sanidad y Política Social. Hospital de día, estándares y recomendaciones. Informes, estudios e investigación; 2009.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaria General de Asuntos Sociales, IMSERSO. Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-plan20032007-01.pdf>

Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Libro blanco: atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid: IMSERSO; 2005.

Mompart García M^a Paz, Durán Escribano Marta. Administración y gestión. 2^a ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (grupo Paradigma); 2009.

Mompart García M^a Paz, Durán Escribano Marta. Administración y gestión. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (Grupo Paradigma); 2001.

Morse Janice M. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. 1^a ed. en español. Alicante: Universidad de Antioquia; 2005.

- Murray C, López A. The Global Burden of Disease. Oxford University Press; 1996.
- Newman Diane Karschak, Smith Jakovac Planes de cuidados en geriatría. Barcelona: Mosby Doyma; 1995
- Nuin Orrio. Enfermería de la persona mayor. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces; 2011.
- Ortega y Gasset. Misión de la Universidad. Madrid: Alianza; 1992.
- Pérez Gorostegui Eduardo, Segura Gálvez Mariana, Cuadrado García de Mendoza José M^a, Puchol Moreno Luis, Gálvez Zaloña Ramón, Martínez Carretero José M^a. Función directiva y recursos humanos en sanidad. Madrid: Díaz de Santos Eduardo Pérez y Luis Angel Oteo; 2006
- Pérez Melero Andrés, Palacios Ceña Domingo. Cuidados de enfermería geriátrica en residencias asistidas. Madrid: Síntesis; 2000.
- Pérez Melero Andrés. Enfermería Geriátrica. Madrid: Síntesis; 1997.
- Pérez Melero Andrés. Guía de cuidados de personas mayores. Madrid: Síntesis; 2002.
- Pinazo Hernandis Sacramento, Sánchez Martínez Mariano. Gerontología, actualización, innovación y propuestas. Madrid: Pearson Hall; 2005.
- Polit D, Hungler B. Investigación científica en Ciencias de la Salud. 6^a ed. McGraw Hill/Interamericana. México; 2000.
- Posada Kubissa Luisa. Sexo, vindicación y pensamiento. Madrid: Huerga y Fierro; 2012.
- Price DJS. Hacia una Ciencia de la Ciencia. Barcelona: Ariel; 1972.
- Quevauvilliers J. et all. Cuadernos de enfermería, vol 20, por Berthaux P. Gerontología Geriátrica, con la colaboración de S. Menguy, versión castellana de Silvia Serra solé y Isaura Rodríguez; 1981.
- Ribera Casado Jose Manuel, Gil Gregorio Pedro. Atención al Anciano en el Medio Sanitario. Clínicas Geriátricas XIV. Madrid Editores Médicos; 1998.
- Rogers-Seidl Frances F. Planes de cuidados de enfermería geriátrica. Barcelona: Masson Salvat; 1995.
- Salgado Alberto, Guillen Francisco, editores. Manual de geriatría. 2^aed. Barcelona. Masson; 1994.
- Salgado Alberto, Guillen Francisco, Ruipérez Isidoro. Manual de geriatría. 3^a Ed. Barcelona: Masson; 2002.
- Salvà Casanovas A, Rivero Fernández A, Roque Figuls M. Evolución del proceso de envejecimiento de la población española y análisis de sus determinantes. Institut de l'Envel·liment UAB. Pfizer fundación; 2007.
- Sánchez Fierro Julio. Libro verde sobre la dependencia en España. Madrid: Grupo de Trabajo "Dependencia de la fundación AstraZeneca"; 2004.
- Segovia de Arana. Biosociología del envejecimiento. Madrid: Farmaindustria. 1997.
- Straus Anselm, Corbin Juliet. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. 1^a ed. en español. Colombia: Universidad de Antioquía; 2002.
- Streib, G. F. y Orbach, H. L. Aging. En P. Lazarsfeld (dir.), The uses of Sociology. Nueva York: Basic Books; 1967.
- Teresa Maria Molina. Historia de la Enfermería. Buenos Aires: Intermédica; 1973.

Timiras Paola. Bases fisiológicas del envejecimiento y geriatría. Barcelona: Masson; 1996

Universidad Complutense de Madrid, Escuela Universitaria de Enfermería. Programas y objetivos docentes. Madrid; 1982

Vinuesa Angulo Julio. Demografía: análisis y proyecciones. Madrid: Síntesis; 1994.

Zabalegui Yárnoz Adelaida, Macía Soler Loreto. Desarrollo del máster y doctorado oficial de enfermería en España. Castelló de la Plana: Publicaciones de la Universidad Jaume I; 2010.

ARTÍCULOS.

- Abades Porcel Mercedes, Rayón Valpuesta Esperanza. El envejecimiento en España: ¿un reto o problema social?. *Gerokomos* 2012;23(4):151-155
- Abades Porcel Mercedes. Los cuidados enfermeros en los centros geriátricos según el modelo de Watson. *Gerokomos*. 2007;18(4):176-180.
- Abellán Antonio, Esparza Cecilia, Castejón Penélope, Pérez Julio. Epidemiología de la discapacidad y la dependencia de la vejez en España. *Gac Sanit*. 2011;25(S):5-11.
- Abellán García Antonio, Ayala García Ángela. Un perfil de las personas mayores en España, 2012. Indicadores estadísticos básicos. Madrid. 2012 Informe Portal Mayores; 13. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es>
- Aiken LH, Buchan J, Ball J, Rafferty AM. Transformative impact of magnet designation: England case study. *J Clin Nursing*. 2008;17(24):3330-3337.
- Aiken LH, Clarke SP, Cheung RB, Sloane DM, Silber JH. Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *JAMA*. 2003;290(12):1617-23.
- Aiken LH, Clarke SP, Silber JH, Sloane DM. Hospital nurse staffing, education and patient mortality. *LDI Issue Brief*. 2003;9(2):1-4.
- Alberdi Castell Rosamaría. Estrategias de poder y liderazgo para desarrollar el compromiso social de las enfermeras. *Revista ROL de Enfermería*. 1998;239-238:27-31.
- Alfredo S. de Ynestrilla. El viejo y su alma. *Medicina y cirugía auxiliar*. 1970 (4):32-33.
- Almeida Souza de Alina M^a. Enfermería en el discurso político internacional. *Rev. Adm. Sanit*. 2009;7(2):91-206.
- Alonso Pérez Laura, Ezkurra Loyoa Alezne, Amilibia Garaizabal Libe, González Ignacio Asunción, Guridi Amenabar, Maite. Nivel de dependencia de los pacientes ingresados. *Metas Enferm*. 2006;9(8):18-24.
- Alonso T, Alonso Ruiz M.T, Arana A, Gallego R, Gálvez N, Lozano G et all. Necesidades del desarrollo de servicios especializados de atención al anciano frágil: informe de la Sociedad Extremeña de Geriatria y Gerontología. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2004;39(3): 193-205.
- Alonso T, Alonso Ruiz MT, Arana A, Gallego R, Gálvez N, Lozano G et all. Necesidad del desarrollo de servicios especializados de atención al anciano frágil: informe de la Sociedad Extremeña de Geriatria y Gerontología (I). *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2004;39(1):50-61.
- Alvarado García Alejandra. La ética del cuidado. *Rev. Aquichan*. 2004;4(4):30-39.
- Álvarez Gutiérrez L, Castanedo Pfeiffer Cristina, Fernández Fernández M^a Luz. Artículos sobre enfermería geriátrica: una revisión. *Gerokomos*. 1991; II(2):6-7.
- Amatryan MD, Iraizos I, Pilart S. Inmovilidad en el anciano. *Rev ROL Enferm*. 1993;174:33-43.
- Amezcuca Manuel, Hernández Zambrano Sandra M., García Martín Victoria E. Ambientes de enseñanza aprendizaje en las unidades asistenciales según los directivos de enfermería. *Rev Tesela*. 2011;10. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts7941.php>
- Amezcuca Manuel, Muñoz Tapia Adoración. La calidad de los cuidados de enfermería en ancianos asistidos: identificación de criterios y estándares de proceso a través del consenso. *Enferm Clínica*. 2000;10(6):245-251.

- Amezcu Manuel. ¿Para qué sirve el Índice de Impacto de una revista?. *Index de Enfermería*. 2010;19(2-3).
- Amezcu Martínez Manuel. Cambio, poder y conocimiento, los aliños de la enfermería en la postmodernidad. *Cultura de los Cuidados*. 2004;15:5-8
- Amulree, Joyce Cockram, Olive AF Davis, Alan Moncrieff. Marjory Warren Memorial Fund. *British Medical Journal*. 1961;9:713.
- Antonin Martín Montserrat, Flor Pérez Pilar, Tomás Sabado Joaquín. Mujer y cuidados ¿historia de una relación natural?. *Cultura de los cuidados*. 2003;7(13):36-39.
- Aparicio Ramón V, Merelles Tormo T, Sánchez García A, Ruiz Sanchez M, Pablo Ramis R, Hurtado Navarro C, Ruano Casado L, Ballester i Diez F. Promocionar la salud del anciano. *Rev ROL Enferm*. 1990;147:16-20.
- Arango JM^a, Mancha M^aL, Ega AF, Arias JC, Zájara M. Granados M^aJ. Captación de nuevos pacientes dependientes en relación con la aplicación de la Ley de Dependencia. *Rev Paraninfo Digital* 2008;3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p188.php>
- Araujo Pedro Jorge. El máster en ciencias de la enfermería. *Enfermería Docente*. 2012;96:7-11
- Archivos de la memoria. Revista anual en formato digital de la Fundación Index. Disponible en: http://www.index-f.com/memoria/me_inicio.php
- Arenal Candanedo R, Herrero Montes Manuel y Saiz Sánchez A. Nuevos planes de estudios en enfermería: un cambio en la percepción de los alumnos acerca de la Enfermería Geriátrica. *Salud y Cuidados*. 2003;1(4).
- Ariza Olarte Claudia. Satisfacción del cuidado de enfermería en el paciente cardiaco. Hospital de San Ignacio. *Rev. Enfermería en cardiología*. 2004;4:6-10.
- Arrabal Tellez Ana Belén, Rasero Díaz Dolores, Marín Montañéz Ángel, Trujillo Carmen, Martín Martínez Javier. Líneas de mejora en la coordinación entre atención primaria y especializada en la continuidad de cuidados en pacientes renales. *Rev Paraninfo Digital*. 2010;10. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n10/p045.php>
- Arriaga Piñeiro Esperanza, Martínez Riera José Ramón. Las enfermeras y el anteproyecto de Ley de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Retos y oportunidades. *Index de Enferm*. 2006;54:35-38.
- Arribas Inmaculada de, Vera Carmen, Anaya Noelia, Cañas Manuel, Redondo Francisca, Hinojosa Juan Antonio. Continuidad de cuidados: puente entre enfermería especializada y enfermería primaria. *Rev Paraninfo Digital*. 2010;10. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n10/p113.php>
- Arroyo Gordon M^a Pilar. Los nuevos proyectos formativos universitarios. *Metas de Enferm*. 2008;11(6):3.
- Artazcoz Lucía, Escribá Agüir Vicenta, Cortés Imma. Género, trabajos y salud en España. *Gac. Sanitaria*. 2004;18(supl 2):24-35.
- Autor desconocido. Nuestra Sociedad. *Gerokomos*. 1991;II(2):24-25.
- Ballesteros García Montserrat, Jiménez Navascués Lourdes, Ruiz Gómez M Carmen. Revisión bibliográfica del informe de valoración al alta de enfermería. *Gerokomos*. 2004;15(4):209-216
- Barajas Román J, Doñoro Álvaro M^aA, Fernández Manzano M, Fernández Rodríguez R, García Castell M, García Jabonero G, Llorente Andrés M, Rodríguez González M^aC. Plan de cuidados al paciente geriátrico con incontinencia urinaria de urgencia, *Gerokomos*. 2002;13(1):32-36

- Barrigüete Andreu M^ªIsabel, González Parras Carmen. Prevalencia de los diagnósticos enfermeros en una residencia geriátrica. *Hygia de Enfermería*. 2009;XVI(72):50-54
- Barrio Cantalejo Ines M, Simón Lorda Pablo. Problemas éticos de la investigación cualitativa. *Med Cli*. 2006;126(11):418-423.
- Barrio IM, Molina A, Sánchez CM, Ayudarte ML. Ética de enfermería y nuevos retos. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2006;29(3). Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol29/sup3/suple5.html>
- Barroso Romero Zoila, Colomer Barroso Elaine. Las competencias: su importancia para la planificación de los programas de capacitación de Enfermería. *Rev Cubana Enfermer*. 2007;23(4) Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol23_4_07/enf05407.htm
- Barton Alan, Mulley G. History of the development of geriatric medicine in the UK. Disponible en: <http://www.postgradmedj.com>:230-231.
- Bautista R. Luz Marina. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. 2008. *Aquichán*;8(1). Disponible en: <http://www.scielo.org.com>
- Belmonte García M^ª Teresa, Alcalde Huete Jose M^ª. Valoración funcional en el anciano residenciado, un instrumento de evaluación para enfermería. *Iaso*. 1999; V(5):4-12.
- Belmonte García M^ª Teresa, Alcalde Huete Jose M^ª. Valoración funcional en el anciano residenciado, un instrumento de evaluación para enfermería. *Iaso*. 1999;V(5):4-12
- Benavides Fernando G. Acerca de la formación de los profesionales en Salud Pública, algunos avances y muchos retos. Informe SESPAS 2010. *Gac Sanitaria*. 2010;24 (supl. 1);90-9
- Bermúdez Román Olga, Moreno Ruiz Luis. La motivación como facilitadora de la excelencia: el trabajo por objetivos. *Rev Tesela*. 2009;5. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts5/ts6755.php>
- Bermúdez Morata Lluís, Guillen Estany Montserrat, Solé Auró Aïda. Escenarios de impacto de la inmigración en la longevidad y la dependencia de los mayores en la población española. *Rev Geriatr Gerontol*. 2009;44(1):19-24.
- Bernal Pérez Francisca. ¿Qué pasará con nuestros mayores ahora?. *Ética de los Cuidados* 2012;5(9). Disponible en: <http://www.index-f.com/eticuidado/n9/et7828.php>
- Bernardini D.A, Moraru M, Macías Ibañez JF. ¿Son modificables las actitudes hacia las personas mayores en estudiantes de medicina? Experiencia en la Universidad de Salamanca. *Viguera editores SL. Edu Med*. 2009; 12(2):111-115.
- Besson PB, Forward. In: Evans JG., Williams TF, Evans JG. Editors. *Oxford Textbook of Geriatric Medicine. 2nd Ed. Oxford: Oxford University Press*; 2000.
- Blanca Gutiérrez Joaquín Jesús, Linares Abad Manuel, Grande Gascón M^ª Luisa. El concepto de bienestar en las residencias de personas mayores. *Evidentia*. 2011;8(36). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n36/ev3600.php>
- Blanco Sánchez Rafaela, Zapico Yañez Florentina, Torrens Sigalés Rosa. Innovación docente y convergencia europea: formar en competencias. *Metas de Enferm*. 2005;8(1):60-66.
- Blazquez Rodríguez M^ª Isabel. Los componentes de género y su relación con la enfermería. *Index de Enfermería*. 2005;51:50-54.
- Bonafont Castillo Anna. El cuidar y los ancianos. *Gerokomos*. 1997;8(20):49-59.
- Bonill de las Nieves Candela. Vivir al día. Experiencia de Carmen, cuidadora de su marido enfermo de Alzheimer. *Index de Enferm*. 2006XV(52-53):64-68.

- Bradford SC. Sources of information on specific subject. *Engineering*. 1934; 137:85-6.
- Brito Brito Pedro R. Hacia la identidad enfermera. *Metas Enferm*. 2007;10(2):51-54.
- Brochero Adriana edith, Heredia Ana M^a. Promoción de la salud: un desafío para enfermería. *Temas Enferm Act*. 1996;4(18):13-15.
- Bros i Serra M. Aplicación de los lenguajes estandarizados NANDA-NOC-NIC en las asignaturas de Enfermería Geriátrica. *Gerokomos* 2006;17(3):140-143.
- Burguete Ramos M^a Dolores, Ávila Olivares Jose Antonio, Velasco Laiseca Javier. La imagen pública de las enfermeras. Como ven la profesión los estudiantes de enfermería. *Educare21*. 2005;17. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com.roble.unizar.es:9090/educare>.
- Calvo Calvo MA. Divulgación científica de la Historia de la Enfermería. *Temperamentum*. 2005; 1. Disponible en www.index-f.com/temperamentum/1revista/a0105.php Consultado 2 de julio de 2010.
- Calvo Calvo Manuel Ángel. Imagen social de las enfermeras y estrategias de comunicación pública para conseguir una imagen positiva. *Index Enferm*. 2011;20(3):184-185
- Calvo Martín Carlos, Blanco Rodríguez Jose M^a, Carrión Baloños M^a Isabel, Gaspar Alonso-Vega Gabriel, García Navarrete Fernando. Clasificación de las intervenciones de enfermería (CIE) en los diagnósticos NANDA relacionados con las úlceras por presión: validación de las actividades. *Gerokomos*. 2003;14(1):48-57.
- Campos Egozcue Begoña. La construcción de una política social de vejez en España: del Franquismo a la normalización democrática. *Reis* 1996;73:239-263.
- Candela Bonill de las Nieves. La importancia de las habilidades comunicativas en la humanización de los cuidados. *Index de Enfermeria*. 2008;17(1) Disponible en <http://dx.doi.org/10.4321/s1132-12962008000100017>
- Capilla Díaz Concepción. El miedo de las personas mayores a caerse reduce la calidad de vida. *Evidentia*. 2007;4(17). Disponible en <http://www.index-f.com/evidentia/n17/374articulo.php>
- Capillas Pérez, Raúl; Cabré Aguilar, Victoria; Gil Colomé, Anna María; Gaitano García, Amparo; Torra i Bou, Joan Enric. Comparación de la efectividad y coste de la cura en ambiente húmedo frente a la cura tradicional. Ensayo clínico en pacientes de atención primaria con úlceras vasculares y por presión. *Rev ROL Enferm*. 2000;23(1):17-24.
- Carbajo Vélez M^a del Carmen. La Historia de la vejez. *Ensayos*. 2008;18: 237-254.
- Carbello Baquero Begoña. El tacto: una forma de comunicación con el paciente. *Enferm Clin*. 2000;10(1):29-32.
- Carrasco Acosta M^a del Carmen, Márquez Garrido Manuel, Arenas Fernández José. Enfermería y perspectiva de género. *Cultura de los cuidados*. 2005;9(18):52-59.
- Casado JM, González N, Moralela S, Orueta R, Carmona J, Gómez-Calcerrada RM. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes ancianos en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;28(3):167-173.
- Casado Marín David. La atención a la dependencia en España. *Gac. Sanit*. 2006;20(supl 1):135-142.
- Castanedo Pfeiffer Cristina, García Gómez Amor, García Revilla P, Redondo Figuero Carlos. Reflexiones sobre un programa de prácticas de Enfermería Geriátrica en un centro de salud con perfil geriátrico. *Gerokomos*. 2004;15(1):28-34.

- Castillo López, Nuria; Sabatell Ayala, Elena; Rojano Pérez, Remedios; Fortes Moreno, Manuel; Gómez Oneto, Africa; Sánchez del Campo, José Luís. Resultado de un estudio aleatorizado y controlado sobre el impacto de una intervención multicomponente en ancianos crónicos polimedcados (ACP) con Manejo Inefectivo Régimen Terapéutico (MIRT). *Rev Paraninfo Digital*. 2008;2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/o021.php>
- Cavestany Carmen, García Mauriño M, Alonso ML, Ruano J. Trabajo sobre problemas de la geriatría en el mundo actual, presentado por España en el congreso de Méjico. *Revista Caridad Ciencia y Arte*. 1973;15:14.
- Cavestany Carmen, García Mauriño M., Alonso M.L., Ruano J. Trabajo sobre problemas de la geriatría en el mundo actual, presentado por España en el congreso de Méjico. *Revista Caridad Ciencia y Arte*. 1973;14:14-15.
- Cavestany Carmen, García Mauriño M., Alonso M.L., Ruano J. Trabajo sobre problemas de la geriatría en el mundo actual, presentado por España en el congreso de Méjico. *Revista Caridad Ciencia y Arte*. 1973;16:12-13.
- Claret García Martínez Antonio, García Martínez. Manuel Jesús Historia y reivindicación profesional a las puertas del nuevo espacio Europeo de Educación. *Cultura de los cuidados*. 2005;9(17):5-7.
- Codón Isabel. Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento. *Rev. Del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*. 42:193-208. Disponible en: http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/42/Docu2.pdf
- Colina Javier. Atención de enfermería a pacientes con úlcera por presión. *Rev ROL Enferm*. 1988;XI(113):41-52.
- Collière Marie Françoise. Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. *Rev ROL Enf* 1999; 22(1): 27-31.
- Comet-Cortes Pilar, Escobar-Aguilar Gema, González-Gil Teresa, de Ormijana-Sáenz Hernández Amaia, Rich-Ruiz Manuel, Vidal-Thomas Clara et All. Establecimiento de prioridades de investigación en enfermería en España: estudio Delphi. *Enferm Clínica* 2010;20(2):88-96.
- Comité editorial. Importancia de las Especialidades de Enfermería. *Revista de Excelencia Enfermera*. 2005;6. Disponible en: <http://www.ee.isics.es>
- Consejo Internacional de Enfermeras. Declaración de posición del CIE sobre la Atención de Enfermería a las personas Mayores. *Biblioteca Lascasas*. 2006; 2(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0160.php>. La declaración de posición. La atención de enfermería a las personas mayores. 1998 sustituye a la posición anterior del CIE: "La atención de enfermería a los ancianos" adoptada en 1983.
- Contel Segura, Joam Carles. La tención a personas en situación de dependencia: aportaciones de la evidencia en la construcción de un modelo de atención compartida. *Index Enferm*. 2009;18(3):179-173.
- Contreras Adriana, Contreras Astrd, Díaz M Elena, Hernández Mónica, Muñoz Norma, Ricardo M Claudia. Habilidad de cuidado de los profesionales de enfermería de una institución prestadora de servicios de salud. *Rev Cultura del Cuidado Enfermería*. 2011;8(1):17-23
- Corral Fernández Julian. Proveer asistencia social y sanitaria integrada a las personas mayores en situación de dependencia: una solución a los problemas de continuidad. *Rev Geriatr Gerontol*. 2006;41(5):255-7.

Corral Fernández Julián. Proveer asistencia social y sanitaria integrada a las personas mayores en situación de dependencia: una solución a los problemas de continuidad. *Rev Geriatr Gerontol.* 2006;41(5):255-257.

Cortes Piña Francisco, Rodríguez Ruiz M^a Eva, Ceballos-Arjona Zuñiga Sonia, Ruges Muñoz Carlos, Camacho Naharro Alonso, Dorronzoro Sánchez M^a Paz. Identificación de diagnósticos enfermeros más prevalentes, a través de la Ley de Dependencias, en la ZBS Conil. *Rev Paraninfo Digital* 2008; 3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p197.php>

Cruz Lendínez Alfonso J., Villar Dávila Rafael, García Ramiro Pedro A., López Medina Isabel M^a, Jiménez Díaz M^a Carmen, Pancorbo Hidalgo Pedro L. Plantilla de enfermería y demanda de cuidados de ancianos hospitalizados ¿son suficientes los recursos?. *Gerokomos.* 2007;18(4):168-175.

Cruz Lendínez Alfonso Jesús, Pancorbo Hidalgo Pedro Luis, García Fernández Francisco Pedro, Carrascosa García M^a Isabel, Jiménez Díaz M^a Carmen, Villar Dávila Rafael. Deterioro funcional en ancianos ingresados en un hospital sin unidades geriátricas. *Gerokomos.* 2010;21(1):8-16.

Cruz-Jentof Alfonso J et all. European Silver Paper. Documento europeo sobre el futuro de la promoción de la salud y las acciones preventivas, la investigación básica y los aspectos clínicos de las enfermedades relacionadas con el envejecimiento. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44(2):61-65. Versión oficial en castellano del Documento publicado en: *J Nutr Health Aging.* 2009;13:448-452.

Cuesta Antelo M^a Inés. Puesta en marcha de una unidad de valoración sociosanitaria ubicada en un hospital de agudos. *Gerokomos.* 2008;19(1):16-20.

Cuesta Benjume Carmen. La contribución de la Evidencia Cualitativa al campo del cuidado y la salud comunitaria. *Index de Enferm.* 2005; 14(50):47-52. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962005000200010>

Cuesta Benjumea Carmen. Desafíos de la investigación cualitativa. *Nure Invest* 2006;1:1-2.

Curcio Borrero Carmen Lucía. Soporte social informal, salud y funcionalidad en el anciano. *Promocion Salud.* 2008;13:42-58.

De la Rosa Eduardo Rosana, Zamora Monge Gerardo. Cuidados invisibles ¿son suficientemente reconocidos?. *Index de Enfermería.* Edición digital. 2012;21(4). Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermería/v21n4/7947.php>

De la Rosa Rosana, Zamora Gerardo, Aguinaga Inés, Guillén Francisco. Cuidados invisibles e identidades del cuidado enfermero ante las generaciones sociales del siglo XXI. *Paraninfo Digital.* 2012(15). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n15/0830.php>

De Pedro Gómez Joan. Las especialidades de enfermería. *Metas de Enferm.* 2005;8(6):50-54.

Del Rey Contreras Silvia, García González Montserrat, Rodríguez de Prada M^a Luisa, Baztán Cortes Juan José. Beneficios de un programa de reeducación vesical en ancianos hospitalizados. *Nure Inv.* 2007;4(28).

Denham MJ. Dr Marjory Warren CBE MRCS LRCP (1897-1960): the Mother of British Geriatric Medicine. *Journal of Medical Biography* 2011;19:105-110.

Díaz Matínez Juana M^a, López Donaire Pilar, Molina Mercado Pilaret all. Úlceras por presión en el postoperatorio de intervenciones quirúrgicas de cadera o de rodilla. *Gerokomos.* 2009;20(2):84-91.

Díez MS, Alonso Ana M^a, González MI. El arte de saber envejecer. *Gerokomos.* 1993;IV(7):3-7.

- Domínguez Alcón, Carmen. Cuidado informal, redes de apoyo y políticas de vejez. *Index Enferm.* 1998;VII(23):15-21.
- Dominguez Maeso Ana, Sol Arroyo Josefa del, Fernández Roa M^a Estrella. Aportación de la consulta de enfermería a la nutrición geriátrica. *Gerokomos.* 2002;13(3):32-36.
- Drake, AC; Romano, E. Cómo proteger al paciente anciano frente a los peligros de la polifarmacia. *Nursing.* 1995;13(10):9-13.
- Ducharme F, Lebel P, Bergman H. Vieillissement et soins, l'urgence d'offrir des services de santé integres aux familles du XXIe siècle. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé.* 2001;8;2:110-21.
- Ducharme, F. La importancia de la utilización de un modelo conceptual para la práctica de la enfermería Gerontológica. *Gerokomos.* 1998;9(3):94-106.
- Durán Escribano Marta. El poder de los valores. Una cuestión de profesionabilidad. *REv ROL Enf.* 2004;27(3):191-200.
- Durán Escribano Marta. La historia no contada. *Temperamentum* 2008;7. Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn7/t8081.php>
- Egurza MI, Nitivol P. La enfermería en la asistencia sanitaria al anciano. *Anales@efnavarra.es* Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple1/suple10/html>
- Emanuel EJ, Wendler D, Grady C. What makes clinical research ethical? *JAMA.* 2000;283:2701-11.
- Erdmann AL, Marziale MHP, Pedreira MLG, Lana FCF, Pagliuca LMF, Padilha MI, Fernandes JD. Evaluation of scientific periodicals and the brazilian production of nursing articles. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2009;17(3):403-409.
- Escobar Bravo Miguel Angel. Úlceras por presión en atención primaria: frecuencia y características. *Rev ROL Enferm.* 1998; XXI(237):55-58.
- Escuredo Rodríguez Bibiana. El discurso de las enfermeras ante el cuidado de las personas mayores dependientes y sus cuidadores familiares. *Index de Enferm.* 2006;15(52-53). Disponible en <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962006000100010>
- Escuredo Rodríguez Bibiana. Políticas de dependencia, consecuencias para las familias. *Rev ROL Enferm.* 2008;31(5):22-32.
- Escuredo Rodríguez, Bibiana. ¿Cuidar a los ancianos dependientes o apostar por su independencia?. *Rev ROL Enferm.* 2008;31(9):35-38
- Estévez Guerra G.J, Fariña López E, Marrero Medina C.D, Nuñez González E, Bravo Martínez J. Síndrome de burn-out en una unidad de geriatría. Una aproximación a la realidad. *Gerokomos* 2002;13(3):26-31.
- Estrada JM, Jiménez M, Moreno T, Mariño L, Blanco A, Grupo de investigación. Información bibliográfica para la enfermería española: las bases de datos BDIE y BEDIE-SIDA. S.E.S.L.A.P [revista en internet]. 2002;1 (6):11-15. Disponible en: <http://www.seslap.com/seslap/html/pubBiblio>
- Fajardo Trasobares M^a Esther, Germán Bes Concha. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index de Enfermería.* 2004;13(46):9-12.
- Falcó Pegueroles Anna. Enseñar estrategias de razonamiento y pensamiento crítico a los estudiantes de Enfermería. *Metas de Enferm.* 2009;12(9):68-72.
- Falcon Albero Ascensión, Martínez Lozano Francisca. Calidad Asistencial y Reclamación del Usuario. *Anal Cienc Salud.* 2006;9:263-277.

Federico Ferreira Manuela, Loureiro Cândida. Motivos para a procura de mestrados: estudo exploratório com enfermeiros [Razones para buscar un máster: un estudio exploratorio de los enfermeros]. Referênciã. 2013;3(9):67-74. Disponible en: <http://www.index-f.com/referencia/2013/39-067.php>

Feria Lorenzo Diego José, Barquero González Ana, León López Rocío. La Evaluación Docente en los nuevos Grados Universitarios. Index de Enferm. 2011;20(1-2):106-110.

Fernández Alba R, Manrique Abril FG. Rol de la enfermería en el apoyo social del adulto mayor. Enfermería Global. 2012;19. Disponible en: <http://www.um.es/global>

Fernández Araque Ana M^a, Jiménez Navascués Lourdes, Ruiz Gómez M^a del Carmen, Caballero Navarro Ana Luisa. El docente enfermero en la Educación Superior de Enfermería. Paraninfo Digital. 2012;6(16). Disponible en: <http://www.index-f.com/roble.unizar.es:9090/para/n16/1570.php>

Fernández Ballesteros Rocio. La gerontología positiva. Rev Mult Gerontol 2000;10(3):143-145.

Fernández Bono R, Ramos Alfonso MRR, Gallardo Frías JS, Navarro Torrente MD, López Montoya IA, Ibañez Gil E, Marín Carrillo I et coll. Efecto de la intervención de las enfermeras hospitalarias de enlace en la calidad de vida y estado funcional en pacientes crónicos, frágiles, pluripatológicos y sus cuidadores. Biblioteca Lascasas. 2008;4(2).

Fernández Espínola, Sergio; Suárez Alemán, Carmen; Vela Márquez, Carmen; Bellosta Ymbert, José Manuel. Guía de uso adecuado de medicamentos en ancianos institucionalizados. Biblioteca Lascasas. 2007;3(4). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0283.php>

Fernández García-Valdivielso Mercedes, Moragón Arcas Raquel, Moratalla Arnas Elena, Rios Martínez Ana, Sánchez Naharro Dolores. Fracturas de cadera en mujeres mayores de 65 años. Hospital General de Albacete. Enferm Univ Albacete. 1996;6:38-45.

Fernández Hilda, Escobar Rivero Digna Yolanda, Romero Castillo Petra Trinidad, Coromoto Ramíez Omaira. Cuidado proporcionado por la enfermera y satisfacción del enfermo hospitalizado en una institución privada. Tesela [Rev Tesela] 2012;12. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts12/ts8054.php>

Fernández López Ángela Maday. Análisis y descripción de puestos de trabajo. Monografias.com. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos25/puestos-de-trabajo/puestos-de-trabajo.shtml>

Fernández Solana C, Román Alonso E, Martínez Sellares R. Método de trabajo en una institución geriátrica basado en los diagnósticos enfermeros. Gerokomos. 2001;12(3):107-113.

Ferreira Olivia Galvão Lucena, Maciel Silva Carneiro, Silva Antonio Oliveira, Santos Walberto Silva dos, Moreira María Adelaide Silva P. O envelhecimento ativo sob o olhar de idosos funcionalmente independentes / Active aging from the perspective of aged individuals who are functionally independent / El envejecimiento activo bajo la visión de ancianos funcionalmente independientes. Rev Esc. Enferm USP. 2010;44(4):1060-1064.

Ferrer Arnedo Carmen. Liderazgo enfermero en la gestión de la cronicidad. Metas de Enferm. 2011;14(8):3.

Ferrer Marín Fernando, Esteban Moya Francisco, Atienzar Tobarra M^a Dolores. Informes de Condiciones de Salud de una Unidad de Gestión Clínica. Diagnósticos enfermeros relacionados con la dependencia. Rev Paraninfo digital 2008; 3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p195.php>

- Flores Boixader E, Nicolas Dueñas Marilia. Actitudes y motivación de las enfermeras por la atención a los ancianos. *Gerokomos*. 1995;6(15):95-101.
- Flores Boixader Emma. Diagnósticos enfermeros en atención primaria en la población anciana mayor de 65 años. *Enferm Clínica*. 1996;6(6):242-248.
- Flores d'Arcais Paolo. The US elections: a lesson in political philosophy: populis drift, secular ethics, democratic politics. Citado en: Baumen Zygmunt. *Tiempos líquidos. Vivir en una época de incertidumbre*. Barcelona: Tusquets Editores; 2007. Pp 91.
- Fong Juana Adela, Bueno Hechavarria Julia. Geriátría ¿es desarrollo o una necesidad?. *Medisan* 2002;6(1):69-75.
- Fontana Fortuny Cristina, Estany Almirall Josefa, Pujol Salud Jesús, Segarra Solanes Isabel, Jordan Gómez Yolanda. Concordancia entre índices de dependencia en las actividades de la vida diaria. Experiencia de aplicación en población geriátrica de ámbito rural. *Enferm Clínica*. 2002;12(2):47-53.
- Frailé Pérez MA, Velasco Mateos MA. Consumo de fármacos en la población anciana de una zona rural. *Gerokomos*. 1998;IX(24):74-78.
- Fraser Nancy. La justicia social en la era de la política de identidad: redistribución, reconocimiento y participación. *Revista de trabajo*. 2008;4(6):83-99.
- Fraser Nancy. Nuevas reflexiones sobre el reconocimiento. *New left review*. 2000;4:55-68. Disponible en: <http://www.uruguayeduca.edu.uy/Userfiles/P0001/File/N%20Fraser%20Reconoc.pdf>
- Fraser Nancy. Reinventar la justicia en un mundo globalizado. *New left review*. 2006;36:31-50.
- Frias Trigo Victor Manuel, Anguera Manrique Marta, Rius Toledo María del Mar, Martínez Massegosa Elvira. Diagnósticos enfermeros en una unidad sociosanitaria psicogeriátrica. *Enferm Clínica*. 2005;15(2):71-75.
- Fuente MJ. La Ley de dependencia: una oportunidad para la enfermería. *Enferm Clín*. 2007;17(3):107-108.
- Gago Fornells Manuel, González Villanueva Purificación. ¿Es la enfermería una ciencia en revolución? Un análisis desde la catarsis. *Educare*. 2006;29. Disponible en: http://www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/revistas/Educare21/2006/29/aprendiendo2.pdf
- Galindo Sancho, Manuel; Castro Varela, Laura; Zapata Sampedro, Marco Antonio. Úlceras por presión en talones: un abordaje multifactorial. Caso clínico. *Educare21*. 2010;62. Disponible en: http://www.enfermeria21.com/publicaciones/educare/archivo-de-revistas.html?idArticulo=62023&task=verArticulo&anyo=2010&numPublica=4&numRevista=62&id_menu=20
- Gallardo S. Karina, Maya P. gloria, Vásquez T. Martha Lucía. La comunicación: llave maestra para la aplicación de valores humanísticos y altruistas en el cuidado de los niños. *Revista Cultura del Cuidado Enfermería*. 2011; 8(1):5-16.
- Gallo Estrada Julia, Martín Perdiz Antonia, Zaforteza Lallemand Concha, Sanchez-Cuenca López Pilar. Formación Universitaria en geriatría: Encuentros y desencuentros. *Gerokomos* 2004; 15(2):73-77.
- Gálvez Toro Alberto, Poyato Huertas Encarnación. La producción científica de enfermería geriátrica en España 1991-1995. *Enferm. Clínica*. 1999; 9(5):200-205.

Gálvez Toro Alberto. Producción científica de la enfermería española en Atención Primaria. Metas de enfermería. 2001; IV(34):24-30.

Gálvez Toro Alberto. Quién, cuándo y dónde de la investigación sobre Úlceras por Presión en España: grupos de investigación de enfermería. Gerokomos. 1999; 10(1):34-41.

Gándara Manuela. Ética, poder y deber. Rev ROL Enf. 2008;3(1):18-24.

García Castillo Nieves, Pérez Fonollá M^a Dolores. Implantación de un programa de apoyo al cuidador del anciano dependiente hospitalizado. Nure Inv. 2005;2(17). Disponible en: http://www.fuden.es/protocolos_detalle.cfm?ID_PROTOCOLO=62&ID_PROTOCOLO_INI=1

García Fernández Cristina, Moreno Pastor Antonio, Núñez Palenzuela Carmen. Incontinencias en una residencia asistida geriátrica. Rev ROL Enferm. 1996;XIX(211):65-67.

García Gómez A, Castanedo Pfeiffer Cristina, Castro Ugalde P, García Revilla P. Grupo de apoyo y ayuda mutua a cuidadores informales de ancianos dependientes. Gerokomos. 2005;16(2):74-79.

García González Yolanda, Cayuelas Onivea Fernádo, Martín Morales Elodia, Santillana Garrido Jose M^a, Butjosa Navarro Anna, Vizueté Pérez Manuel. Validación de una encuesta para detectar necesidades en poblaciones ancianas. Educare 211. 2005;16. Disponible en <http://www.enfermeria21.com/educare>

García Guerra D. El hospital general. El médico. 1993; 482: 149-158.

García Hernández M. La Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG). Enfermería Global. 2004;5. [acceso 25 marzo 2011] disponible en URL <http://www.um.es/eglobal>

García Hernández Misericordia. La razón prevalece sobre la sinrazón. Gerokomos. 2006;17(3):120.

García Laborda Ana. Envejecimiento y género: aspectos sociales. Metas 2000:17-22.

García Ramirez Jose.Carlos. Hacia una fundamentación científica de la gerontología. Praxis sociológica;2008, 12:118-136

García Suárez Lourdes, León Rosales L de, Fuentes García S, Ferreiro García B. Análisis bibliométrico de los artículos científicos publicados en la Revista Médica Electrónica (2003-2009). Rev. Méd Electrón.2010;32(3). Disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%202010/vol3%202010/tema05.htm>

García Velázquez M^a del Castillo. Un anciano sano: plan de cuidados basado en la teoría de D. Orem. Gerokomos. 2002;13(1):17-26.

García Vilchez AM, Bonilla Puertas E, Rubio Jaime A. Valoración al alta de enfermería: un método científico para cuidar. Gerokomos. 2000;11(1):24-30

García-Carpintero Blas Eva. Reflexión del papel de la enfermería a lo largo de la historia. Enfermería Global. 2007;11. Disponible <<http://www.um.es/eglobal>>

García-Fernández Francisco Pedro, Carrascosa-García M^a.I, Rodríguez-Torres M^a.C., Gila-Selas Carmen, Laguna-Parras Juan. M, Cruz-Lendínez Alfonso J. Influencia de las enfermeras gestoras de casos hospitalarias sobre la preparación de las cuidadoras para asumir el cuidado domiciliario. Gerokomos 2009; 20 (4): 152-158

Garreta Burre Marisa. Trastorno de la movilidad física tras el ingreso hospitalario. Gerokomos. 2005;16(1):37-41.

Garrido Astral M^a C, Gal Iglesias B, Díaz Florian M^aE, Busturia Berrade I, Pintor Holguín E, Reinoso Barbero L et coll. Campus virtual como complemento a las clases presenciales de

anatomía y fisiología en enfermería. *Educare* 21. 2011;72. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/publicaciones/educare/archivo-de-revistas.html>

Gasch Gallén Ángel, Moreno García Ana, Germán Bés Concha. El aprendizaje de los cuidados invisibles. *Paraninfo Digital*. 2012;6(15). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n15/094p.php>

Gavira Iglesias Francisco Javier, Caridad y Ocerin JM, Pérez del Molino Martín, Valderrama Gama Emiliana, López Pérez M, Romero López M, Pavón Aranguren MV, Guerrero Muñoz JB. Uso de accesorios para incontinencia urinaria en los ancianos de la Zona Básica de Salud de Cabra (Córdoba). *Aten Primaria*. 2000;25(8):556-559.

Gavira Iglesias Francisco Javier, Caridad y Ocerin JM, Romero López M, López López M. Expectativas del tratamiento de la incontinencia urinaria vistas desde una población de ancianos. *Aten Primaria*. 2000;26(7):482-484.

Gavira Iglesias Francisco Javier, Pérez del Molino Martín, Valderrama Gama Emiliana, Caridad y Ocerin JM, López Pérez M, Romero López M, Pavón Aranguren MV, Guerrero Muñoz JB. Comunicación, diagnóstico y tratamiento de la incontinencia urinaria en una zona básica de salud. *Aten Primaria*. 2001;28(2):97-104.

Germán Bes Concha Hueso Navarro Fabiola. Cuidados humanizados, enfermeras invisibilizadas. *Paraninfo Digital*, monográficos de investigación en salud. 2010. Año IV, nº 9.

Germán Bes Concha, Chamizo Carmen, Hueso Navarro Fabiola, Subirón Ana Belén. El método biográfico y la compilación de biografías e historias de vida profesionales de la Enfermería Española. *Temperamentvm* 2011; 13. Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn13/t1302.php>

Germán Bes Concha, Chamizo Vega Carmen. Revisión histórica de los cuidados e imagen social de las matronas con perspectiva de género. *Temperamentum*. 2008;4(8). Disponible en: <http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/temperamentum/tn8/t0308r.php>

Germán Bes Concha, Fajardo Trasobares Esther, Sobreviela Ruiz Oscar. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Evidentia* 2004;1(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n2/51articulo.php>.

Germán Bes Concha, Hueso Navarro Fabiola, Huércanos Esparza Isabel. El cuidado en peligro en la sociedad global. *Enfermería Global*. 2011;23. Disponible en: <http://www.um.es/eglobal>

Germán Bes Concha, Hueso Navarro Fabiola. Producción científica de la Enfermería Comunitaria en España 1977-2009. Modelo Agora u Olimpo. VIII Congreso Iberoamericano de Ciencia Tecnología y Género; 2009. Disponible en: http://200.134.25.85/eventos/cictg/conteudo_cd/E1_La_Producci%C3%B3n_Cient%C3%ADfica.pdf

Germán Bes Concha. Apuntes para la Historia de la Enfermería desde Mayo del 68 a la muerte de Franco. Los efectos de la Guerra Civil en la Enfermería en el Tardofranquismo. *Temperamentum* 2009,10. Disponible en <http://www.index-f.com/temperamentum/tn10/t709.php>

Germán Bes Concha. Historia de la Enfermería Comunitaria I. De Enfermeras visitadoras a instructoras sanitarias. *Temperamentum*. 2008;8. Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn8/t0608.php>

Germán Bes, Concha; grupo Walquiriae. La experiencia de las enfermeras en la historia de la Sanidad Española durante el conflicto de Junio de 1976. *Temperamentum*. 2010;11. Disponible en URL <http://www.index-f.com/temperamentum/tn11/t1101.php>.

- Giménez Maroto Ana M^a. Aspectos normativos relacionados con la formación de especialistas en Enfermería. *Metas de Enferm.* 2009;12(5):14-19.
- Gómez González JL, Ruiz Berdún D, Carrasco Fernández B, Polo Luque ML. Análisis de las publicaciones de Historia de la Enfermería: un acercamiento cuantitativo-cualitativo. *Híades. Revista de Historia de la Enfermería.* 2008; 10: 889-901
- Gómez Pavón J, Ruipérez Cantera Isidoro, Rodríguez Valcarce A, Rodríguez Solis J, González Guerrero JL, Maturana Navarrete N. Nivel de adecuación de los recursos geriátricos en los hospitales generales españoles: período 2003-2005. *Rev Geriatr Gerontol.* 2006;41(1):77-80.
- Gómez Tirso, González Ana M^a, Vera M^a Dolores. Satisfacción del equipo enfermero de cuidados geriátricos. *Metas.* 2000;3(25):29-34.
- González Avila Manuel. Aspectos Éticos de la investigación cualitativa. *Rev. Iberoamericana de Educación.* 2002;29:85-93.
- González Cámara Noelia. La búsqueda de marco para la justicia. *ARBOR.* 2010; CLXXXVI (744):769-772.
- González Carrión Pilar. La especialidad de enfermería pediátrica. *Enferm Clin.* 2009;19(4):173-174.
- González Expósito Josefina, Pariente Rodrigo Emilio, Carbajo Payo Mónica, Tresgallo Fernández Nieves, Ruiz Robles Esperanza, Peña Sarabia Nicolás. Calidad de vida relacionado con la salud del anciano institucionalizado. *Metas Enferm.* 2008;11(5):26-31.
- González Gómez Susana. Formación en Servicios Sociales. *Rev Mult Gerontol.* 2000;10(2):105-125.
- González Julia, Pagani Raffaella. Declaración de Bolonia: adaptación del sistema universitario Español a sus directrices. URL disponible en: <http://www.us.es/us/temasuniv/espacio-euro/adaptacion.html>
- González Jurado Maximo. Especialidades de enfermería. Un paso más hacia la excelencia profesional. *Rev ROL Enferm.* 2005;28(7-8):46-52.
- González López-Valcárcel Beatriz, Barber Pérez Patricia. Planificación y formación de profesionales sanitarios con foco en la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gac. Sanit.* 2012;26:46-51
- González Monterrubio, Gema; Martín de la Torre Martín, Mercedes; Moreno Gómez, Nuria; Revilla Trujillo, Elena; Ruiz Pato, Julia. Eficacia de un protocolo de tratamiento de úlceras por presión en pacientes críticos. *Metas Enferm.* 1998;11(11):27-33.
- González Soriano M, Risco Otaolaurruchi C, Freixas Pascual MJ. Evolución de las publicaciones de Salud Pública y Enfermería comunitaria en seis revistas españolas durante 10 años. *Enferm. Clínica.* 1997; 7(5):217-255.
- Gonzano Rubio M, Martínez Sellarés R. Las caídas geriátricas y su prevención en la Residencia Asistida Fundación Santa Eulalia. *Gerokomos.* 2002;13(2):80-90.
- Grand A, Grosclaude de P, Bocquet M, Pous J, Albarede JL. Disability, psychosocial factors and mortality among the elderly in a rural French population. *J clin Epidemiol.* 1990;43:773-82.
- Grau Fibla G, Solas Gaspar O, González Nebauer V, Gayarre Jorge R, Fernández Jiménez A. Utilización del COOP/Darmouth en Atención Primaria para la valoración de la calidad de vida de los usuarios mayores de 65 años. *Index Enferm.* 1999; VIII(24-25):89.
- Grimley Evams J. Geriatric medicine: a brief history. *Brit med J.* 1997;315:1075-1077.

Guallar-Catillón Pilar, Santa-Olalla Peralta Patricia, Banegas José Ramón, López Esther, Rodríguez-Artalejo Fernando. Actividad física y calidad de vida de la población adulta mayor en España. *Med Clínica*. 2004;123(16):606-610.

Guerrero Martín Jorge, Suero Villa Pedro, Comellas Nicolás Manuel, Luna Giles M^a Fernanda. Papel de la Enfermería en la atención a la dependencia: reflexiones desde Extremadura. *Enfermería Comunitaria* 2008;4(2):42-46.

Guijarro Marvi Marta, Pelaez Herreros Oscar. Proyección a largo plazo de la Esperanza de vida en España. *Estadística Española*. 2009;51(170):193-220.

Gutiérrez García JJ, Guillen Grima F, Pérez Riquelme F, Hidalgo García ML. La atención primaria vista a través de las publicaciones médicas españolas (1974-1983). *Aten Primaria* 1985;6:329-337.

Guzman Rentero José. Especialidades de enfermería:¿hacia donde vamos?. Tesela [Rev Tesela] 2007;1. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts1/ts709.php>

¹H.Thomae (Director del Instituto de Sociología de la Universidad de Bonn. Alemania). Anticipación de la jubilación y adaptación a la jubilación. Aspectos psicológicos de la preparación a la jubilación. *Medicina y Cirugía Auxiliar*. 1974;12:27-30

Hanzeliková Pogrányivá Alicia, García López María Victoria, Pomares Martínez María Dolores, Pardo Fernández María José, Monte de Paz Julia. La calidad de vida profesional de las enfermeras en geriatría. *Enferm Global*. 2011;10(24):145-157.

Hanzeliková Pogrányivá Alicia, Pomares Martínez Dolores. Plan de cuidados estandarizado:fractura de cadera con pacientes geriátricos. *Educare* 21. 2010;64. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/publicaciones/educare>

Heierle Valero Cristina, Cano Caballero M^a Dolores, Rodríguez del Águila M^a Mar. Diferencias de percepción de la imagen profesional de la enfermera en España. *Rev Paraninfo Digital*. 2009;3(6). Disponible en: <http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/para/n6/o018.php>

Heierle Valero Cristina, Cano-Caballero Gálvez M^a Dolores, Guillamet Lloveras Ana, Celma Vicente Matilde, Garach Mirasol Jose Ignacio. Innovación docente en las prácticas de enfermería comunitaria, salud mental y geriatría. *Rev ROL Enfem*. 2010;33(11):51-56.

Hernández Conesa Juana M^a, Calles Fernández M^a C, Andrés Bullon A, Cuevas Tortosa E. Proceso de atención de enfermería en gerontología y geriatría. *Enferm Cientif*. 1987;62:12-15.

Hernández Martínez-Esparza E, Barquín Arribas MJ, Mundet Riera I, Royano Reigadas L, García Calderón MI. La necesidad de un informe de enfermería al alta o traslado en una residencia geriátrica. *Gerokomos*. 2006;17(3):132-139.

Hernández Neila Luis M, Prieto Moreno Jesús, Tirado Altamirano Francisco, Barabancho Cisneros Francisco Javier, Moreno Méndez Andrés, Galea Jiménez Fernando. Aplicación del proceso de atención de enfermería a un paciente anciano según el modelos de Virginia Henderson. *Gerokomos*. 2003;14(3):127-131.

Hernández Pérez Roberto del Sacramento. *Rev ENE Enferm*. 2007;1:7-16

Hernández Quevedo Cristina, Jiménez Rubio Dolores. Inequidad en la utilización de servicios sociosanitarios en España para las personas discapacitadas. *Gac Sanit*. 2001;25(S):85-92.

Hernández Zambrano Sandra Milena. Teoría y praxis de enfermería: una relación dialéctica. *Rev Paraninfo Digital*. 2009;3(6). Disponible en: <http://www.index-f.com.roble.unizar.es9090/para/n6/o009.php>

Huércanos Esparza Isabel, Anguas Gracia Ana, Martínez Lozano Francisca. El cuidado invisible como indicador de mejora de la calidad de los cuidados enfermeros. *Tesela*. 2012;11. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts11/ts1106.php>

Huercanos Esparza Isabel. Estudio piloto para la validación de un cuestionario acerca de la percepción de los pacientes sobre la calidad de cuidado invisible de Enfermería. *Biblioteca LasCasas*. 2011;7(1). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0567.php>

Huercanos Esparza, Isabel. El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. *Biblioteca Lascasas*, 2010; 6(1). Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0510.php>

Huertas I, Llopis ML, Navarro MA, Paredes MT, Rioja L, Sáez del Castillo MC, Vázquez J, Vicente MT. Salud Mental y actividades básicas de la vida diaria en una población mayor de 65 años, usuarios de la policlínica Casa del Mar de Valencia. *Enferm Integral*. 199;50:VII-XIV.

Hueso Montoro César, Calero Martín de Villodres Paloma. Condiciones laborales y salud emocional del trabajador en residencias geriátricas. *Evidentia*. 2005;2(4). Disponible en: <http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/evidentia/n4/104articulo.php>

Hueso Navarro Fabiola, Cid Carlos, Hernández M^a José, Huércanos Esparza Isabel, Giral Guembe Anuntxa. El significado del cuidado: Percepción de los usuarios de dos Áreas de Salud de Navarra y Sevilla. *Rev. Paraninfo Digital*. 2012;6(15). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n15/106o.php>

Ibarra Mendoza Teresa Ximena, Noreña Peña ana Lucía; Guillermo Rojas Juan. Visibilidad de la disciplina enfermera: el factor mediático de investigación. *Index de Enferm [Index Enferm] (edición digital)*. 2011;20(4). Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v20n4/7519.php>

Iraizoz Itziar M^a Dolores, Sancerní Oliván Pilar. Incontinencia urinaria en el anciano. *Rev. ROL Enferm*. 1989;XII(135):25-34.

Irigibel Uriz Xabier. Enfermería disciplinada, poder pastoral y racionalidad medicalizadora. *Index Enferm*. 2008;17(4):276-279.

J.C.D. Teresa de Jesús Jornet e Ibars y los asilos de ancianos desamparados. *Medicina y Cirugía auxiliar*.1973;12:34.

J.M Kreps (Profesora en Economía de Duke University Durkan. EEUU). Educación a lo largo de una vida; sus consecuencias durante la etapa de trabajo y de la jubilación. *Trabajo, ocio y cultura: hacia una mayor flexibilidad en la vida*. *Medicina y Cirugía Auxiliar*. 1975;2:17-20

Jabalera Ramírez Montserrat, Pastor López Ángeles, Jabalera Ramírez Lourdes. Gestión de casos y coordinación interniveles. Elementos claves en la consecución de resultados. *Paraninfo Digital*. 2012;6(16). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n16/228.php>

Jean-Pierre Michel y Alfonso F.Cruz Jentolt. El futuro de la geriatría. *Rev Esp Geriat Gerontol*. 2009;44(4):171-172.

Jiménez Díaz M^a Carmen, Pulido Jiménez M^a Carmen, Villanueva Lupión Carmen, Villar Dávila R, Calero García M^a Jose. El envejecimiento, la asignatura olvidada en la universidad española: ¿El iceberg de un tipo de negligencia?. *Gerokomos*. 2011;22(1):8-12.

Jiménez García, Juan Francisco; Torres Alegre, Pilar; Silvano Arranz, Agustina; Martínez Menguar, Evangelina; García Arrabal, Juan José; Tobías Manzano, Ana. Rol activo de las cuidadoras ante las úlceras por presión. *Rev Paraninfo Digital*. 2008;2(3). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p145.php>.

- Jiménez Herrero F. Algunos conocimientos geriátricos de interés para Ayudantes Técnicos Sanitarios (resumen de la conferencia pronunciada por el Dr. Jiménez en el ciclo patrocinado por Laboratorios Rocher y celebrado en su delegación de la Coruña). *Medicina y cirugía auxiliar*. 1970(6):18-19.
- Jimenez Herrero F. Evolución e impulsos a la Geriatria Española aportados por Alberto Salgado Alba. *Rev. Esp Geriatr Gerontol* 2011;36 (S5):6-12.
- Jiménez Herrero Francisco. 25 años de la especialidad de Geriatria y Gerontología, Lento y difícil desarrollo de la geriatria. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2003;38(6):338-54.
- Jiménez Navascués Lourdes, Ballesteros García Montserrat, De Dios Martín Henar, Hajar Ordovás Carlos. ¿Nos preparamos para una vejez más sana?. *Gerokomos*.1998;9(4):151-156.
- Jiménez Navascués Lourdes, Hajar Ordovás Carlos. Estudio bibliométrico (2001-2009) sobre la enfermería geriátrica y gerontológica en España. *Gerokomos*.2012;23(2)55-58.
- Jiménez Navascués Lourdes, Hajar Ordovás Carlos. Estudio bibliométrico (2001-2009) sobre la enfermería geriátrica y gerontológica en España. *Gerokomos*.2012;23(2)55-58.
- Jiménez Navascués Lourdes, Lafuente Mateo Dolores, Hernández Romero Belén, Fernández Rodríguez Carmen, Hajar Ordovás Carlos. Ancianos. Calidad de vida y necesidades básicas. *Rev ROL Enferm*. 1999; 22(11):743-746.
- Jiménez Navascués Lourdes, Ruiz Gómez Carmina. Portafolio y competencias. Comunicación oral en las Jornadas de Profesorado, Murcia; febrero 2011. CNDCUE.
- Jiménez Navascués, Lourdes. Autonomía y calidad de vida de los ancianos válidos de una residencia en relación con las alteraciones visuales. Biblioteca Lascasas, 2005; 1. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0014.php>
- Johns M, Maas M, Moorhead S. Proyecto de resultados del Iowa. Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). 2ªEd. Madrid: Harcourt Mosby; 2001.
- Jurado Mérida Antonia, Rodríguez Magallanes Dolores, Sánchez Boix Encarna, Guerrero Rabinat Montse, Galán Merino Mª Elena. Incontinencia urinaria. Prevalencia en personas mayores de 64 años. *Rev AE Enferm Urolog*. 1997;65:49-54.
- Kaplan G, Bavell V, LuskyA. Subjective state of health and survival in elderly adults. *J Gerontol*. 1998;43:1145-205.
- La geriatría como especialidad. Editorial. *Medicina y Cirugía Auxiliar*. 1970;10:5
- Lameida Mª Lourdes de, Segui Mª LÑuiza Hexsel, Bernardino Elisabeth, Méier Marinelli Joaquim, Peres Aida Maris. Direção ou coordenação? Repensando a representatividade institucional da enfermagem ¿Dirección o coordinación? Repensando la representatividade institucional de la enfermería. *REBEn*. 2011;64(3):521-526
- Lara Rébola Mª Soledad. Cuidados de Calidad en centros de mayores. *Enferm Docente*. 2001;71:10-14.
- Lasaga Heriz Amaya, Bonfill Accensi Encarnación, Mateu Gil Mª Luisa. Seguimiento de un anciano afectado de hemorragia cerebral según modelo Henderson. *Enferm Clinica*. 1995; 5(4):171-174.
- Lavín Bollaín Mª Rosario, Blas Aurora de, Gutiérrez Padilla Leonor, Elena Pilar, Fuente Florencia de la. Informe de alta de enfermería: experiencia coordinada: hospital de Laredo-Atención Primaria. *Nuberos*. 2001;6(22):8-11
- Leal Felipe Milagros, Leal Felipe Ángeles, Darías Curvo Sara, Arroyo López C. Aislamiento social en el anciano con incontinencia urinaria. *Rev AE Enferm Urolog*. 1999;72:27-33.

Leal Mora David, Flores Castro Miguel, Borboa García Carlos. La geriatría en México. *Investigación en Salud*. 2006;8 (3):185-190.

Leibbrand, W. Ciceros Schrift Cato mayor de senectute. *Zeitschrift für Gerontologie*.1968;(1):5-10.

Leiliana Camargo Itza, Virginia Caro Clara. Comportamientos de cuidado del anciano y de los profesionales de enfermería: evidencias para la cualificación profesional. Provincia de Coclé, Panamá. *Av enferm*. 2009;27(1):48-59

Lilúe Antonio. Replanteo gerontológico. *Medicina y cirugía auxiliar*. 1971(11):16-17.

Limón Mendizabal M^a Rosario, Crespo Carbonero Juan A. Ciudad educadora y nuevos espacios de educación para la salud en las personas mayores. *Educación XXI: revista de la Facultad de Educación* 2002;4:91-124.

Limón Mendizabal M^a Rosario, Crespo Carbonero Juan A. Ciudad educadora y nuevos espacios de educación para la salud en las personas mayores. *Educación XXI: revista de la Facultad de Educación* 2002;4:91-124.

Lizarbe Chocarro M. Enfermería en Cuidados Intensivos y Coronarios. Análisis bibliométrico de 180 artículos originales. *Enferm. Intensiva*. 2007; 18(3):126-37

Lobo Alexandrina de Jesús Serra, SousaCarvalho Amâncio Antonio de, Martins Jacinta Pires, Mateus Sonia Fidalgo, Jesús Lisete Amélia Ribeiro de. Satisfacción de los pacientes con los servicios de enfermería en atención primaria. *Rev Paraninfo Digital*. 2012;16. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n16/114d.php>

López Ferrer MT, Osca Luch J. Análisis de la literatura internacional sobre Enfermería en Cardiología durante el período 1990-1999. *Enfermería Cardiológica*. 2000; 20:22-27.

López Martín Inmaculada. Nuevas demandas sociales ligadas al envejecimiento de la población. *Educare* 21. 2004;8. Disponible en: <http://www.enfermería21.com/educare>

López P, Meléndez de Arvas S, Brime Casanueva Jose Ignacio, Carro Fernández Nieves, Mosteiro Díaz Pilar. Revisión del estado actual de los estudios de enfermería. *Enfermería Científica*. 2003; noviembre-diciembre:52-59.

López Pastor Victor M et all. La Red de evaluación formativa, Docencia Universitaria y Espacio Europeo de Educación Superior. Presentación del proyecto de grado de desarrollo y primeros resultados. *Revista de la Red Estatal de Docencia Universitaria*. 2007;2. Disponible en: http://www.redu.um.es/red_U/2

López Pastor Victor M. Evaluación formativa y compartida en la universidad: Clarificación y propuestas de intervención desde la Red Interuniversitaria de Evaluación formativa. *Psychology, Society & Education*. 2012; 4(1):117-130.

López Pastor Victor. La evaluación en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES): propuestas y experiencias de evaluación formativa y compartida. En González Fernández N. *Desarrollo y Evaluación de competencias a través del portafolio del estudiante*. Vicerrectorado de Calidad e Innovación Educativa Universidad de Cantabria. 2007.

López Pastor, Victor M. El papel de la Evaluación Formativa en el proceso de Convergencia hacia el EEES. Análisis del estado de la cuestión y presentación de un sistema de intervención. AUFOP. Zaragoza; 2006. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*. 57 (20-3):93-120.

López Pullido A. Cuidados y calidad en la ancianidad grecorromana. *Revista de enfermería Gerontológica*. 2009; 13:6-19.

- López y Villanueva, Cristina. "Perspectivas del envejecimiento mundial". Educación social. 2002; 22:32-50.
- Lora López Pilar. Reflexiones sobre el grado y postgrado de Enfermería: la Investigación en enfermería. Index de Enferm. 2008;7(2):85-86
- Luiris Sanabria Triana, Marta Otero Ceballos, Omayda Urbina Laza. Los paradigmas como base del pensamiento actual en la profesión de enfermería. Rev Cubana Educ Med Super. 2002;16(4).
- Lunardi Valéria, Peter Elisabeth, Gastaldo Denise. ¿Es ética la sumisión de las enfermeras? Una reflexión acerca de la anorexia de poder. Enferm Clin. 2006;16:268-274.
- Luque Ortega, Yolanda; Contreras Fariñas, Raquel; Torralba Albella, Juan; Moreno Verdugo, Ana; Granados Matute, Ana Eva; López Rodríguez, Luis. Revisión bibliométrica sobre Gestión de casos en España. Evidentia. 2011;8(34). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n34/ev7440.php>
- Macías Juanita Y, Solis Olga M, Sánchez Juana A, Gaza M^a Magdalena, Reyna M^a de los Angeles, Cerda M^a de los Ángeles. Reminiscencia y calidad de vida en la población anciana. Metas Enferm. 2002;V(43):6-11.
- Macías Nuñez Juan. Francisco Guillen Llera: un gigante de la geriatría, el Dr. Guillen y la docencia de geriatría en pregrado: desde la Fundación Academia Europea de Yuste a la Facultad de Medicina de Salamanca. Rev Esp Geriatr Gerontol 2008;43(supl 2):28-30.
- Madina Lizarralde Eider. Estudio de un caso clínico en atención domiciliaria desde el modelo de adaptación de Roy. Metas de Enferm. 2001;IV(33):18-25.
- Maestro González Belén, Martín Marin Cristina, Hernández Blanco Raquel, Izquierdo Narganes Luz Divina, Vallejo de la Gala Purificación. Repercusión de la implantación de la Ley de Dependencia sobre los Profesionales de Enfermería. Metas Enferm. 2010;13(5):62-67.
- Marco Inzitari, Espinosa Serralta Lluís, Pérez Bocanegra Maria Carmen, Roqué Fíguls Marta, Argimón Pallás Josep María, Farré Calpe Joan. Derivación de pacientes geriátricos subagudos a un hospital de atención intermedia como alternativa a la permanencia de un hospital general. Gac. Sanit. 2012;26(2):166-169.
- Marina JA. Una filosofía de la ancianidad. Rev ROL Enf; 27(4):5-20.
- Martín García Antonio Victor. Diez visiones sobre la vejez: del enfoque deficitario y de deterioro al enfoque positivo. Revista de educación 2000;323:161-182.
- Martín Marín, Cristina; Guzmán Paredes, Mercedes; Otero Villullas, Pilar; Tejedor Macho, Rosario; Díez Ruiz, Jesús; Donis Domeque, José; Pérez Cuadrado, Candelas. Adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes mayores polimedicados. Metas de Enferm. 2011;14(8):24-30
- Martínez Aguayo C, Regato Pajares c, Gogorcena Aóiz MA. La coordinación sociosanitaria en la atención al anciano. Cuad Gestión. 1996;2(2):86-94.
- Martínez Cuervo Fernando. La enfermería geriátrica abordará tanto los cuidados a los enfermos como promoción y prevención. Disponible en: <http://www.portalsolidario.org/utopia>
- Martínez Cuervo, Fernando. Compartiendo enfermería. Gerokomos. 1998;23:33-39.
- Martínez Martín M^a Luisa. 30 años de evolución de la formación enfermera en España. Educación Médica. 2007;10(2):93-96.
- Martínez Ortega M^aPaz, Polo Luque M^a Luz, Carrasco Fernández Beatriz. Visión histórica del concepto de vejez desde la edad media. Cultura de los Cuidados. 2002; 6(11):40-46.

Martínez Pérez M. Hacia la consolidación de los paradigmas de enfermería a través de la universalización de la enseñanza. *Revista Médica electrónica*. 2008; 30(2).

Martínez Riera José Ramon, Sanjuan Quiles Angela. Realidad de los cuidados continuados en España. *Rev Tesela*. 2011;1(9). Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts9/ts7610.php>

Martínez Riera Jose Ramón. Cuidados informales en España. Problema de desigualdad. *Rev Adm. Sanit.* 2003; 1(2):275-88.

Martínez Riera JR, Sanjuan Quiles Angela. Análisis bibliográfico sobre instrumentos para la continuidad de cuidados sociosanitarios en España. *Enferm Comunitaria*. 2009;5(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v5nl/ec7053.php>

Martorell Poveda M^a Antonia, Jiménez Herrera María, Burjalés Martí M^a Dolors. La Ley de la Dependencia: más allá de la crisis. *Ética de los Cuidados* 2011 4(7). Disponible en <http://www.index-f.com/eticuidado/n7/et7751.php>

Matthews Dale A MD. Dr Marjory Warren and the Origin of British Geriatrics. *Journal of the American Geriatrics Society* 1984;32(4):253-258.

Mauk, Kristen L. El tratamiento conservador de la incontinencia urinaria puede ayudar a los ancianos. *Nursing Ed. Esp.* 2006;24(8):40-41.

Medina Moya Jose Luis. Aprender a cuidar y cuidados profesionales I. Algunas reflexiones sobre la naturaleza política y de género de la pedagogía y de la práctica del cuidado. *Educare* 21. 2006;22 Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/educare>

Mejía Lopera M^a Eugenia. Significado del cuidado de enfermería para el paciente en estado de cronicidad. *Index de Enfermería*. 2008;17(4):231-235.

Melo, Elizabeth Mesquita; Gonzaga, Ana Virgínia Lima; Félix, Lilliane Kelly Pimentel; Barbosa, Islene Victor; Studart, Rita Mônica Borges. Evaluación de los factores de riesgo de la úlcera por presión en pacientes hospitalizados. *Evidentia*. 2010;7(29). Disponible en:<http://www.index-f.com/evidentia/n29/ev7158.php>

Memoria. *Revista de estudios biográficos*. Universidad de Barcelona. Disponible en: <http://www.ub.edu/ebfil/ueb/memoria.htm>

Mercader Fernández R. La vejez dos obras admirables. *Medicina cirugía Auxiliar*. 1975;2:21-23

Merce Catalán Gemma, Tell Esparraguera Ángeles. Conocimiento y actuación sobre incontinencia urinaria. *Metas Enferm*. 2005;8(6):8-15.

Merlyn S. Pitzele (director "Reiterement Advisors, Inc" Verbank. EEUU). Consejos para la preparación a la jubilación. *Medicina y Cirugía auxiliar*. 1974;11:31-34

Ministerio de Sanidad y Consumo. Proyecto de Real Decreto por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Ministerio de Sanidad y Consumo. España. Biblioteca Las Casas. 2006;2(4).Disponible en: <http://index-f.com/lascasas/documentos/lo0183.php>

Miró Bonet Margalida, Gastaldo Denise, Gallego Camineroa Gloria. ¿Por qué somos como somos? Discursos y relaciones de poder en la constitución de la identidad profesional de las enfermeras en España (1956-1976). *Enferm Clín*. 2008; 18(1):26-34.

Montalbán Quesada Silvia. Gestión del caso clínico de una paciente con Accidente cerebrovascular. *Evidentia* 2011;8(36). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n36/ev7580.php>

- Montoya Juarez r, Calero Martín de villodres P, Alguacil V. Gestión e indicadores de calidad en residencias de ancianos: una revisión bibliográfica. *Evidentia*. 2004;1(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n2/49articulo.php>
- Moraga, M. Cuidar: promover la calidad. *Gerokomos*. 1992;III(4):6-8.
- Moral de Calatrava, Paloma. La historia continúa... La formación de postgrado en Enfermería: sueños y realidades *Temperamentum*. 2011;13. Disponible en <http://www.index-f.com/temperamentum/tn13/t1301.php>
- Morazzani Besson H. Educación holística en Geriatria. *Geriátrika* 2006;22(1):31-35.
- Moren Oorbitg Francesc. Una revisión del espacio sociosanitario a la luz de la Ley de Autonomía Personal. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2006;41(suple1):59-60.
- Moreno Casbas Teresa, Martín Arribas M^a Concepción, Orts Cortés M^a Isabel, Comet Cortés Pilar. Identification of priorities for nursing research in Spain: a Delphi study. *J Adv Nurs*. 2000;20:156-159.
- Moreno Monsiváis M^a Guadalupe, Interrial Guzmán M^a Guadalupe. Percepción del paciente acerca de su bienestar durante la hospitalización. *Rev Paraninfo Digital*. 2011;5(14). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n14/052º.php>
- Moreno Pérez NE, Landeros Pérez E, Jiménez González MJ, Vera Ramirez AM, Ojeda Vargas G. El proceso intercultural en el cuidado de la persona mayor adulta. *Desarrollo Cientif Enferm*. 2011;19(10):343-347.
- Moreno Pérez Norma E, Jordan Jinéz M Lourdes. Desgaste profesional por empatía: Una consecuencia también del cuidado de enfermería. *Desarrollo Cientif Enferm*. 2007;15(8). Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/15/15-357.php>
- Mota Trujillo Ana M^a, Fernández Jiménez R, Torres Varela L, Briviesca Pérez S, Arroyo Rodríguez A. Capacitación de los profesionales de enfermería en geronto-geriatria. *Hygia de Enfermería*. 2005;60:5-11.
- Mutualidad laboral del seguro obligatorio de enfermedad. *Residencia para pensionistas. Medicina y Cirugía auxiliar*. 1975;35:12.
- Nascher Ignazt Leo. "Geriatrics". *N Y Med J* 1909; 90:358-359.
- Navalpotro Pascual, Susana, González María Esther, Martín Iglesias Susana. Oferta de servicios sociosanitarios en atención primaria para la atención a mayores de 65 años. *Gerokomos*. 2006;17(4):189-196.
- Newman MA. Prevailing paradigme in Nursing. *Nursing Outlook* 1992; 40(1):10-13.
- Newman MA. Y col. The focus of the discipline of nursing. *Adv Nursing Sci* 1991; 14(1):1-6.
- Nicolas Retana. Teoría sobre el envejecimiento. *Revista Caridad Ciencia y Arte*. 1972;7:7-9
- Nieto Blanco Esther, Salvador Morán M^a Jesús. La enfermera de soporte en las residencias de ancianos. Evaluación de una experiencia implantada en una zona básica de salud de Madrid. *Gerokomos*. 2008;19(1):21-27.
- Nuin Orrio Carmen, Sánchez Fermández M, Jürschik Jiménez P, Illesca Pretty M, Cuadra Camprubí H, Rius Tormos P et col. Proceso de cambio para el diseño en Enfermería. *Metas Enferm*. 2007;10(2):56-61.
- Oliveira ME, Felini RM, Zampieri MF, Martins CR. Un ensayo sobre la comunicación en los cuidados de enfermería utilizando los sentidos. *Enfermería Global* 2006;(8) Disponible en: <http://www.um.es/eglobal>

Oltra Rodríguez Enrique. Especialidades enfermeras. EL DÍA DESPUÉS. Rev Adm Sanit. 2009;7(2):293-307.

Olvera Villanueva Georgina, Diaz Guerrero Rosalía. Empatía, elemento fundamental del cuidado de enfermería. Desarrollo Cientif Enferm. 2006;14(6) Disponible en <http://www.index-f.com/dce/14/14-217.php>

Organización Mundial de la Salud, Grupo Orgánico de Enfermedades no transmisibles y Salud Mental, Departamento de prevención de las enfermedades no transmisibles y Promoción de la Salud, Envejecimiento y ciclo vital. Envejecimiento activo: un marco político. Rev. Esp. Geriatr Gerontol. 2002;37(sup 2):74-105.

Orkaizagirre Aintzane. Oxitocina, la hormona de la calma, el amor y la sanción, de Kerstin Uvnas Moberg. Ética de los cuidados. 2009;3(5).

Ors Montenegro Asunción, Maciá Soler Loreto. Mayores institucionalizados. Valoración de la satisfacción y el bienestar en una residencia geriátrica religiosa. Gerokomos 2013;24(1):18-21.

Ortega López Luis. La incontinencia urinaria en los viajes de la tercera edad. Rev ROL Enferm. 1997;XX(227-228):57-63.

Ortega Matas M^a Cristina. Consideraciones al Real Decreto sobre especialidades de enfermería. Nursing. 2007;25(5):64-66.

Ortiz Arriagada Juana Beatriz, Castro Salas Manuel. Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y autoeficacia. Contribución de enfermería. Ciencia y enfermería. 2009;15(1):25-31.

Ortiz Gómez Teresa. Fuentes orales e identidades profesionales: las médicas españolas en la segunda mitad del siglo XX. Asclepio revista. 2005;LVII (1):75-97.

Ortum Vicente. La enfermería en el mundo que viene. Enferm. Clin. 2013;23(2):45-47.

Orueta Sánchez Ramón, Rodríguez Cossio Angela, Carmona de la Morena Javier, Moreno Álvarez-Vijande Almudena, García López Antonio, Pintor Córdoba Cristina. Anciano frágil y calidad de vida. Rev Clin Med Fam. 2008;2(3). Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2008000100003&script=sci_arttext

Oulton J. Inside view. Int Nur Rev. 2006;53(3):137-41.

P.R. Residencia de Ancianos "Francisco Franco". Medicina y Cirugía auxiliar.1975;25:8-11.

Pades Jiménez Antonia, Ferrer Pérez Victoria Aurora. Autoestima profesional en el ámbito de los cuidados geriátricos. Metas de Enferm. 2006;8(10):27-32.

Pagés Esther, Cuxart Ampar, Iborra Jordi, Olona Montserrat, Bermejo Begoña. Fracturas de cadera en el anciano determinantes de mortalidad y capacidad de marcha. Med Clinica. 1998;110(18):687-691.

Palacio Avendaño Martha. Entrevista con Nancy Fraser La justicia como redistribución, reconocimiento y representación. Barcelona Metrópolis. Revista de información y pensamiento urbanos. 2009;74:16-24. Disponible en: http://w2.bcn.cat/bcnmetropolis/arxiu/es/page019f.html?id=21&ui=181&prevNode=33&ta_gld=128

Palacios Ceña Domingo. Atención de enfermería ante un paciente geriátrico con un Cuadro Confusional Agudo. Enferm Clínica. 2003;13(2):118-121.

Palomino Moral PA, Frias Osuna A, Grande Gascón ML, Hernández Padilla ML, Del Pino Casado R. El Espacio Europeo de Educación Superior y las competencias enfermeras. Index Enferm. 2005;48-49:50-53.

Pancorbo Hidalgo, Pedro Luis; Alcázar Cámara, M^a José; Pérez Catalán, M^a José; Ramírez Pérez, M^a Carmen. Colchón de aire. Prevenir úlceras por decúbito. Rev ROL Enferm. 1993; 183:75-78

Paris Gimenez Josep. Abierto el camino para la especialidad de enfermería geriátrica. Enfermería Facultativa. 2010; 139:15.

Pastor Montero Sonia. La ética de la investigación cualitativa en salud. Archivos de Memoria 2011;8(4). Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/8/8400.php>

Paz Baña Aurea, Castellanos Ruiz Teresa, Carbajosa Blanco Rosario, Aldrey Rey Tomás, Pena Frade Fe. ¿La hospitalización geriátrica favorece la incontinencia urinaria?. Rev AE Enferm Urolog. 1999;70:27-30.

Pedraz Azucena. La revisión bibliográfica. Nure Investigacion 2; 2004. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/F_METODOLOGICA/formacion%20metodologica%202.Revision%20bibliografica.pdf

Pedraz Marcos Azucena. La investigación en enfermería especializada. Nure investigación. 27. Disponible en: http://www.fuden.es/FIRMA_detalle.cfm?id_FIRMA=46&id_menu=141

Pellitero Gómez Camino, Guerrero Ruano Noemí, Gallego González Nuria, Díaz Ferrer Noelia. Informe de continuidad de cuidados. Herramienta de comunicación entre ámbitos asistenciales. Rev Paraninfo Digital. 2011;5(13). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n13/pdf/co30.pdf>

Peña Amaro, Pilar, García López, Juan, Lupiáñez López, Yolanda, Figueroa Magaña, Encarna, Gámiz Magaña, María, Trujillo Abad, Ana. Educación para la salud en personas mayores desde un centro de atención primaria. Gerokomos. 2011;22(3):109-114

Peñacoba Maestre Delia, Franco Vidal Amalia. Perfil de las personas mayores de 75 años que acuden a un centro de salud. Enferm. Comun. 2005;1(1). Disponible en: http://www.index-f.com/comunitaria/1_articulo_29-34.php.

Peñañiel Olivar Antonio. Atención sociosanitaria y bienestar. Agathos. 2002;2(3):44-50.

Pereda Arregui Enrique, Blaya López Enrique, Delgado Aguilar Herminia, Ramírez Suberbiola José Manuel. Enfuro. 2004;91:30-31

Pérez de la Fuente Oscar. Escalas de Justicia y emancipación: Inclusión, redistribución y reconocimiento. Astrolabio. Revista internacional de filosofía. 2010;11:378-391.

Pérez Díaz Julio. El envejecimiento de la población española. Investigación y Ciencia. 2010:34-42.

Pérez Navarro Adelaida, López Cano María, Fernández Leyva Antonia, Ruiz Fernández M^a Dolores, Tobías Manzano Ana, García Arrabal Juan José. Mejoras conseguidas tras la entrada en vigor de la Ley de Dependencia. Rev Paraninfo Digital 2008;3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p185.php>

Pérez Perdomo Marta, García González Ariel, Figueredo Villa, Katuska. Enfoque del paradigma enfermero en la Enfermería Geriátrica. Educare 21. 2006;23. Disponible en <http://enfermeria21.com/educare>

Pérez Ruiz Isabel M^a. Características sociodemográficas y sociolaborales de las personas cuidadoras principales de personas dependientes. Metas Enferm. 2006;9(2):62-67.

Peya Gascons Margarita. La formación enfermera en el Espacio Europeo de Educación Superior. Nursing.2007;25(3):58-66.

- Piñol Fernández Mercé, Pérez Pérez Teresa, Carreras Carreras Josefa. Cuidados enfermeros invisibles y gestores. *Parainfo digital*. 2012;6(15). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n15/005p.php>
- Pinto Coca Francisco. Implantación de un programa del desarrollo de las úlceras por presión (UPP) en el Centro de Salud de La Plata (Sevilla). *Hygia de Enfermería*. 2001;XIV(48):11-15.
- Piriz Campos Rosa María, González Arévalo B, Sánchez Lozano Yolanda. Enfermedad de Alzheimer: proceso de atención de enfermería. *Gerokomos*.1996;VII(16):6-12.
- Polo Luque M^a Luz, Martínez Ortega M^aPaz. Visión histórica del concepto de vejez en las sociedades antiguas. *Cultura de los Cuidados*. 2001; 5(10):15-20.
- Pont Ribas Assumpta, Granollers Mercader Silvia. Calidad de vida en los ancianos. Un estudio descriptivo. *Rev ROL Enferm*. 1992;XV(165):21-26.
- Pozanco Gallego M^a Jose, Ruiz Cayuso Pilar. La Ley de Dependencia y el papel relevante de la Enfermería de Familia en la valoración de las solicitudes. *Rev Parainfo Digital* 2008;3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p191.php>
- Prada Pérez Francisco Javier de, Prada Pérez Montserrat de. Incontinencia urinaria en el anciano: concepto, tipos y eficacia del entrenamiento del hábito urinario en un centro de día. *Pulso*. 2005;41. Disponible en <http://www.enfermerianavarra.org/actualidad/41.pdf>
- Pujadas Joan J. El método biográfico y los géneros de memoria. *Revista de Antropología Social*.2000;9:127-158.
- Pulpón Anna, Icart Teresa. Análisis de las áreas prioritarias de investigación en enfermería en Cataluña. *Enferm Clinica* 1995;5:152-162.
- Quintanilla Martínez Manuel, Carulla Musons Teresa. Cómo trabajar más contenidos en enfermería Geriátrica siguiendo las indicaciones de Bolonia y transformando la metodología docente. *Gerokomos*. 2010;21(4):167-170.
- Quintanilla Martínez Manuel, Fernández Cano M^a Isabel. Los cambios estructurales y competenciales hacen posible la visibilidad de la invisible función de la Enfermería en el sistema sanitario. *Gerokomos*. 2010;21(2):70-72.
- Quirante, Cristina; Martínez, Rosa M; Fernández, Cristina. Estudio de validez de criterio de la Escala de Norton modificada del Hospital Clínico San Carlos. *Enferm Clínica*. 1998 ;8(4):151-155.
- Recomendaciones de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Viena 1982). En: Nicolás M. La materia de enfermería geriátrica en el curriculum básico. *Formación continuada*.1996;4:118-125
- Regato Pajares P. A propósito del “envejecimiento activo” y de la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento: qué estamos haciendo y qué nos queda por hacer. *Aten Primaria* 2002;30(2):77-79.
- Reques Velasco P. Longevidad y territorio. Un análisis geodemográfico de la población centenaria en España. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008;43(2):96-105.
- Rey Vieites Álvaro, Iglesias Redondo Julio I, Espín Alba Isabel, Mayán Santos Jose Manuel. La protección constitucional de las personas mayores como fundamento de la Gerontología jurídica. *Gerokomos* 2003;14(2):66-73.
- Ribera Casado Jose Manuel. Enseñanza de la geriatría en el pregrado. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2005;40(5):265-8.
- Ribera Casado Jose Manuel. Investigación en envejecimiento hoy: principales retos de salud. Perspectiva desde la Geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2001;36(S3):7-12.

- Ribera Casado Jose Manuel. Los retos de la geriatría en el siglo XXI (II). JANO. 2006;1600:14.
- Ribera Casado Jose Manuel. Los retos de la geriatría en el siglo XXI (III). JANO. 2006;1601:12
- Rio Sevilla Mercedes del, Gótor Pérez Pilar, Alarcón Alarcón Teresa, González Montalvo JI. Utilidad de un taller de incontinencia urinaria en la formación del personal de enfermería de un hospital general. Gerokomos. 2003;14(4):195-200.
- Robledillo Barba, Rosario; Ortiz Cachero, Eloy; Ugarte López, Nuria. Estudio del manejo de lesiones cutáneas con Varihesive® Gel Control. Metas Enferm. 2002;V(42):6-12.
- Robledo Martín Juana. La inevitable unión entre la necesidad de investigar y la formación en investigación. Nure Inv. 2011;54. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es>
- Roca Biosca, Alba; Velasco Guillén, María Carmen; Anguera Saperas, Laura; García Grau, Natalia. Impacto de un programa educacional sobre úlceras por presión en un servicio de cuidados intensivos. Metas Enferm. 2010;13(2):25-31.
- Roca Capará Nuria, Vega Monteagudo Carme, Morera Pomarede M^a José, Heredia Torras Marina, Hurtado Pardos Bárbara, Insa Calderón Esther et col. La tutorización de las prácticas clínicas. Garantía de calidad docente universitaria. Educare 21. 2010;71. Disponible en: <<http://www.enfermeria21.com/publicaciones/educare/archivo-de-revistas.html>>
- Rodríguez Álvaro, Martín; Toledo Rosell, Cristina. Análisis de la producción científica de la revista de enfermería ENE en los años 2007-2009. ENE, Revista de Enfermería 2009; 3(2):12-24, sep. Disponible en <http://enfermeros.org/revista>.
- Rodríguez Borrego M^a Aurora. La ancianidad en las publicaciones periódicas enfermeras: rol y Nursing edición española, de 1997 a 2000. Enfermería Global. 2007; 10. Disponible en: <http://www.um.es/eglobal>
- Rodríguez Camero M^a Luisa, Rodríguez Camero Noelia, Azañón Hernández Rodrigo. La construcción mediática de la Enfermería. Index Enferm. 2008; 17(2):119-123
- Rodríguez de Vera, Bienvenida del Carmen. La vejez, patrimonio inmaterial de la humanidad. Gerokomos. 2008;19(2):79-82.
- Rodríguez García Marta, Martínez Miguel Esther, Tovar Reinoso Alberto, González Hervías Raquel, Goday Arean Carmen, García Salinero Julia. Deconstrucción de la profesión de enfermería desde la perspectiva de género. ¿Debilidad o fortaleza?. Rev ROL Enferm. 2009;32(7-8):24-30.
- Rodríguez Gómez Carmen V, García Jardón S, Barbosa Álvarez MA, Tresandi P, MA. Necesidades básicas en ancianos de residencias y asilos de Vigo y Tuy. Gerokomos. 1993;IV(9):122-127.
- Rodríguez Molinero Alejandro, Escriche Vicente Manuel. Guiando el desarrollo tecnológico en Geriatría. Rev Geiatr Gerontol 2009;44(3):117-118.
- Rodríguez Palma, Manuel; Malia Gázquez, Rosario; Barba Chacón, Antonio. Nociones básicas acerca de las úlceras por presión y su prevención: una guía para los cuidadores familiares. Gerokomos. 2000; 11(3):152-156.
- Rodríguez Pérez M, Abreu Sánchez Ana, Barquero González Ana, León López Rocio. Cuidadores de ancianos dependientes. Cuidar y ser cuidados. Nursing. 2006;24(1):58-70.
- Rodríguez Serrano M^a V. El proceso de atención de enfermería como instrumento docente orientado a los ancianos. Gerokomos. 1993;IV(8):80-82
- Rodríguez Serrano M^aV. Problemas y estrategias de la enseñanza del PAE en Geriatría. Gerokomos. 1993;IV(7):34-36.

Rogero García Jesús, Martín Coppola Eva. Un estudio del cuidado provisto por inmigrantes a personas mayores de 64 años en los hogares. *Index Enferm.* 2010;19(1):29-33.

Rogero García Jesús. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Rev Esp Salud Pública.* 2009;83(3):393-405.

Roldán Valenzuela Andrés; Jaen Ferrer Pere; Ferrer Cano, Francisca; Torra i Bou Joan Enric. Úlceras por presión en el sacro: evaluación multicéntrica de un apósito hidrocoloide hidroregulador específico. *Rev ROL Enferm.* 1999;22(3):223-230.

Romero Martín Macarena, Ruelas Nicolau Aránzazu. El reto docente del Espacio Europeo de Educación superior, ¿estamos preparados?. *Metas de Enferm.* 2009;12(9):60-66.

Romero-Nieva Jerónimo. La firma invitada: especialidades en enfermería. *Enfermería de urgencias.* 2008;0. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio/pagina3.html>

Romero-Nieva Lozano Jerónimo. La especialidad de Enfermería familiar y comunitaria: ¿es compatible con las especialidades enfermeras de Pediatría, Geriátrica y Matronas?. *Rev Adm Sanit.* 2009;7(2):285-291.

Romero-Nieva Lozano Jerónimo. Enfermería es... Qué es enfermería. *Tesela [Rev Tesela]* 2012;11. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts/ts1101.php>

Rorty Richard. Contingencia Ironía y solidaridad. Paidós. Barcelona; 1991. En: Vasquez Rocca Adolfo. Pragmatismo y política en Rorty Construcción del espacio público. *Astrobólico Rev Internacional de filosofía.* 2006;2:24-34.

Rueda López Justo, Torra i Bou Joan-Enric, Martínez Cuervo Fernando, Verdú Soriano José, Soldevilla Agreda José Javier. 1er Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España: epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos.* 2003; 14(1): 37-47.

Ruipérez Cantera Isidoro. Asistencia geriátrica sectorizada. *Rev Geriatr Gerontol* 2001;36(S5):20-24.

Ruipérez Isidoro, Midón J, Gómez-Pavón J, Maturana N, Gil P, Sancho M, Macías JF. Nivel de adecuación de los recursos geriátricos en los hospitales generales españoles. *Rev Geriatr Gerontol.* 2003;38(5):281-287.

Ruiz Liso Juan Manuel. Historia epidemiológica Soria 1900-2010. Soria. Fundación científica caja rural de Soria, Complejo hospitalario de Soria, Ilustre colegio oficial de médicos de Soria; 2011.

Ruiz Márquez Trinidad, Granados Gámez Genoveva, Gutiérrez Izquierdo M^a Isabel, Muñoz Paris M^a Jose. Seminario integrado como metodología complementaria en la asignatura de Enfermería Geriátrica. *Gerokomos.* 2011;22(3):105-109.

Ruiz Márquez Trinidad, Muñoz Muñoz FJ. La calidad asistencial: una necesidad para prevenir la pérdida de autonomía en pacientes geriátricos. *Gerokomos.* 1996;VII(16):23-28.

Sabatell Ayala, Elena; Rojano Pérez, Remedios; Castillo López, Nuria; Gómez Oneto, África; Fortes Moreno, Manuel; Sánchez del Campo, José Luis. Adquisición de conocimientos tras una intervención multicomponente en pacientes crónicos polimedcados con Manejo Inefectivo del Régimen Terapéutico (MIRT). *Rev Paraninfo Digital.* 2007;1(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n2/162.php>

Salas Iglesias Pedro Manuel. La ciencia de los cuidados, marco investigativo para alcanzar el éxito de la calidad de vida en el envejecimiento. *Cultura de los Cuidados.* 2006;19:73-78.

Salazar Agulló Modesta. Las enfermeras y la Ley de Dependencia en España. *Index de Enferm.* 2006; 52-53:7-9.

Sales i Orts R, Grau I Muñoz A, Muñoz I Montagud M, Leal Cercós M, Guillem Cruz M. Diagnósticos de Enfermería detectados en una población mayor de 65 años con problemas psiquiátricos. *Educare21.* 2004;12. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/educare>

Salgado Alvarez Carlos, Moure Fernández Laura, Puialto Durán M^a José, Antolín Rodríguez Rosa. Invisibilidad del cuidado enfermero percibido en pacientes trasplantados hepáticos. *Tesela [Rev Tesela]* 2012;11. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts11/ts8023.php>

Salvá Antoní, Rovira Joan Carles. El impacto del envejecimiento poblacional en los profesionales sanitarios. *Humanitas Humanidades Médicas, Tema del mes on-line.* 2007;19:13-24.

Salvà Casanovas Antoni, Llevadot Roig D, Miró M, Vilalta M, Rovira JC. La atención geriátrica. Uno de los grandes ejes de la atención sociosanitaria en Cataluña. *Rev Esp Griatr Gerontol* 2004;39(2):101-108.

Sánchez Cánovas S, Mears Baño R. Necesidades del cuidador del enfermo de alzheimer terminal. *Enferm Global.* 2005;7. Disponible en: <http://www.um.es/eglobal/7/07b03.html>

Sánchez Criado, Vicente; López Medina, Isabel María; Pancorbo Hidalgo, Pedro Luis. Producción científica de enfermería sobre úlceras por presión en España, 1998-2001. *Gerokomos.* 2004;15(1):42-48.

Sánchez González Raúl, Rupérez Cordero Olga, Delgado Nicolás MA, Mateo Fernández R, Hernando Blázquez MA. Prevalencia de incontinencia urinaria en la población mayor de 60 años atendida en atención primaria. *Aten Primaria.* 1999;24(7):421-424.

Sánchez Palacios Concepción, Trianes Torres M. Victoria, Blanca Mena M. Jose. Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas en personas mayores de 65 años. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2009;44(3):124-129.

Sánchez Perruca MI, Fernández M. Producción científica relacionada con la especialidad de matrona. *Metas de Enfermería.* 2000; 23:35-41.

Sánchez Rodríguez M^a Encarnación, Rodríguez Medina M^a Teresa de Jesús, Rojas García Carmen M^a, González Victoria Belén. Vida a los años: residencias de la 3^a edad de Granada. *Garnata.* 1995;9:39-56.

Santo Tomas Pérez Magdalena y col. Alimentación en la Baja Edad Media. Base de los cuidados. *Rev Rol Enf* 1996; 214: 57-69.

Santonja Pastor, T; Burguete Ramos, M^a Dolores; Cebrián Doménech, Javier. Identificación de factores de riesgo para el desarrollo de Úlceras por Presión en pacientes ingresados en unidades críticas. *Gerokomos.* 1997;VIII(22):XIV-XXII.

Santos Tania C. Franco, Santo Tomás Pérez Magdalena, Dueñas Cepeda M^a Jesús, Barreira Ieda de Alencar, García M^a Rocio Catalina. La mujer y la enfermera en el nuevo orden social de los regímenes dictatoriales de Brasil y España. *Temperamentum.* 2008;8. Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn8/t2008.php>

Sanz Hernández Alexia. El método biográfico en investigación social: potencialidades y limitaciones de las fuentes orales y los documentos personales. *Asclepio.* 2005;LVII-1:99-115.

Sarabia Cobo Carmen M^a. Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos.* 2009;20(4):172-174

- Sarabia Cobo Carmen María. Opinión de los profesionales sobre el título de Grado, las especialidades y la prescripción enfermera. *Metas de Enferm.* 2009;12(4):60-63.
- Sasplugas Miquel. Adaptación de una biblioteca universitaria de enfermería a los nuevos cambios pedagógicos. *Metas de Enferm.* 2010;13(2):20-24.
- Sastre J, Repulles L. Anciano encamado y anciano terminal: atención de enfermería. *Enferm Integral.* 1991;20:70-77.
- Serrano Cepas MC, Torres Montero MD, Hevilla Ordóñez C, López León A, Boatella Cumpian L. Expectativas de las cuidadoras y la ley de dependencia. *Rev Paraninfo Digital*, 2008:3. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n3/p148.php>
- Sobrido Prieto M., Sobrido Prieto Natalia., González Guitián Carlos., Pichel Guerrero M. Josefa, García Sánchez M^a Matilde., Prieto Díaz Amelia *Revistas españolas de Enfermería en bases de datos nacionales e internacionales.* *Index Enferm [revista en la Internet]*. 2005;14(48-49):74-77. Disponible en: <http://scielo.isciii.es>.
- Soldevilla Ágreda J. La enfermería de la vejez. Ayer, Hoy y Mañana. *Revista de enfermería gerontológica.* 2009; 13:26-34.
- Soldevilla Agreda Javier. Comisión Nacional de Enfermería Geriátrica: constituida y en marcha. *Gerokomos.* 2007;18(2):11-12.
- Soldevilla Ágreda Javier. Editorial, Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión. *Gerokomos.* 1994 (12):99-100.
- Soldevilla Ágreda Javier. *Enfermería Gerontologica: un futuro halagüeño.* *Revista de la escuela universitaria.* 2003;3. Disponible en: http://www.san.gva.es/prof/enfermeria/revistapdf4/avances_enfermeria/Enfermeria%20gerontologica%20un%20futuro.....pdf
- Soldevilla Agreda Jose Javier, Verdú Soriano Jose, Mayán Santos Jose Manuel, López Casanova Pablo, Rueda López Justo, Torra i Bou Joan-Enric, Martínez Cuervo Fernando. 2^o Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005: epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. *Gerokomos.* 2006;(17):154-172.
- Soldevilla Agreda Jose Javier. Editorial. *Gerokomos.* 1990;l(0):2.
- Soldevilla Agreda, José Javier; Navarro Rodríguez, Sonia. Aspectos legales relacionados con las úlceras por presión. *Gerokomos.* 2006;17(4):203-224.
- Sumoy Sentis Juan, Ponseti Bosch Jose María. El currículo de la enfermera. *Cuadernos Clínicos.* 1973;4:68
- Tamarit V. Primer curso de geriatría para ATS y Asistentes sociales. *Medicina y cirugía auxiliar.* 1974;2:31.
- Tarín Sáez, Juan José; Ibáñez Esquembre, Carlos; Sifre Artal, Ismael; Ramírez Domínguez, Eduardo; Campo Ferrandiz, Ruth; Sanz Esplá, Sergio. Efectividad de un apósito bioactivo con carga iónica, en la reducción del tiempo de cicatrización en heridas crónicas. *Metas Enferm.* 2006; 9(1):58-64.
- Teijeiro Alfonsin, Eduardo. Los mayores en España según censos demográficos. *Rev Estadística y sociedad.* 2005;9:10-11.
- Teixidor Freixa Montserrat. La Europa de la salud. Un nuevo espacio para las enfermeras. *Metas de Enferm.* 2006;9(6):61-66
- Teixidor Freixa Montserrat. Ya en el siglo XXI. Un nuevo liderazgo en Ciencias de la Salud. *Rev ROL Enferm.* 2004;27(1);70-72.

Tejedor Molina Agueda, Ibañez Muñoz Blanca, Revuelto Duro Herminia, Dios Martín Henar de, Chicharro Boillos Avelino, Romero Jiménez Purificación, Pacheco Mayo Encarnación. Reacciones adversas a medicamentos en pacientes urológicos geriátricos. *Rev AE ATS Urol*. 1991;39:20-25.

TK Kong. FRCP, FHKAM. Dr. Marjory Warren: the mother of Geriatrics. *Journal of the Hong Kong Geriatrics Society*. 2000,- 10: 102-105.

Toronjo Gómez Angela M^a, Cárdenas Santos M^a Dolores, Castaño Dios Otilia. ¿Son posibles los modelos de enfermería para el cuidado del anciano?. Incontinencia urinaria en el anciano desde un modelo teórico. *Ses Salud*. 1995;12:4-7.

Torra i Bou, Joan Enric; Segovia Gómez, Teresa; Verdú Soriano, José; Nolasco Bonmatí, Andreu; Rueda López, Justo; Arboix i Perejamo, Monserrat. Efectividad de un compuesto de ácidos grasos hiperoxigenados en la prevención de las úlceras por presión. *Gerokomos*. 2005;16(4):229-236.

Torres Egea M Pilar, Ballesteros Pérez Esperanza, Sánchez Castillo Pablo D. Programas e intervenciones de apoyo a los cuidados informales en España. *Gerokomos*. 2008;19(1):9-15

Torres Egea Pilar, Sánchez Castillo Pablo David, Gonzano Rubio Montserrat, Martínez Sellares Rosa. Importancia de la formación continuada de los profesionales en la prevención de caídas en pacientes geriátricos institucionalizados. *Gerokomos*. 2005; 16(1):6-17.

Ubierno Ubierno M^a Carmen, Regoyos Ruiz Sonia, Vico Gavilan M^a Victoria, Reyes Molina Rosalía. El soporte de enfermería y la claudicación del cuidador informal. *Enferm Clínica*. 2005;15(4):199-205.

Ulibarri Ochoa A, Fernández de Gamboa Quitian I. Construyendo un aprendizaje cooperativo e integrador. Experiencia de innovación docente en el marco del EEES. *Metas Enferm*. 2010;13(1):50-55.

Ureta Ibañez Petronila, Velasco Puente Antonia, Marijuan García M^a Teresa, Calzada Calzada Purificación, Rodrigo de la Cal Emiliana, Marcos Díaz José. Proceso de atención de enfermería del anciano incontinente. *Cuidados básicos*. *Rev Asoc Urol*. 1991;38:23-30.

Valderrama Gama Emiliana, Rodríguez Artalejo Fernando, Palacios Díaz Antonia, Gabarre Orús Pilar, Pérez del Molino Martin J. Consumo de medicamentos en los ancianos: resultados de un estudio poblacional. *Rev Esp Salud Pública*. 1998;72(3):209-219.

Vallés Fernández Roser, Mimoso Moreno Sonia, Martínez Fruos Fina, Serrano Romero Antonia, Ferrete Gracia M Victoria, Plans López M Angeles, Fernández Marcial Cristina, Rosell Murphy Magdalena. Utilización de los absorbentes para incontinencia en 2 residencias geriátrica. *Enferm Clínica*. 2006;16(4):206-209.

Valverde Jiménez M^a Rosario, Hernández Corominas M^a Ángeles. Modelo de gestión de casos e investigación. *Enfermería Global* 2012;11(2). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/135751>

Vanegas Blanca Cecilia, Barrera Graciela, Bautista Luz Adriana, Gómez Nancy Liliana, Hernández Leidy Johana, Ramírez Kelly Johanna, Roa Vivian Marcela. Construcción de la identidad profesional en estudiantes de enfermería en la Universidad El Bosque, 2007. *Rev Col.Enf*. 2008;3(3):33-43

Vásquez Martha Lucía. Cuidar e investigar: desafíos metodológicos en enfermería y en salud. *Cultura del cuidado Enfermería*. 2011;número extra 1:31-44.

Vasquez Morales Andrea, Sanz Valero Javier. Promoción de la salud en ancianos. Intervenciones en personas mayores. *Rev ROL Enferm*. 2011;34(11):16-24

Vásquez Rocca Adolfo. Zugmunt Baumant: Modernidad líquida y fragilidad humana. *Nómaditas Revista Crítica de ciencias Sociales y Jurídicas*.2008;19(3):publicación electrónica de la Universidad Complutense.

Vazquez-Noguerol Méndez Raul, García Boró S. Calidad de vida de las personas mayores e inmovilizadas de un distrito urbano de Madrid. *Medifam*. 1997;7(6):368-376.

Vega Angarita OM, González Escobar DS. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enferm Global*. 2009(16) Disponible en <http://um.es/eglobal>

Velazquez Lara Fidel, Landeros Pérez M^a Elena. Efecto de la enseñanza de enfermería con enfoque de competencias en la capacidad del agente de cuidado dependiente, para prevenir úlceras por presión en el adulto mayor. *Parainfo digital*. 2011;5(14) Disponible en: <http://www.index-f.com.roble.unizar.es:9090/para/n14/003r.php>

Veliz R. Lizet, Ceballos V. Paula, , Valenzuela S. Sandra, Sanhueza A. Olivia. Análisis crítico del paradigma positivista y su influencia en el desarrollo de la enfermería. *Index de Enfermería [Index Enferm]* (edición digital)2012;21(4). Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v21n4/7949.php>

Verde Flota Elisabeth, Monroy Rojas Araceli, Contreras Garfias M^a Elena, García Santa Olalla Ivonne Areli. Las enfermeras: su percepción de la profesión. *Desarrollo Cientif Enferm Mex*. 2006;14(6):207-210.

Vernet Aguiló Fina. Conceptos básicos de enfermería en la atención gerontológica según el modelo de V.Henderson. *Gerokomos*. 2007;18(2):77-83.

Via Clavero G, Sanjuán Naváis M, Martínez Mesas M, pena Alfaro M, Utrilla Antolín C, Zarragoikoetxea Jáuregui I. Identidad de género y cuidados intensivos: influencia de la masculinidad y la feminidad en la percepción de los cuidados enfermeros. *Enferm Intensiva*. 2010;21(3):104-112.

Vidán M^a Teresa. Investigación sobre modelos asistenciales en geriatría: propuestas para el futuro. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2010;45(6):311-313.

Vilchez Melgarejo Juan Luis. Necesidades de cuidados en las personas mayores. *Gerokomos*. 1999;10(3):131-136

Villarejo Aguilar Luis. Intervenciones propuestas por las enfermeras hospitalarias para el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas. *Enferm Global*. 2012;10(25):53-57

Villela Rodríguez Esther. Género, poder/saber, su impacto en la Profesión de Enfermería. *Desarrollo Cientif Enferm*. 2010;18(10):403-408.

Vinuesa Angulo Julio. Análisis del envejecimiento demográfico. Encuentros multidisciplinares. 2004;16(VI). Madrid. Fundación de la Universidad Autónoma.

Vivar Cristina, Canga Armayor Ana, Canga Armayor Natividad. Propuesta de Investigación Cualitativa: un modelo para ayudar a investigadores noveles. *Index de Enferm*. 2011;20(1-2):91-95

Vives Relats Carmen, Rodero Sánchez Virtudes, Jiménez Herrera María, Aparicio Casals Rosa, Ferré Grau Carme. El cuidado Humano nos identifica. *Rev. Parainfo Digital*. 2012;6(15). Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n15/021o.php>

Waldo Vera Regina. Nuevas ideas sobre el cuidado. *Aquichan*. 2007;8(1):85-96.

Warren MR. Care of the chronic aged sick. *Lancet* 1946; 1:841-3. Citado en: Alonso T. Necesidad del desarrollo de servicios especializados de atención al anciano frágil. *Rev. Esp Geriatr Gerontol* 2004; 39(1):1-5.

Zabalegui A, Rodríguez E, Ramírez AM, Pulpón A, López L, Izquierdo MD, Gual P, González-Valentín A, Gallart A, Díaz M, corrales E, Cabrera E, Bover A. Revisión de evidencias: cuidadores informales de personas mayores de 65 años. Evidentia. 2007;4(3). Disponible en: <http://index-f.com/evidentia/n13/291articulo.php>

Zafra Eduardo, Peiró Rosana, Ramón Nieves, Álvarez Dardet Carlos, Borrell Carme. Análisis de la formulación de las políticas sobre envejecimiento en los planes autonómicos sociosanitarios y de atención a las personas mayores en España. Gac Sanit. 2006;20(4):295-302.

Zamora Sánchez Juan José, Martínez Luque Rosa, Puig Girbao Nuria, Lladró Blanch Magda, Quilez Castillo Francisco. Programa de continuidad de cuidados al alta en una unidad de hospitalización a domicilio. Metas Enferm. 2009;12(3):23-30

Zarate Grajales Rosa A. La Gestión del cuidado de Enfermería. Index Enferm; 13(44-45):42-46.

Zuñiga Careaga Yolanda, Paravic Klijn Tatania. El género en el desarrollo de la enfermería. Revista Cubana de Enfemrería.2009;25(1-2). Disponible en: <http://scielo.sld.cu>

Zunzunegui Pastor M^a Victoria, Lázaro y de Mercado Pablo. Integración y fronteras entre la atención sanitaria y social. Gac Sanit. 2008;22(supl1):156-162.

LEGISLACIÓN.

Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades. Orden FAM/824/2007, de 30 de abril por la que se regula el procedimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia. BOCYL nº 96, 18 de mayo del 2007.

Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, número 52;4 de mayo del 2002.

Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005.

Ley 14/1970 de 4 de agosto General de educación y financiamiento de la reforma educativa. B.O.E 6 de agosto 1970

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. BOE número 128, de 29 de mayo del 2003.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE nº 299 de 15 de diciembre del 2006.

Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE número 280 de 22 de noviembre del 2003.

Ley Orgánica 4/2007, de 12 de abril, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001 de 21 de diciembre de Universidades. BOE, número 89, de 13 de abril del 2007

Orden 26 de febrero 1971, por la que se regula el Plan Nacional de Seguridad Social de Asistencia los ancianos. BOE 3 de marzo 1971.

Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los Títulos universitarios que habiliten para el ejercicio de la Profesión de Enfermero. BOE, número 174, de 19 de julio 2008.

Orden de 11 de julio 1988, por el que se constituye el Comité Asesor de Especialidades de Enfermería. BOE, número 172, de 19 de julio de 1988.

Orden de 31 de octubre de 1977 por la que se dictan directrices para la elaboración de Planes de Estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería. BOE número 283, de 26 de noviembre de 1977.

Orden del Ministerio de Trabajo de 26 de febrero de 1971, por la que se regula el Plan Nacional de la Seguridad Social de Asistencia a los ancianos. BOE nº 35 de 3 de marzo 1971.

Orden SAS/2447/2010, de 15 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de prueba selectiva 2010, para el acceso en el año 2011, a plazas de formación sanitaria especializada para graduados/diplomados en Enfermería. BOE, número 230 de 22 de septiembre del 2010.

Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, por la que aprueba y publica el programa formativo de la Especialidad de Enfermería Geriátrica. BOE, número 288, de 30 de noviembre 2009.

Orden SCO/581/2008, de 22 de febrero, por la que se publica el Acuerdo de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, por el que se fijan los criterios generales relativos a la composición y funciones de las comisiones de docencia, a la figura del jefe de estudios de Formación especializada y nombramiento del tutor. BOE, número 56, de 5 de marzo 2008.

Organización Colegial de ATS a las normas de Ley 2/1974 de 13 de febrero de Colegios Profesionales. BOE número 79, 2 de abril de 1977.

Proyecto de Real Decreto por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Pleno CCRRHH SNS 11/09/2007. Disponible en: <http://www.omega.net/decretoformativosresidentes.pdf>

Proyecto de Real Decreto por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. Proyecto para la comisión técnica delegada 12 de julio 2007. Disponible en: <http://www.arrakis.es/-seegg/documentos/especialidades>

RD 1044/2003 de 1 de agosto, por el que se establece el procedimiento para la expedición por las Universidades del Suplemento Europeo al Título. BOE número 218, 11 de septiembre.

RD 2015/1978 15 de julio, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas. BOE 29 de agosto 1978.

RD 405/2005, de 22 de abril sobre especialidades de enfermería. BOE número 108, 6 de mayo del 2005.

RD 55/2005, de 21 de enero, por la que se establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regulan los estudios universitarios oficiales de Grado. BOE, número 21, de 25 de enero del 2005.

RD 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de Posgrado. BOE, número 21, de 25 de enero del 2005.

Real Decreto 1125/2003 de 5 de septiembre, por el que se establece es sistema europeo de créditos y el sistema de calificaciones en las titulaciones universitarias de carácter oficial y validez en todo el territorio nacional. BOE número 224, 18 de septiembre.

Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería. BOE, número 269 de 9 noviembre del 2001.

Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. BOE, número 260, 30 de octubre 2007.

Real Decreto 1466/1990 de 26 de octubre, por el que se establece el título oficial de Diplomado en enfermería. BOE de 20 de noviembre de 1990.

Real Decreto 1509/2005, de 16 de diciembre por el que se modifican el 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 y el Real Decreto 56/2005, de 21 de enero, por el que se regulan los estudios universitarios oficiales de posgrado. BOE número 303, de 20 de diciembre 2005.

Real Decreto 183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada. BOE, número 45, 21 febrero 2008.

Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico Español, la directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de septiembre de 2005 y de la Directiva 2006/100/CE del consejo de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales. BOE, número 280 de 20 de noviembre del 2008.

Real Decreto 1856/1978 de 29 de junio 1978, de aprobación de los Estatutos de la Organización colegial de Ayudantes Técnicos Sanitarios. BOE, 8 de agosto de 1978.

Real Decreto 2879/1976, por el que se establece el carácter mixto de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios. Modifica el decreto 4 diciembre 53 y decreto 27 de junio 52. BOE número 298 del 13 diciembre de 1976.

Real Decreto 405/2005, de 22 de abril sobre especialidades de enfermería. BOE número 108, 6 de mayo del 2008.

Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. BOE nº 96 de 21 de abril del 2007.

Real Decreto 861/2010 de 2 de julio, por el que se modifica el Real Decreto 1393/2007 de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. BOE, número 161, 3 de julio de 2010.

Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título enfermero especialista. BOE número 183, del 1 de agosto de 1987.

Real Decreto. 1497/1987 de 27 de noviembre, por el que se establecen directrices generales comunes de los planes de estudio de los títulos universitarios de carácter oficial y validez en el territorio nacional. BOE número 298 de 14 de diciembre 1987.

Resolución 29 de agosto 1988 de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación por la que se nombran los miembros del Comité Asesor de Especialidades de Enfermería. BOE número 211, de 2 de septiembre de 1988.

Resolución conjunta de los Ministerios de educación y de Sanidad y Política social e Igualdad por la que se establecen los requisitos de acreditación de las unidades docentes multiprofesionales de Geriátrica y unidades docentes multiprofesionales de Pediatría. Ministerio de Sanidad, Política social e Igualdad, Ministerio de Educación, Dirección general de Política Universitaria, Dirección General de Ordenación Profesional, Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección. Disponible en: <http://www.msps.es/profesionales/formación/AcreDocCnUniForSanEsp.htm>

Resolución de 14 de febrero de 2008, de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación, por la que se da publicidad al Acuerdo de Consejo de Ministros de 8 de Febrero de 2008, por el que establecen las condiciones a las que deberá adecuarse los planes de estudios conducentes a la obtención de títulos que habiliten para el ejercicio de la profesión regulada de enfermería. BOE número 50, de 27 de febrero 2008.

Sentencia de 1 de diciembre de 2010 de la Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Cuarta de la Audiencia Nacional. Recurso 73/2010, número de Registro General 642/2010.

Sentencia de 6 de junio de la Sala Tercera del Tribunal Supremo, sala de lo contencioso-administrativo, sección cuarta. Recurso de casación 787/2011.

PAGINAS WEB.

Asociación española de domótica. Disponible en: <http://www.cedom.es>

Biblioteca Universidad de Zaragoza. Disponible en: <http://biblioteca.unizar.es>

CINAHL. Universidad de Granada. Disponible en: http://biblioteca.ugr.es/pages/biblioteca_electronica/bases_datos/cinahl

Citation Cuiden, índice de revistas sobre cuidados de Salud con repercusión en Iberoamérica. Disponible en: http://www.index-f.com/cuiden_cit/citacion.php

Conferencia Nacional de Directores de Centros Universitarios de Enfermería. Disponible en: <http://www.cndcue.com/miembros.html>

Consejo Internacional de Enfermeras. Disponible en: <http://www.icn.ch>

Cuidatge. Universidad Rovira i Virgili. Disponible en: <http://teledoc.urv.es/cuidatge>

El proceso de Bolonia. Disponible en: <http://www.educacion.gob.es/educacion/universidades/educacion-superior-universitaria/eees/proceso-bolonia.html>

Enfispo. Escuela de enfermería, fisioterapia y podología de la Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <http://alfama.sim.ucm.es/isishtm/Enfispo.asp>

Espacio Europeo Educación Superior. Disponible en: <http://www.univ.mecd.es/univ/jsp/plantilla.jsp?id=3501>

Fundación Dialnet. Disponible en: <http://www.fundaciondialnet.es/dialnet/descripción>

Fundación Index. Base de datos bibliográfica sobre cuidados de salud en Iberoamérica. CUIDEN PLUS. Disponible en <http://www.index-f.com>

Grupo de Investigación. Universidad de Zaragoza, Aurora Mas (A.MAS) Disponible en: <http://www.unizar.es/auroramas>

Grupo Nacional para el estudio y Asesoramiento de Úlceras por Presión y Heridas crónicas. Disponible en: <http://www.gneaupp.es/app/portada>

Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es>

NANDA. North American Nurses Diagnosis Association. Disponible en: <http://www.nanda.org>

Portal Mayores. Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad, IMSERSO. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es>

Pub Med. Servicio de la biblioteca nacional de medicina de los Institutos Nacionales de Salud, de EEUU. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Red de Bibliotecas Universitarias. REBIUN. Conferencia de Rectores de las Universidades Españolas CRUE. Disponible en: <http://www.rebiun.org/pruebaConfig/>

Seminario de Fuentes orales de la Universidad Complutense de Madrid. Disponible en: <http://www.seminariofuentesorales.es>

Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. Disponible en: <http://www.seegg.es>

Teseo. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. <https://www.educacion.es/teseo>

ANEXOS



Anexo-1. Guía de la Entrevista.

PROYECTO DE TESIS DOCTORAL.

INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA GERIÁTRICA EN ESPAÑA, 1977-2010.

Departamento de Fisiatría y Enfermería. UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Investigadora: Lourdes Jiménez Navascués.

Guía de entrevista.**1) ¿Qué le sugiere la especialidad de Enfermería Geriátrica?**

- a) Qué es lo que la identifica.
- b) Qué aporta que no ofrezcan otros profesionales.
- c) Cree que hay interés en su desarrollo.

2) Cuénteme como ha sido su experiencia en relación con la especialidad de E. Geriátrica.

- a) Relación profesional en la atención a los mayores.
 - ¿cómo fue su inicio con el cuidado de los mayores?.
 - ¿cree que ha cambiado el concepto del cuidado?.
 - ¿se ha modificado el papel de la enfermera desde sus inicios?
- b) Proceso de especialización.
 - Experiencia asistencial.
 - Formación: Cursos, Máster, EIR.
- c) Cómo cree que nos estamos adaptado a las necesidades sociales.
- d) Solicitada la especialidad por vía excepcional (la prueba de la competencia), expectativas que le supone.

3) Qué factores cree han influido o influyen en su reconocimiento (aprobación como especialidad). Cuénteme su percepción.

- a) Demográficos. Representación social de la vejez.
- b) Desarrollo académico: asignaturas relacionadas con la vejez, postgrado.
- c) Asistenciales: concepto de salud, condiciones de salud de la población mayor, los programas de salud dirigidos a los mayores, concepto de atención integral.
- d) Gestión: competencia, coordinación de recursos sociosanitarios.
- e) Asociacionismo: SEEGG.
- f) Género.
- g) Otros.

4) Qué nivel de reconocimiento cree que tienen las enfermeras/os que cuidan a los mayores en las distintas instituciones sanitarias y sociales.

- a) En el entorno social en general, entre los mayores y sus familias.
- b) En el entorno sanitario, entre el equipo de profesionales, gestores.
- c) Entre las enfermeras/os.
- d) Otros: **¿Cuál cree que es la imagen social?**

5) Qué opinión le merece el futuro de esta especialidad.

- a) Retos que le esperan.
- b) Que relevancia social puede tener.

6) Si tuviera que explicar a los servicios sanitarios y a la sociedad los beneficios que aporta.

¿Cómo lo haría?

- a) Si lo explicara a la Administración de Servicios Sanitarios.
- b) Si lo explicara a la Administración de Residencias.
- c) Si lo explicara a un periodista.

Anexo -2. Datos sociodemográficos.**INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA GERIÁTRICA EN ESPAÑA, 1977-2010.**

Departamento de Fisiatría y Enfermería. UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Investigadora: Lourdes Jiménez Navascués.

Anexo sociodemográfico.**Datos autobiográficos.**

Edad..... Sexo..... Residente en

Nivel académico: estudios realizados

Formación sobre EG

Lugar de trabajo

Puesto de trabajo

Experiencia laboral (EG), número de años

Pertenece a alguna asociación científica

Pendiente reconocimiento de la especialidad

Anexo -3. Consentimiento informado de los informantes.

PROYECTO DE TESIS DOCTORAL.

INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA ENFERMERÍA GERIÁTRICA EN ESPAÑA, 1977-2010.

Departamento de Fisiatría y Enfermería. UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

Investigadora: Lourdes Jiménez Navascués.

INFORMACIÓN.

Se trata de un proyecto de tesis doctoral, que pretende conocer como se ha producido el proceso de Institucionalización de la Enfermería Geriátrica, qué fenómenos han influido, desde que se incorporó esta asignatura en la formación básica de enfermería hasta la aprobación e inicio de la especialización. Los **objetivos** planteados en el proyecto son: Analizar el proceso histórico de creación y desarrollo de la especialidad de Enfermería Geriátrica, desde 1977 hasta el año 2010, detallar el proceso de socialización de las enfermeras y enfermeros gerontogerriátricos y describir la opinión de profesionales del equipo de salud acerca de la especialización de la Enfermería Geriátrica.

Para el desarrollo con estos objetivos, solicitamos su **colaboración** a través de una entrevista, que será registrada para posteriormente poder ser transcrita y analizada, esto nos facilitará el acercarnos a sus experiencias y vivencias personales relacionadas con la Enfermería Geriátrica.

CONSENTIMIENTO.

Después de informarme de las características de la investigación, doy mi consentimiento para participar en este proyecto, que tiene relación con mi experiencia con el cuidado de los mayores. Mi participación consistirá en expresar mis opiniones, reflexiones y percepciones, sobre cuestiones relacionadas con la Especialidad de Enfermería Geriátrica.

La enfermera responsable de la investigación Lourdes Jiménez Navascués, me explicó que estos datos formarán parte de la tesis doctoral y podrán ser utilizados con fines científicos o didácticos. Que mi participación no implica ningún riesgo personal asociado a la investigación, que los datos que proporcione serán confidenciales, será protegido el anonimato y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento sin consecuencias adversas.

Para que quede constancia firmo estar de acuerdo en participar en el estudio y ser entrevistado para los propósitos descritos en la información. Entiendo que mi nombre no será asociado con el audio-grabación y que los identificativos serán removidos.

Fecha y firma del participante

Firma del investigador.

Anexo-4. Competencias programa formativo Especialidad de Enfermería Geriátrica.

Competencias según Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, por la que aprueba y publica el programa formativo de la Especialidad de Enfermería Geriátrica. B.O.E 30 de noviembre 2009.

	Competencias.
Bases de la gerontología	<p>Conocimiento relevante de los aspectos históricos y antropológicos en el cuidado de los mayores y capacidad para su aplicación.</p> <p>Conocimiento relevante de la gerontología, capacidad para desarrollarla y para realizar valoraciones gerontológicas utilizando las herramientas u marcos adecuados para los mayores.</p> <p>Conocimiento relevante del envejecimiento poblacional y capacidad para analizar las causas y consecuencias del mismo.</p> <p>Conocimiento relevante de los factores que influyen en el envejecimiento saludable y capacidad para su aplicación.</p> <p>Capacidad para responder a las necesidades personales durante las etapas del envejecimiento y proceso de muerte, teniendo presente la historia de vida y desarrollar las bases de la tanatología.</p> <p>Conocimiento exhaustivo de las teorías, modelos de enfermería y práctica de la enfermería avanzada mediante los diagnósticos, intervenciones y resultados esperados en el cuidado de la persona anciana y capacidad para su aplicación.</p> <p>Capacidad para reconocer los diversos roles, responsabilidades y funciones de una enfermera especialista en el marco de un equipo interdisciplinar, en los distintos niveles asistenciales.</p> <p>Capacidad para planificar, ejecutar y evaluar cuidados relacionados con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria considerando los aspectos emocionales, físicos, sociales y espirituales.</p> <p>Capacidad para evaluar los programas individualizados más apropiados de atención, junto a la persona anciana, sus cuidadores, familia y otros profesionales.</p> <p>Capacidad para enseñar, educar, facilitar, supervisar y apoyar a los estudiantes de cuidados de salud y otro personal involucrado.</p>

Gerontología experimental	Conocimiento relevante de los avances en las teorías sobre envejecimiento.
---------------------------	--

Gerontología clínica.	<p>Capacidad para valorar, diagnosticar y dar respuesta a las alteraciones de salud-enfermedad en las personas ancianas.</p> <p>Conocimiento relevante de los procesos de fragilidad, enfermedad, incapacidad y dependencia en las personas ancianas y capacidad para aplicar cuidados de calidad en esas situaciones.</p>
-----------------------	--

	<p>Capacidad para prevenir los factores de riesgo que contribuyan al deterioro funcional, educar en salud, proporcionar bienestar y confort en la situación de fragilidad, sufrimiento, enfermedad, discapacidad, dependencia o muerte.</p> <p>Capacidad para administrar con seguridad fármacos y otras terapias complementarias contemplando las especificidades de la persona anciana.</p>
--	---

Gerontología psicológica.	<p>Capacidad para identificar y tratar comportamientos complejos y desafiantes.</p> <p>Capacidad para realizar una comunicación efectiva que permita que las personas ancianas y sus cuidadores expresen sus preocupaciones e intereses, para responder adecuadamente.</p> <p>Capacidad para dar apoyo emocional a las personas ancianas y sus cuidadores en cualquier situación e identificar cuando sea necesaria la intervención de otros profesionales.</p>
---------------------------	---

Gerontología social.	<p>Conocimiento relevante de las distintas estructuras sociales.</p> <p>Capacidad para reconocer a la persona anciana dentro de su cultura, género y clase social para individualizar los cuidados.</p> <p>Capacidad para reconocer al cuidador no profesional como agente proveedor de cuidados.</p> <p>Capacidad para evitar, identificar precozmente y actuar sobre los malos tratos.</p>
----------------------	--

Educación para la Salud en el ámbito gerontológico.	<p>Capacidad para informar, educar y supervisar a las personas ancianas y sus familias, así como a los cuidadores profesionales y no profesionales.</p> <p>Capacidad para utilizar los principios de aprendizaje en adultos en la educación de la persona anciana, la familia y cuidadores.</p>
---	---

Marco legal y políticas socio – sanitarias en Enfermería Gerontológica.	<p>Conocimiento relevante de las políticas autonómicas, nacionales, regionales e internacionales y capacidad para intervenir en su desarrollo.</p> <p>Capacidad para abogar e influir dentro del sistema sanitario, social y político por las necesidades de las personas ancianas, especialmente de los más frágiles y de edad avanzada.</p>
---	---

Bioética de la Enfermería Gerontológica.	<p>Conocimiento relevante de los principios filosóficos, ética y legislación en relación con las personas ancianas y capacidad para su aplicación.</p> <p>Capacidad para trabajar de una manera holística para asegurar que los derechos,</p>
--	---

	<p>creencias y deseos de las personas ancianas no se vean comprometidos.</p> <p>Capacidad para asegurar la dignidad, privacidad y confidencialidad de la persona anciana.</p> <p>Capacidad para cuestionar, evaluar, interpretar y sintetizar críticamente un abanico de información y fuentes de datos que faciliten la elección de la persona anciana.</p> <p>Capacidad para hacer frente a las preocupaciones individuales o familiares sobre la prestación de asistencia, la gestión del dolor y los temas relativos a la terminalidad.</p>
--	---

Investigación en Enfermería Gerontológica.	Capacidad para generar y difundir el conocimiento científico y proveer cuidados de calidad a las personas ancianas basados en la mejor evidencia disponible.
--	--

Gestión de cuidados y servicios gerontológicos.	<p>Capacidad para liderar, coordinar y dirigir los procesos de gestión clínica.</p> <p>Capacidad para gestionar los sistemas de información relativos a la práctica profesional.</p> <p>Capacidad para gestionar, liderar y coordinar la mejora continua de la calidad de los cuidados, resolver problemas y tomar decisiones que aseguren alcanzar los estándares de calidad en los servicios y evaluar y auditar según los estándares establecidos.</p> <p>Capacidad para gestionar, liderar y coordinar la continuidad de cuidados con otros agentes proveedores de servicios y usar eficientemente los recursos socio-sanitarios.</p> <p>Conocimiento de las tecnologías dirigidas a los cuidados de salud específicos y capacidad para informar, registrar, documentar y derivar los cuidados para mejorar la seguridad y monitorizar el estado de salud y los resultados en personas ancianas.</p> <p>Capacidad para dirigir y coordinar el equipo interdisciplinar, organizando y delegando actividades y cuidados adecuadamente.</p> <p>Capacidad para valorar el riesgo y proporcionar activamente el bienestar y seguridad de usuarios y profesionales.</p>
---	---