

CULTURA DE LOS CUIDADOS

1^{er}. Cuatrimestre 2013 • Año XVII - N.º 35

SUMARIO

EDITORIAL

- La historia integradora de culturas y saberes

FENOMENOLOGÍA

- Um enfermeiro presidente da República. Você sabia?

HISTORIA

- Un pionero de la historiografía médica de la antigüedad: Rodolfo del Castillo y Quartiellers (1845-1917)
- Hôtel-Dieu de París; orígenes y aparición de las primeras enfermeras religiosas de la historia
- La mortalidad infantil y sus causas en la inclusa de Toledo entre 1900-1910
- El Hospital Varsovia de Toulouse, un proyecto del exilio español

ANTROPOLOGÍA

- Etnografía del cuidador varón en una Unidad de lesionados medulares: análisis de los roles y redes sociales con una perspectiva de género
- Cuidadoras inmigrantes: trabajo emocional

TEORÍA Y MÉTODO

- La acupuntura como herramienta de trabajo para las enfermeras: revisión de la literatura
- La relación de ayuda en el campo de la enseñanza —aprendizaje
- Los sistemas mandálicos como herramienta intercultural para organizar la enfermería internacional

MISCELÁNEA

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



ASOCIACIÓN NACIONAL DE HISTORIA
Y ANTROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS



CONSEJO DE ENFERMERÍA DE LA
COMUNIDAD VALENCIANA

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

CONSEJO EDITORIAL

DIRECCIÓN/ EDITOR

José Siles González

COMITÉ EDITORIAL

Luis Cibanal Juan - Carmen Solano Ruiz

CONSEJO DE REDACCIÓN

COORDINADORA

Ana Lucia Noreña Peña

MIEMBROS CONSEJO REDACCIÓN

Miguel Ángel Fernández Molina

Eva M^a Gabaldón Bravo

Elena FerrerHernández

Flores Vizcaya Moreno

José Ramón Martínez Riera

M^a Mercedes Rizo Baeza

Mercedes Nuñez del Castillo

Miguel Castells Molina

Rosa Pérez-Cañaveras

Manuel Lillo Crespo

Isabel Casabona Martínez

Departamento de Enfermería.

Universidad de Alicante

COORDINADOR INFORMÁTICO Y PÁGINA WEB

Pablo Díez Espinosa

DIRECCIÓN FINANCIERA

Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana

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

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

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

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

COMITÉ CIENTÍFICO O ASESOR

Manuel Amezcua Martínez

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

Carmen Chamizo Vega

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

César Hueso Montoro

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

Manuel García Martínez

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

Guillermo Silva Magaña

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

Carlos Lousada Lopes Subtil

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

Antonio C. García Martínez

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

María Elisa Moreno-Fergusson

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

Esperanza de la Peña Tejero

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

Cecilio Eserverri Cháverri

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

Francisca Hernández Martín

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

Francisco Herrera Rodríguez

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

Amparo Nogales Espert

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

Natividad Sánchez González

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

Francisco Ventosa Esquinaldo

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

Marilyn Douglas

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

Fernando Porto

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

Beatriz Morrone

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

Ximena Isla Lund

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

Raquel Spector

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

Rick Zoucha

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

Taka Oguiso

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

Genival Fernandes de Freitas

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

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

INDIZADA E INSCRITA EN:

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

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

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

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

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

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

Coordinadora RUA. Ana L. Noreña

SUSCRIPCIONES:

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

Alumnos Enfermería: 7,21 euros

Extranjero: 18,03 euros

CORRESPONDENCIA:

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

Ap 99. E-03080 Alacant - Alicante

Revista «on line»:

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

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

Título clave: Cultura de los Cuidados

Título abreviado: Cul. Cuid.

Tirada/ Producción: 3.000 ejemplares

IMPRESIÓN Y ACABADO:

Edita: Consejo de Enfermería Comunidad Valenciana (CECOVA)

Diseño editorial, maquetación e impresión:

AROA Diseño y Comunicación. Alicante (España)

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

SUMARIO

NORMAS DE PUBLICACIÓN	4
Criterios de evaluación y selección de artículos.....	7
EDITORIAL	
La historia integradora de culturas y saberes.....	9
<i>Francisca J. Hernández Martín</i>	
FENOMENOLOGÍA	
Um enfermeiro presidente da República. Você sabia?.....	16
<i>Taka Oguisso, Lidia Monjane, Ana Paula Faustino Gilio, Genival Fernandes de Freitas</i>	
HISTORIA	
Un pionero de la historiografía médica de la antigüedad: Rodolfo del Castillo y Quartiellers (1845-1917).....	26
<i>Francisco Herrera Rodríguez</i>	
Hôtel-Dieu de París; orígenes y aparición de las primeras enfermeras religiosas de la historia.....	42
<i>Teresa Morales, Cristina, García Berrocal, Francisco Javier</i>	
La mortalidad infantil y sus causas en la inclusa de Toledo entre 1900-1910.....	55
<i>Noelia M. Martín Espinosa, Ana I. Cobo Cuenca</i>	
El Hospital Varsovia de Toulouse, un proyecto del exilio español.....	63
<i>Pablo Molanes Pérez</i>	
ANTROPOLOGÍA	
Etnografía del cuidador varón en una Unidad de lesionados medulares: análisis de los roles y redes sociales con una perspectiva de género.....	76
<i>Almudena Arroyo Rodríguez, Inmaculada Lancharro Taverro, María S. Morillo Martín Rocío Romero Serrano; Enrique Pérez-Godoy Díaz, Antonio Moreno-Guerín Baños</i>	
Cuidadoras inmigrantes: trabajo emocional.....	86
<i>Monserrat Ruiz López, Manuel Moreno Preciado</i>	
TEORÍA Y MÉTODO	
La acupuntura como herramienta de trabajo para las enfermeras: revisión de la literatura.....	96
<i>Rodrigo Eurípedes da Silveira, Maritza Rodrigues Borges, Ana Lúcia de Assis Simões, Álvaro da Silva Santos</i>	
La relación de ayuda en el campo de la enseñanza–aprendizaje.....	106
<i>Ana Lucía Noreña Peña, Noemí Alcaraz Moreno, Genoveva Amador Fierros, Francisco Javier Ramos Sánchez</i>	
Los sistemas mandálicos como herramienta intercultural para organizar la enfermería internacional.....	115
<i>Pedro Manuel Salas Iglesias</i>	
MISCELÁNEA	
BIBLIOTECA COMENTADA.....	124
Historia del Cuidado: Un hito para comprender el pasado, explicar el presente y proyectar el futuro.....	127

ESTRUCTURA DE LA REVISTA Y NORMAS DE PUBLICACIÓN

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

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

PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS

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

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

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

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

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

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

- Para citar documentos/ artículos “on line”:

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

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

STRUCTURE OF JOURNAL AND NORMS OF PUBLICATION

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

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

PRESENTATION OF WORK

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

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

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

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

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

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

To cite documents / articles "on line":

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

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

ESTRUTURA DA REVISTA E NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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

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

DE APRESENTAÇÃO DE TRABALHO

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

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

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

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

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

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

- Para citar documentos / artigos “on line”:

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

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

CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

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

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

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

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

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

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

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

EVALUATION CRITERIA AND SELECTION OF ARTICLES

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

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

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

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

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

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

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

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO E SELEÇÃO DE ARTIGOS

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

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

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

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

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

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

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

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

Editorial

La historia integradora de culturas y saberes (*)

Francisca J. Hernández Martín

Profesora Titular de Universidad. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense Madrid.

Cómo citar esta editorial en edición digital: Hernández Martín, F.J. (2013) La historia integradora de culturas y saberes. 17, 35.

Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.35.01>>

Correspondencia: Francisca J. Hernández Martín. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Plaza Ramón y Cajal, Ciudad Universitaria. 28040 Madrid. Correo electrónico: fhmartin@enf.ucm.es.

() Conferencia de clausura. III Simposio iberoamericano de historia de la enfermería, XII congreso nacional, VII internacional de historia de la enfermería y VII jornadas internacionales de cultura de los cuidados. Alicante 2011.*

La historia integradora de culturas y saberes.

Iniciar esta Conferencia de clausura con el mismo título que el lema del Congreso pudiera parecer ser repetición de lo dicho y creo no es esta la intención de quienes han elaborado el programa. Porque entonces, qué y cual ha sido la aportación de todas las personas que habéis intervenido?. ¿Podemos afirmar que todo está dicho y esta intervención queda de más?. Como veis se me ha ofrecido un tema complejo. No se trata de repetir o sintetizar, sino reflexionar y abrir perspectivas para orientar nuestro futuro, retomar el camino seguido y ver hacia donde caminar. Por tanto abrir horizontes por donde conducir nuestro futuro. Aquí mi intervención.

En el origen y meta de la historia y de la enfermería.

¿Por qué partir o ir a los inicio de nuestra historia?. “Con esta reflexión quisiera contribuir a elevar nuestra conciencia del presente sabiendo que el presente está penetrado por el futuro y anclado en el eterno origen”. Así inicia su libro sobre el Origen y meta de la Historia

Karl Jasper¹. Sus palabras me recuerdan el gran problema de nuestra sociedad actual y de los jóvenes que estudian enfermería. Falta conciencia histórica y lo más grave no saben dar razón de por qué somos seres históricos y para qué estudiamos e investigamos la Historia de nuestra profesión. De ahí que centre mi reflexión sobre este punto para después hacerlo en la meta y el futuro, hacia donde nos conduce la historia.

Pero no es posible centrar nuestra mirada en el hoy sino arribamos mediante la historia más allá de la historia, a lo trascendente, que nos envuelve, que es lo último que el pensamiento no puede alcanzar - dice él -, pero ha de procurar rozar, a fin de encontrar sentido a la historia, a nuestra existencia humana y, en nuestro caso, a nuestro quehacer como investigadores de la Historia de la Enfermería. Descubrir así nuestra historia y nuestra misión como seres históricos, como enfermeros.

Sumergiéndonos en su conocimiento, podemos afirmar que la historia de los hombres, nuestra historia, se ha desvanecido en su mayor parte del recuerdo. ¿Qué sabemos no-

¹ Parte del texto está basado en la obra de Karl Jasper: *Origen y meta de la Historia. A veces textual, otras conectando con su pensamiento.*

sotros de los primeros cuidadores. Sólo se nos hace accesible una mínima porción mediante laboriosas investigaciones, como se nos demuestra con los constantes hallazgos en Egipto, Atapuerca, el Valle de Lozoyuela y tantos archivos. El hombre ha tenido una historia más larga de lo que sabíamos y esto nos alarga la prehistoria y acorta nuestra historia y es esta la que nos da acceso a lo que conocemos de la historia.

Jasper, nos desvela que “la profundidad de la larga prehistoria en que todo el resto está fundado, todavía no ha quedado iluminada por las débiles luces proyectadas sobre ella. La tradición de los tiempos históricos – los tiempos del testimonio escrito – es fortuito e incompleto; en realidad, sólo desde el siglo XVI pasa a los documentos y el futuro es un campo ilimitado de posibilidades, pero no está decidido”. “En medio de la historia estamos nosotros y nuestro presente y este no es nada si se pierde como mero presente en el angosto horizonte del día, el hoy”. (1). El presente, por una parte, está henchido del fondo histórico que en nosotros se actualiza y hunde sus raíces en el eterno origen, en lo que nos precede y nos espera; buscar nuestro sentido como seres humanos con una proyección humana y humanizadora que para nosotros se realiza en el cuidar.

Por eso, cuando contemplamos la historia de la humanidad nos encontramos con el misterio de nuestro ser humano. El hecho de que tengamos historia y de que por virtud de la historia seamos lo que somos nos lleva a preguntarnos por el sentido de nuestra existencia, ¿de dónde viene esto?. Adónde va?, ¿qué significa?. Las preguntas fundamentales del ser humano. Sin embargo, la conciencia de la historia es esencialmente distinta cuando se apoya sobre bases empíricas y únicamente sobre ellas. La historia de la cultura que se extiende de

Oriente a Occidente ya tenía este punto de vista y hoy, se ha ensanchado el horizonte real, del presente hacia el futuro. De ahí que, quien se dedica a investigar y reflexionar sobre la Historia ha tenido que partir de muchas conjeturas, intuir, conocer, reflexionar y también proyectar sobre ello sus propias intuiciones. Por tanto, “hay historia allí donde los hombres viven”. Lo vemos cuando acudimos a las fuentes para reconstruir los hechos de la enfermería y como enfermeros afirmamos que hay cuidadores donde los hombres viven, pues la vida humana es imposible si no es cuidada. Y, ¿cómo arribar a conocer nuestro origen enfermero?.

Sin embargo, en toda esa historia apenas se dice nada acerca de esa realidad vital, del cuidado y, efectivamente, el cuidado ha estado ahí. Sócrates, el más grande de los filósofos según el oráculo de Delfos formula su método (la mayéutica) para extraer lo mejor del ser humano, del arte de partear, lo que hacía su madre. De esa realidad formula él el método que ha posibilitado el conocer qué somos y saber sobre el mundo y las cosas. Por tanto, cuidar lo que somos y queremos llegar a ser.

En esa conciencia de la Historia, se perfila también la conciencia de la totalidad del Ser, de sí mismo y de sus límites. “El hombre siente la propia impotencia y se formula las preguntas más radicales. Aspira a la propia liberación y salvación. Se propone a la par las finalidades más altas. Y, no sólo esto, -afirma Jasper- se constituyen las categorías fundamentales con las cuáles todavía pensamos, y se inician las religiones mundiales de las cuáles todavía viven los hombres y se pone pié en lo universal”. Con ello, se lleva a cabo el paso del mito a la Historia, (los mitos como la pre-historia de la historia), la cultura y, posteriormente la ciencia y la técnica. Esta total transformación de la existencia humana puede llamarse espíritu-

alización y se hace manifiesto aquello que más tarde se llamará razón existencial (Heidegger) o razón vital (Ortega) y personalidad. ¿Y nosotros como enfermeros nos preguntamos, por qué queda oculto algo tan fundamental como el cuidado y sin el cual no es posible garantizar la existencia?.

Se da un paso más, existe una sorprendente prosperidad, un despliegue de fuerza y riqueza que asciende a la conciencia. De este modo la existencia humana se convierte, como historia, en objeto de reflexión y se sabe que en el propio presente comienza lo extraordinario. Por tanto, se tiene a la vez conciencia de que al hombre le precede un pasado infinito que convierte en modelo y veneración. (Desde Homero, Hexíodo, Tucídides... al hoy). Aquí radica esa máxima de Cicerón “la historia (magíster) maestra de la vida” y así la Historia se transforma en tema y contenido de la escuela y de la educación

¿Cuáles son las causas de este hecho misterioso de la historia humana hasta ahora -se pregunta él- y nos preguntamos nosotros? Reflexionar sobre su sentido nos llevaría aún más lejos y sólo a través de la experiencia empezamos a conocer y descifrar aquello que se nos escapa y de otro lado da sentido. En todo ello podemos entrever que ya la prehistoria se nos presenta como integradora de culturas y saberes. Que el cuidado está ahí oculto, no nombrado, aún siendo esencial para la existencia. Investigar cómo se ha cuidado y desde qué perspectiva este es el quehacer de la enfermería. Investigar cómo se han ido forjando los pilares de lo que hoy nosotros llamamos enfermería, enfermería transcultural o enfermería profesional.

Historia y cultura. Ciencia y técnica.

Nos hemos centrado en el origen de la Historia y, en ella, hemos podido vislumbrar cómo Historia y Cultura van enlazadas. Los historia-dores suelen considerar que a lo largo de la historia de la humanidad sólo se han dado unos cuantos, muy pocos períodos auténticamente revolucionarios, entendiéndose por tal aquel que pone en cuestión el núcleo de todo un sistema cultural y propone otro alternativo; se trata por tanto de un auténtico cambio cultural, de un nuevo modo de instalación del ser humano en el mundo, incluso para el mundo sanitario² en el que está integrada la enfermería. El ser humano a lo largo de la historia lo que ha hecho es transformar recursos en posibilidades y por tanto crear cultura. Transformar la naturaleza en beneficio del ser humano³.

Devastadas las civilizaciones y culturas antiguas por las luchas y el poder, la Historia cuenta con un tiempo reconstructor inscrito en el acontecimiento cristiano que podemos conocer no sólo por la documentación y la arqueología, sino que sigue vivo hasta el momento actual. Marcó un hito en el mundo cultural medieval de la hospitalidad y del cuidado, en los Monasterios, en los Hospitales y Albergues del Camino de Santiago, no lo podemos olvidar. Cecilia Sander recurre a este hecho y toma como prototipo de asistencia para cuidar al enfermo terminal en el siglo XX el Hospital Medieval, institución en la que toda la atención estaba centrada en el cuidado⁴.

Las innovaciones, los viajes, las comunicaciones marítimas provocan otro horizonte que modifica la forma de creer y de pensar. En esta nueva etapa el hombre necesita repetir aquella experiencia creadora que descubre en la filo-

² Centrado en anotaciones de una conferencia de D. Gracia Guillén sobre el tema.

³ D. Gracia Guillén

⁴ Cecilia Sander

sofía en el arte, en la religión y en la cultura. Se abre por tanto otra forma de presentarse a la vida que viene marcada por el regreso, la vuelta a las fuentes originarias, esto es el Renacimiento.

Este nuevo orden se busca no en la naturaleza, sino en el interior del hombre, en la mente, en el espíritu y estos planteamientos cambian la lógica. Provocan una gran revolución y cambia la ciencia y la técnica. Aparecen nuevas corrientes de pensamiento, otras formas de pensar el arte, la sanidad, la concepción de la vida, la salud, la enfermedad y la asistencia; cambio en el curar y cuidar. Nuevas órdenes religiosas y posteriormente seglares irán marcando una nueva forma de entender el cuidado. Los primeros manuales de la enfermería dan testimonio de ello. Este cambio que se provoca en Europa surca los mares y se introduce en la América colonial.

Llegados aquí nos preguntamos, ¿Cómo ha llegado el hombre a moldear de tal modo la cultura y alcanzado tan altas cuotas de saber? Si bien hemos visto cómo el hombre a través de su trabajo ha ido creando cultura, del mismo modo podemos defender que el hombre no ha creado la cultura, sino que la cultura ha creado al hombre. Dos realidades que se entrecruzan y dan la mano. Han sido las grandes culturas las que en el caminar de la historia han marcado los ritmos del devenir humano como seres históricos, pero en cada etapa ha adquirido una forma peculiar; según la cultura, ésta le ha permitido al hombre la previsión y la seguridad.

Todo un proceso de transformación interior y exterior que lo va moldeando y modelando y que constituye la historia que poco a poco ha quedado escrita. La tradición consciente, los escritos de las autoridades, son elementos indispensables de vida. Sólo en los úl-

timos siglos se ha producido algo único, nuevo en su último sentido: la ciencia con sus consecuencias en la técnica ha revolucionado interna y externamente el mundo como ningún otro acontecimiento desde el comienzo de la historia que se recuerda. La ciencia ha aportado inaudita posibilidades y también podemos afirmar que grandes peligros. La formación, la investigación, los medios, todo esto ha influido y creado un cambio de mentalidad y, por tanto, un cambio cultural. (TV, Internet)

Por ello, el hombre de hoy se considera en lo técnico como un sin par creador de la dicha en la tierra. Esto ha alcanzado de lleno a muchas profesiones en las que se busca una mayor efectividad, la enfermería es una de ellas. La rapidez con que se desarrollan los procesos que buscan en la técnica la solución que no es posible desligarse de ella, ha de ser entrelazada por el elemento humano de la relación, la escucha, la presencia, pero, ¿cómo articularla de forma efectiva?. Una tarea que afecta a la enfermería. La Edad Técnica, en que estamos escasamente hace siglo y medio no ha llegado hasta los últimos decenios a su soberanía. Podemos comprobarlo en el ámbito de la medicina y de la biología, que cada año va más lejos. Sólo en parte nos damos cuenta de sus inmensas consecuencias.

Hasta hace unos años, uno de los elementos claves en la vida eran las creencias. La dirección cotidiana de la vida estaba encajada en la religión. Esta era la atmósfera en la que se desarrollaba la vida. Sin embargo, hoy, en muchos casos están abandonadas, creando otra conciencia de los valores e incluso perdiéndola y solo en los últimos decenios ha llegado a la conciencia de las consecuencias de todo ello, con toda su importancia y significación que obliga a la reflexión.

Cuidados y cultura.

Nos hemos preguntado por la cultura y la hemos enlazado con el cuidado, pero nos preguntamos si el cuidado crea cultura y cómo emerge dentro del mundo del saber, de la ciencia y de la técnica. ¿Es posible afirmar que el cuidado sea un elemento cultural capaz de generar cultura, la cultura del cuidado?. ¿Podemos afirmarlo?. ¿Podemos negarlo?. La historia nos da cuenta de cómo tan sólo el ser humano ha sido capaz de llevar a cabo la realidad de cuidar. Nos lo descubren algunos de los yacimientos humanos descubiertos bien recientemente. El hecho mismo de los enterramientos, implica una gran sensibilidad y una forma cultural. Pero, los cuidados de la propia subsistencia no sólo es cuestión de nuestros antecesores. Más cercano, las guerras del Siglo XX nos dicen de ello (Kertec, V. Frank...).

No tratamos de entrar en el estudio o de definir el cuidado con sus distintas acepciones e interpretaciones. Sus diversos matices y enfoques los hemos podido constatar en las investigaciones presentadas en este Congreso. La pregunta es muy otra. Partiendo de que el cuidado existe desde que el hombre puso su pié en la tierra, podemos hablar de que ¿ha existido en algún momento una cultura del cuidado y del cuidar cuando ni se le menciona?. Conocemos que si algo pudo hacerse en el hospital casi has el XX fue esto, cuidar. Nos preguntamos si existe una cultura del cuidado en la actualidad.

No es fácil lanzarse al pasado sino es contando con fuentes que nos lo atestigüen y esto es tarea de la investigación. Los aquí presentes podemos dar razón de esta realidad. Con lo investigado sabemos del cuidado, pero hablar de cultura del cuidado sería en mi opinión una temeridad. Somos testigos de cómo últimamente se habla de una cultura de la salud, vivi-

mos en una cultura del bienestar, hoy en crisis y en todo ello está el cuidado. Sin embargo, la larga y fecunda trayectoria de Madaleine M. Leininguer (1920-) en el mundo los cuidados culturales desde su teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales y desde sus investigaciones en el campo de la antropología ha ido creando conciencia sobre esta realidad. Podemos estar de acuerdo o discrepar.

Su experiencia en culturas africanas con sus estudios etnográficos nos pone de manifiesto la diversa forma de concebir la salud, el bienestar, el cuidado en el que entra en juego factores muy diversos. Podemos consultar su obra *Tanscultural Nursing: Concepts, Theories and practic* (1978). La experiencia docente, su trabajo de asesora, directora, publicaciones: libros, revistas, sus doctorados Honoris Causa y la organización de un doctorado sobre esta materia nos permite ver a distancia toda su obra y constatar su teoría basada en las disciplinas de la Antropología y quizás, no tanto en la enfermería.

Es cierto que el cuidado es un fenómeno no sólo histórico y universal, sino también cultural. Lo percibimos desde nuestra pre-historia. Esta capacidad para cuidar a los suyos y para enterrar a los seres queridos es un fenómeno que entronca no sólo con la humanidad, sino con ese hacer humano, con ese saber descubrir la propia vulnerabilidad y darse cuenta de la necesidad del otro y de su dignidad. Sin embargo, no por ello la historia habla de cultura del cuidado.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua nos define cultura como: Conjunto de conocimientos que permite a alguien desarrollar su juicio crítico. Conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en

una época, grupo social, etc. También como concepto popular: Conjunto de las manifestaciones en que se expresa la vida tradicional de un pueblo. Como vemos, un amplio abanico de interpretaciones, pero en ninguna de ellas se refiere al cuidado.

Cómo hablar de un cuidado cultural y cómo de un cuidado profesional?. Aquí se han presentado muchos trabajos, no sé hasta dónde al hablar de cuidados culturales sea realidad que se pueda hablar en esos términos o se trata más bien de mantener el respeto a las personas intentado salvar algunos aspectos que pudiesen colisionar. La línea de investigación del Profesor Siles es toda una apertura a este campo, sus publicaciones lo atestiguan, están ahí y las podemos consultar. Por último, el propio Consejo General de Enfermería, en su declaración de posición habla de la competencia cultural y lingüística de la enfermería.

El futuro: un motivo para la esperanza.

Una concepción histórica que pretenda extenderse a todas las cosas humanas tiene que incluir necesariamente el futuro. En la imagen cristiana de la historia universal, esta transcurre entre la creación y el juicio final. Aunque no se crea en esta imagen, en ella está contenida una verdad y el hombre no puede dejar de ser hombre. El camino de la humanidad está en el hombre mismo, en la buena voluntad, pero ligado a Dios porque está creado a imagen de la divinidad. Esta es la esperanza. A ello hay que añadir la libertad. Y no olvidar la ordenación jurídica.

Lo que llamamos historia es externamente lo que en el espacio y en el tiempo acontece en un determinado lugar y su ámbito cultural. De ahí que Ortega y Gasset nos advierta *“En la historia la cronología, no es, como suele*

*creerse, una denominatio extrinseca, sino por el contrario, la más sustantiva. La fecha de una realidad humana, sea la que sea, es su atributo más constitutivo”*⁵ Pero la Historia va más allá. Hoy parece estar en curso una transformación de nuestra conciencia histórica. La gran obra de la investigación científica de la historia se acrisola y prosigue, pero de nuevo la historia deja de ser una esfera de mero saber para convertirse en una cuestión de vida y de conciencia de la vida. Es más, la búsqueda de la verdad depurará la historia de la falsedad y del nihilismo y esto será posible, -continúa afirmando Jasper-, cuando empiría y filosofía se fomenten mutuamente. Solo así, existe para el hombre pensante el espacio de las posibilidades y con ello el de la libertad.

Sin embargo, nuestros planes de estudios carecen de una base filosófica que nos ayude a reflexionar y comprender al ser humano. El sentido de nuestra propia vida está determinado por la manera cómo nos sabemos en el conjunto, por la manera cómo establecemos el fundamento y meta de nuestra historia. La historia y el presente no son inseparables, pues la conciencia de la historia vive entre dos polos, la proximidad a lo que vivo y la proximidad de donde vengo. Ambos son necesarios y sólo conocemos la historia desde la Historia. De ahí que, con la mirada hacia atrás y hacia delante la enfermería haya ido posicionándose en esta etapa actual de la historia.

Como hemos podido constatar han sido las Instituciones nacionales e internacionales, al compás que los acontecimientos, las que han ido diseñando este cambio. En este último período de revolución científico técnica, en el que las relaciones y comunicaciones han evolucionado de forma vertiginosa, época tan importante en la sanidad debido a los avances

⁵ Ortega y Gasset: *Prólogo*. En: Dilthey: *Introducción a las ciencias del espíritu*. Alianza Editorial. 1986

técnicos, la enfermería ha conseguido además el reconocimiento profesional con su entrada en la Universidad y ha logrado desarrollar programas de investigación para el avance en los conocimientos de la enfermería. Es cierto que esto lo celebramos, pero el hecho no está sólo en llegar, sino en avanzar.

En esta línea tendrán que ir orientados los retos a los que tendrá que hacer frente la enfermería. De un lado podemos presentarlo como esperanzas y también como riesgos, según su capacidad, para enfrentarse a las nuevas exigencias, pues en esta sociedad de la información, la competitividad de las organizaciones está en función de lo que se sabe y de su capacidad para crear conocimiento, pero no puede olvidar a la persona humana y en el campo sanitario la situación de vulnerabilidad y enfermedad. De ahí que el futuro tendrá que ir orientado por la educación, la información,

la comunicación a través de las redes sociales, la investigación, la competencia y potenciar la educación en valores y la bioética actual.

Estos retos y otros más están por delante, porque la Historia continúa y no todo está dicho. El futuro está ahí y hoy se nos ofrece de un lado lleno de incertidumbres, zozobras y esperanza, lo que ha sido la Historia. Los logros conseguidos son prometedores y además esperanzados. De otro, confiar en la juventud de la enfermería, en su capacidad. Nunca la enfermería alcanzó estas cuotas de formación, de reconocimiento social y de posibilidad de investigar. La enfermería cuenta con una larga historia y muchos archivos por desempolvar.

Sólo una mirada penetrante y escrutadora, abierta a la realidad humana del hombre en situación de vulnerabilidad y enfermo y abierta a la esperanza nos podrá ayudar. Muchas gracias.



Fenomenología

Um enfermeiro presidente da República. Você sabia?

A nurse president of the Republic. Did you know?

¿Un enfermero presidente de la República. Usted lo sabía?

Taka Oguisso¹; Lidia Monjane²; Ana Paula Faustino Gilio³; Genival Fernandes de Freitas⁴.

¹Enfermeira. Professora Titular do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEU SP (aposentada). Presidente da Academia Brasileira de História da Enfermagem - ABRADHENE, 2012-2014.

²Enfermeira. Professora do Instituto Superior de Ciências da Saúde (ICISA), Maputo. Doutoranda do programa de pós-graduação da Escola Paulista de Enfermagem, da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) 2010-2014, com bolsa de estudos da Fundação Ford. Ex-presidente da Associação Nacional dos Enfermeiros de Moçambique (ANEMO).

³Enfermeira graduada pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).

⁴Enfermeiro. Professor Livre-docente e Doutor do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).

Cómo citar este artículo en edición digital: Oguisso, T; Monjane, L ; Gilio, A.P.F; Fernandes de Freitas, G. (2013) Um enfermeiro presidente da República. Você sabia? 17, 35. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.35.02>>

Correspondencia: Taka Oguisso. Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEU SP

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. Cerqueira César
CEP - 05403-000 - São Paulo. Correo electrónico: takaoguisso@uol.com.br

Recibido 20/12/2012. Aceptado 30/2/2013



ABSTRACT

It describes Samora Machel's life, a Mozambican nurse, who led guerrillas until successfully obtaining the independence of the Republic of Mozambique. Reporting his life history and his role in the country's health, it is aimed at showing that politics can become

a way of other nurses, in other countries, may also go through this path for the benefit of the whole population and through exercising leadership also contribute to improve health and living conditions of the communities. Besides fighting against racism, discrimination, illiteracy, poverty and drought during his more than 10 years in the government, Samora Machel had to fight internally against opponent political forces. Anyway, he was an example for his country where he is revered and venerated as a national hero.

Key words: Life history, History of Mozambique. Nursing history.

RESUMEN

Se describe la vida de Samora Machel, un enfermero mozambiqueño que lideró guerrillas hasta obtener la independencia del país y crear la República de Mozambique. Reportar su his-

toria de vida y su rol en la salud de su país, es el objetivo de este trabajo. Demostrar que la política puede ser un medio para que otros enfermeros, en otros países, puedan también seguir este camino para el beneficio de toda una población y a través del ejercicio de liderazgo puedan contribuir para mejorar la salud y las condiciones de vida de la comunidad. Además de luchar contra el racismo, discriminación, analfabetismo, la miseria y la sequía, durante los más de 10 años al frente de su gobierno, Samora Machel, aún tuvo que luchar internamente contra fuerzas políticas oponentes. De todas maneras, fue un ejemplo en su país, donde es reverenciado y venerado como un héroe nacional.

Palabras clave: historia de vida, historia de Mozambique, historia de la enfermería.

RESUMO

Descreve a vida de Samora Machel, um enfermeiro moçambicano, que liderou guerrilhas até obter a independência e criar a República de Moçambique. Narrar sua história de vida e seu papel na saúde de seu país, tem por objetivo mostrar que a política pode ser um meio para que outros enfermeiros, em outros países, possam também seguir por esse caminho para o benefício de toda uma população e através do exercício da liderança, também contribuir para melhorar a saúde e as condições de vida das comunidades. Além de lutar contra o racismo, a discriminação, o analfabetismo, a pobreza e a seca durante mais de dez anos em seu governo, Samora Machel teve que lutar internamente contra forças políticas oponentes. De qualquer modo, ele se tornou um exemplo em seu país onde é reverenciado e venerado como herói nacional.

Palavras chave: História de vida, História de Moçambique, História da Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O interesse pela vida de um enfermeiro e líder moçambicano surgiu, inicialmente, em palestras de conteúdo sobre História da Enfermagem quando se discutia sobre um enfermeiro que havia sido Presidente da República, fato raro e inusitado na historiografia da enfermagem em geral. Tal fato ocorrido na República de Moçambique despertava grande interesse e curiosidade em conhecer melhor essa figura e como ascendeu a essa posição de destaque nacional.

Moçambique é um país situado na costa oriental austral do continente africano, tendo ao norte a Tanzânia, a noroeste Malawi e Zâmbia, a oeste Zimbábue, ao leste é limitado pelo Canal de Moçambique e o Oceano Índico e ao sul tem a África do Sul e Suazilândia. Sua moeda é chamada metical e tem uma população de quase 24 milhões de habitantes, segundo dados de 2011. O navegador português Vasco da Gama passou por essa região em 1498, em sua expedição em busca do caminho marítimo para as Índias. Embora os portugueses tenham tomado posse da região costeira em 1505, somente em 1885 a penetração portuguesa - com a partilha da África pelas potências européias durante a Conferência de Berlim - se transformou numa ocupação militar, com a submissão dos estados ali existentes, o que levou, no início do século XX a uma verdadeira administração colonial (Sopa, 2001). É país de língua oficial portuguesa e tornou-se independente de Portugal no dia 25 de junho de 1975. A maior cidade é Maputo, sua capital.

Esse estudo pôde ser desenvolvido graças a alguns intercâmbios com líderes da enfermagem moçambicana e posterior vinda a São Paulo para estudos de pós-graduação de uma enfermeira moçambicana, ex-presidente da Associação Nacional de Enfermeiros de Mo-

çambique (ANEMO), e professora do Instituto de Educação em Enfermagem.

Em Maputo encontra-se o centro político, financeiro, industrial, comercial e mercantil do país. A capital foi fundada em 1782, com o nome de Lourenço Marques, comerciante português que se radicara na cidade. Passou a denominar-se Maputo, após a independência, em fevereiro de 1976, para lembrar a fronteira sul do país marcado pelo Rio Maputo. Moçambique tem sua costa marítima banhada pelo Oceano Índico, e Maputo é conhecido também como a Pérola do Índico.

Assim, este trabalho pretende descrever um pouco da cultura, história, condições de saúde e do cotidiano, em geral, de Moçambique com base nas referências bibliográficas além de experiências colecionadas em viagens efetuadas por duas das autoras deste estudo, e posteriormente enriquecidas pela vivência de uma enfermeira, autêntica líder moçambicana, que se encarregou de fazer atualização de dados e outras observações ao texto.

São, portanto, objetivos deste trabalho, divulgar a história de vida de um personagem, o enfermeiro Samora Machel, e contribuir para que enfermeiros encontrem num trabalho político criterioso e honesto um caminho para a expansão do espaço profissional e maior valorização desses profissionais pela sociedade.

CAMINHOS PARA A INDEPENDÊNCIA DE MOÇAMBIQUE

O movimento nacionalista surgiu na década de 1950 e ganhou impulso em 1962, com a criação da Frente de Libertação de Moçambique (FRELIMO), mas, oficialmente, a guerra da independência teve início no dia 25 de setembro de 1964, com um ataque ao posto administrativo de Chai no então distrito (atual província) de Cabo Delgado. E, terminou com



um cessar-fogo no dia 8 de Setembro de 1974, resultando numa independência negociada em junho de 1975.

Ao longo de quatro séculos de presença em território africano, a primeira vez que Portugal teve que enfrentar guerras de independência, e forças de guerrilha, foi em 1961, na Guerra de Independência de Angola. Em Moçambique, o conflito começou em 1964, resultado da frustração e agitação de cidadãos moçambicanos, contra a forma de administração estrangeira, considerada exploradora e que infligia maus tratos, defendendo apenas os interesses econômicos portugueses na região.

Muitos moçambicanos ressentiam-se das políticas portuguesas em relação aos nativos, que eram discriminatórias, tradicionais e limitavam o acesso à educação e ao emprego qualificado. Um exílio em massa de políticos de Moçambique para países vizinhos, especialmente a Tanzânia, proporcionou-lhes ambiente ideal, onde radicais moçambicanos podiam planejar ações e criar agitação política, no seu país de origem. A criação da organização de guerrilha moçambicana FRELIMO e com o apoio da União Soviética, China e Cuba, que forneciam armamento e instrutores, levaram ao surgimento da violência que continuaria por mais uma década.

Esses movimentos de libertação eram liderados por Eduardo Mondlane, um dos primei-

ros negros moçambicanos a obter grau universitário. Mondlane foi assassinado em 1969 por uma encomenda-bomba e, em maio de 1970, foi substituído por Samora Machel, em eleição do Comitê Central, da FRELIMO. Posteriormente, com a independência, Samora Machel tornou-se o primeiro presidente da República de Moçambique e o maior herói da história moçambicana.

Essa figura histórica era enfermeiro, daí a curiosidade e interesse em melhor conhecer a trajetória de vida desse herói nacional, pois se trata do único enfermeiro que chegou ao cargo de mandatário máximo de um país, nele permanecendo por mais de dez anos. Tal fato, embora oficial em Moçambique é pouco conhecido na história da enfermagem mundial (Carnegie, 1995).

Quem sabe, sua história possa inspirar futuros enfermeiros para que trilhem os caminhos que levem a conquistar ou aumentar espaços políticos para a profissão.

SISTEMA EDUCACIONAL EM MOÇAMBIQUE

O Sistema Nacional de Educação (SNE) de Moçambique foi inicialmente aprovado em 1983 e atualizado pela Lei de 1992 (Lei nº 06, de 06-05-1992), em vigor. O ensino encontra-se estruturado em pré-escolar, escolar e extra-escolar. Em síntese, pode-se dizer que o ensino pré-escolar realiza-se em creches e jardins da infância para crianças com idade inferior a 6 anos como complemento à ação educativa da família. O ensino escolar compreende: o ensino geral, o técnico profissional e o superior.

O ensino geral constitui o eixo central do SNE e confere formação integral e politécnica e pode ser feito em instituições estatais, cooperativas, comunitárias ou privadas. O ensino geral compreende os níveis: primário e secundário.

O ensino primário é frequentado por crianças a partir dos 6 anos de idade e tem a duração de sete anos, subdivididos em: 1º grau da 1ª à 5ª classe; e, 2º grau, a 6ª e 7ª classe. Cada ano letivo de escolarização com dois semestres letivos, iniciados em fevereiro de cada ano, é chamado de classe. O ensino secundário é constituído de 5 classes - da 8ª à 12ª classe e subdivide-se em dois ciclos: 1º) da 8ª à 10ª classe e o 2º) 11ª e 12ª classe. Ao final de cada ano ou classe do ensino secundário, o aluno recebe um certificado de conclusão dessa classe. Concluintes da 12ª classe podem ingressar em universidades ou em instituto superior de ciências ou politécnicos.

O ensino técnico-profissional constitui o principal instrumento para a formação profissional da força de trabalho qualificada. Este compreende os seguintes níveis: elementar, básico e médio. Para o ingresso no nível elementar é exigida a conclusão do 1º grau do ensino geral primário; para o ingresso no nível básico, a conclusão do 2º grau do ensino primário geral e para o nível médio a conclusão do 1º ciclo do ensino secundário geral ou ensino básico técnico-profissional.

Para atender necessidades específicas na área da assistência preventiva, o país criou o ensino profissionalizante na área da saúde, com formação em nível elementar, básico, médio, médio especializado e superior. Para ingressar no curso elementar técnico de saúde o candidato deve ter concluído a 7ª classe do ensino primário geral e frequentar um curso de 12 meses. Até recentemente bastava ter completado a 5ª classe. Para fazer um curso básico técnico, de 18 meses de duração, o requisito de ingresso é a conclusão da 10ª classe. O nível médio pode ser alcançado também via curso de promoção, com duração de um ano. Os candidatos devem ser profissionais de saúde.

de de nível básico com o mínimo de dois anos de trabalho como profissionais de saúde.

O curso de enfermagem, de nível médio profissional, tem duração de dois anos letivos. O concluinte desse curso, após dois anos de exercício como profissional da saúde, pode fazer uma especialização, como anestesista, instrumentista, técnico em cirurgia. Esses cursos têm a duração de 18 meses a 2 anos de estudos, conforme a especialidade. Assim, todos os profissionais têm possibilidade de progressão na carreira, bastando para tanto preencher o requisito de escolaridade exigido para cada nível e fazer os cursos específicos.

Profissionais de formação em nível médio e médio especializado têm substituído os formados de nível superior dessas mesmas áreas, em locais onde haja falta dessas especialidades. Por exemplo, o técnico de cirurgia e a enfermeira de saúde materna estão capacitados a realizar pequenas cirurgias, como extração de cistos, lipomas, outras desse porte e cesarianas. O nível superior confere graus de licenciado e na pós-graduação, graus de mestrado e doutorado.

Atualmente, existem em Moçambique cursos de enfermagem em nível superior oferecidos pelas seguintes instituições: Instituto Superior de Ciências da Saúde (ICISA), subsidiado pelo governo; os seguintes são de natureza privada: Instituto Superior Politécnico (ISPU); Universidade Católica de Moçambique; Instituto Superior de Ciência e Tecnologia (ISCTEN) e Universidade Lúria (UniLúria), localizada em Nampula, ao norte do país. Em todos os cursos, privados ou não, os alunos pagam as respectivas mensalidades. Não há ensino totalmente gratuito em nível superior, pois mesmo os subsidiados pelo governo, estudantes contribuem para sua aprendizagem. Para ingresso no curso superior o candidato deverá

ter completado a 12ª classe de estudos, ou doze anos de estudos prévios, e prestar provas de concurso para ingresso (no Brasil corresponde ao exame vestibular). Candidatos para a área de enfermagem prestam concurso em biologia e português.

Segundo dados e projeções do Ministério da Saúde de Moçambique (MSM, 2011), em 2012, havia aproximadamente 1.000 (hum mil) médicos nacionais em atividade no país, além de 250 médicos estrangeiros, procedentes de Cuba, China e Coréia do Norte, e 9.502 profissionais de enfermagem, além de cerca 72 mil curandeiros, que cumpriam o papel de guia espiritual e de médicos nos distritos mais afastados das 11 províncias.

ORIGENS DE UM HERÓI

Samora Moisés Machel, do grupo étnico Shangana, nasceu em 29 de setembro de 1933 e foi criado na vila de Xilembene, província de Gaza, em Moçambique. Seus pais eram camponeses que cultivavam algodão. Sua mãe teve dez filhos, mas somente três sobreviveram. Ingressou numa escola católica, e aos dezessete anos concluiu a quarta classe. Em 1951 iniciou os estudos para ser enfermeiro, uma das poucas profissões permitidas aos negros moçambicanos pelo sistema colonial. Para ingressar no curso de enfermagem, na época, bastava completar a 4ª série do ensino primário. Ao concluir o curso de enfermagem, não satisfeito com sua formação geral, tratou de fazer estudos secundários no ensino particular.

Ao mesmo tempo foi trabalhar num hospital, onde iniciou suas primeiras atividades políticas ao protestar pelo fato de enfermeiros negros receberem salário inferior ao dos brancos que faziam o mesmo trabalho. Mais tarde disse a um repórter o quanto os médicos moçambicanos eram maltratados dizendo, “o cão

do homem rico recebe mais vacinas, medicamentos e cuidados médicos do que os trabalhadores que constroem a riqueza do homem rico” (Sopa, 2011).

Em 1956, foi designado para trabalhar como enfermeiro na ilha de Inhaca, nas proximidades da cidade de Maputo, onde se casou com Sorita Tchaicomo e tiveram quatro filhos. Posteriormente, em 1969, casou-se com Josina Muthemba, com quem teve um filho chamado Samora Machel Jr. Casou-se pela terceira vez, em 1977, já como Presidente da República, com Graça Simbine, que era ministra da educação (Sopa, 2011). Atualmente Graça Machel é presidente de uma das maiores organizações não governamentais (ONG) de Moçambique, a Fundação para o Desenvolvimento da Comunidade.



Samora e Graça Machel

LÍDER REVOLUCIONÁRIO

Em 1963, Samora Machel ingressou na FRELIMO, quando foi se juntar aos irmãos, na Tanzânia. Assim, o jovem enfermeiro Samora Machel foi integrado num grupo de recrutas e recebeu treinamento militar na Argélia. Em 1964, retornou a Moçambique e guiou a FRELIMO para a sua primeira guerrilha contra os portugueses no norte de Moçambique. Em maio de 1970, após a morte de Eduardo Mondlane, Samora Machel assumiu a presidência da FRELIMO e começou a ser conhecido no cenário político.

Samora continuou a liderar a FRELIMO durante a luta pela independência, derrotando o exército colonial e libertando soldados por-

tugueses que a guerrilha fizera prisioneiros e conseguiu conquistar progressivamente o território onde se organizavam as populações nas zonas libertadas e desde então passou a ser reconhecido como o homem que conduziu Moçambique à proclamação total e completa da independência.

Atualmente, os cidadãos de Moçambique referem-se ao líder como alguém que sempre se posicionou contra o colonialismo português e nunca contra o povo português, nem contra os brancos.

Em sete de setembro de 1974, na praia do Tofo (Inhambane), foi aprovada a Constituição da República Popular de Moçambique e decidido que Samora Machel seria o Presidente da República.

Após a independência, a FRELIMO tornou-se um partido político e passou a apoiar o governo no poder e a guiar os destinos do país. A FRELIMO permanece no poder até hoje, tendo sido vitoriosa nas quatro eleições multipartidárias realizadas em 1994, 1999, 2004 e 2009.

A Presidência de Samora Machel

Samora Machel se manteve na presidência do país desde 1975 até à sua morte em outubro de 1986. Ele sempre assumiu uma política populista, tentando angariar o apoio do povo para o desenvolvimento do país em base socialista.



Samora Machel
Guerrilheiro



Samora Machel
Presidente da República

Menos de um mês depois da independência, a 24 de julho de 1975, Samora anunciou a nacionalização da Saúde, Educação e Justiça. Conseguiu o apoio popular, principalmente dos jovens, para operações de grande vulto, tal como a troca da moeda colonial pela nova moeda nacional chamada Metical.

Outras políticas populares foram as “ofensivas” a favor do aumento da produtividade e contra a corrupção, geralmente anunciadas em grandes comícios, com grande participação da população. No entanto, poucas destas campanhas tiveram êxito, porque fez com que grande número de residentes de origem estrangeira abandonasse o país, o que provocou a paralisação temporária de muitas empresas e mais tarde, também, por falta de capacidade de gestão levou ao colapso de muitos setores, tais como a indústria têxtil, metalúrgica e química.

Um dos problemas mais graves enfrentados por Samora Machel em todo o seu governo foi a guerrilha da Resistência Nacional Moçambicana (RENAMO), grupo de oposição, criado em 1977, no sul da Rodésia, atual Zimbábue, supostamente apoiado pelo governo branco da África do Sul. Além das guerrilhas desse grupo de Resistência, de dezesseis anos de duração, o país enfrentou também uma década de seca a partir de 1983. Esses dois eventos devastaram a nação, mataram milhões de moçambicanos, deixaram milhares de minas terrestres, que continuaram a matar e ferir civis mesmo após o acordo de cessar fogo entre esses dois grupos, em 1992, e provocaram a fome em grande escala, a miséria generalizada e a incidência de epidemias de tifo e cólera.

Em 1993, com o cessar fogo entre os dois grupos, a Organização das Nações Unidas (ONU) interveio para introduzir uma operação de paz e os refugiados começaram a retornar ao país.

Samora Machel foi morto num acidente de avião em 19 de Outubro de 1986, em Bunzine, território Sul Africano e sucedido por Joaquim Chissano. Embora, muitos anos antes Samora Machel tivesse assinado um pacto de não agressão com o governo da África do Sul, a maioria dos moçambicanos ainda acredita que governantes desse país tivessem envolvimento com a queda do avião em que ele viajava. Sua viúva, Graça Machel, casou-se, anos mais tarde, em 1998, com Nelson Mandela, presidente da África do Sul de 1994 a 1999. Tornou-se um caso único no mundo, pois foi primeira-dama em dois países.

Graça Machel



SAMORA MACHEL E A SAÚDE NO PERÍODO PÓS-INDEPENDÊNCIA

A primeira grande medida de Samora Machel como presidente da República de Moçambique, em função da Política de Saúde, foi a nacionalização da medicina. Esta medida foi consubstanciada pelo Decreto-lei nº 31, de 20 de julho de 1975, que nacionalizou a medicina e interditou qualquer forma de atividade sanitária a título privado ou lucrativo.

A Constituição da República criou um Serviço de Saúde para a população. O obstáculo era capacitar o Serviço de Saúde do Estado, pois ao nacionalizar a medicina privada e interditar o exercício em consultório pri-

vado, o Estado precisaria estar em condições de assumir o Serviço e de atender a todos nas unidades sanitárias estatais, gratuitamente ou a preços acessíveis para a população. Mas, a herança colonial era muito forte e o Estado estava depauperado com a fuga do capital e dos técnicos da era colonial.

Com a independência e a retirada dos portugueses de Moçambique, o país contava com um número muito reduzido de médicos e enfermeiros moçambicanos. E receava-se que não houvesse compreensão para as dificuldades existentes, pois a expectativa popular era que, com a independência, haveria progresso em todos os setores, inclusive no setor de saúde.

Segundo depoimentos dos profissionais da saúde de Moçambique, a insuficiência de médicos para atender a demanda da população, levou a atuação dos enfermeiros a se tornar essencial no atendimento à população.

A partir da consciência de que a saúde era dever do Estado e direito do cidadão, foram elaboradas propostas como a medicina preventiva; a prioridade às zonas rurais e comunidades organizadas; a prioridade à saúde dos trabalhadores; a extensão da rede de cuidados de Saúde Materno-Infantil e dos programas de vacinação; o desenvolvimento da luta contra doenças transmissíveis, em particular, contra doenças tropicais; a participação comunitária



para a saúde, a reorganização e desenvolvimento das carreiras profissionais e dos programas de formação para acesso a essas carreiras e progressão nelas.

Samora Machel optou pela nacionalização imediata, o Serviço de Saúde deveria ser idêntico e gratuito para todos os cidadãos, e a saúde era dever do Estado.

Em pouco mais de dois anos, o quadro de pessoal do Serviço Nacional de Saúde que era de 2.500 trabalhadores, em 1975, passou para 10.500 trabalhadores em 1977, e com o resultado do processo formativo, para cerca de 11.500 trabalhadores em 1979.

No final de outubro de 1975, poucos meses depois da independência do país, foi realizado o I Seminário Nacional de Saúde, em Quelimane (Província da Zambézia), o qual teve como pauta principal o capital financeiro insuficiente para o novo planejamento em saúde (Martins, 2001).

Diante desta dificuldade, a Organização Mundial de Saúde (OMS) evidenciou a importância da participação comunitária para a saúde. Adotou como medida mobilizar a população para a defesa de sua própria saúde, fazendo as pessoas participarem em ações não médicas de promoção da saúde. A essa medida, deu-se o nome de “Medicina Promotiva”.

A população, incluindo a classe médica, apresentou resistência à Medicina Promotiva em função das novas ideias, as quais priorizavam ações preventivas aos medicamentos e intervenções cirúrgicas.

O Ministério da Saúde propôs duas campanhas principais:

- A campanha Nacional de Saneamento do Meio Ambiente, executada em todo território nacional, sob a liderança do presidente e com o envolvimento de todas as estruturas do governo aos diversos níveis (nacional/central, pro-

vincial, distrital e local). Através desta campanha a população das regiões, que até setembro de 1974, estava sob a dominação colonial, participou pela primeira vez de forma organizada, na promoção da sua própria saúde.

- Lançamento do princípio das vacinações sistemáticas como base da Política de Saúde, com uma Campanha Nacional de Vacinação que, em três anos, passou a cobrir 96% (noventa e seis) da população.

Samora Machel teve um papel muito importante no desenvolvimento dessas ideias. Deu ênfase à colaboração dos Governadores Provinciais. Durante a Campanha Nacional de Saneamento houve duas jornadas nacionais para cavar latrinas. O próprio Samora Machel ajudou a cavar e a construir latrinas e os ministros foram escalados para fazer o mesmo nas diversas províncias.

O I Seminário Nacional de Saúde demonstrou a organização do Serviço Nacional, e foram traçadas as primeiras orientações para o desenvolvimento da rede sanitária fora dos centros urbanos. Esta iniciativa de construção de latrinas continuou sendo seguida pelos novos governos como uma das formas de reduzir a alta incidência de epidemias. O desafio era, além da construção, inserir a prática de uso de latrinas pela população rural, maior vítima das doenças pela falta de saneamento. Neste trabalho tem sido fundamental a atuação dos enfermeiros, que são, na prática, os profissionais que estão mais próximos da população nas zonas rurais.

Supõe-se que o fato de Samora Machel ter sido enfermeiro antes de se integrar à FRELIMO, influenciou suas medidas enquanto presidente, dando atenção especial aos Serviços de Saúde. Ele continua sendo extre-

mamente amado, respeitado e reverenciado no país, por todas as camadas sociais, devido às medidas para melhorar a vida da população moçambicana e considerada figura muito importante nas mudanças de saúde no país após a independência.

Para implementação das medidas adotadas para melhoria da saúde, o presidente-enfermeiro expandiu a rede de centros de saúde por todo o país, principalmente nas localidades mais distantes, onde ao lado dos centros de saúde, construiu casas para enfermeiros. Na maioria dos lugares, estes profissionais eram (e continuam sendo) os principais pontos de apoio da população em muitos quilômetros.

Por último, cabe destacar que enfermeiros moçambicanos, conscientes da necessidade de se unirem e se fortalecerem, criaram a Associação Nacional de Enfermeiros Moçambicanos (ANEMO) em dezembro de 1990. Foi a primeira organização profissional do setor saúde no país. Solicitaram e obtiveram filiação ao Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE) em 1993 (Oguiso, 1995). Samora Machel foi eleito membro honorário. Enfermeiros de países escandinavos mantiveram por muito tempo trabalhos de parceria com a ANEMO, auxiliando materialmente a suprir necessidades, através de suas organizações de classe. Suecos adquiriram terrenos e construíram algumas casas para enfermeiros na cidade de Beira, e noruegueses adquiriram uma casa em Maputo para servir de sede à ANEMO.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao conhecer a vida de Samora Machel, visualiza-se um profissional da saúde que se envolveu em questões político-sociais e econômicas, chegando a ser Presidente da República. Além de relatar sua biografia exemplar pretendia-se também demonstrar a importância da consciência política de saúde e de

cidadania de um líder ao governar o destino de uma nação.

Em todos os cidadãos do país percebe-se a valorização deste grande líder histórico, e a admiração dos profissionais da enfermagem por Samora Machel. Entende-se que o fato de ter se formado e exercido a profissão, influenciou para que, durante seu governo, tivesse um envolvimento maior com as questões de saúde do país.

Assim, um enfermeiro chegou ao cargo mais alto, o de Presidente da República. Quem poderá ser o próximo? Em que país? Esperamos que a História possa responder a essa pergunta. Já constatamos que é possível, sim, mas é preciso muita dedicação e força de vontade para trabalhar por um grupo, uma comunidade ou um país, aliadas a uma forma de liderança que impulse pessoas a realizarem um trabalho coletivo em busca de ideais bem definidos. Alguns países vizinhos, como Tanzânia, Zimbábue e Namíbia, também prestaram homenagem a este líder africano, morto prematuramente, dando seu nome a avenidas principais em suas capitais (Oguisso, 1995).

Finalmente cabe destacar que Florence Nightingale valeu-se muitas vezes do caminho político para alcançar seus intentos. A própria ida ao cenário da Guerra da Criméia (1853-1856) foi resultado de seu relacionamento pessoal com Sidney Herbert, Ministro da Guerra da Grã Bretanha na ocasião. Florence demonstrou no decorrer de seu trabalho nessa Guerra, e mesmo depois dela, que “os enfermeiros não podem estar afastados da atividade política, sob pena de não conseguirem as reformas necessárias para a prestação de bons cuidados à saúde” (Soares y Freitas, 2001). Corroborando com essa idéia, saliente-se que o caminho político pode encurtar o tempo por constituir-se em um verdadeiro atalho para a conquista de maior espaço para a enfermagem

e para que ela seja cada vez mais valorizada pela sociedade (Oguisso, 2007).

REFERÊNCIAS

- Sopa, A. Coord. (2001) Samora – homem do povo. Mabuko Ltda: Maputo, Moçambique.
- Carnegie, M.E. (1995) The path we thread – blacks in nursing worldwide, 1854-1994. National League for Nursing Press, New York: 249-50.
- Moçambique. Lei n. 6, de 06-05-1992. Reajustar o quadro geral do sistema educativo e adequar as disposições contidas na Lei 04/83, de 23-03-1983, do Sistema Nacional de Educação, às atuais condições sociais e econômicas do país. Boletim da República de Moçambique. N. 104(8), Série I, n. 19.
- MSM (2011) Ministério da Saúde de Moçambique, Direção de Recursos Humanos, Relatório anual de 2010..
- Martins, H. (2001) Samora e a saúde (1975-80). In: Sopa A, organizador. Samora – homem do povo. Mabuko Ltda: Maputo, Moçambique: p. 117-25.
- Oguisso, T. (1995) Field visit report to the National Nurses Association of Mozambique, 17-24 June 1992. International Council of Nurses, ICN/92/95.
- Soares, M.I., Freitas, M.V. (2001) Florence Nightingale – 1820-1910. Enfermagem. 21, (2ª série).
- Oguisso, T. (2007) Florence Nightingale. In: Oguisso, T. Trajetória histórica e legal da enfermagem. 2ª ed, Barueri, Ed Manole, São Paulo: 58-97.
- Imagens de Samora Machel e Graça Machel – fonte <http://www.google.com.br>. Acessado em 04-03-2013.

Historia

Un pionero de la historiografía médica de la antigüedad: Rodolfo del Castillo y Quartiellers (1845-1917)

A pionner of medical historiography in antiquity:
Rodolfo del Castillo-Quartiellers (1845-1917)

Um pioneiro da historiografia médica da antiguidade:
Rodolfo del Castillo y Quartiellers (1845-1917)

Francisco Herrera Rodríguez

Catedrático E.U. Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Cádiz.

Cómo citar este artículo en edición digital: Herrera Rodríguez, F. (2013) Un pionero de la historiografía médica de la antigüedad: Rodolfo del Castillo y Quartiellers (1845-1917). 17, 35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.35.03>

Correspondencia: Facultad de Enfermería y Fisioterapia - Cádiz - Av. Ana de Viya 52 11009.

Correo electrónico: francisco.herrera@uca.es

Recibido 11/12/2012. Aceptado 04/02/2013.

A la memoria de Antonio Orozco Acuaviva



ABSTRACT

This paper intends to be a biographic summary of Rodolfo del Castillo-Quartiellers (1845-1917), a famous ophthalmologist from Cádiz and renowned follower of Spanish medical positivism tendencies. A particular analysis of his major publications in the field of medical historiography in antiquity is also pre-

sented, focusing on his study about the Code of Hammurabi as well as on Egyptian, Greek and Roman medicines.

Keywords: History of ophthalmology, Code of Hammurabi, ancient Egypt, classical Greece, ancient Rome.

RESUMO

Neste artigo, vamos fazer uma breve biografia de Cádiz médico Rodolfo del Castillo e Quartiellers (1845-1917), o positivismo oftalmologista famoso médico espanhol, apresentando também um estudo de suas principais publicações no campo da historiografia médica da antiguidade, destacando o seu trabalho sobre o Código de Hamurabi ou egípcia medicamentos, grega e romana.

Palavras-chave: História de Oftalmologia, Código de Hamurabi, o antigo Egito, na Grécia antiga, Roma antiga.

RESUMEN

En este artículo realizamos una síntesis biográfica del médico gaditano Rodolfo del Castillo y Quartiellers (1845-1917), afamado oftalmólogo del positivismo médico español, presentando además un estudio sobre sus principales publicaciones en el terreno de la historiografía médica de la Antigüedad, destacando sus trabajos sobre el Código de Hammurabi o las medicinas egipcia, griega y romana.

Palabras clave: Historia de la Oftalmología, Código de Hammurabi, Egipto Antiguo, Grecia clásica, Roma clásica.

1. SÍNTESES BIOGRÁFICA

Rodolfo del Castillo y Quartiellers nació en Cádiz el 9 de noviembre de 1845, pasó su infancia en Gibraltar y consiguió el grado de Bachiller en Artes en Cádiz en 1869, teniendo en el Instituto como maestro a Romualdo Álvarez Espino, miembro destacado del krausismo gaditano (Orozco, 1996). En el curso 1869-70, en pleno sexenio revolucionario, comenzó sus estudios en la Facultad de Medicina de Cádiz; en apenas tres años, aprovechando las circunstancias de la época que favorecían poderse examinar de un buen número de materias en el mismo curso académico, obtuvo el grado de licenciado en febrero y marzo de 1872. Dos meses después, en el mes de junio, superó las asignaturas del doctorado (Historia de las Ciencias



Figura 1: Rodolfo del Castillo y Quartiellers (1845-1917)
(Fuente: R. del Castillo, 1956).

Médicas y Análisis Químico), y defendió su tesis doctoral sobre “*Sífilis, naturaleza y sitio*”.

Se inició en la oftalmología con su pariente Cayetano del Toro y Quartiellers (1842-1915), que por esas fechas había abierto una cátedra libre de oftalmología en la calle Argantonio de Cádiz. Orozco es el autor que con más detalle ha estudiado el periplo académico y científico de Rodolfo del Castillo, y gracias a sus investigaciones sabemos que realizó una importante tarea en la primera revista española de la especialidad, La Crónica Oftalmológica, fundada por el citado Cayetano del Toro. En 1872 viajó a Londres para profundizar en sus conocimientos oftalmológicos junto a William Bowman, luego se desplazó a París para hacer lo propio con Salvador Fano, Fernand Giraud y Xavier Galezowski (Orozco, 1996). Durante unos meses de 1873 dirigió el balneario de Arregio en La Coruña, hasta que en ese mismo año se estableció en Córdoba, ciudad en la que desarrolló una importante actividad clínica y publicística, dirigiendo “La Andalucía Médica”.

En 1893 fue elegido Diputado y se trasladó a Madrid donde el cirujano portuense Federico Rubio y Gali (1827-1902) le ofreció una plaza de profesor de Enfermedades de los Ojos en el afamado Instituto de Terapéutica Operatoria (Orozco, 1996). Fue socio fundador de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana y en 1913 fundó en Madrid el Instituto Médico-Quirúrgico de la Encarnación. Del Castillo tuvo también una especial dedicación a la investigación histórica, no en vano fue Correspondiente de la Real Academia de la Historia, destacando sus estudios sobre la medicina en la Cultura asirio-babilónica (Herrera, 1987), y sobre las medicinas egipcia, griega y romana, de los que realizó también una síntesis el profesor Orozco Acuaviva.

El objetivo pues de este artículo es analizar su obra historiográfica, por eso haremos hincapié en los que dedicó al Código de Hammurabi, al embalsamamiento en el Egipto Antiguo y a la oftalmología en Grecia y en Roma, entre otros; todo lo cual nos dará la dimensión de Rodolfo del Castillo como uno de los pioneros en España de la historiografía médica de la Antigüedad.

2. EL CÓDIGO DE HAMMURABI Y LA OFTALMOLOGÍA EN BABILONIA

“El Código de Hammurabi y la oftalmología en los tiempos babilónicos” fue publicado por Rodolfo del Castillo en el año 1904. Hay que tener en cuenta la fecha de la publicación para comprender que el médico gaditano estaba muy pendiente de la bibliografía internacional relacionada con la historia antigua, ya que el hallazgo realizado por la expedición científica francesa en las ruinas de Susa, liderada por M.J. Morgan, del Código de Hammurabi fue llevado a cabo entre el mes de diciembre de 1901 y enero de 1902. Josep Padró afirma que con la época de Hammurabi se tiene la sensación de asistir a un gran cambio de rumbo de la Historia; hoy se tiende a considerar que este rey promulgó en el cuadragésimo año de su reinado un conjunto de leyes que mandó grabar en estelas de piedra y repartirlas por las capitales de su Imperio. Este monumento, como es sabido, posee inscripciones de carácter cuneiforme y un bajorrelieve en que aparecen dos personajes: uno sentado, Schamach o Samas, dios del Sol, y el otro de pie, que es el rey Hammurabi. En esta escena parece que el dios habla y el rey escucha, lo cual recuerda a Rodolfo del Castillo, como a Gautier, uno de los pasajes del Pentateuco en que Dios habla a Moisés “cara a cara”. Pocas veces, dice Laín Entralgo, la condición humana ha sido senti-



da como permanente sumisión a la divinidad como en Asiria y Babilonia. Recuérdese que los dioses (Marduk, Samas, Ea, Nin Azu, etc.) podían infligir a los hombres el castigo de la enfermedad, de hecho la palabra asiria “shêrtu” significa a la vez pecado, impureza moral, cólera de los dioses, castigo y enfermedad.

Al médico gaditano le interesa la dimensión ético-social del Código de Hammurabi y subraya que *“no es una recopilación de leyes sistemáticas ligadas entre sí, sino más bien una agrupación de disposiciones casuísticas de orden civil, penal y administrativo redactadas por un pueblo relativamente civilizado 2000 y más años antes de Jesucristo”*. Aparte de esto, y de la semejanza que tiene con el Pentateuco, *“pues hay pasajes tan exactos, que parecen estar copiados de él”*, a del Castillo le llama la atención lo que se legisló respecto a los sanitarios. El autor esquematiza la temática de los 282 artículos señalando en cursiva los que atañen a los cirujanos, veterinarios y marcadores, transcribiendo especialmente del 215 al 223, que aunque muy conocidos reproducimos a continuación:

- Si un cirujano ha hecho una operación a un hombre afecto de herida grave con lanceta de bronce, y el hombre curase, si también ha abierto con lanceta de bronce un tumor en un ojo y el ojo curase, recibirá 10 siclos de plata.

- Si el paciente es un liberto, recibirá 5 siclos de plata.
- Si un cirujano ha hecho una operación a un hombre afecto de herida grave con lanceta de bronce y le produce la muerte, si también ha abierto un tumor en un ojo y el ojo quedase sin visión se le cortará la mano.
- Si un cirujano opera el esclavo de un liberto de herida grave con lanceta de bronce y muriese, restituirá el esclavo.
- Si le abre un tumor en un ojo con lanceta de bronce y el ojo quedase sin visión pagará la mitad del precio del esclavo.
- Si un cirujano asiste un herido grave de fractura de un hueso o de una enfermedad interna y curase, el paciente dará al médico 5 siclos de plata.
- Si se trata de un liberto, abonará 3 siclos de plata.
- Si se tratase de un esclavo, el patrono del esclavo dará al cirujano 2 siclos de plata.

Rodolfo del Castillo opina que los que ejercieron la medicina en Babilonia, *“no debieron pertenecer a clases superiores, pues no sólo se le ponía tasa a la práctica de sus operaciones, sino que se les castigaba con penas afflictivas y pecuniarias cuando su intervención en las operaciones quirúrgicas no iba seguida de éxito, pues de haber pertenecido estos médicos a clases elevadas de la sociedad o a casta sacerdotal, de otra suerte les trataran (...)”*. Sobre este punto autores como Laín Entralgo señalan que en Asiria y Babilonia hubo médicos (*“individuos estamentos dedicados a la cura de las enfermedades”*), que fueron conocidos con el nombre de asû; pero la visión asirio babilónica de la enfermedad había de imponer un carácter sacerdotal: el bârû o vidente (encargado del interrogatorio y de la adivinación), y el âshipu o exorcista.

Para Laín sólo ciertos prácticos de nivel secundario, como los gallubu o *“cirujanos-barberos”* debieron tener condición laica. Bishop afirma que eran precisamente los gallubu los que tenían a su cargo la cirugía menor, incluyendo la *“odontología”* y el herraje de los grilletes de los esclavos. Zaragoza Rubira ha precisado también que la operación quirúrgica era un quehacer artesanal y la labor del médico-sacerdote actos de culto, y por ello quedaban por encima de los reglamentos.

En lo que se refiere al instrumental quirúrgico, aunque en estos tiempos era ya conocido el hierro, se daba preferencia al bronce como material punzante y cortante, por eso se apunta lo siguiente en la monografía del médico gaditano: *“...al cual habían conseguido dar un temple y una dureza especial aplicable con tal objeto y que utilizaban para los usos corrientes, sin embargo, hacíanse otros instrumentos, y especialmente para los actos quirúrgicos, de oro, plata, pedernal y hasta de bambú, que se usaban según la categoría o rango social a que pertenecía el operado”*. Recuérdese que Bishop apuntó que en las excavaciones de Nínive se hallaron diversos instrumentos quirúrgicos de bronce y que Knut Haeger cita también los de obsidiana.

Nuestro autor supone que las afecciones oculares debieron estudiarse en aquellos tiempos *“de un modo especial”*; aunque un cirujano avezado como él se pregunta: *“¿Pero qué clase de operaciones podían ser éstas, que con lanceta o punzón de bronce practicaban en los ojos aquellos cirujanos?”*. Por eso se detiene en el vocablo babilónico nagabli que Mari tradujo como tumor, Johnes como absceso corneal y Scheile como catarata. Estas traducciones las somete a crítica:

“En el orden de las suposiciones, no nos atrevemos a creer que se trate de un flemón del



globo ocular, porque en aquellos tiempos es de suponer que la experiencia y la práctica, por muy poca que fuera la de aquellos cirujanos, tendrían la bastante para haberles enseñado que la intervención quirúrgica en estos casos había de ser poco satisfactoria para devolver la visión, y lo mismo se nos ocurre pensar si por tumor tomáramos el estafiloma total o parcial de la córnea. Tampoco es posible creer que se trate de un absceso corneal con o sin derrame de pus en la cámara anterior, porque esto nos haría admitir un refinamiento en la cirugía ocular de aquellos tiempos al nivel de los modernos procedimientos de Soeniche y de Desmarres”.

Del Castillo se inclina por la catarata *“puesto que esta operación es practicada desde los tiempos más remotos en la India, China y Egipto, llevada allí por los asirios, babilónicos y fenicios, quienes operaban por abatimiento o reclinación”.* De todas formas nuestro autor, después de consultar con el doctor Mari y con Fidel Fita, concluye que el significado de esta palabra es una cuestión que queda *“en pie y sin precisar”.*

El médico gaditano afirma que la cirugía se ejercía por separado de la oftalmología, *“y muy especialmente la cirugía ocular”*, que formaba rama independiente, *“constituyendo así una verdadera especialidad”.* Francisco Guerra apunta que no era común la especialización, aunque en tabletas de períodos tardíos se

mencionan médicos para los ojos y los animales domésticos. Este autor señala que existen textos que mencionan operaciones del ojo que se han interpretado como de catarata, pero que bien pudieran ser escarificaciones corneales, aunque quizás no se debe descartar el pterigion.

Pensamos que Rodolfo del Castillo era consciente de que estaba haciendo algo novedoso en España con este tipo de estudios historiográficos y por eso dice lo siguiente:

“...al fijar nuestra atención en el monumento de Susa, desde el punto de vista médico, sólo nos ha guiado el interés grande que despierta para la historia de las ciencias médicas y para los que a su estudio se dedican, siguiendo en todo el camino que en el extranjero se viene trazando hace muchos años, y que hoy constituye una rama importante de la arqueología, y que en nuestro país y entre nuestros profesores no han tenido aún toda aquella atención que merecen, dando con ello motivo a que se nos crea muy alejados de todo movimiento científico, que se aparta algo de lo especulativo y corriente”.

3. LA PASIÓN POR LA EGIPTOLOGÍA

Entre 1907 y 1909 nuestro médico se interesó en diversos estudios por el Egipto Antiguo, cabe recordar en este sentido los que dedicó a la esterilización de las aguas del Nilo en el siglo XI, la medicación oleosa en tiempo de los faraones, la momificación y el embalsamamiento o los objetos egipcios encontrados en Tarragona. Cada uno de estos trabajos merece un comentario.

En 1907 publicó *“Recuerdos de un viaje a Egipto. La esterilización de las aguas del Nilo en el siglo XI”.* El título del opúsculo nos avisa de que se trata de una breve crónica de un viaje que arranca con la convicción del médi-

co gaditano del papel jugado por esta Cultura: *“...comunicó los gérmenes de su civilización a Grecia; inició a Moisés en la doctrina de sus santuarios; dio origen a la fusión de los sistemas religiosos y filosóficos de la antigüedad; preparó el nacimiento del cristianismo y fue el lazo que unió el Occidente con el Oriente”*. En todos sus escritos de carácter historiográfico muestra la erudición de un estudioso de las culturas de la antigüedad; pero a la vez se percibe su apasionamiento, tanto que viaja a Egipto para conocer de primera mano el legado de esta civilización, y buscar y hablar con especialistas que lo ilustren sobre el particular, y esto es precisamente lo que nos sorprende en este breve opúsculo del médico gaditano; por ejemplo en Assuan fue atendido por el doctor Zareef Abadía, médico director del hospital civil, que le facilitó la visita a esta institución asistencial ubicada en la avenida del Nilo. Allí se encuentra con un hospital para 80 enfermos de ambos sexos construido por el sistema de pabellones; el pabellón de hombres lo rodean galerías al descubierto, pero los de las mujeres están cerrados por espesas celosías, *“á fin de que aquellas puedan pasear sin ser vista por los hombres, costumbre musulmana que se lleva aún con mucho rigor”*. Realiza también algunos apuntes sobre el *“Luksor Hospital for Natives”*; y cuando esperamos que se extienda sobre esta institución y otras vivencias médicas de su viaje, nos encontramos que se centra en un tema que ha llamado su atención: la esterilización de las aguas del Nilo en el siglo XI, y esto es así porque establece relaciones en El Cairo con el afamado oftalmólogo y humanista Mohamed Eloui Pachá, interesante cultivador de la historia de la medicina que había localizado un manuscrito de Ebn-Raduan, del 460 de la Hégira (1068), sobre la purificación de las aguas del Nilo. Eloui Pachá, salvando las distancias,

estableció una comparación entre las ideas de Ebn-Raduan y las de Louis Pasteur. Es sabido que el científico francés preconizó, para sanear completamente el agua, elevar la temperatura a más de 120° y aún más *“porque han observado que hay microbios que resisten temperaturas inferiores”*. Ebn Raduan, ochocientos años antes, apuntó la necesidad de elevar la temperatura del agua a un alto grado haciéndola hervir y prescribiendo su cocción prolongada, su filtración y exposición posterior al aire de la noche antes de consumirla. Ebn Raduan aprendió por la observación que el agua del Nilo, causante de diversas enfermedades, debía encerrar elementos extraños patógenos y que el mejor medio de desembarazarla de ellos era hacerla filtrar bien y someterla a una temperatura elevada; en una época en que ni la química ni el microscopio podían ayudarle en su labor, preconizó la depuración del agua con sustancias como el tomillo, las almendras amargas, el aneto, la mira, la juncia, y recomendaba el lavado o fumigación de los vasos destinados a contenerla. Este documento de Ebn Raduan le sirve a Rodolfo del Castillo para subrayar la importancia de los estudios histórico médicos, y de camino hacérselo notar a los que miran a esta materia con indiferencia. Lo expresa así:

“Al transcribir íntegro al español el trabajo del Dr. Eloui, lo hacemos, aparte de otras consideraciones que no son del momento, para demostrar una vez más á los que miran con indiferencia los estudios histórico-médicos que éstos merecen más atención que la que ellos le prestan, y que muchas cosas que pasan hoy por novísimas ya nuestros maestros del pasado lo habían conocido y puesto en práctica, y lo que ahora se hace con muchas cosas es cambiarles las vestiduras con sujeción al último figurín, pero los fundamentos son los mismos”.

En 1908 Rodolfo del Castillo, siendo profesor de oftalmología del célebre Instituto Rubio de Madrid, publicó otro folleto titulado *“La medicación oleosa en tiempo de los faraones. El aceite de ricino”*, de gran interés por las descripciones botánicas y médicas. Parece que el médico gaditano comenzó a recoger información para una obra ambiciosa, de la cual no tenemos noticia que llegara a publicarse, *“La oftalmología en tiempo de los faraones”*; en el curso de esta tarea llegó a sus manos el libro de un gran egiptólogo francés, Víctor Loret, titulada *“La flora en tiempo de los faraones”*. Este autor publicó en París, en 1892 la segunda edición de *“La flore pharaonique”*, dedicando aparte un estudio extenso al *“Ricinus communis”*. Precisamente lo que hace Rodolfo del Castillo es divulgar los escritos que sobre este asunto publicó este afamado catedrático de la Universidad de Lyon, con el objetivo de despertar el interés en España por la historiografía médica, dado el atraso existente en este tipo de estudios, que según del Castillo *“no es por defectos incorregibles de raza, sino por defecto de educación y preparación”*. Concreta que el ricino fue conocido *“en una época muy remota, puesto que, como veremos, la especie estaba designada por los mismos egipcios desde el siglo XVI, antes de nuestra era, habiendo sido utilizado durante largo tiempo por sus antepasados”*; subraya además que el ricino conocido de los antiguos egipcios era el ricino de África o de Arabia, no el ricino de la India. Alude también a Herodoto: *“los egipcios sacaban el aceite de la planta tanto en caliente, haciendo hervir los granos de agua, tanto en frío”*. En un papiro descubierto en Egipto, que data del reino de *“Ptolomico Philadelpho”*, se distinguen varias especies de aceites: el aceite de sésamo, el aceite de ricino, el aceite de Cartamo, el aceite de linaza, etc. Señala el médico gaditano a

J. Passalacqua como el primero que en 1826 apuntó la presencia del ricino en las tumbas egipcias antiguas; destacando también el estudio de 1895 de V. Loret y J. Poisson titulado *“Etudes de botanique égyptienne. Les végétaux antiques du Musée égyptien du Louvre”*. F. Unger, en 1859, declaró haber encontrado en el Museo Egipto de Viena un grano de esta planta, concretamente la representación del ricino en los bajorrelieves de Tebas y de Tell-el-Amarna; pero Víctor Loret mostró su crítica considerando que una de las representaciones es *“absolutamente convencional”* y la otra parece representar una higuera más que un ricino. Loret como se puede apreciar es un historiador cauto y por eso se expresa así:

“Estos diversos granos de ricino, hallados en las tumbas egipcias, no nos suministran, por desgracia, informes más precisos sobre la antigüedad de la planta en Egipto, que los suministrados por los autores clásicos. En efecto, no sabemos ni por quién han sido descubiertos estos granos, ni dónde, ni en qué condiciones. Las tumbas en las cuales han sido hallados esos granos ¿eran vírgenes? ¿habían sido visitadas y registradas? ¿fueron habitadas por árabes? ¿eran de época faraónica, greco-romana, ó bizantina? Concíbese que, en la duda, sería temerario tratar de inferir alguna conclusión clara de la presencia de granos de ricino en los Museos egipcios. A lo sumo, podemos suponer, poniendo en ello cierto optimismo, que algunos de estos granos son realmente antiguos. Pero antiguo, tratándose de Egipto, es un término de valor completamente relativo, y, en suma, los granos de ricino de nuestros Museos no nos llevan de modo cierto, más allá que el texto de Herodoto”.

Buena parte de esta obra firmada por Rodolfo del Castillo, que se apoya en los estudios de Loret, se dedica al papiro de Ebers, documento en el que se menciona en muchas oca-

siones al ricino, destacando entre otros los siguientes casos relacionados con la terapéutica:

a) Evacuar el vientre y quitar los cólicos: *“Granos de ricino. Comer, hacer pasar con cerveza para que salga todo lo que hay en el vientre”*.

b) Llagas y ulceraciones: *“Aceite sacado de los granos del ricino. Se unge con él a la persona a quien llagas vivas con ulceraciones purulentas hacen sufrir”*.

c) Dolores: *“Granos de ricino. Aplastar y amasar. Poner en miel. Aplicar sobre el miembro paciente”*.

John F. Nunn, en su obra *“La medicina del antiguo Egipto”*, ha compilado las drogas que parecen haber sido empleadas como laxantes, citando claro está al fruto del ricino, pero también el dátil, el higo, la hierba de papiro, el ajeno, el cilantro, el comino, el enebro, etc.

En 1908, Rodolfo del Castillo, publicó *“Recuerdos de un viaje a Egipto. El contagio de la oftalmía egipcia por las moscas”* y *“Origen del Egipto”*; y en 1909 *“Momificación y embalsamamiento en tiempo de los Faraones”*, obra de gran interés, en la que no nos vamos a detener ya que el médico gaditano en sus descripciones utiliza los apuntes de Herodoto, Diodoro y de egiptólogos como Mariette, Toda, Loret y Maspero, que por conocidos sería reiterativo exponerlos aquí; apuntaremos solamente que siguiendo a Herodoto dedica buena parte del opúsculo a las tres clases de embalsamamientos existentes: la realizada a los ricos, a los de mediana fortuna y a los pobres.

En el mismo año, 1909, publicó en el Boletín de la Real Academia de la Historia, institución de la que era Correspondiente, un informe titulado *“Objetos egipcios encontrados en Tarragona”*. Comienza su narración, como no podía ser de otra manera, con el recuerdo al

ilustre arqueólogo Juan Fernández de Velasco que en 1852 adquirió unos terrenos en la Colina Rocosa, donde se asienta Tarragona, en un lugar denominado Bosch Negre. Fernández de Velasco tenía indicios de que en esos terrenos podía realizar importantes hallazgos arqueológicos y no se equivocó: *“En el transcurso de las obras (...) halláronse gran número de objetos y varios restos de edificaciones antiquísimas, como cimientos, pavimentos, mosaicos, etc., y por bajo de éstos, y en capas superpuestas, monumentos de otros pueblos más antiguos”*. Fernández de Velasco formó una colección con este material, aunque envió algunos objetos al Museo Arqueológico provincial. Rodolfo del Castillo visitó Tarragona en febrero de 1908, época en que la citada colección estaba custodiada por Juan Manuel Martínez, hijo político de Fernández de Velasco, que facilitó la visita al médico gaditano. Del Castillo se fijó en tres ejemplares *“que á nuestro entender, tenían todos los caracteres de los de la civilización egipcia, como son un Respondiente, un Escarabajo sagrado y una estatua en bronce de la diosa Isis amamantando a Horo”*. Estos objetos fueron analizados también por Manuel Treviño, notable estudioso español de la egiptología, que corroboró que eran egipcios *“y de una autenticidad indiscutible”*. Rodolfo del Castillo no se conformó y recabó la opinión de su maestro y amigo, ya citado aquí, Víctor Loret, gran especialista en el Egipto Antiguo, autor de una gramática egipcia y profesor de la Facultad de Letras en la Universidad de Lyon. Loret *“nos lo confirmó sin ningún género de reserva”*. He aquí un importante testimonio de relación directa de Rodolfo del Castillo con una notable figura de la egiptología europea, circunstancia que se vería facilitada por su dominio del francés y evidentemente por el apasionamiento que sentía por los estudios arqueológicos. Con

su apreciación personal y el apoyo de Treviño y de Loret, Rodolfo del Castillo define estos objetos como funerarios, lo que le lleva a realizar una síntesis sobre el destino del individuo después de la muerte, la momificación de los cadáveres, el entierro y el ritual funerario en el Egipto Antiguo.

En cuanto a estos objetos, muy resumidamente, podemos apuntar lo siguiente. La estatua Respondiente (de barro cocido, barnizado de un color verde nilo y de 16 centímetros de altura) según del Castillo era de las que solían usarse en los tiempos de la XXVI dinastía; representaban estas estatuas a criados y servidores que debían responder al llamamiento del difunto cuando éste los necesitara en sus labores o para ayudarle en los trabajos que le mandase ejecutar Osiris. En cuanto al escarabajo sagrado se le representa en la forma de un hombre con cabeza de escarabajo; en el coleóptero se encarna a un dios que representa el emblema de la vida humana y de las transformaciones sucesivas del alma en el otro mundo. El hallado en Tarragona está labrado en ágata oscura y *“ha debido servir de sello ya montado en una sortija o en otro adorno que llevara su poseedor como amuleto”*. Hay otro matiz importante que resalta del Castillo sobre la importancia de este coleóptero en la civilización egipcia, al margen del ya apuntado de su uso como amuleto:

“Entre los egipcios el corazón no era únicamente el lugar donde residía la fuerza y la vida, sino que también se creía que era el originario de las buenas y malas acciones. Aceptando el simbolismo del insecto de intervenir en la resurrección de los cadáveres, al extraer el corazón de éstos en el momento del embalsamamiento, se colocaba en su lugar sobre el pecho un escarabajo labrado en piedra dos ó tres veces mayor del tamaño del natural...”

Y, por último, la tercera figura corresponde a la diosa Isis, esposa de Osiris (de bronce y de 9 centímetros de alto), que está sentada amamantando a Horo y lleva sobre su cabeza los signos emblemáticos del Sol y la Luna. Isis recibió el título de señora de los encantamientos y asumía varios aspectos, aunque el más recordado por los egipcios era el de madre divina como se puede ver en la figura que reproducimos (figura 2).



Figura 2: La diosa Isis amamantando a Horo (Fuente: R. del Castillo, 1909c).

Rodolfo del Castillo, en esta importante comunicación a la Real Academia de la Historia, hace matizaciones muy interesantes sobre estos objetos funerarios, como hemos podido apreciar; pero también matiza que no son los únicos hallados en España, como por ejemplo dos Respondientes aparecidos en excavaciones hechas en Cádiz, remitiendo al estudio realizado sobre los mismos por Manuel Rodríguez Berlanga en la *“Revista de Archivos”*. En Cádiz también, en el descubrimiento de una tumba en 1885, aparecieron algunos *“escarabajos”*, *“tales como uno de ágata montado en una sortija de oro (...) lleva grabada en su parte plana una diosa, que posee el Dr. D. Cayetano del Toro”*. Recuérdese que se refiere al eminente oftalmólogo y político gaditano Cayetano del Toro y Quartiellers, pariente y maestro en la especialidad de Rodolfo del Castillo. Asimismo en excavaciones del gaditano barrio de

Santa María se hallaron unas tumbas y en ellas dos escarabajos con inscripciones en su parte plana, estudiados por Pedro Riaño de la Iglesia, director de la Biblioteca Provincial y Museo Arqueológico de Cádiz y Correspondiente de la Real Academia de la Historia.

Nuestro médico, en febrero de 1909, era muy consciente de que se iban multiplicando los hallazgos arqueológicos en España (Ibiza, Villaricos y Herrerías en Almería, Cádiz y Bares en la provincia de la Coruña), y de la influencia de Egipto en la civilización del Occidente de Europa, incluida España, “*pero en qué grado, en qué tiempos y por cuántas maneras se difundió sobre el suelo ibérico, importa averiguarlo bien*”. No le faltaba la razón al médico gaditano.

4. LA OFTALMOLOGÍA EN TIEMPOS DE LOS GRIEGOS Y DE LOS ROMANOS

En este apartado nos vamos a referir a dos monografías: “*La oftalmología en tiempo de los griegos*” (1910) y “*La oftalmología en tiempo de los romanos*” (1905). Centrémonos primero en Grecia. Una de las primeras citas se refiere a Hipócrates y las enfermedades de los ojos, pero esto constituye sólo un apunte, porque el interés del médico gaditano se centra en un papiro relacionado con la oftalmología, fragmento de un tratado de Cirugía. La datación cronológica del papiro es ambigua, tan sólo se apunta que hasta la época de Alejandro no se introdujo en Grecia el papiro, y que las obras se escribían en tablas enceradas y pieles de animales. En este capítulo encontramos nuevamente la presencia de las relaciones científicas internacionales establecidas por Rodolfo del Castillo, ya que el papiro está en posesión de un amigo personal, Adolphe Cattai, del Cairo, “*el cual lo tiene depositado en la Biblioteca de la Universidad Egipcia*”. Este documento

fue estudiado por J. Nicole y comentado por Johannes Ilbergs, apoyándose sobre todo del Castillo en sus descripciones en el primero de estos autores. Este fragmento tiene tan sólo 18 centímetros de alto y 14 y medio de ancho, y proporciona información de un tratamiento quirúrgico practicado por los griegos en determinadas afecciones oculares. Leamos:

“El fragmento del papiro (...) proviene de un curioso capítulo de la Oftalmología griega, que ya en los escritos de Hipócrates se recomienda en las enfermedades de los ojos al practicar en ciertos casos una ó varias incisiones en la piel de la cabeza, que tienen lugar en la dirección de los ojos, pretendiendo por medio de estas sangrientas incisiones desviar el reuma. Según Celso, el tratamiento quirúrgico de estas enfermedades era muy conocido, y Filoxenos, en Alejandría, simplificó y perfeccionó la práctica de estas operaciones quirúrgicas contra el reuma de los ojos. Conocíanse dos procedimientos, que se denominaba Hipostatismo (...), y Periscytismo (...), términos que se encuentran en los escritos de Aetios de Amida y Paulos de Egina...”

Celso, por ejemplo, aclara que las infecciones de la conjuntiva ocular son atribuidas al “reuma”, y que los exudados de los ojos provienen de la “pituita” que se desliza a través de los vasos “*y, en muchos casos, se curan practicando determinadas incisiones en la piel de la cabeza*”. Como se puede comprobar las ideas etiológicas y la terapia quirúrgica están en consonancia con la consabida doctrina humoral. Rodolfo del Castillo explica estas técnicas apoyándose en las descripciones de Celso. Algunos cirujanos, en Grecia, practicaban nueve incisiones sobre el cuero cabelludo: dos en línea recta hasta el occipital, divididas por una incisión transversal; dos por debajo de las orejas, separadas por otra línea igualmente transversal, y las tres últimas siempre en línea

recta, dirigiéndose desde el vértice del cráneo a la frente. Esta técnica tiene algunas variantes, que no entramos a detallar. Galeno cita en sus obras el “Hipospatismo” como operación relativamente más fácil: *“Se hacían en la frente tres incisiones verticales y paralelas, y del largo de dos pulgadas, hasta el hueso, y distanciadas tres pulgadas unas de otras, con ayuda de una sonda de paleta de dos filos, formando un puente de piel, y los vasos de éste se separaban por medio de un bisturí”*. Precisamente el contenido del papiro mencionado está en consonancia con los apuntes realizados, *“y no hay descripción más detallada del Periscytismo como del Hipospatismo”*. Aunque también se describen ambas técnicas siguiendo los textos de Pablo de Egina (siglo VII). Nuestro médico resume el asunto así:

“Por lo expuesto venimos en conocimiento que afecciones de los ojos eran consideradas por los médicos griegos como de origen reumático y de difícil curación, en que era necesario recurrir á actos quirúrgicos como el Hipospatismo y el Periscytismo, siendo este último el más cruento (...). El fragmento del papiro que nos ocupa es un testimonio auténtico e indiscutible de lo que era la cirugía ocular en tiempo de los griegos, y se viene en conocimiento que desde un siglo antes de Jesucristo el contenido de nuestro papiro es proclamado en todos los Tratados de Cirugía de su época y hasta en tiempo de los romanos...”

Del Castillo no entra en los aspectos filológicos y remite a los trabajos de Nicole e Ylbergs, sin embargo no omite las cuestiones prácticas (etiológicas y quirúrgicas) que afectan a las *“teorías reumáticas de las oftalmías”*. Como especialista en oftalmología y estudioso pertinaz de la historiografía médica quiere comprender estas técnicas quirúrgicas en su contexto, aunque estén obsoletas o sean juzgadas como *“extravíos de la ciencia médica”*,

por eso quizás se sorprende *“que el ilustre historiador de la Oftalmología, J. Ylbergs, omita el entrar en detalles respecto á estos procedimientos operatorios en su edición del Libro VII de Aetios”*. No cabe duda de que el médico gaditano consigue fraguar en esta breve monografía un interesante trabajo de alta divulgación, exponiendo sintéticamente los fundamentos médicos y quirúrgicos de estos problemas oftalmológicos.

Hemos dejado para el final, por coherencia cronológica y por su importancia historiográfica, la monografía dedicada a la oftalmología en tiempos de los romanos, publicada en 1905 y que fue traducida al alemán por Max Neuburger en 1907; también existe una edición resumida publicada en 1956 con motivo del *“II Congreso Latino de Oftalmología”*. En esta monografía encontramos varios capítulos, por ejemplo: la medicina en Roma, los sellos de los oculistas, las inscripciones tumulares de médicos oculistas romanos, los colirios y sus denominaciones o las maneras de usar los colirios y la terapéutica. Esta monografía por sí sola requeriría un estudio monográfico, pero el objetivo que nos hemos planteado en este artículo es el de ofrecer una visión general de los estudios historiográficos de Rodolfo del Castillo, por este motivo centraremos nuestros comentarios en los sellos de los oculistas, las inscripciones tumulares y los colirios, aunque no sin advertir que la preocupación del médico gaditano por el tema viene desde años atrás cuando publicó en 1897 un interesantísimo opúsculo titulado *“Epigrafía oftalmológica hispano-romana”*, y en el mismo año, en los *“Anales Médicos Gaditanos”*, otro trabajo que trata sobre *“Un oculista gaditano del tiempo de la dominación romana en España”*, y en 1902 sobre dos nuevos sellos de oculistas greco-romanos, claros precedentes de la citada

monografía, que fue calificada por Fidel Fita Colomé (1835-1918) -notable arqueólogo que hizo de la epigrafía romana una disciplina independiente en la historiografía española- de original y de relevante mérito.

Es sabido que los oculistas se denominaban “*Ocularii clinici*” y “*Ocularii chirurgi*”, según sus prácticas fueran médicas o quirúrgicas. Apunta del Castillo, con cierto tono apasionado, que gracias a las inscripciones (la epigrafía), los instrumentos, los medicamentos y diversos objetos hallados en las excavaciones, “*se demuestra plenamente que ninguna especialidad aventajó a la oculística*” (figura 3).



Figura 3: Un oculista explorando o interviniendo a una persona (Fuente: R. del Castillo, 1956).

El primer asunto, pues, es el de los sellos de los oculistas, relacionados directamente con los colirios. La única garantía que tenía el público “*era que el medicamento fuese refrendado con el nombre del oculista*”, y esto se hacía con un sello que cada oculista poseía, “*que era de una piedra especial finamente labrada*”; su forma era normalmente cuadrangular o rectangular, “*de dimensiones variables, entre 60 milímetros de largo, 35 de ancho y 15 de espesor*”.

Estos sellos llevaban grabados el prenombre, el nombre y el cognombre del oculista, el colirio, las principales sustancias de su composición y la indicación médica de las enfermedades en que se debían utilizar, además de los líquidos en que se debían disolver e incluso las veces en que se debían aplicar. Por ejemplo: “*Colirio divino de Cayo Dedemon contra el lagrimeo sintomático de la oftalmía; se harán tres aplicaciones, diluyéndolo en clara de huevo*”. En la monografía abundan los ejemplos, eficazmente complementados con las ilustraciones correspondientes. Los casos expuestos son muy variados y proceden de diversos lugares como, por ejemplo, la Galia, la Bretaña y las Germanias, y se fundamenta el estudio crítico en las opiniones de autoridades en materia de epigrafía oftalmológica como Sichel o Deneffe, autor este último de la obra “*Los oculistas Galo-Romanos*”. Del Castillo dedica un breve capítulo al de “*Caelius Diadumenus*”, conocido como “*sello de Madrid*”, aunque las indagaciones de P. Fita no consiguieron aclarar donde fue localizado. Del Castillo supone que Caelio Diadumeno pudo venir de un pueblo de la Galia a Tarragona, aunque esto lo apunta más desde la especulación que desde la certeza. Deja, pues, abierto este asunto:

“*Si el problema de los orígenes de estos sellos queda aún en pie, en cambio cada sello ha sido una página de la historia de la oftalmología del tiempo de los romanos, que nos ha revelado el nombre de un gran número de oculistas, colirios que usaba, sustancias medicinales que entraban en su composición, enfermedades a que se aplicaban...*”.

No cabe duda de que las inscripciones tumulares de los médicos oculistas romanos es una fuente indiscutible para evidenciar su existencia. Normalmente en estas inscripciones se observa que todos los médicos oculistas

eran libertos, excepto en algún caso de esclavo imperial. Los ejemplos que cita Rodolfo del Castillo también son abundantes y no cabrían en este artículo, citaremos algunos a modo de ejemplo: “*Marco Geminio Felice, liberto de Marco, médico oculista, en la encrucijada de los ajos*” o “*Aquí yace para siempre Ilustrio? Celadiano, esclavo de Tiberio César Augusto, médico oculista, afectuoso para sus padres. Vivió treinta años*”. O bien este otro que fue localizado en Chiclana de la Frontera (Cádiz), de la primera centuria de la era cristiana en tiempos de Augusto: “*Consagrado a los Dioses Manes. Aquí yace Albanio Artemidoro, médico oculista, de 46 años, querido de los suyos. Séale la tierra ligera*” (figura 4).



Figura 4: Túmulo funerario de Albanio Artemidoro
(Fuente: Rodolfo del Castillo, 1956).

Ya en 1903, Rodolfo del Castillo, publicó un folleto titulado “*Los colirios oleosos en la antigüedad*”, y en su monografía dedica un capítulo titulado “*Los colirios y sus denominaciones*”, aclarando lo siguiente: “*Cuando estas complicadas combinaciones, bien en sólido o líquido, eran destinadas a ser introducidas en*

alguna cavidad natural o accidental, recibían el nombre genérico de colirios, que no era, como es hoy, una fórmula exclusiva destinada al tratamiento de las enfermedades de los ojos”. Las sustancias eran finamente pulverizadas y si se les quería dar consistencia de pasta se les adicionaba para ello goma, agua o alguna otra sustancia con propiedades aglutinantes: “*Hecha la pasta, se le daba la forma de pequeñas barras, la que antes de desecarse, que se hacía a la sombra, se le imprimía la inscripción con el sello del oculista que había ideado la fórmula, o el del que lo expendía, constituyendo esto un colirio de los llamados secos*”. Además había otros colirios denominados líquidos, y por último a los que se les daba forma de pomadas o ungüentos, los cuales se conservaban en cajas metálicas.

Los colirios secos, en el momento de su empleo, se pulverizaban y se disolvían en el líquido que convenía, siendo por lo regular agua de rosas, aceite, vino ligero o vinagre, “*cuan-do se quería suavizar su acción astringente, se daba entonces la preferencia a la clara de huevo o a la leche de mujer*”. Cuando los colirios eran disueltos se introducían dentro del ojo, sirviéndose para ello de pinceles o espátulas”. Los colirios secos también eran aplicados en el interior del ojo en forma de polvo fino. Esta aplicación se hacía por insuflación o con una cucharilla. Dioscórides cita como ejemplo el uso de la jibia calcinada y reducida a polvo: “*molido con sal y echado, consume las uñas que en los ojos se engendran*”. Los colirios líquidos eran aplicados en instilaciones, o gota a gota, empleando la esponja o la lana finamente cargada, o bien vertiendo el líquido directamente desde el vaso, o bien por medio de cucharillas. En cuanto a los ungüentos se utilizaban “*como unturas alrededor del ojo y no en su interior*”. Los ungüentos eran menos consistentes

que las pomadas, “*entrando en su composición la pulpa de manzanas y las grasas animales*”. Normalmente antes de poner algún colirio, los ojos eran cuidadosamente lavados con una decocción de mirra o de hojas de rosa, a fin de limpiarlos adecuadamente y suprimir exudados. Eran muy usados los colirios preparados con sales de cobre.

5. EPÍLOGO

Rodolfo del Castillo y Quartiellers, médico gaditano, se especializó en oftalmología, y realizó una importante labor médica en Córdoba y en Madrid; en esta ciudad fue profesor de enfermedades de los ojos en el Instituto fundado por el afamado cirujano portuense Federico Rubio y Gali (1827-1902). Realizó una importante obra como traductor de textos médicos, por ejemplo “*Las heridas del ojo*” de Arlt, las “*Lecciones oftálmicas*” de Sous o “*Los elementos de terapéutica ocular*” de Bourgeois. Colaboró en revistas como “*El Progreso Médico*” o “*La Crónica Oftalmológica*”, ambas de Cádiz, fundó en Córdoba “*La Andalucía Médica*” y en Madrid los “*Anales de Oftalmología*”. Además de ser congresista y senador.

En cambio son menos comentadas, en cuanto a su contenido, las aportaciones que realizó a la historiografía médica de la Antigüedad, que hemos tratado de glosar en este artículo, y que merecieron en su día también la atención del profesor Orozco Acuaviva. Rodolfo del Castillo fue una rara excepción en la medicina española de la época, ya que sí era frecuente –quizás por influencia de los tratados de medicina franceses– que los autores realizaran una introducción histórica de los temas tratados en sus libros, pero más raro es encontrar a autores que estudien la bibliografía nacional y extranjera de historiadores y arqueólogos para realizar trabajos de investi-

gación y de alta divulgación sobre temas tan minoritarios y especializados como pueden ser la medicina mesopotámica, egipcia, griega y romana. El historiador de la Medicina vienés Max Neuburger (1868-1955) tradujo al alemán la monografía que Rodolfo del Castillo dedicó a la oftalmología en tiempos de los romanos. Neuburger fue fundador nada menos que del Instituto de Historia de la Medicina y seguidor de una concepción de la historia de la cultura semejante a la de su maestro Puschmann, que asoció –como bien ha indicado López Piñero– a una concepción biologista del cambio histórico, sirviendo de base a su exposición de conjunto de la historia antigua y medieval. Se debe reconocer, pues, a Rodolfo del Castillo la condición de estudioso en España de la medicina antigua, mereciendo incluso el reconocimiento internacional con la citada traducción del historiador vienés. Para terminar no podemos olvidar que hace muchos años el gran historiador Luis García Ballester señaló el gran interés de Federico Rubio y Gali por la historiografía médica al introducir en su “*Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas*” trabajos de esta disciplina, concibiéndola “*como disciplina médica, no como un diálogo con los muertos*”. En esta revista colaboraron Martínez Vélez, Luis Comenge y también Rodolfo del Castillo, del que dice García Ballester: “*Allí colaboró Rodolfo del Castillo Quartiellers, profesor de Oftalmología en el Instituto, con un sólido artículo, basado en fuentes arqueológicas y epigráficas, sobre ‘La oftalmología en tiempos de los romanos’ (1900) donde resume las investigaciones propias (1896) y ajenas sobre el tema*”. La misma circunstancia acontece en los “*Anales Médicos Gaditanos*”, revista liderada por Cayetano del Toro, que también acogió en sus páginas artículos de Rodolfo del Castillo sobre los oculistas en tiempos de los romanos.

FUENTES

- Expediente de Rodolfo del Castillo y Quartiellers. Legajo L, expediente 4 (Archivo de la secretaría de la Facultad de Medicina de Cádiz).
- Castillo y Quartiellers, R. del: "Ejercicios del doctorado del licenciado D. Rodolfo del Castillo y Quartiellers. Tesis. Sífilis, naturaleza y sitio" (Cádiz 6 de junio de 1872). Cuadernillo de 38 pp. Cosidas a hilo (210 x 140 mm.) estando las páginas 2 y 24 a 38 en blanco y el texto en letra de grafía del siglo XIX. Legajo L, expediente 4 (Archivo de la secretaría de la Facultad de Medicina de Cádiz).
- Castillo y Quartiellers, R. del (1897): Epigrafía oftalmológica hispano-romana. Imprenta y Librería del Diario de Córdoba. Córdoba (Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, en adelante BFMUCM).
- Castillo y Quartiellers, R. del (1903): Los colirios oleosos en la antigüedad. Administración de la Revista de Medicina y Cirugía Prácticas. Madrid (BFMUCM).
- Castillo y Quartiellers; R. del (1904): El Código de Hammurabi y la oftalmología en los tiempos babilónicos. Administración de la Revista de Medicina y Cirugía Prácticas Imprenta y Librería de Nicolás Moya. Madrid (BFMUCM).
- Castillo y Quartiellers, R. del (1905): La oftalmología en tiempos de los romanos. Establecimiento. Establecimiento tipográfico de Idamor Moreno. Madrid (BFMUCM).
- Castillo y Quartiellers, R del (1907): Die Augeneilkunde in der Romerzeit. Autorisierte ubersetzung aus dem spanischen von Max Neuburger. Leipzig und Wien.
- Castillo y Quartiellers, R. del (1956): La oftalmología en tiempos de los romanos. Laboratorios del Norte de España, SA. Masnou, Barcelona (Colección particular F. Herrera).
- Castillo y Quartiellers, R. del (1907): La esterilización de las aguas del Nilo en el siglo XI. Establecimiento tipográfico de Idamor Moreno. Madrid (BFMUCM).
- Castillo y Quartiellers, R. del (1908): La medicación oleosa en tiempo de los faraones. El aceite de ricino. Administración de la Revista de Medicina y Cirugía Prácticas. Madrid (BFMUCM).

- Castillo y Quartiellers, R. del (1909a): Momificación y embalsamamiento en tiempo de los faraones. Administración de la Revista de Medicina y Cirugía Prácticas. Madrid (BFMUCM).
- Castillo y Quartiellers, R. del (1909b): "Momificación y embalsamamiento en tiempo de los faraones." Revista de Medicina y Cirugía Prácticas: LXXXIII, 1.074, pp. 209-224.
- Castillo y Quartiellers, R. del (1909c): "Objetos egipcios encontrados en Tarragona". Boletín de la Real Academia de la Historia: LIV, III, pp.169-180 (BFMUCM).
- Castillo y Quartiellers, R. del (1910): La oftalmología en tiempo de los griegos. Administración de la Revista de Medicina y Cirugía Prácticas. Madrid (BFMUCM).

BIBLIOGRAFÍA

- Abascal, J.M. (1996) Fidel Fita y la epigrafía hispano-romana. Boletín de la Real Academia de la Historia: 193-2: 305-334.
- Bishop, W.J. (1963) Cirugía histórica. Editorial Mateu. Barcelona.
- Borobia, E.L. (1988) Instrumental médico-quirúrgico en la Hispania Romana. Impresos Numancia SA. Madrid.
- Buzzi, A. y Doisenbant, A.R. (2008) Evolución histórica de la medicina. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires: 41-53.
- Cassin, E.; Bottero, J. y Vercoutter, J. (1984) Los Imperios del Antiguo Oriente. Del Paleolítico a la mitad del segundo milenio. Siglo XXI de España editores, SA. Madrid.
- Fita, F. (1906): La oftalmología en tiempos de los romanos. Boletín de la Real Academia de la Historia: 49: 279-280.
- Fresquet, J.L (2009) Max Neuburger (1868-1955) Disponible en <http://www.historiadela medicina.org/neuburger.html> (consultado el 1 de julio de 2012).
- García-Ballester, L.: Lo clásico en la medicina española moderna y contemporánea. Conferencia mecanografiada Disponible en http://www.bduimp.es/archivo/conferencias/pdf/0407_83_10040_07_Garcia_Clasico:idc15590.pdf (consultado 1 de julio de 2012).
- Gómez-Vila, J. (2000) Epigrafía romana. Pautas sobre o seu tratamento didáctico Revista Galega do Eusino: 29: 177-193.

- Granjel, Luis S. (1986) Medicina española contemporánea. Ediciones Universidad de Salamanca: 201.
- Guerra, F. (1982) Historia de la Medicina. Ediciones Norma, SA. Madrid. Tomo 1: 68-69.
- Haeger, K. (1993) Historia de la Cirugía. Editorial Raíces. Madrid, pp. 17-20.
- Herrera, F. y Cabrera, JR (1986): La tesis doctoral sifilográfica de Rodolfo del Castillo y Quartiellers (1845-1917). Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz: XXII (1): 73-81.
- Herrera, F.(1984) Grados de doctor y tesis doctorales en la Facultad de Medicina de Cádiz. Tesis de licenciatura (Ejemplar mecanografiado). Facultad de Medicina de Cádiz.
- Herrera, F. (1987) Las opiniones de Rodolfo del Castillo y Quartiellers (1845-1917) sobre el Código de Hammurabi y la oftalmología en los tiempos babilónicos (1904). Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz: XXIII (1): 21-32.
- Herrera, F. (2002) Federico Rubio y la renovación de la medicina española (1827-1902). Ayuntamiento de El Puerto de Santa María. El Puerto de Santa María.
- Herrera, F. (2002) Un acercamiento a la obra de Federico Rubio y Gali (1827-1902). Revista de Historia de El Puerto: 29: 63-88.
- Herrera, F. (2010) "Cayetano del Toro y Quartiellers" (1842-1915). En Bustos, M.: Centenario de la Real Academia Hispano Americana de Ciencias, Artes y Letras (1910-2010). I. Alrededor de los Cien Años de Historia y Vida Académicas. Real Academia Hispano Americana de Ciencias, Artes y Letras. Cádiz, pp. 207-236.
- Javierre, J.M. (dir.) (1979) Gran Enciclopedia de Andalucía. Sevilla, t. II, p. 755.
- Laín, P. (1982): Historia de la Medicina. Salvat editores, SA. Barcelona.
- Lara, F. (1982): Código de Hammurabi. Editora Nacional. Madrid.
- López Piñero, J.M. (1984) Los estudios historicosociales sobre la medicina. En Lesky, E: Medicina Social. Estudios y testimonios históricos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: 9-30.
- Monteagudo, L. (2000) La cirugía en el Imperio Romano. Anuario Brigantino: 23: 85-150.
- Nunn, J.F. (2002) La medicina del Antiguo Egipto. Fondo de Cultura Económica. México.
- Orozco, A. (1971) Apuntes para la historia de la medicina gaditana. Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz. VI/ 1: 7-79.
- Orozco, A. (1978) Médicos escritores gaditanos. Excmo. Colegio Oficial de Médicos de Cádiz: 69-75.
- Orozco, A. (1982) El gaditano Rodolfo del Castillo (1845-1917) y "La Andalucía Médica" de Córdoba (1876-1891). Boletín Informativo del Excmo. Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Cádiz: 8: 16-19.
- Orozco, A. (1984) Tres etapas históricas de la Ética Profesional de Enfermería. Boletín Informativo del Excmo. Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Cádiz: 2: 9.
- Orozco, A. (1996) Rodolfo del Castillo (1845-1917) y la medicina cordobesa. Actas del VII Congreso de Academias de Andalucía (Córdoba, 17-19 mayo 1996). Instituto de Academias de Andalucía y Real Academia de Córdoba de Ciencias, Bellas Letras y Nobles Artes. Córdoba: 189-200.
- Padró, J. (1986) La formación de los grandes estados mesopotámicos. En Moretón, C. (dir.): Gran Historia Universal. IV: Egipto y los Grandes Imperios. Club Internacional del Libro. Madrid: 86-97.
- Zaragoza, J.R (1972) La medicina de los pueblos mesopotámicos. En Laín, P. (dir.): Historia Universal de la Medicina. Salvat editores, Barcelona.

Hôtel-Dieu de París; orígenes y aparición de las primeras enfermeras religiosas de la historia

Hôtel-Dieu in Paris; origins and appearance of the first religious nurses of the history

Hôtel-Dieu em Paris; origens e aparência das primeiras enfermeiras religiosas da história

Teresa Morales, Cristina¹; Garcia Berrocal, Francisco Javier²

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

Cómo citar este artículo en edición digital: Teresa Morales, C. y Garcia Berrocal, F.J. (2013) Hôtel-Dieu de París; orígenes y aparición de las primeras enfermeras religiosas de la historia. 17, 35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.35.04>

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

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

Recibido 1/12/2012. Aceptado 07/02/2013.



ABSTRACT

The objective of the present study is to discover and disclose the history of the Hôtel-Dieu in Paris and, at the same time, the history of the Agustinian's Sisters, nurses of the mentioned hospital. The methodology used to carry out the study was an extensive literature research, translation, reading, analysis and discussion of the documents we find during the research. The conclusions tell us about the difficulties of the occupation, about how long one person could take to complete studies and to

became fully professional in this area (up to 26 years), and also talks about how the functions between some occupations and others was delimited.

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

RESUMO

O objetivo do presente estudo é descobrir e divulgar a história do Hôtel-Dieu de Paris e paralelamente a história das Irmãs Agustinianas, enfermeiras do hospital mencionado. O método utilizado para levar a cabo o estudo foi uma ampla pesquisa bibliográfica, tradução, leitura, análise e reflexão dos documentos encontrados. As conclusões deste estudo nos falam da dureza da ocupação, de como podiam demorar a se formar para exercer plenamente a profissão até vinte e seis anos e de como estavam delimitadas as funções entre uns corpos e outros.

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

RESUMEN

El objetivo del presente estudio es descubrir y dar a conocer la historia del Hôtel-Dieu de París y la historia paralela al mismo de las Hermanas Agustinas, cuidadoras de los enfermos de dicho hospital. El método usado para llevar a cabo el estudio ha sido una amplia búsqueda bibliográfica, traducción, lectura, análisis y reflexión de los documentos encontrados. Las conclusiones de este estudio nos hablan de la dureza de la ocupación, de cómo podían llegar a tardar en formarse para ejercer plenamente, hasta, veintiséis años y de cómo estaban de delimitadas las funciones entre unos cuerpos y otros.

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

INTRODUCCIÓN

Desde el comienzo del Cristianismo, en el siglo I de nuestra era, se ponen en alza valores como la misericordia y la caridad, potenciados desde la propia Iglesia Cristiana: *“El primer deber de los diáconos fue encontrar a los pobres e informar de ellos a los obispos y fieles (Tollemer, 1863): <<Que los diáconos sean como los ojos de los obispos, vigilando con cuidado y modestia todo lo que suceda o acontezca en la Iglesia... Que informen con solicitud de todos aquellos que estén sufriendo en sus propias carnes, que se los señalen al pueblo y si el pueblo ignorase sus dolencias que ellos les visiten y abastezcan sus necesidades dando cuidadosa información al obispo de lo que donan>> Estas recomendaciones del Papa Clemente I, se repiten palabra por palabra en la Constitución Apostólica para las obras de caridad de los diáconos y diaconisas”* (Tollemer, 1863)

Como vemos, ya Clemente I, Papa de la Iglesia Romana en los últimos años del s. I y principio del s. II; invita a sus seguidores a realizar obras de misericordia y caridad con los pobres y enfermos. En los siglos siguientes, la Iglesia Cristiana va ganando poder y expandiéndose territorialmente, por diferentes motivos entre los que cabe destacar que fue reconocida por parte del Emperador Constantino, como Iglesia del Imperio Romano en el siglo IV, tras el I Concilio de Nicea (325d.C.). Durante estos siglos, la Iglesia destaca la misión salvadora de Cristo hacia los enfermos y desvalidos, en contra de lo que antes propugnaban las demás creencias (Martínez 2011). Esto hace que comiencen a aparecer instituciones dedicadas al cuidado de los enfermos y los necesitados, las cuales toman como referencia a los hospitales militares romanos, siendo *“uno de los primeros y más famosos hospitales que se erigió el llamado Basiliás, fundado por San Basilio el Grande en Cesárea el año 370”* (Nogales, 2003).

ESTADO DE LA CUESTION

Como partida del estado de la cuestión, cabe mencionar que en nuestra búsqueda bibliografía en las diferentes bases españolas mencionadas, encontramos publicado en España tan solo un trabajo sobre nuestro objeto de investigación (Santo Tomas, 1997), en el que se estudia la institucionalización de la formación en el Hôtel-Dieu a través de la iconografía de una miniatura del siglo XV, expuesta en una de las salas del hospital. Sin embargo si encontramos mucha bibliografía sobre los cuidados de enfermería en la Edad Media, los hospitales medievales, la enfermedad y la religión... Entre estos trabajos destacamos las siguientes aportaciones; Eserverri Chaverri, C. (1996-1997), Ferrer Caro, F. (2001), Her-

nández Martín, F. (1994), Parrilla Saldaña, J. (1999), Salvatores Fuentes, P. (2002), Álvaro Barra, MP (2001), Lentini, J. (1992), García García, JL (1992) y Nogales Espert, A. (2003). En las bases de datos internacionales encontramos algunos artículos sobre nuestro objeto de estudio como son los de Abécassis (1993), Pajot, D. (1998), Jehanno, C. (1986 y 2004). También acudimos a los manuales de historia de la enfermería (nacionales e internacionales, traducidos o no) entre los que podemos destacar, Nutting, A. (1901), Donahue, M.P. (1985), Hernández Martín, F. (1996), Siles González, J. (1999) y Martínez Martínez, M.L. (2011).

Los libros sobre los que hemos trabajados son; sobre la historia de Paris y su relación con la Iglesia Católica: Dubois (1710), Filibien, M. (1725), Mackay, M.L. (1923), Lebeuf, J. (1754) y Tollemer, A. (1863); y sobre la historia específica del Hôtel-Dieu de Paris; Coyecque, E. (1891), Tenon, J.R. (1788) y Chevalier, A. (1901).

La documentación encontrada nos ha servido para ir desgranando como surgen las diferentes instituciones religioso/sanitarias, así como el contexto político, religioso, social e histórico de este estudio.

MÉTODOS

Tras un breve y casual contacto con la historia del Hôtel-Dieu de Paris, nos surge la inquietud de desentrañar su historia y sobre todo la de sus enfermeras, dicha inquietud deriva en una profunda indagación que iniciamos con una amplia búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos españolas (CUIDEN, COCHRANE PLUS y DIALNET) y francesas (FRANCOFIL, PASCAL Y REFDOC), así como en los catálogos generales y específicos de las bibliotecas de las Universidades de Huelva y Extremadura; utilizando los descriptores:

Hôtel-Dieu, Hôtel-Dieu de Paris, hospitales medievales, hospitales en la Edad Media, cuidados de enfermería en la Edad Media, hospitales católicos, hospitales católicos en Francia, enfermería medieval, monjas enfermeras, religiosas enfermeras, religión y enfermería, caridad y hospitales.

En esta búsqueda, encontramos información en revistas especializadas en enfermería, religiosas, libros de historia de la ciudad de Paris, de historia de enfermería, de historia de medicina y de historia de la religión cristiana, libros específicos de historia de dicho hospital, llegando a encontrar volúmenes de valor incalculable para este trabajo entre los que podemos destacar;

- Obituarios eclesiásticos sobre donativos y obras de caridad (desde el s.VII)
- Títulos de propiedad de los terrenos del hospital
- Reglamentos internos de funcionamiento de los hospitales religiosos (s. IX)
- Estatutos originales del Hôtel-Dieu (s. XIII)
- Informes solicitados por el Parlamento Francés a la Real Academia de las Ciencias (s. XVIII) sobre el funcionamiento y administración de dicho hospital

La mayor dificultad de esta búsqueda bibliográfica la hemos encontrado en la antigüedad de los libros específicos sobre el hospital, que hacen la localización de los mismo más complicada, así como su no traducción, por lo que la segunda fase del trabajo, tras la búsqueda, fue la traducción propia de dichos volúmenes, al completo o de los capítulos relativos al tema de estudio.

Posteriormente, se lleva a cabo la fase de análisis hermenéutico en el que tras, la traduc-



ción, se produce la lectura, análisis crítico y reflexión de todos estos documentos mencionados. El resultado de esta investigación descriptiva, longitudinal y trifásica es este trabajo, que nace con el objetivo de dar a conocer la apasionante historia del Hôtel-Dieu de Paris, así como la de sus enfermeras; sus condiciones de trabajo, como se incorporan a la ocupación y formación que reciben para el desempeño de la misma, hasta el s. XIII.

MARCO HISTORICO

La Edad Media es el período histórico de la civilización occidental comprendido entre el siglo V y el XV (Alta Edad Media desde el siglo V al X y Baja Edad Media entre el siglo XI y XV). Su comienzo se sitúa convencionalmente en el año 476 con la caída del Imperio Romano de Occidente; “*Con la desaparición de Roma, el particularismo de los pueblos, que durante tanto tiempo había sido canalizado por la política romana, derivó en un autentico caos...*” (Siles, 1999), y su fin en 1453 con la caída del Imperio Bizantino, o en 1492 con el descubrimiento de América. La Alta Edad Media se caracteriza por la aparición y desarrollo de tres fenómenos;

- Feudalismo - con su economía autárquica y sistema de trueques

- Transformación cultural e ideológica fundamentada en la consolidación de la Iglesia y filosofía Cristiana (Álvaro, 2001) que deriva en significativos cambios políticos. Durante la Alta Edad Media “el dominio de la Iglesia sobre la sociedad fue prácticamente indiscutible” (Donahue, 1985). La Iglesia asume como organización propia el sistema gubernamental romano, cada provincia eclesiástica (diócesis) coincide con una provincia civil y es gobernada, a nivel religioso, por un obispo; siendo el máximo cargo en la jerarquía de la Iglesia el Obispo de Roma, el Papa.
- Disminución de la población por epidemias, guerras, desastres, enfermedades endémicas causadas por las hambrunas y la pobreza... (Siles, 1999). Desde la concepción cristiana, este último punto era inexorablemente catalogado como castigo divino, la enfermedad estaba producida por los pecados e impurezas, por lo que el único vehículo que conducía a la curación era la atención religiosa, es por esto que las labores asistenciales eran meramente de cobertura, total o parcial, de las necesidades básicas y espirituales (Martínez, 2011).

Sumando todo esto nos encontramos al comienzo de la Edad Media, con tres tipos de instituciones, de origen cristiano, dedicadas al cuidado de los pobres, enfermos, huérfanos, peregrinos...

- Hospitales Monacales. El monacato es un movimiento que tiene su mayor auge en esta época. Los monasterios cuentan entre sus instalaciones con un *infirmarium*, donde son atendidos los monjes enfermos, en un primer mo-

mento, la hospedería para peregrinos y el hospitalarius para la atención a otros enfermos no religiosos. El enfermero monástico se convierte en una entidad de peso dentro del monasterio (Hernández, 1996) y en la propia comunidad;

- Hospitales Militares, atendidos por órdenes religiosas/militares, aunque estos tienen su mayor auge a partir del siglo XI, Baja Edad Media.
- Hospitales Episcopales, son instituciones que surgen por la transformación llevada a cabo por la Iglesia en los xenodochiums tradicionales durante la Edad Media (Siles, 1999). Se construyen junto a las Catedrales y Palacios Episcopales por orden del Obispo de esa Diócesis, obligación adquirida por todos los obispos en el I Concilio de Nicea. Entre los hospitales episcopales destacan tres que aún perduran; el Hôtel-Dieu de Lyon, el Hôtel-Dieu de Paris y el Hospital del Santo Spirito de Roma (Donahue, 1985). Nuestro trabajo versa sobre el segundo, grandioso hospital nacido en el siglo VII d.C. y sobre el que se ha escrito: *“Nosotros tenemos en Paris un hospital único en su género; ese hospital es el Hôtel-Dieu, en el que se atiende a cualquier hora sin excepción de edad, sexo, país, religión; fiebres, diarreas, contagiosos y no contagiosos, a los locos susceptibles de tratamiento, a las mujeres, a los niños y a las embarazadas; es el hospital de los hombres y los enfermos...”* (Tenon, 1788)

DESARROLLO

Los orígenes

Los orígenes del Hôtel-Dieu de Paris no están completamente esclarecidos, aunque la ma-

yoría de los autores consultados están de acuerdo en que fue fundado entre los años 650 a 651 d.C. por el Obispo de Paris, Landerico, posteriormente San Landerico. No ocurre lo mismo con la motivación que le llevan a su construcción, así encontramos autores que nos hablan de *“una humilde casa de caridad para pobres y enfermos, atendidos por un grupo de mujeres”* (Nutting, 1907), otros que nos hablan de *“una casa construida junto a la residencia del Obispo para el cuidado de los sacerdotes enfermos que eran atendidos por otros sacerdotes”* (Aparicio, 1979) y otros que nos hablan de la magnificencia de S. Landerico: *“Bajo el reinado de Clodoveo II, una cruel hambruna se hizo sentir en Paris (651)... El obispo Landerico, da prueba de su caridad y de su entrega pastoral en un momento tan importante y urgente. El hostel de Dios, anexo a la Catedral es un monumento a la piedad y la caridad de S. Landerico, fundador de esta casa destinada a retirar a los pobres enfermos de la ciudad de Paris, pero que ha sido tan ampliada como criticada después”* (Chevalier, 1901).

El siguiente punto de conflicto entre las diferentes fuentes viene dado por los primeros benefactores de dicha casa de caridad. Encontramos referencias directas a Erquinoaldo, mayordomo que fuera del Palacio de Neustria (Reino Merovingio) según las cuales, estaba a favor de la construcción del hospital para lo que donó su casa, que tenía anexa una capilla dedicada a San Cristóbal y la tierra de Creteil (Felibien, 1725 y Aparicio, 1979) hecho que le lleva a conseguir el título de Conde de Paris. Sin embargo, en otras fuentes este hecho es puesto en tela de juicio, ya que no existe prueba documental del mismo y la vida de Erquinoaldo está documentada en otros muchos aspectos, ¿por qué este no lo iba a estar? (Lebeuf, 1725 y Chevalier 1901).

Lo que sí es un hecho demostrado documentalmente (Dubois, 1710) es que en tiem-

pos de San Landerico, había en la ciudad una capilla, además de la Catedral, dedicada a San Cristóbal, junto a la cual existía un hospital para pobres denominado Hospital de San Cristóbal, esta información aparece en el Reglamento del Obispo Incalde edicto en junio de 829d.C. y en las Actas Episcopales de los obispos Jean Reinaud (1006 d.C.) y Mauricio de Sully (1164 d.C.), (Chevalier, 1901); por lo que podemos deducir que fue este el primer nombre que tuvo el Hôtel-Dieu de Paris.

En otros documentos hemos encontrado referencias a las Filles de Saint Christophe: “... fue en el año 690 que un hombre muy rico de nombre Vandemir, de acuerdo con su esposa Ercamberte, hizo grandes donativos a las iglesias y monasterios de la ciudad y diócesis de Paris; a la Catedral, a las abadías de San Vicente y San Denis y a las Hijas de San Cristóbal, cuya abadesa era Landetrude.” (Mackay, 1923) (El documento original de esta donación está custodiado en el Archivo Nacional de Paris.). Todo parece indicar que tanto el monasterio femenino, como la capilla estarían cerca de la catedral para que así las hermanas atendieran al mantenimiento de los ornamentos y ropas de la misma, a semejanza de lo que ocurría en otras catedrales de la época (Lebeuf, 1754 y Nutting, 1907).

No mucho más tarde, uno de los sucesores de S. Landerico, el obispo Chrodoberto según algún autor (Aparicio, 1979), sin identificar según los demás; ve lo ventajoso que sería que esas hermanas prestaran sus servicios en el hospital atendiendo a los enfermos, pobres, huérfanos... que en él se encontraban y es así como estas hermanas pasan de labores de blanqueamiento y bordado de las sagradas ropas de la catedral (Nutting, 1907) a convertirse en las Hijas Hospitalarias de San Cristóbal.

De hospital de San Cristóbal a Hôtel-Dieu

En estos primeros momentos, el Hospital de San Cristóbal era gobernado y administrado conjuntamente por el Obispo y el Capítulo Catedralicio de Paris, siendo ambos propietarios al cincuenta por ciento del mismo. Con el transcurrir del tiempo este hecho fue cambiando; hemos de recordar que en estos momentos el hospital se financiaba a través de la caridad de diferentes benefactores, y que la caridad era un bienpreciado socialmente, es decir, que muchos nobles y pudientes utilizaban la caridad como medio para redimir los pecados, y para demostrar su estatus social; por lo que podemos suponer que existiera entre los nombrados propietarios conflictos derivados del uso adecuado de los donativos que recibían. Diferentes hechos van a marcar este cambio del poder y la propiedad del hospital y la capilla de San Cristóbal:

- Concilio de Aquisgrán - (817-820) dota de reglamento a los canónigos por lo que les permite la entrada para ejercer sus funciones en instituciones como los hospitales.
- Obispo Incalde - (829) elabora un reglamento para la separación de los bienes de la iglesia de Paris, entre el Obispado y el Capítulo de Notre Dame, en él asigna el diezmo de las tierras e impuestos del obispado para el hospital (Mackay, 1923).
- Obispo Jean Reinaud - (1006) cede la parte del hospital que pertenecía al Obispado al Capítulo Catedralicio (Chevalier, 1901), cesión confirmada un año después por el Papa Juan XVIII (Aparicio, 1979).
- Obispo Guillermo de Montfort - (1097) cede también su parte de la capilla al mismo Capítulo Catedralicio (Dobuis, 1710).

- Obispo Mauricio de Sully – (1164) – cambian el hospital de ubicación, a la Île de la Cité, en la ribera izquierda del Sena y de nombre, DOMUS DEI/HÔTEL-DIEU/CASA DE DIOS (Chevalier, 1901).

Por lo que nos encontramos que ya hacia la mitad del s. XII el hospital recibe el nombre que ha perdurado hasta nuestros días, y pertenece por completo al capítulo de Notre Dame que lo va a gestionar, tanto en lo espiritual como en lo material, hasta 1505 que cede su gobierno material al municipio de Paris (Aparicio, 1979) y, tras la Revolución Francesa (1789), también el espiritual.

De hijas de San Cristóbal a Hermanas Agustinas Hospitalarias

Lo cierto es que de estos primeros siglos, desde el VII hasta el XII, de existencia del Hôtel-Dieu, no hemos encontrado información sobre el trabajo de las religiosas en su labor asistencial. El hecho que cambia esta ausencia de registros, es la elaboración del primer Estatuto del Hôtel-Dieu en 1217, siendo Deán de Paris S. Etienne (Coyecque, 1891). Este Estatuto se fundamenta en los siguientes documentos;

- Concilio de Paris (1212) – en el que se determina que cada congregación que atiende en las diferentes instituciones religiosas/sanitarias no puede seguir según su libre albedrío, deben asumir una Regla, adaptándola a sus peculiaridades, y nombrarse según ella (Chevalier, 1901).
- Estatutos del Hôtel-Dieu de Montdidier – había sido fundado en 1185 y en su Estatuto, que data de 1202, se detallan aspectos de la vida diaria de los her-



manos y hermanas, como pueden ser: número máximo de religiosos, condiciones para entrar a la congregación, la regla a la que se acogen, administración de la comunidad, orden jerárquico y funcional... (Mackay, 1923).

- Estatutos del Hospital de San Juan de Jerusalén – que se cree que tomó los mismos Estatutos que el Hôtel-Dieu de Montdidier (Chevalier, 1901).
- Regla de San Agustín – que es la que asumen los religiosos y religiosas pertenecientes al Hôtel-Dieu de Paris por decisión del Obispo, Diácono y Capítulo Catedralicio, encargados de la elaboración de dicho Estatuto. Es por este motivo que las Hijas de San Cristóbal pasan a denominarse Hermanas Agustinas del Hôtel-Dieu o Hermanas Hospitalarias de San Agustín.

Primer estatuto del Hôtel-Dieu de París (1217)

El Estatuto se compone de 72 artículos, compilados en latín en los textos encontrados (Dubois, 1710) y traducidos al francés en el s. XVIII. En estos artículos se tratan temas diversos de la vida diaria de la congregación; aquellos destinados a la imposición de disciplina, a las obligaciones religiosas, a la separación entre

hermanos y hermanas, a la vestimenta, a las normas durante las comidas, a las exigencias para entrar a la orden y a la administración del hospital; siendo este último tema el que nos atañe, pasaremos a centrarnos en estos artículos.

- Artículo I – se establece que el Capítulo designará a dos de entre los canónigos para que se encarguen de la tarea de administrar el hospital, denominándolos “Provisores”, que en una traducción literal del latín vendría a ser “Obrero” o “Trabajador”, cuya misión sería la de servir de enlace entre el Hôtel-Dieu y el Capítulo.
- Artículo III – se elegirá de entre los hermanos, uno de ellos, el más capaz, para ser nombrado “Magister”; “Maestro”, el cual llevará a cabo las labores de dirección diaria del hospital.
- Artículo IV – serán treinta los hermanos, cuatro los sacerdotes, ayudados por tres sacerdotes de la Capilla de San Cristóbal (que sigue bajo la dirección del Capítulo aunque haya permanecido en la ubicación anterior) y cuatro clérigos. En cuanto a las hermanas se marca veinticinco como su número máximo, siendo su tarea principal servir a los pobres y ocuparse de los asuntos del Hôtel-Dieu (entendemos que de la intendencia del hospital).
- Artículo XXIV – las hermanas que atenderán durante el día a los enfermos serán, como mínimo, tres y por las noches una ayudada por dos sirvientes.
- Artículo XXVI – se crea la figura del “Fratibus Receptorem”, “Hermano Receptor” que, por las funciones que se le atribuyen, sería denominado hoy día Tesorero del hospital, ya que recibía los donativos, los registraba y custodiaba,

dándole habida cuenta al Magister de los mismos.

- Artículo XXX – “*Los Provisores y el Magister, elegirán a una de entre las hermanas, la más capaz y digna, para que dirija al resto de las hermanas y a los sirvientes*”. (Dubois, 1710)
- Artículo XXXIV – “*El Magister impondrá disciplina a los hermanos y la Magistrae a las hermanas*”. (Dubois, 1710) Este es el primer artículo en el que se hace mención al nombre del cargo de esa hermana que dirigirá a las demás, traducido sería Maestra. Esta forma de denominar a los cargos vista hasta ahora es similar a la que se utilizaba en los diferentes gremios.

A modo anecdótico, comentar que la separación entre hermanos y hermanas era completa, no compartían comedor, no entraban ni salían de la Capilla por las mismas puertas, no se veían más allá, de las reuniones semanales que llevaban a cabo con el fin de imponer la disciplina propia de la congregación y se les llamaba “*Fraters et Sorores Ordinis Sancti Augustini*” (Mackay, 1923)

Otro punto de vital importancia para nosotros era cómo el Estatuto marcaba la atención a los enfermos y, tan solo, cinco artículos hacen mención a este tema, son los siguientes;

- Artículo XXI – “*Antes de ser admitidos, los enfermos deben confesar los pecados y comulgar religiosamente, le pondremos en la cama y le trataremos como al señor de la casa, le llevaremos caritativamente cada día su comida, antes que a los hermanos, todos los alimentos que deseen y se les pueda proporcionar, siempre que no sean perjudiciales para su salud, ellos serán servidos en la medida de los*

recursos de la casa, hasta su total recuperación”

- Artículo XXII – *“Si su enfermedad se volviera más grave, debe ser apartado de los demás y trasladado a la enfermería, nos ocuparemos más de él que antes y no lo dejaremos sin vigilancia. Para evitar que los que están recuperando la salud empeoren, se mantendrán siete días más después de su curación”*
- Artículo XXIII – Nos detalla la ropa de abrigo y calzado que deben tener en las salas para cuando el enfermo encamado deba levantarse para ir al lavabo.
- Artículo XXIV – Responsabilidad del capellán de visitar a los enfermos ingresados, así como la ropa que debe llevar puesta (los hábitos de las grandes festividades religiosas), y de los turnos ya nombrados de las hermanas.
- Artículo LIII - los hermanos, hermanas y sirvientes, sin tareas ese día en sus respectivos comedores, serán los encargados de repartir la comida entre los pobres de la casa y los de fuera.

Administración del Hôtel-Dieu

En este apartado vamos a tratar las funciones de los diferentes cargos del hospital y de cómo accedían, aquellas mujeres interesadas en ello, a la congregación y a la labor asistencial.

Comenzaremos con los “Provisores”; sus atribuciones eran velar por el cumplimiento de las decisiones capitulares, por la observación del reglamento, por el buen funcionamiento de los servicios, llevar la contabilidad, control de la conducta (moral) del personal, de los documentos corrientes y de las llaves del “tesoro” (sala donde se almacenaban los donativos). Todo esto lo realizaban mediante dos capítulos anuales que se celebraban la semana de

Pentecostés y el 28 de diciembre, mediante un proceso similar al de una auditoria (Coyecque, 1891).

El “Magister” era el administrador general y real del hospital, director del personal, llevaba la gestión de los dominios rurales, la contabilidad y la custodia de los archivos. Para llevar a cabo todas sus competencias divide las mismas en siete departamentos funcionales, cada uno de ellos con un “Officer” que luego rendiría cuentas al Magister, éstos son; Maisonnerie – es decir, los dominios parisinos del hospital; Capilla; Bodega; Cocina y carnicería; Despensas; Sala del “Tesoro” y Pouillierie – en una traducción libre sería la “piojosería”, departamento dedicado al saneamiento y arreglo de las ropas que portaban los enfermos a su llegada y que les eran devueltas al alta o vendidas si morían.

Como vemos, entre sus funciones no se encuentra ninguna que implique el trato al enfermo, estas dependían directamente de la Magistrae, que era completamente independiente del Magistre, ella se comunicaba directamente con el Capítulo, les rendía cuentas de su trabajo y sus competencias, administraba sus dominios urbanos y rurales, y poseía su propio sello para lacrar sus actas. Todo el personal femenino dependía directamente de ella,



asignaba las hermanas a los servicios donde debían ejercer sus funciones, les daba los permisos para las salidas del Hôtel-Dieu, y aplicaba, a puerta cerrada, los castigos corporales que se establecían en el Estatuto. Era, también, la encargada de pagar los honorarios a los médicos y los funerales. No obstante, la vigilancia de las salas y la curación de los enfermos eran, junto con la dirección general de la lencería, la prioridad de entre sus atribuciones. (Coyecque, 1891).

Las mujeres o niñas que deseaban entrar a formar parte de la congregación, debían cumplir el siguiente requisito, recogido en el Artículo III del Estatuto; *“Si un hombre o una mujer quiere renunciar al mundo para servir a los pobres, previo consentimiento de los Provisores, después de que ellos le expliquen la regla de la orden, si se siente preparado para observarla, hará la promesa y si al Capítulo le place, será admitido al servicio de los pobres, sin poder intervenir en ningún pacto ilegal”* (Dubois, 1710).

Las hermanas estaban organizadas en tres categorías;

- “Filles Blanches” – (hijas blancas) eran denominadas así por sus ropas, ya que llevaban un manto blanco y bajo el velo, una toca del mismo color. Solían entrar a la congregación entre los doce y los veinte años y podían permanecer en este estatus entre doce y veinticinco años, ya que pasar al siguiente implicaba que existiera una vacante, causada por el deceso de una de las hermanas (recordamos que no podían excederse de veinticinco); según algunos autores, la media de mortalidad entre las religiosas en la Edad Media era de cuatro fallecimientos anuales (Coyecque, 1891). Cuando esto sucedía, convocaban una reunión en la sala capitular de todos

los ya profesos (tanto hermanas como hermanos) y se elegía por votación, pública o secreta, a la Fille Blanche que creían más adecuada. La decisión era comunicada al Capítulo y si los Canónigos no ponían objeción, la nueva hermana recibía, en una gran ceremonia, el velo negro de novicia y profesaba los votos de novicia (Mackay, 1923).

- “Filles en l’an de probación” – (hijas en el año de prueba) la novicia era asignada a una hermana ya profesada para que a través de sus conocimientos, adquiridos por la práctica, y de su experiencia la guiara en su año de prueba, esa hermana era denominada “Mère Spirituelle”. (Chevalier, 1901)

- “Soeurs Professes” – (hermanas profesas) tras este año de formación práctica y de la aprobación recibida por la Mère Spirituelle, la novicia era considerada ya, una hermana de pleno derecho, podía acoger a nuevas novicias a su cargo; ser la responsable de una de las salas del hospital; tenía voto en el Capítulo de las hermanas y en el general del hospital, y tomaba la capucha a la que le obligaba el Artículo XV del Estatuto “Las hermanas llevarán capuchas negras de lino o lana, al modo de las mujeres de provincias” (Dubois, 1710), por lo que algunos autores se refieren a ellas como “Filles à Chaperon” (Nutting, 1907), que podría traducirse como “hijas con caperuza”. Desde este momento hasta su muerte, o a hasta que su edad se lo impidiese se dedicaban por completo a las tareas asignadas en el hospital.

“Unas, las más robustas, resistían en sus puesto hasta la muerte, las otras, las menos bien constituidas, o que habían

pasado por las más duras pruebas o vivido en épocas de epidemias, o fueron forzadas a dimitir: se retiraban, después, a la cámara de las hermanas ancianas donde los máximos cuidados y dedicación les fueron proporcionados hasta su último día” (Coyeque, 1891). Esto nos hace sentir la dureza de la ocupación y del desempeño de las labores, que estas mujeres realizaron durante siglos.

CONCLUSIONES

En la segunda mitad del siglo VII, San Landerico, funda un pequeño hospital, que tiene diferentes benefactores y que es conocido como Hospital de San Cristóbal, por su proximidad a una capilla dedicada al mismo santo que coexiste con el hospital y con un monasterio femenino, cuyas hermanas eran llamadas Hijas de San Cristóbal y se encargaban, con toda probabilidad, del mantenimiento de ambas iglesias, catedral y capilla.

Deberíamos analizar, qué significó para las hermanas el paso de orden secular (vive sin formar parte de ninguna orden monástica, ni pertenecer a ninguna regla, dependen directamente del obispo) a regular (concepto opuesto al anterior). Siendo Hijas de San Cristóbal, al no estar acogidas a ninguna Regla, poseían autodeterminación y autonomía, marcando ellas mismas sus obligaciones hacia lo religioso y hacia lo hospitalario. No perdamos de vista que hablamos de mujeres que comienzan bordando para la capilla, por lo que no debemos suponerles vocación religiosa, al menos no a todas. Lo que si podríamos suponerles es cierto grado de libertad dentro de un contexto histórico en el que esa posibilidad de autogestión era impensable para las mujeres, puesto que *“la sociedad feudal era una sociedad patriarcal, en la que la mujer pasaba de la dominación*

del padre a la del marido” (Siles, 1999). Este libre albedrío desaparece con la imposición por parte de Inocencio III, Papa de Roma, de unirse a la Regla de San Agustín, puesto que el gobierno pasa a manos de los hermanos y sacerdotes de la congregación, quedando ellas relegadas a tareas, que también venían ejerciendo, de atención al enfermo y del gobierno doméstico del hospital. Se podría concluir que perdieron autonomía, poder y libertad con el cambio y por lo que se deduce más adelante, con el Artículo III *“renunciar al mundo”* también se convierten en orden de clausura.

Sobre la estructura organizativa del Hôtel-Dieu, podemos decir que nos encontramos con una jerarquía en un hospital medieval, bastante desarrollada, donde el Capítulo es la máxima autoridad del hospital, pero al no estar continuamente presente, designan a dos de sus canónigos, Provisores (pertenecientes al Capítulo), para que actúen de enlace y controlen lo que allí suceda, lo que realizan acudiendo dos veces al año y realizando algo similar a una auditoría. Sin embargo, la dirección del centro se deja en manos de uno de los hermanos, promocionado a Maestro, que será elegido por el propio Capítulo Catedralicio, éste a su vez designará, en común unión con los Provisores, a un Tesorero y a una Maestra de entre las hermanas. También deja manifiesto el Estatuto las funciones de las hermanas de asistencia a los enfermos y pobres, así como los turnos que debían realizar diurnos y nocturnos. Si bien, nos surge la duda de cuáles eran las funciones de los hermanos hacia los enfermos y pobres, quizás esto se deba a que, como indican otras fuentes, a pesar de que podrían ser hasta cuarenta y uno (contando sacerdotes, clérigos...) en el s. XIII no habría intra-muros más de diez o doce hermanos. (Chevalier, 1901).

De la admisión de los enfermos, no puede resultarnos sorprendente que el único requisito para ello fuera la confesión y la comunión de estos, ya que siendo instituciones religiosas este punto era obvio, y al ser caritativas debían admitir a cualquiera; independientemente de su posición social o su poder adquisitivo (Tollemer, 1863). Si sorprende sin embargo que se hable del enfermo como “*Señor de la Casa*”, lo que no encaja con el modelo paternalista de la época, que si vemos justificado en el hecho de la permanencia una semana después del alta.

La adquisición de conocimientos se realizaba a través del aprendizaje persona a persona, no se fundamentaba en conocimientos teóricos y su aplicabilidad práctica, sino que se basaba en la experiencia de la “*profesora*”. Este modelo de aprendizaje ha demostrado su ineficacia a lo largo de la historia, pero teniendo en cuenta que estamos hablando de la Alta Edad Media, era lo habitual, todos los oficios eran aprendidos del mismo modo y este nuestro, también. Lo que sí es destacable es, la cantidad de años de preparación práctica previos a la adquisición del estatus de “*Professes*”, si sumamos todos los años, una hermana adquiría potestad sobre la sala en la que desempeñaba la ocupación, después de, hasta, veintiséis años formándose, que aunque fuera solo formación práctica, es una enorme experiencia la requerida, por lo que tampoco debemos menospreciar el sistema formativo que establecieron, contextualizándolo en su época.

Las líneas de investigación para futuros trabajos que nos planteamos son: conocer la verdadera labor diaria de las hermanas; departamentos en los que se subdividía el hospital; jerarquía interna de las salas; tipos de cuidados prestados a los enfermos; evolución de los mismos a los largos de los siglos; desarrollo del sis-



tema formativo; estructura física del hospital; estrategias de aislamiento en las epidemias...

BIBLIOGRAFÍA

- Abécassis, A.F.(1993) L'Hôtel-Dieu de Paris. De sa fondation jusqu'au milieu du 20e siècle Soins. Rev. Soins. 571:44-49.
- Álvaro Barra, M.P., Morlans Loriente, M.J., Peña Tejeiro, E., Gómez Galan, R. y Garrido González, J. (2001) La estructura hospitalaria, los cuidados y cuidadores en los hospitales extremeños en la Baja Edad Media. Rev. Cultura de los Cuidados 5(9):22-26
- Aparicio López, T. (1979) Las Religiosas Agustinas del Hôtel-Dieu de Paris. Rev. Archivo Agustiniiano 63 (181): 81-108
- Chevalier, A. (1901) L'Hôtel-Dieu de Paris et le Soeurs Agustines. Libraire de la Societe de l'Histoire de Paris, Paris
- Coyecque, E. (1891) L'Hôtel-Dieu de Paris au Moyen Age, Ed. Daupeley-Gouverneur, Paris
- Donahue, M.P. (1985) Historia de la enfermería. Doyma, Madrid
- Dubois, G. (1710) Historia Ecclisiae Parisiensis (t2). Societatem Bibliopolarum Parisiensiu, Paris
- Eserverri Chaverri, C. (1996-1997) La Enfermería Medieval. Un documento histórico. Rev. Híades. 3-4:229-249.
- Felibien, M. (1725) Histoire de la ville de Paris. Ed. Desprez y Desessartz, Paris

- Ferrer Cano, F. (2001) El cuidado en la España Medieval. Una aproximación a la enfermería institucional. Rev. Index de Enfermería. 10 (34).
- Hernández Martín, F. y Pinar García, M.E. (1994) Un ejemplo de hospitalidad en la Edad Media: el Hospital de San Antolín de Palencia. Ed. Qalat Chábir (Revista de Humanidades). 2.
- Hernández Martín, F. (1996) Historia de la Enfermería en España, desde la antigüedad hasta nuestros días. Ed. Síntesis, Madrid.
- Jehanno, C. y Montaubin, P. (2004) Un hôpital au couer de la ville: inscription spatiale et insertion sociale de l'Hôtel-Dieu de Paris au Moyen Age. Rev. Histoire Medievale et Archeologie 17:35-50
- Jehanno, C. (1986) Boireà Paris au XV siècle: le vin à l'Hôtel-Dieu. Rev. Historique . 559: 3-28
- Lebeuf, J. (1754) Histoire de le ville et de tout le Diocesis de Paris (tomo 1), Ed. Prault, Paris.
- Le Grand, L (1896) Les Maisons-Dieu. Societe Bibliographique de Paris, Paris
- Mackay, M.L. (1923) Les hospitaux et la charite a Paris. Ed. Champion, Paris
- Martínez Martínez, M.L. y Chamorro Rebollo, E. (2011) Historia de la enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero. Ed. Elsevier, Barcelona.
- Nogales Espert, A. (2003). Evolución histórica del método enfermero. Cultura de los Cuidados, 7 (13).
- Nutting, M.A. y Docks, L.L. (1907) A history or nursing. The evolution of nursing systems from of the earliest time to the foundation of the first English and American training school of nursing. (vol. 2) G.P. Putnam's Sons, New York
- Pajot, D. (1998) Hôtel-Dieu: Des "Eboueurs" Blanches. Rev. Santé et travail. 23: 36-38.
- Pérez Peña, R. (2009) Tesis Doctoral "La Soberana Orden de Malta". Consultado en: <http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4735/TESIS%20ORDEN%20DE%20MALTA%20%20A%20TRAV%20C3%89S%20DE%20DIEZ%20SIGLOS.pdf?sequence=1>
- Parrilla Saldaña, J. y Sanchez Nario, A. (1999) Los hospitales de Sevilla en la Baja Edad Media. Rev. Híades 4(5-6): 103-114.
- Salvatores Fuentes, P.; Limia Redondo, S. y Venturina Medina, C. (2002) La estigmatización del enfermo. El caso del paciente leproso en la Edad Media. Rev. Index de Enfermería. 11(39): 44-47.
- Santo Tomás Pérez, M.; Melchor Martín, A.; Castañedo Pfeiffer, C.; Fernández Fernández, M. y González Santo Tomás, I (1997) De la muy activa vida de las monjas del Hôtel-Dieu de Paris: análisis iconográfico de la miniatura del siglo XV. Rev. Index de Enfermería. 6(19): 45-48
- Siles González, J. (2011) Historia de la Enfermería. Ed. DE, Madrid.
- Tenon, J.R. (1788) Memoires sur les hospitaux de Paris. Academies Royal de Sciences de Paris, Paris.
- Tollemer, A. (1863) Des origines de la charite catholique, ou de l'etat de la misere et de l'asistance chez les chretiens. Ed. Dupray de la Maherie, Paris.

La mortalidad infantil y sus causas en la inclusa de Toledo entre 1900-1910

The infant mortality and its causes in the foundling of Toledo between 1900-1910

Mortalidade infantil e suas causas em crianças abandonados em um orfanato em Toledo (Espanha) entre 1900 e 1910

Noelia M. Martín Espinosa¹ y Ana I. Cobo Cuenca²

¹ Profesora ayudante. EU Enfermería y Fisioterapia de Toledo. Universidad de Castilla-La Mancha.

² Profesora ayudante. EU Enfermería y Fisioterapia de Toledo. Universidad de Castilla-La Mancha

Cómo citar este artículo en edición digital: Martín Espinosa, N.M. y Cobo Cuenca, A.I. (2013) La mortalidad infantil y sus causas en la inclusa de Toledo entre 1900-1910. 17, 35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.35.05>

Correspondencia: C/Dinamarca, nº1, portal 12, 2ºD. 45005-Toledo Correo electrónico: noelia.martin@uclm.es/ Telf: 925251567.

Recibido 04/12/2012. Aceptado 05/02/2013



ABSTRACT

The study of the medical care is closely connected to the charitable actions with poor people. It was very common the abandonment of the children in the foundlings until the first decades of the 20th century. In them, the rates of infant mortality were catastrophic. The aim of this research is the study of the infant mortality and its causes in the abandoned children in the foundling of Toledo between 1910 and 1910. It is a historical research that analyses

the primary sources (the books of breastfeeding and weaning of the institution have been used to collect the data because in them there are some references about the moment of the death and its etiology) using the principles of Social and Cultural History .

If we exclude the perinatal deaths, the infant mortality rate was 537 per thousand. The 39% died before being one year old. The mortality rate between one and five years is the half than in the other group of age. This mortality was caused by infections, rickets, “eclampsia and atrepsia”.

The mortality of these children was higher than the mortality of the kids who live in the county of Toledo in the same date. The causes of the death are related to the lack of healthiness and hygiene both in the institution and in the foster families.

Keywords: foundlings, infant mortality, abandoned children.

RESUMO

O estudo dos cuidados de saúde deve estar vinculado à acções benéficas dos pobres. Foi frequente até o século XX o abandono de

crianças em orfanatos, onde as taxas de mortalidade infantil era muito altas. O objetivo desta pesquisa é estudar a mortalidade infantil e suas causas em crianças abandonados em um orfanato em Toledo (Espanha) entre 1900 e 1910. É um trabalho histórico que analisa as fontes primárias (livros de lactancias e desmame da instituição, porque recolher dados sobre o tempo de morte e sua etiologia) usando dos fundamentos teóricos da história social e cultural.

Excluídas as mortes perinatais, a taxa de mortalidade foi de 587 por mil. O 39 % morreram no primeiro ano. A mortalidade no grupo entre 1 e 5 anos é metade do que no primeiro ano do vida. As causas de morte foram doenças infecciosas, a falta de desenvolvimento físico, eclampsia e atrepsia.

A mortalidade infantil dessas crianças foi muito maior do que à mortalidade de crianças em Toledo na mesma data. As causas da morte parecem estar asociadas à falta de saneamento e higiene da instituição assim como das famílias de acolhimento.

Palavras-chave: orfanatos, mortalidade infantil, crianças abandonados.

RESUMEN

La asistencia sanitaria se vinculaba a acciones benéficas hacia los pobres. Hasta el siglo XX fue frecuente el abandono de niños en inclusas, donde las cifras de mortalidad eran catastróficas. El objetivo de esta investigación es estudiar la mortalidad infantil y sus causas en los niños abandonados en la inclusa de Toledo entre 1900 y 1910. Es un trabajo histórico que analiza las fuentes primarias (libros de lactancias y destetes, con datos sobre el momento de la muerte y su causa) a partir de los presupuestos teóricos de la historia social y cultural.

Excluidas las muertes perinatales, la tasa de

mortalidad fue de 587 por mil. El 39 % murió antes de cumplir un año. La mortalidad en el grupo entre 1 y 5 años es la mitad de la que se da hasta el año de vida. Las causas de esta mortalidad fueron las enfermedades infecciosas, falta de desarrollo físico, eclampsia y atrepsia.

La mortalidad infantil de estos niños era muy superior a la que tenía la provincia de Toledo en la misma fecha. La causalidad de los fallecimientos aparece vinculada a la falta de salubridad y de higiene tanto de la institución como de las familias de acogida.

Palabras clave: inclusas, mortalidad infantil, expósitos.

INTRODUCCIÓN

El estudio de la asistencia sanitaria en épocas pasadas, siempre debe vincularse a las acciones benéficas que se llevaban a cabo con las personas pobres (Grell, 2005). Dentro de ellas, hasta bien entrado el siglo XX, el abandono de niños en las inclusas fue un fenómeno frecuente. Debido a la riqueza de fuentes documentales que conservan los archivos de estas instituciones benéficas, es posible conocer numerosos aspectos sobre la vida de los expósitos y su cuidado, entre ellos los relacionados con la mortalidad y sus causas. Acercarse a la realidad de cualquier inclusa española desde el siglo XVI, supone toparse con unas cifras de mortalidad infantil tan elevadas que resulta poco creíble el objetivo de las instituciones de amparar y proteger a los niños abandonados. Parece que se quisiese posponer el momento de una muerte prácticamente segura, que sucedería igual si se dejaba al recién nacido abandonado a la intemperie o en el torno de una de las instituciones de acogida, aunque la sociedad prefirió la última modalidad porque al menos parecía que se hacía algo por salvar a esos hijos fruto de la miseria, de las relaciones

ilegítimas o de ambas cosas a la vez, que eran rechazados por sus progenitores, quedando desvalidos y al cargo de instituciones que rara vez podían proporcionarles un futuro digno.

La hipótesis de este estudio es comprobar si la mortalidad entre los nacidos en la Maternidad toledana que quedaron en la inclusa se relaciona con los defectos asistenciales y la falta de recursos de la propia institución, ya que el futuro del niño dependía de los cuidados que allí se le prestaban desde el momento del parto.

El objetivo de esta investigación es analizar la mortalidad infantil y sus causas en los niños abandonados en la inclusa de Toledo entre 1900 y 1910, cuya modalidad de ingreso fue la Casa de Maternidad.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

El estudio de la mortalidad infantil en el conjunto de España a principios del siglo XX muestra que fue una lacra social estrechamente vinculada a las penosas condiciones económicas y sociales en las que vivían la mayor parte de las familias (Borrás, 1996).

La mortalidad en las inclusas españolas ha sido estudiada en la Edad Moderna en varias de estas instituciones situadas en ciudades como Almería (Gómez, 1997), Sevilla (Álvarez, 1980), Úbeda (Tarifa, 1994), Salamanca (Fernández, 1988) y Granada (de la Fuente, 2000), como parte de un estudio más amplio sobre este tipo de centros benéficos. Todos estos trabajos muestran una mortalidad muy elevada respecto a los ingresos, que eran también muy numerosos.

Para la Edad Contemporánea existen trabajos similares centrados sobre todo en el siglo XIX en ciudades como Madrid (Vidal, 1995), Salamanca (Torrubia, 2004), Zamora (Galicia, 1985) y en Guipúzcoa y Navarra (Valverde,

1994). L. Valverde ofrece cifras de mortalidad en la inclusa de Pamplona del 47,5% para el período 1890-1894 y del 47,1% en la de Guipúzcoa en 1900. En el estudio de A. Uribe sobre la inclusa de Navarra en el período 1900-1904 la mortalidad infantil se eleva al 62,2%, aumento atribuible a la inclusión de la mortalidad perinatal (Uribe, 1996). M. Esteban presenta una mortalidad del 433 por mil para la inclusa de Salamanca en 1898, elevándose hasta el 622 por mil en la hijuela de Ciudad Rodrigo (Esteban, 1991).

Entre los escasos estudios de inclusas en el siglo XX, destaca el de A. Rodríguez que proporciona cifras de la mortalidad en las inclusas de Pontevedra, Oviedo y Barcelona entre 1900-1903, aunque nos centraremos en la de 1903: 385 por mil para Pontevedra, 406 por mil para Oviedo y 515 por mil en Barcelona (Rodríguez, 2008). De reciente publicación, el trabajo de B. Revuelta sobre la inclusa de Madrid estima una mortalidad cercana al 800 por mil desde el inicio del siglo hasta los años 30. Desde entonces la mortalidad inició un descenso continuado que llegó al 400 por mil en 1934 (Revuelta, 2011).

Varias investigaciones europeas sobre niños ilegítimos señalan que las tasas de mortalidad de estos eran superiores a la de los legítimos, en ocasiones la quintuplicaban. Alojarse al niño en una institución no significaba su supervivencia pues la mortalidad superaba el 500 por mil en muchas de ellas (Luddy, 2001). En sus estudios sobre Escocia, A. Blaikie constata el mismo hecho (Blaikie, 1998). En el caso alemán los ilegítimos tenían mayor probabilidad de morir que los legítimos, pero no eran mucho más altas en los ilegítimos criados en la inclusa que en los que quedaban con sus familias, hecho atribuible a que ambos solían usar la lactancia mercenaria (Ulbricht, 1985).

MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO

Es un trabajo histórico cuya interpretación de las fuentes primarias parte de los presupuestos teóricos de la historia social y cultural (Siles, 2011).

El material documental utilizado han sido los libros de lactancia y destete de la inclusa de Toledo en el período de 1900-1910, conservados en el archivo de la Diputación provincial de Toledo, en los que se recoge la información de todos los expósitos que custodiaba la inclusa cada año, quedando registrado su fecha de nacimiento, si el niño moría, la fecha y la causa del fallecimiento. Se han consultado los libros de lactancia y destete hasta 1915 para comprobar si el niño había fallecido durante los cinco primeros años desde su nacimiento, que era cuando terminaba su cuidado remunerado.

Se ha seguido la evolución de cada niño nacido en la Casa de Maternidad hasta que cumplían cinco años, y se han recogido datos relativos a su fecha de nacimiento, lugar de fallecimiento, fecha de este y causa. Con estos datos se ha podido realizar el análisis cuantitativo sobre la mortalidad.

RESULTADOS Y SU DISCUSIÓN

De los 317 niños que nacieron en la Casa de Maternidad y fueron abandonados, fallecieron 186 (excluidas las muertes perinatales), lo que representa una tasa del 587 por mil. Para el cálculo de las tasas de mortalidad he excluido la perinatal, es decir, aquellos niños que morían en el momento del parto o que nacían muertos, siendo a veces abortos espontáneos de unas gestaciones ya avanzadas. Se ha considerado que estas muertes no deben contabilizarse porque en ellas no tiene influencia la institución analizada, ya que podían ser partos complicados en los que no había medios para salvar a la criatura o muertes intrauterinas cuya causa



se desconoce. De cualquier modo, esta muerte perinatal representa sólo el 6% del total de los fallecimientos en los diez años estudiados.

De cada cien nacidos vivos, treinta y nueve morían antes de cumplir el año de vida, lo que sitúa esta franja de edad como la más desprotegida ante la muerte. La mortalidad en el grupo de edad de 1 a 5 años sin ser desdeñable, ofrece cifras que son aproximadamente la mitad de las que se dan hasta el año de vida, un 19,5%. Si nos centramos únicamente en los niños fallecidos, se puede ver que 124 mueren entre el primer día y el año de vida, lo que supone un porcentaje del 66,6% mientras que solo un 33,4% (64 niños) lo hacen entre el año y los cinco años. (Tabla 1)

De los 186 niños fallecidos, en 39 casos (21%) no aparece consignada la causa de la muerte mientras sí lo hace en 147 (79%). Considerando únicamente las muertes que tienen consignada una causa, se puede observar que las etiologías más frecuentes de esta mortalidad eran:

- Enfermedades infecciosas: entre las que se incluyen las respiratorias, las digestivas y la meningitis, que representan un 46% de los fallecimientos. Dentro de las respiratorias aparecen registros con distintas enfermedades como bronquitis, laringitis, pulmonía, neumonía, tuberculosis... Todas tienen en común que son infecciones y que tienen un fuerte componente estacional, siendo más frecuentes en los meses fríos de otoño e invierno.

Las patologías digestivas aparecen con varias denominaciones como catarro intestinal, enterocolitis, diarrea, enteritis, estomatitis, indigestión, difteria... También tienen un fuerte componente estacional, dándose con más frecuencia en los meses estivales ya que el calor produce alteraciones en los alimentos y el agua, y aumentan los insectos que son transmisores de enfermedades, lo que favorecía tener un medio ambiente proclive al desarrollo de estas patologías, que en muchos casos provocaban deshidratación, que resultaba letal para los más pequeños.

- Enfermedades de etiología congénita: en ellas se englobarían patologías como la atropesía y la eclampsia que provocan el 28% de las muertes. La primera es una enfermedad propia de los recién nacidos y niños de corta edad que se caracteriza por una desnutrición lenta y progresiva a consecuencia de la imposibilidad de digerir los alimentos (Ramiro y Sanz, 2002). Puede deberse a múltiples causas como una alimentación insuficiente, procesos digestivos agudos o crónicos, infecciones, defectos o anomalías del aparato digestivo...

La eclampsia es una denominación que no se debe a un diagnóstico concreto. En la época que estudiamos, esta enfermedad se refiere a crisis convulsivas graves que ocurren en la edad infantil, sin saber a ciencia cierta si su etiología es congénita o manifestación de alguna enfermedad que afectase al sistema nervioso central, como ocurre en algún tipo de infección.

Ambas patologías en ocasiones eran formas de denominar procesos infecciosos que cursaban con convulsiones febriles o con trastornos digestivos.

- Enfermedades relacionadas con la alimentación: representan un 16% de las muertes y aparecen definidas en algunas ocasiones

como falta de desarrollo físico y en otras como raquitismo

- Otras causas: hay un 10% de los fallecimientos englobados en otras causas, entre las que se encontraban la sífilis, el sarampión y otras enfermedades menos frecuentes. (Tabla 2)

Parece probado que la mortalidad infantil en la inclusa era muy superior a la que tenía la provincia de Toledo en el quinquenio 1901-1905 que era del 192,39 por mil y que tampoco seguía las pautas de la mortalidad infantil en España desde 1901-1910, que sufrió un descenso mantenido llegando a ser del 149 por mil en 1910 (Gómez, 1992).

Si en el conjunto de España a principios del siglo XX las tasas de mortalidad infantil eran una lacra social estrechamente vinculadas a las penosas condiciones económicas y sociales en las que vivían la mayor parte de las familias, podemos afirmar que este hecho se vio agravado en el caso de la infancia abandonada, con recién nacidos sometidos a unas condiciones extremas, que comenzaban por la insalubridad de los paritorios de las casas de maternidad y seguían con el hacinamiento y propagación de infecciones dentro de la inclusa, la siempre escasa alimentación debido a la carencia de amas internas y las situaciones de pobreza que presidían la vida de las nodrizas externas, por citar algunos de los factores que predisponían a estos pequeños a una muerte casi segura (Borrás, 1996).

El que el mayor porcentaje de fallecimientos se diera en niños que aún no habían cumplido un año, puede deberse a que esta etapa es un período crítico en la infancia por varios motivos: la vulnerabilidad del recién nacido, con un sistema inmune inmaduro que le hace proclive a padecer enfermedades infecciosas; las patologías congénitas que se manifiestan tras el nacimiento y una alimentación que de-

pendía en exclusiva de la leche materna, ya que en esta época la lactancia artificial no estaba desarrollada. En la incluso todos estos factores se veían incrementados porque las malas condiciones higiénicas predisponían a la propagación de infecciones, algunos niños nacían con afectaciones severas de la salud causadas por golpes o intentos de aborto durante el embarazo que provocaban secuelas irreparables, y la alimentación confiada a amas internas y externas no siempre cumplía los mínimos requisitos exigibles en calidad y cantidad, por lo que eran frecuentes los estados de desnutrición que facilitaban contraer todo tipo de enfermedades.

En el segundo grupo de edad la mortalidad es menor porque aunque los niños solían vivir con familias campesinas pobres, y su alimentación dependía del precio de los cereales y de los alimentos básicos, por lo que no debía ser muy abundante, estos ya habían adquirido más protección inmunológica y no dependían únicamente de la leche materna para sobrevivir.

CONCLUSIONES

En general, se puede concluir que eran las propias carencias en la institución de acogida las que más influían en la alta mortalidad registrada, de tal modo que en los inicios del siglo XX estos establecimientos registran cifras muy similares a las que se daban en la segunda mitad del siglo anterior, por lo que los avances que se estaban dando en el campo de la medicina y de la puericultura no tenían repercusión en la mortalidad de este grupo de niños, ya que todo seguía igual que en años anteriores, de ahí que las cifras se alejen incluso de la tendencia de la mortalidad infantil general para el conjunto del país, que sí recogía los avances en prevención de infecciones y en su tratamien-

to, factores decisivos para frenar la muerte que tradicionalmente había asolado a los más pequeños.

Respecto a las causas de la mortalidad infantil reseñadas se puede decir que las enfermedades infectocontagiosas, que provocaban una gran letalidad en los menores de un año, estaban estrechamente relacionadas con la precariedad en la higiene y con el deficiente cuidado a los lactantes, además de vincularse al desconocimiento de los padres nutrices, que introducían una alimentación complementaria precoz e inadecuada que predisponía a los pequeños a contraer este tipo de dolencias (Sanz, 2001). Por tanto, parece que las condiciones de vida en las que vivían los niños con sus amas sí tenía una relación directa con sus posibilidades de supervivencia y con el tipo de enfermedades que les conducían a la muerte. Igualmente se ha visto que la supervivencia de los niños estaba muy relacionada con la capacidad de la inclusa para alojarlos cuanto antes con nodrizas externas y esto dependía en gran medida de la disponibilidad para lactar de mujeres en zonas rurales y de los recursos financieros de la institución para pagar a estas nodrizas. La permanencia de los niños en la inclusa, suponía tener que ser alimentados por nodrizas internas que siempre eran pocas para el número de ingresados, lo que incrementaba el riesgo de propagación de enfermedades infecciosas por el hacinamiento existente y por compartir todos a las mismas amas. Otros estudios que analizan la mortalidad infantil de la población general en las mismas fechas también señalan a las infecciones como las causantes de las mayores proporciones de decesos en niños, lo que indica que las situaciones de pobreza, falta de higiene y hacinamiento eran frecuentes en las localidades españolas de principios del siglo XX (Molanes y Gil, 2012).

Las muertes debidas a carencias alimenticias se relacionaban con la deficiente alimentación que recibían los pequeños, lo que les conducía a unas situaciones de desnutrición tan severa que les provocaba la muerte. En estos casos, el papel de las amas era fundamental, ya que ellas eran las responsables de la alimentación con leche materna de estos niños.

FUENTES

- Archivo de la Diputación Provincial de Toledo (A.D.P.T.). Libros de Lactancias y destetes de 1900 a 1915.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, L.C. (1980) Marginación social y mentalidad en Andalucía Occidental. Expósitos en Sevilla (1613-1910). Junta de Andalucía, Sevilla.
- Blaikie, A. (1998) Infant Survival Chances, Unmarried Motherhood and Domestic Arrangements in Rural Scotland, 1845-1945, *Local Population Studies* 60, 34-46.
- Borrás, J.M. (dir.) (1996) Historia de la infancia en la España contemporánea: 1834-1936. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Madrid.
- Esteban, M. (1991) De la Beneficencia a la Previsión. La acción social en Salamanca (1875-1898), Diputación de Salamanca, Salamanca.
- Fernández, M. (1988) Expósitos en Salamanca a comienzos del siglo XVIII. Diputación de Salamanca, Salamanca.
- Fuente, M.P. de la. (2000) Marginación y pobreza en la Granada de la 2ª mitad del siglo XVIII: los niños expósitos. Universidad de Granada, Granada.
- Galicia, I. (1985) La Real Casa Hospicio de Zamora: asistencia social a marginados (1798-1850). Diputación provincial de Zamora, Zamora.
- Grell, O.P.; Cunningham, A. y Roeck, B. (2005) Health Care and Poor Relief in 18th and 19th century Southern Europe. Ashgate, Aldershot.
- Gómez, R. (1992) La mortalidad infantil española en el siglo XX. Centro de Investigaciones Sociológicas: Siglo XXI, Madrid.
- Gómez, T. (1997) El hospital real de Santa María Magdalena y la casa de expósitos. Instituto de estudios almerienses, Almería.
- Luddy, M. (2001) Moral Rescue and Unmarried Mothers in Ireland in the 1920s, *Women's Studies* 30(6), 797-817.
- Molanes, P. y Gil, A.Mª. (2012) La mortalidad infantil en Alcalá de los Gazules (1916-1921). *Cultura de los Cuidados* (edición digital) 16, 32, 82-87. Disponible <http://culturacuidados.ua.es/index.php/enfermeria/article/view/422/843>.
- Ramiro, D. y Sanz, A. (2002) La caída de la mortalidad en la infancia en la España interior, 1860-1960. Un análisis de las causas de la muerte. *Cuadernos de historia contemporánea* 24, 151-188.
- Revuelta, B.A. (2011). Los usos de la inclusa de Madrid, mortalidad y retorno a principios del siglo XX (1890-1935), tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid.
- Rodríguez, A. (2008) El destino de los niños de la inclusa de Pontevedra, 1872-1903, *Cuadernos de Estudios Gallegos* 151, 353-388.
- Sanz, A. (2001) Infancia, mortalidad y causas de muerte en España en el primer tercio del siglo XX (1906-1932). *Reis: revista española de investigaciones sociológicas* 95, 129-154.
- Siles, J. (2011) Historia de la Enfermería. DAE, Madrid.
- Tarifa, A. (1994) Pobreza y asistencia social en la España moderna: la Cofradía de San José y Niños Expósitos de Úbeda (siglos XVII y XVIII). Instituto de estudios Gienenses, Jaén.
- Torrubia, E. (2004) Marginación y pobreza: expósitos de Salamanca (1794-1825). Diputación provincial de Salamanca, Salamanca.
- Ulbright, O. (1985) The debate about foundling hospitals in Enlightenment Germany: infanticide, illegitimacy, and infant mortality rates, *Central European History* 18, 211-256.
- Uribe-Etxebarria, A. (1996). Marginalidad protegida: mujeres y niños abandonados en Navarra, 1890-1930. Universidad del País Vasco, Bilbao.
- Valverde, L. (1994) Entre el deshonor y la miseria. Infancia abandonada en Guipúzcoa y Navarra. Siglos XVIII y XIX. Universidad del País Vasco, Bilbao.
- Vidal, F. (1995) Bordes y bastardos: una historia de la inclusa de Madrid. Compañía Literaria, Madrid.

Tabla 1. Mortalidad no perinatal desglosada por edades en los expósitos procedentes de la casa-cuna de Toledo entre 1900-1910

AÑOS	INGRESOS	DEFUNCIONES	MORT. 0-12 MESES	MORT. 1-5 AÑOS
1900	27	19	12	7
1901	30	22	12	10
1902	31	20	14	6
1903	26	14	12	2
1904	31	21	19	2
1905	16	9	5	4
1906	27	9	8	1
1907	38	20	11	9
1908	28	13	5	8
1909	24	16	10	6
1910	39	23	16	7
TOTALES	317	186	124	62
PORCENTAJES		59%	39%	20%

Fuente: Libros de lactancias y destetes, 1900-1910, A.D.P.T. Elaboración propia

Tabla 2. Enfermedades registradas como causas de muerte en los expósitos estudiados

CAUSA CONOCIDA	DATOS NUMÉRICOS	PORCENTAJE
Infecciones Respiratorias	25	18%
Infecciones Digestivas	36	24%
Meningitis	6	4%
Atrepsia	30	20%
Eclampsia	11	8%
Falta desarrollo físico	24	16%
Otras causas	15	10%
TOTALES	147	100%

Fuente: Libros de lactancias y destetes, A.D.P.T. Elaboración propia

El Hospital Varsovia de Toulouse, un proyecto del exilio español

The Warsaw's Hospital of Toulouse, a project of the Spanish exile

O Hospital Varsóvia de Toulouse, um projeto do exílio espanhol

Pablo Molanes Pérez

Enfermero diplomado, Máster en Innovación e Investigación en Ciencias de la Salud por la Universidad de Cádiz y estudiante de 4º curso de la licenciatura de Historia.

Cómo citar este artículo en edición digital: Molanes Pérez, P. (2013) *El Hospital Varsovia de Toulouse, un proyecto del exilio español*. 17, 35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.35.06>

Correspondencia: C/Benito Pérez Galdós nº84 Pº1-A-5. CP. 11002 Cádiz. Correo electrónico: pablo.molanesperez@alum.uca.es
Recibido: 24/11/2011. Aceptado: 25/12/2012



“Guerrillero español: en ti saludo a tus bravos compatriotas, por vuestro valor, por la sangre vertida por la libertad y por Francia. Por tus sufrimientos, eres un héroe francés y español.”

Charles de Gaulle, marzo de 1945.

ABSTRACT

The failed invasion of Arán Valley during Operation Reconquest developed in October 1944 made it necessary to establish a hospital to take care of the sick and injured from the operation. In October 1944, the Warsaw Hospital is opened in the Saint Cyprien neighborhood of Toulouse. The objective of this article is to do a critical revision of the history of the hospital during the Spanish stage, basing our

reflexion on the available publications and primary sources. The presence of numerous refugees in need of medical care and the failure of the military operations contribute to the hospital's transformation into a center of free care for the exiled civil population and also a meeting place. The center receives international aid, principally from the Join Anti-Fascist Refugee Committee distributed through the humanitarian organization Unitarian Service Committee. The hospital is instituted with the aim of being a model republican hospital so as to be implemented with the return of a democratic regime in Spain. As a result of the anticommunist campaign at the onset of the cold war the hospital is accused of being a “refuge of soviet agents”. On 7 September of 1950, during Operation Bolero-Paprika, 50 people are imprisoned in Toulouse, among them the medical staff at the Warsaw hospital. The project was cut short by the change in international politics but managed to be saved thanks to the involvement of French doctors and the economic support of the PCF, guaranteeing its survival as a welfare center until nowadays.

Keywords: Operation Bolero-Paprika, communist party, guerrilleros, Warsaw hospital, exile.

RESUMO

O fracasso da invasão do vale de Aran, na Operação Reconquista, desenvolvida em outubro de 1944, fez necessário estabelecer um centro hospitalar para atender aos feridos e aos doentes da operação. Em outubro de 1944 inaugurou-se o Hospital Varsóvia, no bairro de Saint Cyprien, em Toulouse. O objetivo deste artigo é fazer uma revisão crítica da história do centro hospitalar durante a etapa espanhola, apoiando-se nas publicações e fontes primárias disponíveis. A presença duma grande quantidade de refugiados que necessitam de cuidados sanitários e o fracasso das operações militares contribuíram à transformação num centro de cuidados gratuitos para a povoação civil exilada e num lugar de encontro. O centro recebeu apoios internacionais, o principal a través do Join Anti-Fascist Refugee Committee, distribuídos a través da organização humanitária Unitarian Service Committee. O centro constituiu-se como um modelo de hospital republicano, com vistas à implantação do mesmo ao retornar a regime democrático à Espanha. Fruto da campanha anticomunista pelo começo da guerra fria, o centro hospitalar foi acusado de ser “refúgio de agentes soviéticos”. O 7 de setembro de 1950, dentro da Operação Bolero-Paprika, foram presos em Toulouse 50 pessoas, entre elas toda a equipe médica do Hospital Varsóvia. O projeto viu-se decepado pela mudança da política internacional, mas conseguiu manter-se graças à implicação de médicos franceses e ao apoio do PCF, que garantiu a sobrevivência assistencial até hoje.

Palavras chave: Operação Bolero-Paprika, Partido Comunista, guerrilheiros, Hospital Varsóvia, exílio.

RESUMEN

El fracaso de la invasión del valle de Arán en la Operación Reconquista, desarrollada en octubre de 1944 hizo necesario establecer un centro hospitalario para atender a los heridos y enfermos de la operación. En octubre de 1944 se dotó el Hospital Varsovia, en el barrio de Saint Cyprien, en Toulouse. El objetivo de este artículo es hacer una revisión crítica de la historia del centro hospitalario durante la etapa española, apoyándose en las publicaciones y fuentes primarias disponibles. La presencia de una gran cantidad de refugiados necesitados de cuidados sanitarios y el fracaso de las operaciones militares contribuyeron a la transformación en un centro de cuidados gratuitos para la población civil exiliada y en un lugar de encuentro. El centro recibió apoyos internacionales, el principal a través de Join Anti-Fascist Refugee Committee, distribuidos a través de la organización humanitaria Unitarian Service Committee. El hospital se constituyó como un modelo de hospital republicano, con vistas a la implantación del mismo al retornar el régimen democrático a España. Fruto de la campaña anticomunista por el inicio de la guerra fría el centro hospitalario fue acusado de ser “refugio de agentes soviéticos”. El 7 de septiembre de 1950, dentro de la Operación Bolero-Paprika fueron encarcelados en Toulouse 50 personas, entre ellas todo el equipo médico del hospital Varsovia. El proyecto se vio truncado por el viraje de la política internacional pero consiguió salvaguardarse gracias a la implicación de médicos franceses y al apoyo económico del PCF, que aseguró su continuidad como centro asistencial hasta nuestros días.

Palabras clave: Operación Bolero-Paprika, partido comunista, guerrilleros, hospital Varsovia, exilio.

INTRODUCCIÓN

El éxodo español, consecuencia de la Guerra Civil (1936-1939) superó ampliamente a todo el conjunto de emigraciones políticas españolas de los últimos 150 años. Tras la caída de Barcelona, el 26 de enero de 1939 comenzó la larga peregrinación de exiliados hacia la frontera gala. El gobierno francés de Edouard Daladier, colapsado por la avalancha del éxodo, decidió abrir la frontera el 29 de enero y encerró a los exiliados en campos de concentración improvisados, distribuidos por todo el sur del país. Se hace difícil cifrar el número de personas exiliadas por el continuo flujo del mismo, pero el cómputo oficial recogido por las autoridades francesas de los españoles exiliados habla de 527.843 personas, de las cuales se censaron el verano de 1939 alrededor de 1500 profesionales sanitarios, entre los que se incluyen 553 médicos, 135 dentistas, 268 farmacéuticos, 503 practicantes y enfermeras y 41 optometristas. En 1945 tan sólo quedaban registrados en Francia 172 médicos, 13 dentistas, 128 practicantes y 16 farmacéuticos españoles y fueron pocos a los que se les permitieron continuar trabajando en su especialidad (1).

Las condiciones de vida en los campos de concentración eran pésimas. Según los informes sanitarios franceses casi la totalidad de los exiliados tenían parásitos, el 30 por ciento sarna, la disentería era bastante habitual y el tifus hacía estragos. Se habilitaron hospitales de campaña, así como barcos hospitales (Port Vendres), pero las autoridades sanitarias francesas se vieron desbordadas. Médicos y sanitarios exiliados participaron en el cuidado de los refugiados en los campos de concentración, bajo la supervisión de las autoridades francesas y con la carestía de medios correspondientes, ya que en muchos casos tan sólo disponían

del material sanitario militar transportado por los republicanos en la retirada.

El Gobierno Republicano en el exilio organizó desde París una red de servicios médicos atendidos por sanitarios españoles por todo el país. La Cruz Roja Republicana Española estableció 90 dispensarios, distribuidos por todo el territorio francés. Tan sólo el dispensario instalado en París atendió entre 1947 y 1948 a 107.470 consultas.

Ante la situación de colapso sanitario el gobierno francés, gracias al ministro de sanidad, de filiación comunista, emitió un decreto denominado la ley Billoux del 5 de agosto de 1945, que permitía, amparándose en la convención internacional de 1933 que los profesionales sanitarios asistieran a sus compatriotas.

Muchos exiliados españoles en Francia se unieron al movimiento de resistencia interior de la Francia Libre, contribuyendo a la liberación de Francia. Según las estimaciones, fueron alrededor de 50.000 los españoles que lucharon contra los nazis en Francia. A partir del verano de 1941 los soldados exiliados constituyen la Agrupación de Guerrilleros Españoles (AGE), integrada dentro de las Fuerzas Francesas del Interior (FFI). La actuación más importante de esta organización sería la liberación de Foix, así como la liberación de Toulouse, bajo el mando de Luis Bermejo y la colaboración en la liberación de Limoges.

La Unión Nacional Española (UNE), formada por Socialistas, Republicanos y Monárquicos en el exilio lanza el 21 de agosto de 1943 una llamada a todos los españoles para terminar con el régimen de Franco, convirtiéndose en la única voz legítima en el exilio, a semejanza del Comité Français de Libération Nationale. Comienza a tomar cuerpo la necesidad de iniciar una operación contra el régimen de Franco, confiando en que la ofensiva desmora-

lizaría al ejército franquista y provocaría una insurrección interna, para ello se organizó en mayo de 1944 la Agrupación de Guerrilleros Españoles (AGE) y se convierte a Toulouse en el centro de operaciones de la resistencia española. En lo que se ha denominado la “Operación Reconquista” la Agrupación de Guerrilleros Españoles (AGE) movilizó un conjunto que oscila entre los 5000 y los 8000 maquis, que entraron el 17 de octubre por la frontera con Navarra, Huesca y Lérida, mientras que el bloque más numeroso entró por el valle de Arán. La lucha duró 11 días, superados en número, armamento y preparación por las tropas franquistas. Será Santiago Carrillo, dirigente del PCE quien dé la orden de retirada el 29 de octubre. La destitución de Jesús Monzón de la dirección del PCE como consecuencia del desastre de la Operación Reconquista y la toma de la decisión de retirada por parte de Santiago Carrillo supondrá el ascenso de este último en la jerarquía del partido. Como consecuencia de la Operación Reconquista, a mediados de octubre de 1944 se fundó en Toulouse el Hospital Varsovia, con la finalidad de atender a los heridos de las guerrillas.

Se ha tratado en diversas publicaciones la gestión española del centro, sin embargo la lucha anticomunista primero, la opacidad de las acciones orquestadas por el partido comunista, la negligencia en la conservación documental y la pérdida de los testimonios de los protagonistas al no haber sido convenientemente recogidos antes de su muerte ha dejado como resultado una historia inconclusa, sesgada y parcial.

El objetivo de este artículo es hacer una revisión sistemática de toda la bibliografía producida referente al centro hospitalario durante su dirección por sanitarios españoles, para ser reinterpretada y complementada con las fuentes primarias disponibles en los Archivos del

Hospital, municipales y departamentales, así como del Archivo de la Prefectura de la Policía de París.

El Marco Teórico Referencial de este trabajo es el de la Teoría Crítica, que nace como necesidad de poner en cuestión la historia oficial, positivista, impuesta por las clases dominantes. Rescata el papel de los marginados, de los derrotados, en este caso de los exiliados, de esos sanitarios españoles expulsados primero de su país y posteriormente de su obra hospitalaria, fruto de la caza de brujas que fue la lucha anticomunista a mitad del siglo XX. Se trata de una historia no falta de rigor, pero que carece de la legitimidad que da la historia positivista, que reinterpreta como se ha escrito la historia a partir de las trazas dejadas por testimonios y documentos, teniendo en cuenta el contexto en el que se generaron y las fuerzas en conflicto que influyeron en la producción y conservación de la documentación histórica, realizando un análisis filosófico de los acontecimientos históricos. Este marco teórico requiere de la creatividad y la capacidad observadora de los historiadores para reconstruir historias posibles, paralelas u ocultadas por la historia oficial.

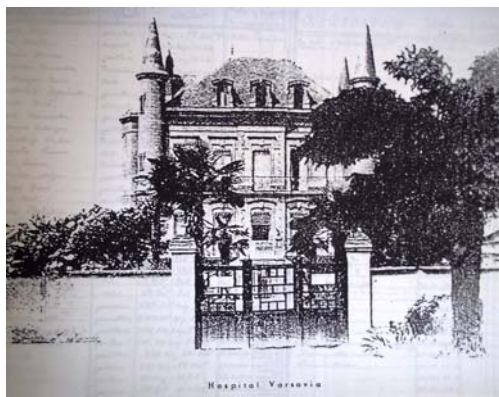
Si revisamos las publicaciones, la primera referencia la encontramos en el texto de *David Pike Jours de gloire, jours de honte: le parti communiste d'Espagne en France depuis son arrivée en 1939 jusqu'à son départ en 1950*, de 1984. Este texto dedica un capítulo completo al hospital Varsovia, haciendo por primera vez una revisión de los documentos policiales y contrastándolo con testimonios de testigos presenciales, sin embargo ofrece una visión partidista, corroborando el punto de vista policial, pese a encontrarse en la mayoría de los casos fundamentados en fuentes poco fidedignas o inciertas, tachando al centro y al personal como quinta columna del comunismo internacional.

El siguiente trabajo de importancia en tratar el tema es el proyecto de Tesis Doctoral de Janine Garipuy, de 1987, titulado *L'Hôpital Joseph Ducuing et son projet: Histoire, realite et image d'aujourd'hui* que retoma la gestión española aportando testimonios directos. Diez años más tarde Dolores Villar-Basanta escribirá su memoria de D.E.A. titulada *L'Hôpital Varsovie, 1944-1950*, un estado de la cuestión que no logra profundizar mucho más en el tema. Tras éste habrá que esperar otra década hasta el inicio de las investigaciones del profesor Alvar Martínez Vidal, las cuales realizaba de forma simultánea a mi primera visita a Toulouse. De sus investigaciones ha resultado la publicación en catalán del libro *Exili, medicina i filantropia* en el año 2010, traducido al francés el año 2011, titulado *L'Hopital Varsovie. Exil, médecine et résistance (1944-1950)*, adoleciendo de una edición en castellano ya que se trata de un trabajo fundamental para ahondar en la historia de la etapa española del centro, reuniendo documentación sobre el hospital dispersa por distintos centros, pero como el mismo declara, se trata de un trabajo inconcluso, mas bien planteando distintos campos de trabajo que quedan por explorar.

DESARROLLO DEL TEMA

Evolución del centro y apoyos internacionales.

El hospital es fundado en octubre de 1944, con el objeto de atender a los guerrilleros heridos. Pese a la falta de documentación sobre la fundación del hospital en el artículo de Alejandro Sánchez, se menciona una carta de Celedonio Villanueva en la cual el Teniente médico Dr. Momeñe (militante del PCE) advertía al estado mayor guerrillero de la existencia de un castillo abandonado por los alemanes en el número 15 de la calle Varsovia que podía servir como instalación médica a los guerrilleros



(Foto 1: Hospital Varsovia de Toulouse. Fuente: Tesis doctoral Janine Garipuy).

El Comisario del Gobierno Provisional de la República Francesa, Pierre Bertaux permitió a los guerrilleros la ocupación del castillo gracias a la mediación del secretario del PCF Henri Dupont. El hospital tomó el nombre de la calle donde se situaba, sin tener ninguna relación con la capital polaca. Según los investigadores sería una deformación de la expresión en occitano de “*verse vin*”. Los servicios de sanidad militar francesa contribuyeron a la dotación del hospital con el material sanitario requisado a los alemanes en su repliegue. El primer hospitalizado entraría el 20 de octubre de 1944. En los tres primeros meses se atendería cerca de 200 enfermos, la mayoría provenían de las divisiones 99, 204 y 186. Contó con una capacidad inicial de 53 camas distribuidas en cinco salas y con una plantilla de 25 médicos y enfermeras exiliados, la mayoría de filiación comunista (Guerra, 2003: 204-206).

“Al hospital Varsovia van a ser evacuados la mayoría de los guerrilleros heridos durante la operación del valle de Arán. No en vano, el jefe del Servicio Sanitario de la invasión, el doctor Diego Díaz Sánchez, había sido uno de los fundadores.”(2)

El primer director del centro fue el teniente Médico José Miguel Momeñe González, en algunos trabajos aparece como Médico, pero Francisco Guerra (Guerra, 2003) lo presenta como practicante, graduado por la universidad de Valladolid en 1925.

La presencia de una gran cantidad de refugiados necesitados de cuidados sanitarios y el fracaso de las operaciones militares contribuyen a la transformación en un centro de cuidados gratuitos para la población civil exiliada y en un lugar de encuentro. Para poder funcionar como centro civil se constituye el 30 de mayo de 1945 la Amicale des Anciens FFI et Résistants Espagnols, que se encargará de la administración del centro, sirviéndose del decreto ley del 12 de abril de 1939 que regulaba las asociaciones extranjeras.

El cambio de estatus hizo que se destituyera al director militar, el Dr. Momeñe, y se nombrara director del centro al Dr. Torrubia, miembro del PSUC. El 18 de junio de 1945 ingresa, según el registro de hospitalización la primera mujer. El Essai biographique de l'hôpital Varsovie editado por el propio hospital en 1950 dice textualmente:

“Ningún enfermo tiene la impresión de estar en un hospital donde todo lo que le rodea le sea extraño: al contrario, tiene la sensación de estar cuidado en su casa y en familia; Médicos, enfermeras y personal administrativo, todos españoles, con la única preocupación del paciente que es al mismo tiempo su amigo del exilio y su compañero de lucha por la reconquista de la patria perdida.” (3)

Este sentimiento de transformación del centro hospitalario en un refugio de la patria perdida queda bien reflejado en las cartas remitidas por los enfermos a la dirección del centro:

“Nunca habría pensado –nos escribe S.L. de

Septfonds- que el Hospital Varsovia fuera un auténtico rincón de nuestra patria donde encontramos no solo los cuidados necesarios, sino también el cariño de todo el personal.”(4)

Desde su creación el mayor reto del hospital fue el de recaudar fondos para mantener la actividad asistencial. El Comité de Ayuda a los Republicanos Españoles, cuyo presidente fue Pablo Picasso hizo un llamamiento de ayuda al “hospital de los españoles en Francia”(5). En una biografía sobre Pablo Picasso, escrita por su nieto Olivier Widmaier afirma:

“más adelante, mucho más adelante, Pablo regaló algunos cuadros a instituciones o personas que habían ayudado a los republicanos: en 1940, al Hospital Ducuing de Toulouse, que había acogido a numerosos refugiados.”(6)

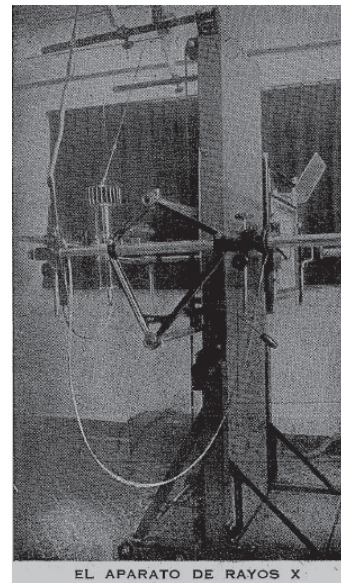
Aunque la fecha que da Widmaier es errónea, ya que el Hospital no comienza a funcionar hasta 1944 es bastante plausible que Picasso donara un cuadro al hospital, ya que era una práctica muy extendida por el pintor para apoyar a las instituciones con las que simpatizaba. Tras consultar con el otro investigador, el profesor Alvar y con la actual dirección del centro hospitalario, ambos manifestaron ignorar el hecho de la donación de una pintura al hospital. Hemos intentado identificar qué cuadro pudo ser sin éxito, el vacío informativo con respecto a la donación de la pintura y su destino ulterior no dejan de ser reveladores y creemos que bien pudo ser vendido para costear los gastos del centro hospitalario o bien pudo ser requisado por el PCE o el PCF antes del cambio de dirección del hospital. En esta época pinta Picasso varios cuadros solidarizándose con la causa republicana, como “Aux espagnols morts pour la France” pintado entre 1946-1947, que en la actualidad se expone en el Museo Reina Sofía de Madrid



(Foto 2: *Aux espagnols morts pour la France.*
Pablo Picasso. Fuente: Catálogo del Museo
Reina Sofía).

Muchos otros contribuyeron a la causa del hospital, la Seguridad Social francesa participaba del sostenimiento del hospital, gracias a un acuerdo firmado a finales de 1947, por el cual reembolsaba 56 francos por cada consulta médica. El libro de oro del hospital, que recoge sesenta dedicatorias de los visitantes entre el 20 de mayo de 1948 y el 10 de septiembre de 1950, nos ofrecen una fuente fundamental de información para conocer los apoyos internacionales. Entre los demás benefactores podemos destacar al norteamericano Edward Barsky, médico de la Brigada Abraham Lincoln, que presidió la Joint Anti-Fascist Refugee Committee (JAFRC), que aportaba 370.000 francos mensuales para el mantenimiento del hospital

entre 1945 y 1947, distribuidos a través de la organización humanitaria Unitarian Service Committee (USC). Recibió el apoyo de profesores de la facultad de medicina de Toulouse como Stephane Barsony, Garipuy, Tauber y Champagnac, destacando el apoyo del cirujano y miembro del PCF Joseph Ducuing. Todas las entidades colaboradoras serán recogidas en la sección “Nuestros Amigos” de la revista del hospital, destacando la Casa de Galicia de Unidad Gallega de Nueva York, la Spanish Refugee Appeal de Vancouver, la Comisión de Asistencia de Cuba, La Comisión de Ayuda al hospital Varsovia de México y otros, además de ayuntamientos de ciudades importantes como Glasgow, Varsovia o la propia Toulouse. El alcalde de la ciudad de Zurich y la Centrale Sanitaire Suisse contribuyeron a la dotación del centro donando un aparato de rayos X



(Foto 3: *Equipo de Rayos X donados por la
Centrale Sanitaire Suisse. Fuente: Anales del
Hospital Varsovia nº5).*

Ante los rumores de tratarse de un refugio de comunistas la USC enviará a Persis Miller como delegada a Toulouse, que hará una reorganización del personal del hospital y licenciará al Dr. Torrubia como director, imponiendo al Dr. Parra. Pike (1984) afirma que Persis Miller fue informada de que *“ciertos miembros del personal, especialmente el Dr. Víctor Viladrich y el enfermero Félix Bermejo Rodríguez eran toxicómanos y el P.C.E. había tomado el control total del hospital”* (Pike, 1984: 175).

Como consecuencia de las tensiones internas y del inicio de la guerra fría a inicios de 1948 todo el comité de dirección de la JAFRC fue detenido en EEUU bajo la acusación de actividades antiamericanas y en febrero de 1948 la USC retira su apoyo al proyecto. Las JAFRC tendrán que crear la Spanish Refugee Appeal para poder continuar su aportación económica (Villar-Basanta, 1997: 77).

Durante la gestión de Vicente Parra, la dirección del hospital ahorró 3,5 millones de francos, reservados para acometer la ampliación del hospital, según Pike para una maternidad. La Amicale le exige la entrega de la suma ahorrada y ante la insumisión será cesado en febrero de 1948, siendo sustituido por Dr. Bosch.

A partir de marzo de 1948, bajo la dirección de Bosch el centro entrará en el período de dirección comunista. Según Pike se entregará la suma exigida por la Amicale, aunque Dolores Villar-Basanta, sin embargo discrepa en este aspecto ya que el centro acomete importantes obras a partir de julio de 1948, argumentando que éstas no habrían podido realizarse si hubiesen entregado los fondos ahorrados.

La situación de solidaridad por parte del gobierno francés, gracias al poder del PCF en el gobierno de la república para con el PCE comenzó a cambiar a partir de 1947, ante el de-

but de la guerra fría. En mayo de 1947 los ministros comunistas del gobierno francés serían expulsados, perdiendo toda influencia a nivel gubernamental.

Según un documento de la prefectura de Toulouse con fecha del 4 de febrero de 1950 una purga del comité central del PCE había transcurrido el 8 de enero de ese mismo año expulsando del partido tanto al doctor Torrubia como a Pablo Cirera, ambos sanitarios del Hospital Varsovia de Toulouse.

Un hospital moderno

El hospital se constituye como un modelo de hospital republicano, con vistas a la implantación del mismo al retornar el régimen democrático a España. Por ello se potencia la formación del personal, tanto médico como auxiliar, la investigación, pese a las limitaciones económicas y técnicas y la publicación a través de la Revista Anales del Hospital Varsovia.

Se destina un presupuesto anual de 150.000 francos para la creación de una biblioteca de consulta. Se estimula también la realización de sesiones clínicas y cursos de actualización del personal sanitario, con el objetivo de *“preparar mejor a nuestro personal para las tareas que tienen encomendadas hoy en Francia y mañana en España”* (7). Estas sesiones clínicas se publicaron en la revista del hospital bajo el título *“charlas clínicas del Hospital Varsovia”*. A ellas asistían no sólo los médicos y farmacéuticos, sino también las enfermeras y practicantes. Esta iniciativa formativa surge gracias a la experiencia de Josep Bonifaci en el Hospital Santa Creu de Barcelona. La instauración de la investigación como parte esencial de la formación profesional se inicia también en el período de dirección comunista, bajo una falta absoluta de medios.

Entre las investigaciones hay que destacar los estudios realizados por Joaquín Vinyes sobre la avitaminosis C. Además el hospital fue pionero no sólo en el uso de la penicilina, proporcionada por el Unitarian Service Committee (USC), sino por los estudios de la acción terapéutica, efectos secundarios y de las dosis adecuadas de este medicamento.

Se estableció campañas de “*Medicina social*”, un programa de acción sobre la salud de los refugiados españoles. Abordaron los problemas de desnutrición y campañas de lucha contra la tuberculosis y contra la sífilis, el cáncer y la mortalidad infantil. Para el programa de lucha contra el cáncer contaron con el apoyo del Centro Anticanceroso de Toulouse, dirigido por el cirujano Joseph Ducuing, miembro del PCF.

Al ser el centro sanitario de referencia para toda la comunidad exiliada, la demanda de atención se hará cada vez mayor, atendiendo pacientes de todo el territorio francés, incluso de las colonias. El aumento de las consultas externas obliga a crear un dispensario anexo en el Cours Dillón, instalado en unas barra-cas provisionales, que durante su primer año de funcionamiento realiza un total de 14.692 intervenciones. En un documento de la policía de Toulouse, con fecha del 7 de mayo de 1949 se registra la visita de Howard Fast al Hospital el 27 de abril de 1949, invitado por Francisco Bosch, director del hospital. Según sus declaraciones la persecución de la JAFRC en EEUU había impedido la donación de un millón de francos, necesarias para la construcción del nuevo dispensario (8). Finalmente, el nuevo dispensario se inaugurará el 30 de junio de 1949, con un tamaño inicial de 90m2 siendo ampliado ese mismo año para albergar un servicio de laboratorio de análisis biológicos con el nombre de Pabellón Thomas-Addis



UNA VISTA GENERAL DEL DISPENSARIO CON LAS RESIDENTES AMPLIACIONES
... DE LA SALA DE ESPERA, FARMACIA Y DIAGNOSTICOS BIOLÓGICOS ...

(Foto 4: Vista del nuevo dispensario. Fuente: Revista *Anales del Hospital Varsovia* nº7).

“En las dependencias del dispensario se prestan servicios de medicina general, tuberculosis, aparato digestivo, cirugía general, ginecología, garganta, nariz y oído, boca, ojos, piel, venéreo, infancia. Las dependencias de diagnóstico: rayos X, laboratorio clínico, metabolismo basal y endoscopias, trabajan en el descubrimiento de las causas de las enfermedades y en comprobar el curso de estas últimas. Un aparato de diatermia, uno de rayos infra-rojos y otro de ultravioleta funcionan durante jornadas de 9 horas para devolver la salud a los enfermos. La sección de pequeñas curas aplica las inyecciones, hace las vacunaciones, los sondajes gástricos y duodenales, así como las curas de cirugía. Esta misma sección es la encargada de la toma de sangre a todo enfermo nuevo, dentro del marco de la búsqueda sistemática de la sífilis”(9)

María Gómez Álvarez, cirujana hija del odontólogo Ismael Gómez Carneado trabajó en el hospital hasta 1949. En el número 3 de la revista *Anales del Hospital*, de 1949, deja testimonio de la limitación de medios y de las mejoras realizadas en el centro hospitalario:

“Como no podía ser por menos, se pensó en instalar un servicio de cirugía, la falta de instrumental y de capacidad del edificio hacían de esta necesidad, casi una ilusión, pero poco a poco se instaló un quirófano, que hoy ha sido mejorado, de forma que no tiene nada que envidiar a

hospitales modernos y se acopló a él un equipo quirúrgico formado de compatriotas e integrado por una enfermera, destinada a la esterilización e instrumental, otra encargada de la limpieza, cuidado de salas y asistencia mecánica de los enfermos; un practicante, que al mismo tiempo que hace el servicio de otras salas de medicina, se encarga de la anestesia general, un médico ayudante y yo como cirujano, que además de las intervenciones hago la consulta de cirugía en el consultorio. Como servicio complementario, tenemos el laboratorio, donde antes de ser operados los enfermos, se les realizan todos los análisis necesarios, Desgraciadamente la poca capacidad del Hospital hace que el servicio de cirugía solo pueda contar con siete camas para mujeres y nueve para hombres.”(10)

En julio de 1948, bajo la dirección del Dr. Bosch, aparecerá el primer número de la revista Anales del Hospital Varsovia.



(Foto 5: Portada del primer número de la revista. Fuente: Revista Anales del Hospital Varsovia n°1).

Se trata de una publicación trimestral que tendría una vida de 9 números entre 1948 y 1950. Actualmente no existe ninguna colección que reúna todos los números pero un trabajo de recopilación dirigido por Alvar Martínez ha permitido reunirlos todos digitalizados y a disposición de los investigadores.

En el primer número, de julio de 1948 la editorial hace una declaración de objetivos del hospital “velar por la salud de toda la emigración española republicana en Francia”. Estimamos la influencia sobre esta revista del doctor Josep Bonifaci, quien había trabajado en España en el Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona, hospital que publicaba una revista de idéntico nombre a la del hospital Varsovia Anales del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (1927-1936), que recogía todas las actividades realizadas por el centro.

A partir del número de abril de 1950 se observa una reorganización del consejo editorial, reduciendo el número de consejeros a personas próximas a la dirección comunista del hospital.

Un proyecto truncado: Operación Bolero-Paprika

Fruto de la campaña anticomunista por el inicio de la guerra fría el centro hospitalario será acusado de ser “refugio de agentes soviéticos”. A finales del año 1945 el Comité de Actividades Antiamericanas de la Cámara de Representantes (HUAC) fija su atención en la Joint Anti-Fascist por la sospecha de tratarse de una organización afín al partido comunista. En 1946 las sospechas llegarán hasta los Unitarios, debiendo comparecer una delegación de la USC ante la HUAC en octubre de ese año para garantizar que no busca ningún fin político.

Las indagaciones de la policía acusarán a las instituciones financiadas por la USC de

practicar discriminación a favor de los comunistas. Pelletier, prefecto del Alto Garona denuncia que los españoles se encuentran implicados en la mitad de los crímenes cometidos en Toulouse (11). En 1947 será el Comité de Actividades Antiamericanas quien impida la financiación gracias a los fondos aportados por las JAFRC.

Había un verdadero miedo a la amenaza que el apoyo de comunistas españoles podía suponer en el caso de que el PCF intentara hacerse con el poder en Francia en caso de un conflicto con la URSS. Esta situación se agravó tras la guerra de Corea y el descubrimiento el 17 de febrero de 1950 de un gran depósito de armas en Barbazan (Haute-Garonne). Alfred Coste-Floret, alcalde de Bagnères-de Luchon materializó con su declaración de marzo de 1950 el miedo al golpe comunista diciendo que las armas encontradas *“no son destinadas a cazar a Franco, al contrario, según un plan establecido, a ayudar a los comunistas franceses en caso de guerra civil”*.

En el último número de la revista Anales del Hospital Varsovia, la editorial denuncia la persecución de los miembros de la JAFRC. Se detiene a Howard Fast, el cual declara en la revista del Hospital:

“El Comité de Actividades Antiamericanas nos ha exigido darles los nombres de los republicanos españoles que hemos ayudado, de suerte que al hacerlo nos hubiésemos convertidos en criminales asociados al abominable Franco. Y porque nos hemos negado a ello vamos a la cárcel.” (12)

La investigación policial francesa contó con la colaboración de los servicios de inteligencia franquistas *“...según la información proveniente de la frontera española [del Servicio de Información y Policía Militar Franquista (SIPM)], esta asociación (refiriéndose a la USC) había*

sido sospechosa en 1947 de servir de cobertura a agentes de información norteamericanos a fin de facilitar sus actividades y sus desplazamientos”(13). Esto prueba la colaboración entre las autoridades franquistas y el gobierno francés, ante el interés de los franquistas de eliminar no solo toda amenaza de invasión por la frontera pirenaica, sino también de erradicar la labor social que se estaba realizando en el Hospital Varsovia impidiendo su financiación.

La visibilidad de los sanitarios de filiación comunista del hospital Varsovia le hizo objetivo de las pesquisas de los servicios policiales, de tal forma que los Archivos departamentales del Haute-Garonne conservan los informes policiales realizados entre 1948 y 1950 con motivo de desenmascarar a los agentes del Kominform trabajadores del hospital. Pelletier, en una carta al ministro del interior del 7 de febrero de 1950 acusaba al Dr. Bosch de ser agente del Kominform: *“todo indica que el Dr. Bosch es uno de los agentes principales del brazo español del Kominform”*, incluso va más allá y le propone *“He pensado que es oportuno que la ley Billoux de agosto de 1945, no tenía fecha límite, pueda ser revocada; significará que los médicos españoles no tendrán más el derecho de ejercer, como los de Varsovia, lo que conllevará la clausura de este hospital. La población hospitalizada que no pasa de 50 enfermos podría ser, sin ninguna dificultad, admitidos en los diferentes hospitales de Toulouse...”* (14)

El 7 de septiembre de 1950 son encarcelados en Toulouse 50 personas, entre ellas todo el equipo médico del hospital Varsovia.

La operación dirigida por el secretario de estado Eugène Thomas, con el nombre en clave de Bolero-Paprika supuso, según la información de la policía la detención y expulsión de Francia de 165 comunistas españoles (Alted y Domergue, 2003: 158).



(foto 6: Personal español del hospital. Fuente: Archivo del Hospital Joseph Ducuing).

“Todos los dirigentes conocidos del PCE en Francia, todo el personal del hospital Varsovia, todos los jefes de construcción y del servicio de la empresa Fernández-Valledor, así como los dirigentes de la Asociación de Antiguos miembros de las FFI y resistentes españoles y de otras asociaciones de obediencia comunista”

La operación tenía como objetivo desmantelar la quinta columna soviética en Francia, siendo justificada por el periódico France Soir en un artículo del 10 de septiembre de 1950 como:

“Los comunistas españoles del Sudoeste debían transformarse en guerrilleros...y bloquear a las tropas francesas el acceso a la región de los pirineos. Ellos debían controlar la región del atlántico a los pirineos esperando la llegada de los rusos” (15)

Sin embargo los miembros del PCE habían sido prevenidos de la operación por la prensa (16) y ningún documento interesante fue encontrado en la operación. El PCE, el PSUC y otras organizaciones, entre ellas la Amicale

fueron declaradas ilegales, esta última disuelta el 7 de octubre de 1950. La mayor parte de los detenidos fueron expulsados a países de Europa del este a Córcega o a África del Norte.

Recogida del testigo: profesor Ducuing.

Consecuencia directa de la operación Bolero Paprika fue el cese de la actividad asistencial del Hospital Varsovia. Sin embargo un grupo de médicos franceses, liderados por el profesor Joseph Ducuing recogerán el testigo de la Amicale. Médicos como Champagnac, Lapeyrère y Tauber aparecen a partir de noviembre de 1950 como responsables de los pacientes ingresados. El ministerio del Interior ordena en una misiva firmada el 7 de octubre de 1950 la disolución de la Amicale y la liquidación de los bienes en el plazo de un mes. Se constituye la Société Nouvelle Hôpital Varsovie, que finalmente adquirió las instalaciones el 6 de enero de 1951 por 300.000 francos (Garrigou, 1987: 32).

El propietario del castillo, Henri Maigne puso en venta el castillo, por la suma de seis millones de francos que la Nueva Sociedad pudo reunir gracias al apoyo financiero del Partido Comunista Francés, firmando la venta el 12 de febrero de 1952. El apoyo del PCF aseguró la pervivencia del centro, con continuidad asistencial hasta nuestros días.

CONCLUSIONES

Independientemente de las tensiones por el control del centro hospitalario el Hospital Varsovia fue un foco de investigación, heredero de la tradición de la II República y un refugio para miles de españoles exiliados, un centro que atendía a enfermos españoles, dirigido y atendido por sanitarios españoles. El proyecto se vio truncado por el viraje de la política internacional pero consiguió salvaguardarse

gracias a la implicación de médicos franceses y al apoyo económico del PCF, asegurando su supervivencia hasta nuestros días. La reactivación de las investigaciones sobre el centro hospitalario y la apertura de nuevas líneas de trabajo preconizan un futuro halagüeño en el estudio del exilio sanitario español.

NOTAS

- 1- Guerra, F. (2003) La medicina en el exilio republicano. Madrid, Universidad de Alcalá. pp.204-206
- 2- Rodríguez, E. (2005) Els maquis. Cossetània Edicions, Valls p.71. (traducción propia).
- 3- (1950) Essai biographique de l'hôpital Varsovie. pp.11-12 (traducción propia).
- 4- (1950) Essai biographique de l'hôpital Varsovie. p.6 (traducción propia).
- 5- (1949) Editorial. Anales del Hospital Varsovia 4, 1
- 6- Widmaier, O. (2003). Picasso: retratos de familia. Alga-ba, Madrid p.136.
- 7- (1948) Revista Anales del Hospital Varsovia 1, 8.
- 8- Archivo Departamental Haut-Garonne. 2042 w292 Dossier 1 Chemise 3
- 9- (1949) Editorial. Anales del Hospital Varsovia 6, 1.
- 10- Gómez, M. (1949). Servicio de cirugía. Anales del Hospital Varsovia 3, 6.
- 11- Archivo Departamental Haute-Garonne. N°1725 (10 febrero 1948).
- 12- (1950) Editorial. Anales del Hospital Varsovia 9, 1.
- 13- Archivo de la Prefectura de Policía, Paris. GA U3. Univer-sarian Service Committee. (traducción propia).
- 14- CAC, Fontainebleau, MI, 19890576, Información del prefecto Pelletier (7 febrero 1950) (traducción propia).
- 15- En prensa: France Soir. 10 de septiembre de 1950 (tra-ducción propia).
- 16- En prensa: La Dépeche du Midi, 6 septembre 1950 (traducción propia)

BIBLIOGRAFÍA

- Alted, A.; Domergue, L. (2003) El exilio republicano es-pañol en Toulouse, 1939-1999. Universidad Nacional de

Educación a Distancia, Madrid

- Alted, A. (1991) La Cruz Roja Republicana Española en Francia, 1945-1986. Historia Contemporánea 6, 223-249
- Cubero, J. (2003) Les Républicains espagnols. Cairn, Toulouse.: 316-319
- Dreyfus-Armand, G. (1999) L'Exil des républicains es-pagnols en France de la guerre civile à la mort de Franco. Albin Michel, Paris.
- Garipuy, J. (1987) L'Hôpital Joseph Ducuing et son pro-jet: Histoire, realite et image d'aujourd'hui. Project The-se Doctorat. Université Paul Sabatier, Toulouse.
- Guerra, F. (2003) La medicina en el exilio republicano. Universidad de Alcalá, Madrid.: 215-302.
- Lillo, N. (2007) El PCE en Francia: relaciones con el PCF y evolución. 1945-1975. En Bueno, M.; Hinojosa, J.; Gar-cía, C. (coord.). Historia del PCE, I. Fundación de Inves-tigaciones Marxistas, Madrid.: 83-99.
- Martínez, À. (2010) Exili, medicina i filantropia. L'Hospital Varsòvia de Tolosa de Llenguadoc (1944-1950). Editorial Afers, Barcelona.
- Martínez, À. (2011) L'Hôpital Varsovie. Exil, médecine et résistance (1944-1950). Loubatières, Portet-sur-Garonne.
- Molanes, P. (2011) El Hospital Varsovia. Exilio, medi-cina y resistencia (1944-1950) [Comentario de Texto]. Temperamentvm 14. Available <http://www.index-f.com/temperamentum/tn14/t1011.php>. downloaded 15th ja-nuary 2011.
- Moran, G. (1986) Miseria y grandeza del Partido Comu-nista de España. 1939-1985. Planeta, Barcelona.: 92-95
- Pike, D. (1984) Jours de gloire, jours de honte: le parti communiste d'Espagne en France depuis son arrivée en 1939 jusqu'à son départ en 1950. Sociéte d'éditions d'enseignement supérieur, Paris
- Pike, D. (1969) Vae victis!: Los republicanos españoles refugiados en Francia, 1939-1944. Ruedo Ibérico, París.
- Villar-Basanta, D. (1997) L'Hôpital Varsovie, 1944-1950. Memoire de D.E.A. Université Toulouse-Le Mirail, Tou-louse.

Antropología

Etnografía del cuidador varón en una Unidad de lesionados medulares: análisis de los roles y redes sociales con una perspectiva de género

Ethnography male carer in a spinal injuries unit: analysis of the roles and social networks with a gender perspective

Etnografia cuidador do sexo masculino em uma unidade de lesões da coluna vertebral: análise dos papéis e das redes sociais com uma perspectiva de gênero

Almudena Arroyo Rodríguez¹; Inmaculada Lancharro Taverro; María S. Morillo Martín; Rocío Romero Serrano; Enrique Pérez-Godoy Díaz; Antonio Moreno-Guerín Baños

¹ Profesora a tiempo completo del Centro de Enfermería "San Juan de Dios"

Cómo citar este artículo en edición digital: Arroyo Rodríguez, A; Lancharro Taverro I; Morillo Martín, M^a S; Romero Serrano, R; Pérez-Godoy Díaz, E; Moreno-Guerín Baños, A. (2013) Etnografía del cuidador varón en una Unidad de lesionados medulares: análisis de los roles y redes sociales con una perspectiva de género. 17, 35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.35.07>

Correspondencia: Almudena Arroyo Rodríguez. Avenida San Juan de Dios s/n. 41930, Bormujos (Sevilla).

almudena.arroyo@sjd.es. Telf. 955055132

Recibido: 06/11/2012. Aceptado: 11/01/2013



ABSTRACT

Historically, the familiar care of the elderly in situation of dependence, has been marked by the factor gender of the carer, this way, many studies show, the task of taking care re-lapses, in 85 % of the cases on the women. In spite of this, the number of carer males is important and cannot forget.

The principal purpose of this study is to analyze from the Urban Anthropology the networks of kinship of two hospitalized patients and the influence of these networks in the social roles of carer males members of this network. Has been carried out through the ethnographic method. The main techniques that have been used were participant observation and interviews.

We can conclude that in both cases there is a relationship between social roles related to employment and the role of carer, this way almost in all members of both networks shows the incompatibility of a work with the role of carer.

Keywords: Gender, informal carer, networks, social roles.

RESUMO

Historicamente, o cuidado familiar de idosos em situação de dependência, foi claramente marcada pelo fator do cuidador de gênero, de modo que, como mostrado por muitos estudos, a tarefa de cuidar quedas, em 85% dos casos em mulheres. Apesar disso, o número de cuidadores do sexo masculino é importante e não pode ser esquecido.

O objetivo principal deste estudo é analisar redes antropologia urbana de parentesco de dois pacientes internados e como você está em rede papéis sociais afetam os cuidadores do sexo masculino de membros da família de que a rede.

Foi realizada através do método etnográfico. As principais técnicas que têm sido utilizados foram a observação participante e entrevistas.

Podemos concluir que em ambos os casos existe uma relação entre os papéis sociais relacionados ao emprego e ao papel de cuidador, de modo que praticamente todos os membros de ambas as redes encontra um trabalho incompatível com o papel de cuidador.

Palavras-chave: Gênero, cuidador familiar, rede, papéis sociais.

RESUMEN

Históricamente, el cuidado familiar de las personas mayores en situación de dependencia, ha estado claramente marcado por el factor género del cuidador, de forma que, como muestran muchos estudios, la tarea de cuidar recae, en un 85% de los casos sobre las mujeres. A pesar de esto, el número de cuidadores varones es importante y no se puede olvidar.

El objetivo principal de este estudio es analizar desde la Antropología Urbana las redes de parentesco de dos pacientes hospitalizados y como estas redes afectan a los roles sociales

de los cuidadores varones familiares miembros de esa red. Se ha llevado a cabo a través del método etnográfico. Las técnicas principales que se han utilizado han sido la observación participante y entrevistas en profundidad.

Podemos concluir diciendo que en ambos casos existe una relación entre los roles sociales vinculados al empleo y el rol de cuidador, de tal forma que prácticamente en todos los miembros de ambas redes se cumple la incompatibilidad de un empleo con el rol de cuidador.

Palabras clave: Género, cuidador informal, redes, roles sociales.

INTRODUCCIÓN

Históricamente, el cuidado familiar de las personas mayores en situación de dependencia, ha estado claramente marcado por el factor género del cuidador, de forma que, como muestran muchos estudios (Isla, 2000; García-Calvente, Mateo-Rodríguez y Eguiguren, 2004; Crespo y López, 2008; Félix, Aguilar, Martínez, Avila, Vázquez y Gutiérrez, 2012) la tarea de cuidar recae, en un 85% de los casos sobre las mujeres. A pesar de esto, el número de cuidadores varones es importante y no se puede olvidar. En nuestro país son cerca de 100.000 varones los que habitualmente se responsabilizan del cuidado de su familiar, esposa o pareja, principalmente, madre o padre más secundariamente. Es más, las tendencias sociodemográficas y de salud advierten que el número de cuidadores varones aumentará progresivamente en un futuro, debido a las siguientes causas: creciente incorporación de la mujer al mundo laboral, cambio en los roles de género, mayor prevalencia de trastornos crónicos discapacitantes en mujeres mayores, etc.

Esta investigación tiene una proyección social. Una comprensión mejor de los mecanis-

mos de interacción entre la Institución, Hospital San Juan de Dios del Aljarafe (HSJDA), y el cuidador varón, con una intención clara: hacer visible al cuidador varón como responsable de los cuidados informales (García-Calvente y Mateo-Rodríguez, 1993) de un familiar dependiente (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia) a su cargo, así como averiguar cómo es su respuesta y redes sociales ante esta situación de estrés, ya que parece ser que no es tan benigna como tradicionalmente se ha asumido.

La importancia de este estudio radica, por tanto, en reconocer que en la actualidad, los hombres tienen una mayor probabilidad de cuidar a sus familiares en situación de dependencia, normalmente porque no existe una mujer disponible para hacerlo. Es decir, se puede afirmar que sólo cuando falta una red asistencial femenina, se pone en marcha la red de asistencia masculina. Y como hoy día se ha reducido la red asistencial femenina, ha aumentado la posibilidad de que el cuidado recaiga sobre un varón.

Los cuidadores varones han permanecido escondidos, no sólo para la sociedad, sino también para las investigaciones gerontológicas, y cuando se ha tratado sobre ellos se ha resuelto hacer considerándose como un grupo homogéneo, el de los “hombres cuidadores”, sin atender a la diversidad que puede existir dentro de este grupo de cuidadores.

El cuidado tradicionalmente ha sido visto como rol de género, por lo que con esta etnografía se pretende conocer si hay otros modelos de cuidados informales o familiares, es decir, si los roles de género están cambiando, tal y como los estudios referenciados reflejan, y contrastar cómo además el cuidador varón en el ejercicio de ese nuevo rol de cuidados

informales, en el contexto de la sociedad del bienestar tardomoderna (Giddens, 2002), se relaciona con el sistema experto de cuidados de salud, a través de sus instituciones, como es el HSJDA. Podemos decir que las instituciones de la sociedad tardomoderna del bienestar, surgen para dar respuesta a las demandas sociales y sanitarias de los ciudadanos a los que prestan sus servicios de expertos (Díaz de Rada, Velasco y Cruces, 2006).

Por tanto, el objetivo principal de este estudio es analizar las redes de apoyo y los diferentes roles sociales de los cuidadores varones, mientras sus familiares dependientes (con un Índice de Barthel inferior a 60) están hospitalizados. Asimismo, se ha partido de la siguiente hipótesis: Nuestra hipótesis de partida podría ser la siguiente: los roles sociales que desempeñan los cuidadores varones se ven modificados cuando adquieren el nuevo rol de cuidador familiar y esta modificación a su vez está relacionada con la red de apoyo que posee para cuidar a su familiar dependiente.

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

El desarrollo del análisis de red desde mediados de los años cincuenta ha sido objeto de diversas revisiones por autores como Barnes, Whitten, Wolfe, Mitchell, Bott, etc. (Hannerz, 1986).

El análisis de red no se considera solo un instrumento de investigación urbana, aunque debe su importancia al interés antropológico por las sociedades complejas. John Barnes fue el primero en utilizarlo de una forma más específica en su trabajo sobre Bremmes, una comunidad noruega de pescadores y granjeros, donde buscaba describir su sistema social. Barnes (Hannerz, 1986) se refiere al término red de la siguiente forma: “*La imagen que ten-*

go es la de un conjunto de puntos, algunos de los cuales están unidos por líneas. Los puntos son personas, a veces, grupos y las líneas indican qué persona interactúa con cada una de las otras". El conjunto de la vida social genera redes de este tipo, que se han denominado por Barnes (en Whitten y Wolfe, 1988) como redes totales. Dadas las características de este estudio, el análisis de red que se ha llevado a cabo es el de una red parcial en cuanto que consiste en un estudio de un fragmento de la realidad social, ya que su totalidad es inabarcable hoy en día desde una investigación de carácter etnográfico, *Figura 1*. La red parcial es definida por Barnes como "cualquier abstracción de la red total basada en algún criterio aplicable a lo largo de toda la red". Ejemplos de redes parciales, son la generadas bajo un criterio económico, político...en este caso las redes parciales que se han analizado han seguido un criterio de parentesco y corresponderían a las relaciones egocéntricas descritas por Southall o relaciones personales definidas por Mitchell (en Whitten y Wolfe, 1988).

En una red parcial, hay un número limitado de personas, al ser una red finita. En el caso de las redes infinitas, todos los miembros del universo social estarían en la red y no habría personas fuera.

Por tanto, desde este estudio se han analizado dos redes parciales según el criterio de parentesco que son finitas y limitadas, en cuanto al número de personas, donde las esferas de las *Figuras 2 y 3* representan las personas que interactúan con el ego, que se encuentra en el centro y los lazos que las unen aparecen con líneas continuas o discontinuas, dependiendo de su vinculación con el cuidado del familiar dependiente.

Las líneas discontinuas representan la existencia de una relación de parentesco pero sin

vínculo directo con el cuidado y las líneas continuas unen al ego con los familiares que participan activamente en su cuidado. Ambas redes son redes ego-centradas, ya que consisten en redes parciales delimitadas desde el punto de partida de un ego particular, el paciente dependiente (Hannerz, 1986). El siguiente planteamiento tendría que ver con la extensión de los límites exteriores de la red parcial. En nuestro caso, aunque podríamos extender la red de forma indefinida, se ha limitado exclusivamente a los familiares del paciente dependiente (situado en el centro) de primer grado de consanguinidad, distinguiendo los parientes que adquieren el rol de cuidadores de los que no a través de los lazos de unión al ego central, como se ha referido anteriormente. Por tanto, las dos redes que se han analizado para este estudio son denominadas estrellas de primer orden, ya que sólo se tienen en cuenta los vínculos directos entre el ego y otras personas (Hannerz, 1986).

METODOLOGÍA

El abordaje de este estudio etnográfico se ha realizado desde la Antropología Urbana, ya que nos ha permitido analizar las redes sociales de los cuidadores varones, así como conocer los múltiples roles que desempeñan en su vida diaria, característica común de la vida urbana.

Las técnicas utilizadas durante el trabajo de campo para la recolección de datos han consistido en conservaciones informales, entrevistas semiestructuradas al personal de la unidad, pacientes y cuidadores, observación participante y búsqueda de información en las historias clínicas, protocolos de la unidad, memoria de la actividad de la institución, etc.

Siguiendo a Mitchell, antropólogo de la Escuela de Manchester, se han estudiado los tres

tipos de relaciones sociales que establecen los cuidadores mientras permanecen en el HSJDA. Según este autor las relaciones sociales pueden ser: categoriales, estructurales y redes sociales personales (Whitten y Wolfe, 1988); y no son excluyentes entre sí.

En una institución de cuidados de salud como es el HSJDA, los cuidadores varones establecen los tres tipos de relaciones en su vida diaria: las categoriales con otras personas que acuden al hospital y con el personal sanitario que se cruza por los pasillos; las estructurales con otros cuidadores y el personal de la unidad donde permanece durante 5 meses consecutivos y las redes personales son las que ya traían desde su domicilio y que en este momento es importante explicitar para repartir el cuidado de la persona dependiente a su cargo.

La unidad de observación que se ha elegido para este estudio es la Unidad de Lesionados Medulares (ULM) del HSJDA, situada en la cuarta planta impar de este hospital.

La unidad de análisis de nuestro estudio tiene que ver por tanto, con la siguiente pregunta de investigación: ¿Los roles sociales de los cuidadores varones se ven modificados con el cuidado de un familiar dependiente, de tal forma que existe una relación con las redes sociales de apoyo con las que cuentan?

Partimos en este estudio de una red personal o egocéntrica como variable independiente que influye sobre los roles sociales de los cuidadores varones.

Whitten y Wolfe (1988) exponen que probablemente el microanálisis de red sea la mejor vía para entender cómo la participación en varias redes estructura roles específicos de parentesco, políticos, económicos, etc. Desde el presente estudio se ha pretendido estudiar las redes de parentesco de dos pacientes hospitalizados en la ULM del HSJDA y como estas

redes afectan a los roles sociales de los cuidadores varones familiares miembros de esa red.

DESARROLLO DEL TEMA

La ULM está situada en el HSJDA perteneciente a la localidad de Bormujos. Este Hospital surge en el 2003 fruto de un Consorcio entre la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y la Orden Hospitalaria San Juan de Dios, constituyéndose como parte de la Red del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA).

La ULM es una unidad perteneciente al Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR), que desde 1990 se ubica en las instalaciones de la Orden Hospitalaria San Juan de Dios a través de un concierto con el SSPA. La ULM del HUVR ofrece tratamiento integral a los pacientes con lesión medular desde dos escenarios asistenciales: la ULM Agudos situada en el Hospital de Rehabilitación y Traumatología de Virgen del Rocío y la ULM Subagudos situada en el HSJDA.

La cartera de servicios, referida a procesos patológicos, queda resumida en:

- Lesión medular de causa traumática (accidentes de tráfico, precipitaciones...): 60% de los ingresos
- Lesión medular de causa no traumática (procesos vasculares, tumorales...): 40% de los ingresos

La edad media de ingreso es de 35,6 años para las lesiones medulares de causa traumática; y de 52,6 para las lesiones no traumáticas.

En la distribución por género, los pacientes atendidos son mayoritariamente hombres, suponiendo el 70%, mientras que las mujeres constituyen el 30% en la lesión medular traumática. En la lesión medular de causa no traumática apenas existe diferencia de género, donde los hombres alcanzan el 55% y las mujeres el 45% del total.



En relación al nivel lesional, la mayor parte de los pacientes son dorsales (50%), seguidos de los cervicales (34%) y lumbosacros (16%). De 292 pacientes nuevos (años 2004-2008), el 65% han sido parapléjicos; y el 35% tetrapléjicos.

La ULM está dotada de 24 habitaciones individuales con baño y televisión con mando a distancia de uso gratuito.

Las habitaciones se disponen a lo largo de un pasillo en cuyo centro se encuentra el control de enfermería. La numeración, al ser el ala impar comienza en la 401 hasta la 449, no existiendo ninguna habitación con el número 413, esto ocurre en todas las alas impares del hospital. El nº 13 es un número que siempre se ha relacionado con la mala suerte y al estar en juego la salud parece que no se quiere tentar, además posiblemente habría problemas con algún paciente a la hora de alojarlo en la misma.

En uno de los extremos del pasillo se encuentra una sala de estar con un televisor y el acceso a una terraza; y en el lado contrario sale un pasillo perpendicular donde está el almacén, la lencería, el cuarto de lo sucio y dos despachos, el de la psicóloga y el de los y las profesionales médicos.

En esta zona también se encuentra el ascensor que da acceso a la planta -1 donde se encuentra la zona de rehabilitación.

El equipo sanitario es multidisciplinar y está compuesto por: profesionales de la Medicina de la especialidad de Rehabilitación, Fisioterapeutas y Terapeuta Ocupacional que dependen directamente del H. Virgen del Rocío; enfermeras, auxiliares de enfermería, trabajadoras sociales y una psicóloga que son personal de la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios.

Los fines de semana, si el paciente goza de un “Permiso Terapéutico”, que es concedido por el personal médico de la unidad una vez el paciente esté controlado y tanto el familiar con el paciente posean los conocimientos suficientes para desenvolverse en las actividades de la vida diaria, puede irse a su domicilio, desde el viernes a mediodía hasta el domingo antes de las 20:30 o hasta el lunes antes de las 8:30.

Una vez descrito el contexto de observación vamos a pasar a describir las dos entrevistas que se han realizado a los dos cuidadores varones seleccionados para este estudio sobre redes sociales, realizado durante los meses de Mayo y Junio del 2011.

La primera entrevista que se realizó fue al hijo de J.C., paciente de 76 años que ingresa hace dos meses en esta unidad por una lesión medular cervical de origen traumático tras sufrir una caída accidental en la calle al tropezarse. Las consecuencias de la caída son tetraplejía incompleta.

El hijo de J.C. accedió a la entrevista a través de nuestro contacto en la unidad, la psicóloga del servicio. Aprovechamos el momento de la rehabilitación de su padre para encontrarlo solo en la habitación. Paco (para respetar el anonimato del mismo nos vamos a referir a él con el nombre de Paco) es un hombre de pocas palabras pero contribuye en todo momento. Tiene 33 años, es Diplomado en Empresariales, está casado y tiene una niña de

3 años. Refiere estar parado desde hace un año y se identifica como el cuidador principal de su padre. La red familiar de apoyo que describe la podemos ver reflejada en la *Figura 2*.

Como se refleja en la *Figura 2*, dentro de la red de parientes de J.C. se encuentran sus 3 hijas y sus tres hijos, y su esposa de 74 años. De estas 7 personas que conforman su red egocéntrica solo 5 tienen un vínculo relacionado con el cuidado: sus tres hijas y dos de los hijos. Su esposa de 74 años, está delicada de salud, por lo que no lleva a cabo actividades para el cuidado de su marido, y el único hijo que está actualmente trabajando tampoco participa de los cuidados por falta de disponibilidad de tiempo para hacerlo.

Paco refiere que esta densa red de cuidado es posible porque sus tres hermanas son amas de casa y porque su hermano soltero y él están parados. En varios momentos de la entrevista en su cara se refleja preocupación cuando refiere que no sabe si buscar trabajo o no, ya que él cree que su padre depende mucho de sus cuidados y sin su presencia podría perjudicarlo. El único hermano que no participa directamente en el cuidado de su padre es el que está trabajando, ya que no tiene tiempo como ellos. Sus hermanas se quedan por la noche, cada día una de ellas, y así de esta forma pueden conciliar su vida familiar con el cuidado de su padre. Paco y su otro hermano soltero y parado como él, se quedan por el día, también a días alternos y así el día que está libre puede ayudar en su domicilio con las actividades domésticas como ir a la compra, además de encargarse del papeleo relacionado con la situación de su padre.

Cuando le preguntamos directamente por los cuidados de su padre como paciente con una dependencia total según el Índice de Barthel, no se aprecia preocupación. Paco refiere

participar en todas las actividades de cuidado que se le realizan a su padre y ha aprendido incluso a realizarle los sondajes vesicales intermitentes que debe realizarle cada 6 horas. Además insiste en que su padre prefiere que lo realice él en lugar de sus hermanas. Los fines de semana se van a su domicilio de permiso terapéutico y entre todos se organizan para realizarle el aseo y los cuidados que requiere su padre. Cuando le pregunto por los cuidados que realiza en concreto él, responde: *“lo que haga falta, de hecho conmigo es con el que tiene más confianza, soy el más chico...si hay que asearlo se asea, le hago la gimnasia, los sondajes si estoy allí, lo levanto... digamos que cuando la necesidad aprieta, se aprende...me fijo como lo cogen...”* y en su domicilio cuando le pregunto por las tareas domésticas: *“...si hay que fregar se friega si hay que limpiar se limpia...”* Cuando le preguntamos si tiene algún miedo o temor al alta a su domicilio expresa: *“miedo el que yo me vaya a trabajar...porque sé que le hago falta...”*

Si procedemos al análisis de esta red y a su relación con los roles sociales de cada uno de sus miembros, se aprecia que en este caso existe una relación clara entre los roles de cuidadores y roles laborales. De tal forma que se hace incompatible el estar empleado con el rol de cuidador. Las cinco personas que están vinculadas con el cuidado de J.C. no tienen un empleo, y el único hijo que no participa activamente en el cuidado de su padre tiene un empleo y al mismo tiempo cuenta con una red de apoyo familiar densa para tener que modificar su situación y sus roles sociales.

La segunda entrevista se realizó a Juan (nombre ficticio) marido de I.S. de 27 y 26 años respectivamente.

La historia de I.S. ya la conocíamos, la psicóloga de la unidad nos había puesto sobre aviso, ya que al tratarse de una pareja tan jo-

ven, la situación de entrevista podía resultar más emotiva. I.S. tiene una tetraplejía con lesión medular completa a nivel cervical, por lo que su Índice de Barthel es al igual que J.C. de dependencia total. En octubre sufrió un accidente de tráfico con vuelco del automóvil quedando atrapada en el mismo durante aproximadamente 2 horas. Iba sola en el vehículo. Esto ocurrió dos meses después de casarse con Juan.

Juan ha estudiado un Módulo de Administración y de Informática. Ha trabajado en una tienda de Imagen y sonido, que cerró según cuenta por la crisis y tras este trabajo ha estado realizando talleres de fontanería, de energías renovables... y ha trabajado en múltiples oficios: albañilería, pintura, reparaciones informáticas, de electricidad, etc. Desde que su mujer sufrió el accidente ha dejado de trabajar y como residen en un pueblo de la sierra de Huelva lleva viviendo entre la sala de espera del HUVR y la ULM del HSJDA unos 7 meses. Refiere que no sabe cuando podrá volver a trabajar.

En cuanto a la red de apoyo ahora mismo solo cuenta con su suegra, que está delicada de salud y contribuye en lo que puede. Cuando se van de permiso terapéutico se quedan en la residencia de su suegra por tener una infraestructura mejor para los cuidados que requiere su mujer. Por tanto la red personal de I.S. sería de la siguiente forma, *Figura 3*.

La red personal que posee I.S. vinculada a su cuidado es menor que la del paciente de 76 años. Ella solo cuenta con su marido y su madre como familiares directos, al no tener hermanos y al fallecer su padre hace aproximadamente un año. La familia directa de su marido vive en otro lugar diferente a su localidad de residencia, y la madre aunque ahora reside con ellos tiene una salud delicada al padecer una

patología oncológica de reciente diagnóstico, cáncer de mama, que le impide prestarle los cuidados que necesita. Por tanto, el único vínculo de cuidado que tiene esta paciente es el de su marido.

Si analizamos esta red egocentrada, podemos considerarla de menor densidad que la anterior, al contar con solo una persona para todos los cuidados. Y si partimos de la hipótesis inicial planteada, vemos que en este caso existe una modificación de los roles sociales relacionada con el rol de cuidador, cuando Juan refiere haber dejado el trabajo para dedicarse al cuidado de su mujer. Otra de las cuestiones que podría influir en esta modificación de roles es el hecho de no contar con una red de apoyo más sólida, ya que en esta red a parte de Juan solo se encuentra su suegra, que como ya se ha mencionado anteriormente, en la actualidad no puede ejercer de cuidadora por su salud.

DISCUSIÓN

Nos gustaría destacar dentro de este apartado, que el análisis de las redes sociales, ha sido motivo de muchos estudios e investigaciones desde la Ciencias sociales, y en concreto desde la Sociología y la Antropología, “para llegar al corazón de los sistemas sociales” (Whitten y Wolfe, 1988). Sin embargo, desde las Ciencias de la salud, y en concreto desde la Enfermería, este tipo de análisis ha sido inusual. En la actualidad, las nuevas tendencias de integración de los pacientes dependientes en su entorno cercano y familiar, unido a la escasez de recursos y a la crisis del estado de bienestar, ha generado un nuevo espacio de investigación y aplicación de técnicas sociales al ámbito sanitario. Nuestro estudio, junto con otros ya realizados y de similares características (Lancharro y Arroyo, 2009) contribuye por

tanto al desarrollo del análisis de red dentro de la esfera sanitaria y a su aplicación desde la enfermería como agente que cuida no solo al paciente sino también “*al que cuida, su cuidador*”.

CONCLUSIONES

Como conclusión tras realizar el análisis de las redes personales de estos dos pacientes hospitalizados en la ULM del HSJDA, se puede afirmar que en ambos casos existe una relación entre los roles sociales vinculados al empleo y el rol de cuidador, de tal forma que prácticamente en todos los miembros de ambas redes se cumple la incompatibilidad de un empleo con el rol de cuidador. Además si analizamos la relación de la densidad de la red egocentrada con la necesidad de modificación de los roles sociales, en el caso de J.C. al tratarse de una red de apoyo amplia, sus miembros no tienen la necesidad de cambiar su situación laboral, aunque en el caso de I.S., el marido ha tenido que modificarla, al contar con una red menor.

Con todo lo expuesto no queremos decir que exista una sola causa que haya desencadenado los cambios acontecidos. Existen multiplicidad de causas y factores que pueden influir en las situaciones estudiadas. Además la realidad social es dinámica por lo que las circunstancias pueden modificarse de un tiempo para otro. El estudio ha focalizado los roles sociales en el empleo al ser una de las propuestas más novedosas en cuanto a la aparición del nuevo rol del cuidador varón. En los tiempos de crisis económica que se vive actualmente, además de la incorporación de la mujer a la vida laboral, son muchas las hipótesis que barajan la incorporación del varón a los cuidados de los familiares en situación dependencia por ser él la única persona disponible. Ya no solo porque no haya una red femenina que se

encargue, sino porque hay una ruptura entre el espacio público y privado y los roles de género asignados, encontrándonos cada vez más varones encargados del ámbito doméstico y mujeres del ámbito público; y parejas con un reparto igualitario en ambos ámbitos. Se ha demostrado que los varones cuando se tienen que hacer cargo del cuidado de un familiar, lo hacen de la misma forma que lo haría una mujer, y que si históricamente no se ha realizado, ha sido por el reparto de roles de género y la división sexual del trabajo, no por características biológicas o naturales de predisposición o no al cuidado.

BIBLIOGRAFÍA

- Crespo López, M. y López Martínez, J. (2008) Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias 35. IMSERSO, Madrid.
- Díaz de Rada, A., Velasco Maillo, H. y Cruces Villalobos, F. (2006) La sonrisa de la institución: Confianza y riesgo en sistemas expertos. Editorial Universitaria Ramón Areces, Madrid.
- Félix Alemán, A., Aguilar Hernández, R.M^a., Martínez Aguilar, M^a.L., Avila Alpírez, H., Vázquez Galindo, L. y Gutiérrez Sánchez, G. (2012) Bienestar del cuidador/a familiar del adulto mayor con dependencia funcional: una perspectiva de género. Cultura de los Cuidados. (Edición digital) 16, 33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.33.011>
- García-Calvente, M. d. M. y Mateo-Rodríguez, I. (1993) El cuidado de la salud ¿quién hace qué? *Index De Enfermería* 6, 16-19.
- García-Calvente, M. d. M., Mateo-Rodríguez, I y Eguiguren, A.P. (2004) El sistema informal de los cuidados en clave de desigualdad. *Gac Sanit.* 18 (supl 1), 132-139.
- Giddens, A. (2002) Consecuencias de la modernidad. Alianza, Madrid.
- Hannerz, U. (1986) Exploración de la ciudad. México, Fondo de Cultura Económica.

- Isla, P. (2000) El cuidador familiar. Una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia. *Cultura De Los Cuidados* 7 y 8, 187-194.
- Lancharro Taverro, I. y Arroyo Rodríguez, A. (2009) El cuidador principal. Un análisis etnográfico de roles y

- redes sociales. *Rev Paraninfo Digital* 7. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n7/208d.php>
- Whitten, N. y Wolfe, A. (1988) Análisis de red. En: Martorell, M. (ed.) *Leer la ciudad*. Icaria, Barcelona: 88-120.

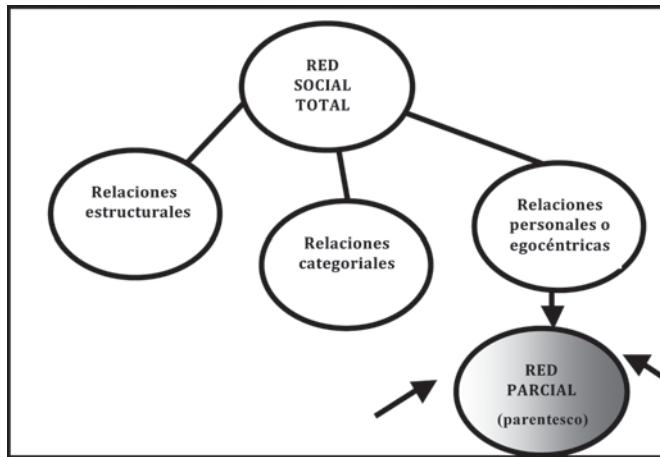


Figura 1. Representación de la Red social total

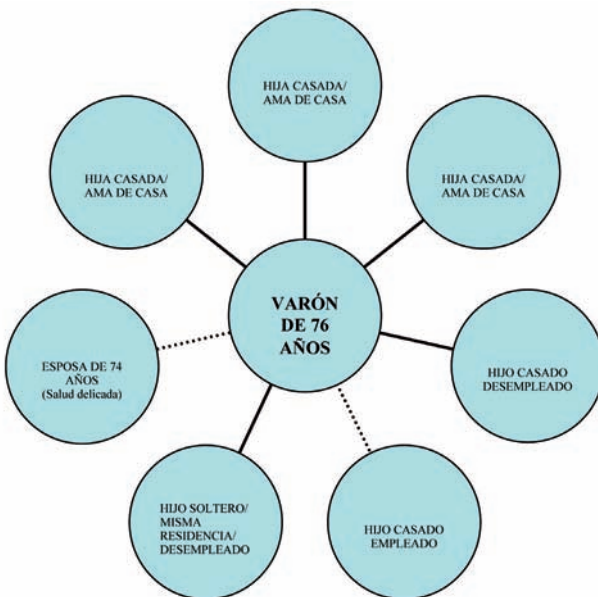


Figura 2. Red egocentrada de J.C.



Figura 3. Red egocentrada de I. S.

Cuidadoras inmigrantes: trabajo emocional

Inmigrants caregivers: emotional labor

Imigrantes Cuidadoras: trabalho emocional

Monserrat Ruiz López¹; Manuel Moreno Preciado²

¹Profesora asociada. Universidad Europea de Madrid.

²Profesor Titular. Universidad Europea de Madrid

Cómo citar este artículo en edición digital: Ruiz López, M. y Moreno Preciado M. (2013)

Cuidadoras inmigrantes: trabajo emocional. 17, 35. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.35.08>>

Correspondencia: Montserrat Ruiz López Profesora Asociada de la Universidad Europea de Madrid. Departamento de Enfermería.

Villaviciosa de Odón. Dirección C/ Tajo, s/n. Urb. El Bosque. 28670 Madrid.

Correo electrónico: montserrat.ruiz@uem.es

Recibido: 09/12/2012. Aceptado: 21/02/2013



ABSTRACT

The changes in demographic, economic, socio-cultural and health foster the emergence of a new set of caregivers: the hired caregiver, covered generally by immigrant women. This article is a study that aims to inquire into this new reality, focusing mainly on knowing the experiences and emotions of immigrant carers in relation to people and their environment maintained.

The study, a qualitative research, collected through direct testimony of caregivers, which is their lived experiences, that is, the stories of a difficult and complex context, where it crosses a double need for affection: on one hand, the one of those suffering bereavement of immigration, by the distancing of their own family, by the harshness and precariousness of their migrant status and on the other hand, those

who in old age, beyond physical dependence, suffer from loneliness. It demonstrates the emotional and relational nature of care and the positive contributions of these immigrant women to a situation characteristic of global societies, and with aging populations.

Keywords: caregivers, immigrants, dependency, emotional care.

RESUMO

As mudanças de caráter demográfico, econômico, socio-culturais e de cuidados de saúde, propiciam a aparição de uma nova figura de cuidadores: o cuidador contratado, posto de trabalho, em regra geral, ocupado por mulheres imigrantes. O presente artigo pretende indagar sobre esta nova realidade, procurando fundamentalmente conhecer as vivências e emoções das cuidadoras imigrantes e a sua relação com as pessoas a que cuidam e os meio envolvente.

O estudo de caráter qualitativo, recolhe através de testemunhos diretos das cuidadoras, o que constitui a sua experiência vivida; quer isto dizer, os relatos sobre um contexto difícil e complexo, donde se cruzam uma necessidade dupla de afeto: por um lado, as que sofrem um “luto migratório”, pela separação dos seus

familiares, pela dureza e precariedade de sua condição de imigrantes, e por outro lado, a de quem na velhice, para além da dependência física, sofrem de solidão. Torna-se evidente o caráter afetivo e de relação do cuidado e as contribuições positivas destas mulheres imigrantes a uma situação característica das sociedades globais, e com populações envelhecidas.

Palavras-chave: cuidadoras, imigrantes, dependência, cuidados emocionais.

RESUMEN

Los cambios de carácter demográfico, económicos, socioculturales y sanitarios propician la emergencia de una nueva figura de cuidadores: el cuidador contratado, cubierto, en general, por mujeres inmigrantes. El presente artículo trata de un estudio que pretende indagar sobre esta nueva realidad, centrándose, fundamentalmente, en conocer las vivencias y emociones de las cuidadoras inmigrantes en su relación con las personas cuidadas y su entorno.

El estudio, de corte cualitativo, recoge a través de testimonios directos de las cuidadoras, lo que constituye su experiencia vivida; es decir, los relatos sobre un contexto difícil y complejo, donde se cruza una doble necesidad de afecto: de una parte, la de quienes sufren el duelo migratorio, por el alejamiento de los suyos, por la dureza y la precariedad de su condición de migrantes y por otra parte, la de quienes en la vejez, más allá de la dependencia física, sufren de soledad. Se evidencia el carácter afectivo y relacional del cuidado y las aportaciones positivas de estas mujeres inmigrantes a una situación característica de las sociedades globales, y con poblaciones envejecidas.

Palabras clave: cuidadoras, inmigrantes, dependencia, cuidados emocionales.

INTRODUCCIÓN

La Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (cuarto pilar del estado del bienestar), seis años después de su aprobación no ha conseguido dar respuesta a las expectativas y necesidades de las personas dependientes y familias. Entre las personas mayores se concentra el mayor número de personas en situación de discapacidad y limitación de la autonomía. El aumento de la esperanza de vida, junto con la baja natalidad ha hecho de España uno de los países más envejecidos. Según el informe sobre la población mayor, elaborado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO, 2010), España se sitúa a la cabeza de los países europeos en esperanza de vida, dato sólo superado por Suecia y Francia. La esperanza de vida en las mujeres se sitúa en 84 años y en los hombres en los 78 años, y la tendencia según este mismo organismo continuará en aumento. Se prevé que en el 2030, la esperanza de vida en las mujeres alcanzará los 86,9 años y en los varones subirá hasta los 80,9 años.

De otra parte, debido a los avances de las ciencias biomédicas y a la mejora de las condiciones de vida, ha aumentado la supervivencia de las personas con enfermedades crónicas, trastornos degenerativos o con secuelas de accidentes de tráfico o laborales. Esto provoca, como dice M^a Ángeles Durán (2006), una desproporción entre la necesidad o demanda de cuidados y los servicios disponibles.

El modelo de familia española que, tradicionalmente, venía siendo un gran soporte de cuidados para sus seres queridos está cambiando; la sustitución de la familia extensa por la familia nuclear con pocos hijos, así como la aparición de nuevas formas de unión como la familia monoparental hace que disminuyan

en los hogares el número de cuidadores informales disponibles. Esto, unido a la mayor movilidad geográfica de las personas, conlleva que ya no se comparta el mismo techo con la generación de los abuelos, como en épocas anteriores. No obstante, todavía es importante el número de personas dependientes a cargo de sus familias (Panizo Robles, 2007), las cuales consideran que las instituciones no pueden suplir el afecto de la familia. De hecho, las personas mayores en su mayoría prefieren vivir en sus hogares (IMSERO, 2010).

La incorporación de la mujer al mundo laboral, acompañado de la ausencia de políticas que compatibilicen la vida familiar y laboral, es otro factor clave en este cambio de modelo y el elemento que con mayor fuerza explica el déficit de cuidadores. Produciéndose lo que los autores denominan “*crisis del sistema informal de cuidados*” (Robledo Martín et al., 2008; Galiana-Gomez, et al., 2008); la cual está siendo paliada, en parte, por la emergencia de la nueva figura del “*cuidador-contratado*”. Son, por lo general, mujeres inmigrantes que prestan cuidados y atención, fundamentalmente en el domicilio, pero también en entornos institucionalizados.

Los cuidados que prestan las mujeres inmigrantes a las personas dependientes, se han convertido en una ayuda fundamental para las familias. Como apuntan Berjano y Lujan: “*El cuidado prestado por mujeres inmigrantes se convierte a veces en el único recurso de las familias a la par que es una excelente oportunidad para la inserción laboral de estas mujeres. El cuidado realizado por estas personas es una importante aportación en el cuidado a la dependencia, emergiendo nuevos actores en el sistema de atención a la salud*” (2004:125). Esta figura del “*inmigrante cuidador*” tiene una imagen social más positiva que la que habitualmente

transmite el discurso mediático pues visualiza la contribución de los inmigrantes en la solución de determinados problemas sociales (Moreno Preciado, 2008).

Aunque, comúnmente, la limpieza del hogar y el cuidado de las personas se engloban dentro de la denominación “*trabajo doméstico*” se trata, en realidad, de actividades muy diferentes ya que, mientras que en lo primero predominan las tareas mecánicas, en lo segundo se precisa de una relación cara a cara. Autoras como Horshschild reconocen el carácter emocional del cuidado: “*Con el término ‘cuidar’ me refiero a un vínculo emocional, usualmente recíproco, entre la persona que brinda el cuidado y la que lo recibe. En el marco de ese vínculo, la persona que brinda el cuidado se siente responsable por el bienestar de otros y lleva a cabo un trabajo mental, emocional y físico a fin de cumplir con su responsabilidad. Por consiguiente, cuidar una persona implica interesarse por ella*” (2008:309). Una conceptualización muy parecida elabora Marie Françoise Collière (1993) para quien el cuidado se entiende como todas aquellas actividades humanas físicas, mentales y emocionales dirigidas a mantener la salud y el bienestar del individuo y/o la comunidad.

Cuidar es un acto (o conjunto de actividades) no siempre medibles, ya que la calidad del mismo, depende del vínculo emocional que se establece persona a persona, más allá del carácter contractual o voluntario del mismo. También desde las ciencias sociales, se destaca el carácter emocional del cuidado. En este sentido, Susan Himmelweit (2004) describe las características del cuidado, haciendo énfasis en el componente relacional y emotivo. (Ver cuadro 1).

En el estudio del IMSERO (2005) sobre cuidadoras inmigrantes, se evidencia la difusa

relación (o incluso confusión) entre la parte laboral y la afectiva que éstas mantienen con las personas que cuidan. Más recientemente, desde las Ciencias de la Salud, diversos estudios consultados, informan de los vínculos afectivos que se establecen con la persona cuidada y la mujer inmigrante (Galiana-Gómez et. al., 2008; Alegre Ruiz de Mendoza, 2011; Serrano Molina et al. 2011).

El cuidado en el ámbito doméstico es algo que permanece oculto (DomínguezAlcón, 1986) como actividad propia de la mujer; entendemos que en mayor grado ese ocultamiento se produce cuando se realiza en las condiciones de precariedad y subordinación de las cuidadoras inmigrantes-contratadas. Nos preguntamos ¿cómo se desarrolla esa actividad? ¿Qué vínculos se tejen entre cuidadoras y personas dependientes? ¿Qué valor añadido aportan a la función de cuidar? El propósito de este estudio es favorecer que emerjan esas voces silenciadas. En este artículo nos centraremos, principalmente, en los factores emocionales y afectivos del cuidado.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Conocer las vivencias y percepciones de las cuidadoras inmigrantes y sus aportaciones en el cuidado, así como los vínculos afectivos y emocionales que se tejen con las personas dependientes.

Objetivos específicos:

- Conocer detalladamente el tipo de actividades que desarrollan.
- Favorecer la expresión de sentimientos en relación a las personas cuidadas.
- Favorecer la expresión de sus necesidades afectivas en relación a sus condiciones sociolaborales y emocionales.



METODOLOGÍA

El estudio es una investigación cualitativa con metodología fenomenológica y hermenéutica la cual nos permite aproximarnos al fenómeno objeto de estudio. El método fenomenológico busca descubrir los fenómenos experimentados por las personas a través del análisis de sus descripciones; la hermenéutica entiende que los humanos experimentan el mundo a través del lenguaje (Solano, 2006) y esto, a su vez, nos permite comprender a las personas y sus experiencias vividas.

La selección de informantes se realizó a través de dos ONGs de la Comunidad de Madrid, entre las participantes a cursos de cuidados básicos organizados por dichas organizaciones. Se admitió a cuantas personas aceptaron ser entrevistadas.

La principal técnica de recogida de datos fue la entrevista en profundidad. Siguiendo la lógica de la investigación cualitativa entendemos las entrevistas como flexibles, dinámicas y dialógicas, como una conversación entre iguales y por tanto como “no directivas, no estructuradas, no estandarizadas y abiertas” (Taylor y Bogdan, 2008).

Para la producción de los datos se realizaron veinte entrevistas (Cuadro 2), entre los meses de noviembre 2011 a mayo 2012. Las entrevistas tuvieron lugar en la misma sede donde tenían lugar los cursos de formación. Fueron grabadas y transcritas literalmente.

Para el análisis de los datos hemos utilizado el método de las comparaciones constantes propuesto por Glaser y Strauss (1967), que consiste en generar teoría fundamentada en estudios enmarcados dentro del paradigma fenomenológico. Este método sirve de guía durante el proceso analítico en estudios cualitativos favoreciendo la conceptualización de los datos de manera inductiva (Carrillo Pineda et al., 2011).

El análisis se llevó a cabo en tres niveles delimitados como sugiere el método de las comparaciones constante (Strauss y Corbin, 2002). En el primer nivel o de “codificación abierta” de carácter descriptivo se intentó identificar categorías de significado. En un segundo nivel o de “codificación axial” se buscan las relaciones coherentes entre las categorías y se agrupan en otras unidades más amplias, denominadas metacategorías. Finalmente, en un tercer nivel de análisis “codificación selectiva” se identifica una categoría central o “vector cualitativo”. (Ver cuadro 3).

Esta investigación se ha desarrollado en el respeto de los derechos de los informantes, desde su participación voluntaria, la plena información sobre los objetivos del estudio, así como la garantía del anonimato (los nombres que aparecen son figurados).

RESULTADOS

Partiendo del análisis de los datos empíricos que recogen la perspectiva de los informantes sobre su experiencia vivida presentaremos a continuación los principales resultados. (Ver cuadro 3)

1. El contexto

“Chicas para todo”

En ningún caso existe su trabajo se limita al cuidado si no que se les contrata también para las actividades domésticas clásicas como limpiar, cocinar, hacer la compra, etc. Complementan, suplen y supervisan el cuidado de los mayores a su cargo, ayudándoles también en la administración de los tratamientos prescritos por su médico. Les vigilan cuando existen trastornos cognitivos, les llevan al médico y administran cuidados técnicos cuando su estado empeora.

- “Limpiaba, los atendía, hacia la compra, la lavadora. Les hacia compañía” (Ana).

- “No es difícil manejar la medicación por tú te haces un record de las que le das todos los días. La médica iba todos los martes y revisaba las anotaciones de la tensión arterial, del azúcar. La médica era de Sanitas revisaba y me lleva unas hojas que eran como las del hospital. Cuando vino el problema, cuando empezaron las escaras, cuando le dio el tercer Ictus” (Carolina).

Tiempo y espacio en el cuidado

Cuando el trabajo se realiza en condiciones de precariedad, como es el caso de las cuidadoras, es muy difícil guiar la relación laboral por los criterios tradicionales donde se delimita y separa el ámbito laboral del personal y la duración de la prestación del servicio. Esta frontera queda totalmente diluida cuando se trata de cuidadoras internas:

- “Yo estoy interna y es verdad que no tengo mucho que hacer pero tengo una responsabilidad porque le pasa algo a esa señora y la responsabilidad es mía porque yo estoy ahí para cuidar esa señora en el tiempo que estoy contratada” (Elena).

La gran responsabilidad y el estar pendiente todo el día y en ocasiones la noche, requiere

presencia y dedicación completa durante las veinticuatro horas del día:

- *“Vigilar constantemente a la persona que tu estas cuidando, tratar de darle la comida a tiempo a su hora, darle la medicación a su hora, mantenerlo limpio, aseado porque todo eso entra dentro de los cuidados. Hacerle un poquito de gimnasia, caminar. Estar vigilante a todos los intereses que tiene esa persona. Mantener limpio donde se acuesta, en donde orina, mantener el baño limpio”* (Carolina).

- *“Hago la casa y estoy pendiente todo el día porque siempre me está llamando porque tiene retención de orina y cada 5 minutos o 2 o 3 minutos me llama para llevarla al baño. Ella me toca el timbre y yo estoy haciendo una cosa y tengo que ir [...] cada vez que voy al baño estoy como unos 20 minutos”* (Alba).

Duelo migratorio

Al difícil contexto sociolaboral se añade el inevitable duelo por lo que se ha dejado atrás. Las cuidadoras no pueden desprenderse de la pena y el desgarrar que supone la lejanía de los suyos. La responsabilidad y el sentimiento de culpa afloran de forma permanente:

- *“Esto es terrible. Yo y mis almohadas son los que saben cuantas noches llorando”* (Natalia).

- *“El problema de estar interna no es el trabajo porque yo decía que den trabajo todo el día y así no tengo que pensar en mi familia”* (Rocío).

2. Lo laboral y lo afectivo: límites difusos

Ser humano: animal narrativo

Las largas jornadas de trabajo, sobre todo en las cuidadoras internas, favorecen la creación de sólidos lazos de relación con las personas dependientes. En muchas ocasiones y por diferentes causas, sus familiares no les prestan suficiente atención. Estas mujeres les demue-

tran su cariño en muchos hechos del día a día, en cómo les echan de menos cuando no están con ellos o como continúan apreciándolos incluso habiendo dejado de ser sus cuidadoras. Su cercanía a estas personas las hace receptoras de sus necesidades comunicativas y afectivas:

- *“Les gusta a ellos que les hables, que les acompañes. Que les hables, que ellos también te cuenten sus cosas y que estés pendientes de ellos. Quieres merendar, quieres un vasito de agua. Cuando yo llegaba decía como me desespero porque llegues porque no sé con quién hablar”* (Cristina).

- *“Los hijos no tienen tiempo con las cosas del día a día, muchas cosas, están acá para allá y no tienen tiempo para los mayores. Y como nosotros estamos cuidándolos yo entiendo que me toca a mi tener ese cariño”* (Julia).

- *“La señora no quería comer sola. La señora era charlatana y le gustaba charlar, me contaba cómo era la juventud, cómo era la guerra civil todo eso, me contaba y yo le decía bueno todo eso ha pasado también en mi país, yo también le contaba como es mi país como es mi familia todo”* (Maria).

“El roce hace el cariño”:

A través del contacto directo se van tejendo lazos de afectividad donde y aparecen las muestras de agradecimiento propias de la hospitalidad:

- *“No sé se te van metiendo poco a poco porque al fin y al cabo yo no sabía que quería tanto a la abuela hasta que me iba, la tenía en la cabeza y decía Dios mío estará bien, me mortificaba y yo loca por regresarme porque pensaba que me la iba a encontrar muerta”* (Nuria).

Una cuidadora, llegó a un domicilio tras estar en un trabajo donde había sufrido una importante discriminación, después de esta experiencia comenzó a cuidar de una perso-

na parapléjica y de su marido. Estuvo con ellos durante 14 años:

- *“Pero yo le digo cuando llegué a la casa donde estuve ellos no fueron mis jefes, fueron mis padres, ambos. Como ellos eran así uno no tenía cansancio para hacerles nada, incluso creo que me faltó tiempo para hacer más cosas por ellos, porque ellos se merecen eso y mucho más”* (Natalia).

Para otra cuidadora la persona que atendió y que luego falleció le ayudó en todos los trámites para legalizar su situación y poder traer a su hijo para que lo operaran en Madrid:

- *“No te gusta que aparezca una persona nueva a cuidarla, porque entonces como se iba a sentir, yo por lo menos era de confianza. Yo le dije que hasta el último día la iba a cuidar y la cuide. En ese momento no tienes valor para decir me voy. Dejas incluso de cuidar tu vida. Trabajo me ofrecieron mucho en aquel entonces”* (Irene).

3. La complejidad del cuidado

Vigilancia en el cuidado

Las cuidadoras se preocupan por el bienestar de la persona que tienen a su cargo. Se sienten responsables de la vida de la persona mayor. Están muy atentas a la administración de la medicación y a los brotes agudos de las enfermedades:

- *“Yo estoy interna y es verdad que no tengo mucho que hacer pero tengo una responsabilidad porque le pasa algo a esa señora y la responsabilidad es mía porque yo estoy ahí para cuidar esa señora en el tiempo que estoy contratada”* (Elena).

- *“Tienes que estar muy atenta si no quieres que le pase algo. Si eres un poco responsable muy atenta”* (Begoña).

Una de las cuidadoras para supervisar a la mujer que estaba cuidando, cuando ésta enfer-

maba se acostaba con ella en la misma cama:

- *“Me preocupa por eso cuando ella está enferma pongo más cuidado y si puedo me duermo con ella en la misma cama. Porque no quiero que pase nada y además yo tengo todos los medicamentos que ella toma”* (Julia).

Sin alivio del peso del cuidador

Es un trabajo para el que se requiere mucha paciencia no sólo por las largas jornadas sino, también, por el carácter de las personas mayores. Las cuidadoras refieren el enorme desgaste físico y psicológico de su trabajo.

- *“Paciencia, mucha paciencia, paciencia y paciencia. Hay veces que te dicen cosas que no te hubiera gustado oír, pero al ser mayores no es que estén locos, pero ellos no coordinan. A veces te dicen cosas que no te quieren decir y si tu lo tomas a pecho pues vas de trabajo en trabajo”* (Lidia).

- *“Mucha paciencia. Paciencia y respeto también. Por ejemplo con la persona que estoy ahora, a veces tiene malos días y te chilla. Tu no puedes levantarle la voz cuando se le pase el enfado hablas con ella y le dices mira esto no me gusta”* (Irene).

Se sienten cansadas por las jornadas continuas sin descanso pero lo que realmente les resulta agotador es cuando no pueden dormir:

- *“No puedo decir las horas que trabajo porque ya una de ellas está muy desvalida y a la medianoche te llama y dice que quiero agua o que quiero levantarme. Yo no podría decir cuántas horas trabajo. Hay noches que no duermo pero bueno ese es mi trabajo. Por lo menos una o dos noches a la semana no duermo”* (Monica).

Cuando las personas se encuentran en estados avanzados de demencia es frecuente que la cuidadora se instale en la misma habitación para poder ejercer mejor el control de la persona:

- *“Estoy sola todo el día y toda la noche, con el tercer ictus fue cuando me toco dormir con él. Tu sabes que cuando ellos tienen estos problemas no distinguen tiempo, estaba todo el tiempo con la barandilla tic-tac y no me dejaba dormir”* (Carolina).

El cansancio hace que aparezcan trastornos de la salud en el cuidador:

- *“Cuando no podía dormir, cuando empezó la demencia que comenzaba por las noches a chillar, a decir socorro ladrones y se quería tirar de la cama. Nosotras dormíamos en dos camas en la misma habitación. [...] y yo de los nervios se me caían las cosas, me dolía la cabeza y lo llevaba fatal”* (Nuria).

- *“Tuve que ir directamente a un psiquiatra. Tuve una depresión que engorde 14 kilos. Me pasaba la noche sin dormir y claro a comer chocolate y helados. Cogí bulimia nerviosa. Te destroza totalmente. Y tu venga a comer porque qué otra cosa vas a hacer... última hora no dormía ni de día ni de noche”* (Irene).

CONCLUSIONES

1. El estudio evidencia la esencia afectiva y emotiva del cuidado.

2. En el caso de las cuidadoras inmigrantes este vínculo afectivo viene motivado por dos razones principales. La primera, tiene que ver con el contexto en el cual se realiza su actividad laboral: un ámbito delimitado, cerrado y en torno a personas en situación, no sólo de dependencia física y psíquica, sino también de soledad y falta de afectividad. La segunda, se refiere a las condiciones del proceso migratorio donde en su fase central (primeros años de estancia en el país) aparece con fuerza el duelo migratorio (Achetogui, 2010), que comporta necesidad de afectividad y la posibilidad de expresar emociones. Se trata del encuentro entre dos estados de vulnerabilidad.

3. Los condicionantes de una relación contractual caracterizada por la precariedad que, en buena lógica, invitarían a limitar el trabajo a las prestaciones establecidas, se ven superadas por la existencia de un vacío afectivo que sólo su presencia puede rellenar.

4. El tiempo y el espacio. La procedencia de las mujeres cuidadoras contratadas de países con una estructura familiar tradicional favorece su inserción al ámbito doméstico y al cuidado de las personas dependientes. Las diferencias culturales, lejos de constituir una barrera en la relación con las personas dependientes parecen, por el contrario, un elemento enriquecedor; aportan habilidades y conocimientos, fruto de la experiencia adquirida en el ámbito doméstico y familiar de sus países de origen, que se concreta en todo un elenco de cualidades esenciales del cuidado como son la paciencia y dedicación para las situaciones difíciles y también la necesaria capacidad de observación y vigilancia.

5. Cuidar de una persona es algo totalmente distinto de mantener un hogar. Las actividades prácticas de carácter doméstico pueden realizarse sin la mediación de otra persona; sin embargo, para cuidar es necesario que se establezca un vínculo relacional. Apoyándonos en estas premisas, entendemos que cuidar personas desde el sistema informal supone aportar confort, ayudar o suplir en actividades que la persona no pueda realizar por ella misma, ayudar en el seguimiento de los tratamientos del sistema formal, acompañarles al médico, realizar gestiones administrativas, coger el teléfono, salir de paseo, ser nexo de unión entre la persona y su entorno más cercano, en definitiva acompañar.

6. Se evidencia que las mujeres cuidadoras contratadas constituyen un complemento ideal (en algunos casos, más que complemen-

tar son un sustituto) para las familias ya que no sólo cubren actividades domésticas y cuidados sino que también establecen una relación basada en las emociones.

BIBLIOGRAFÍA

- Achotegui, J. (2010) Emigrar en el siglo XXI. El Síndrome de Ulises. Síndrome del inmigrante con estrés crónico múltiple. El mundo de la mente, Figueras.
- Alegre Ruiz de Mendoza, A. (2011) Cuidar en una cultura diferente: vivencias de cuidadoras de origen latinoamericano en el país vasco. Index de Enfermería 20 (1-2), 21-25.
- BerjanoPeirats, E. y Lujan López, E. (2004) Inmigración y cuidados a mayores. "Un mercado no tan invisible". Rev. Geriatrika 20(3), 124-132.
- Carrillo Pineda, M., Leyva-Moral, J.M. y Medina, J.L. (2011) El análisis de los datos cualitativos: un proceso complejo. Index de Enfermería (20), 96-100.
- Collière, M^a F. (1993) Promover la vida. McGraw-Hill Interamericana, Madrid.
- Domínguez Alcón, C. (1986) Los cuidados y la profesión enfermera, Pirámide, Madrid.
- Duran, M^a A. (2006) Dependientes y cuidadores: el desafío de los próximos años. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 60, 57-73.
- Galiana-Gómez, M^a J., De la Cuesta-Benjumea, C. y Donet-Montagut, T. (2008) Cuidadoras inmigrantes: características del cuidado que prestan a la dependencia. Enfermería Clínica, 18 (5), 269-272.
- Glaser, B., Strauss, A. (1967) Discovery of grounded theory. Aldine, Chicago
- Himmelweit, S. (2004) La economía de la atención. En Congreso Internacional SARE 2003. Ekamunde, San Sebastián. Disponible en: http://www.emakunde.euskadi.net/u72-publicac/es/contenidos/informacion/pub_jornadas/es_emakunde/adjuntos/sare2003_es.pdf
- Hoschschild, A. (2008) La mercantilización de la vida íntima. Katz editores, Madrid.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2005) Cuidados a la dependencia e inmigración. Informe de resultados. IMSERSO, Madrid.
- (2010). Encuesta de mayores 2010. Disponible en: http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/presentacionencuestamayores_20.pdf
- Moreno Preciado, M. (2008) El cuidado del "otro". Bellaterra, Barcelona.
- Panizo Robles, J.A. (2007) La cobertura social de la dependencia (con ocasión de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia). Revista de Trabajo y Seguridad Social del Centro de Estudios Financieros, 286, 49-106.
- Robledo Martín, J., Martín -Crespo, M^aC. y Salamanca Castro, A.B. (2009) Factores socioculturales determinantes de desigualdades en salud en inmigrantes latinoamericanas cuidadoras de ancianos, XIII Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería, Alicante.
- Serrano Molina, L., Nieto Blanco, E., MorianoBéjar, P., Vicente del Hoyo, M., Montero Martín, S., Moreno Torrecillas, E. y Dávila Álvarez, V. (2011) Análisis de las necesidades y expectativas de pacientes, cuidadores familiares y cuidadores contratados en el servicio de asistencia domiciliaria en Atención Primaria. Enfermería Comunitaria, 7(1). Disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/v7n1/ec7287.php>
- Solano, M^a C. (2006) Fenomenología- Hermenéutica y Enfermería. Cultura de los cuidados, 19, p. 5.
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (2008) Introducción a los métodos cualitativos en investigación. Paidós, Barcelona.
- Strauss, A., Corbin, J. (2002) Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Universidad de Antioquia, Bogotá.

CUADRO 1: características del cuidado (Himmelweit, 2004)

- El cuidado constituye un servicio que ha de prestarse en el mismo momento que se consume.
- La necesidad de atención suele ser urgente por tanto ha de prestarse cuando y como sea necesario.
- La atención es un servicio personal; por lo que el producto de la atención no puede separarse de la persona que lo presta.
- La atención supone un trabajo emocional, es decir, se supone que las emociones de la persona que lo realizan afecta a la calidad del producto.
- La atención es algo más que una labor emocional transitoria, constituye el desarrollo de relaciones, así como la prestación de un servicio.
- Esto implica la importancia de la persona que realiza el trabajo de atención, las personas no pueden intercambiarse en dichas labores. Las personas aprenden a atender a otras en particular.
- Las habilidades implícitas en la atención son en gran parte, aunque no totalmente, específicas para un tipo de persona, desarrollándose este aprendizaje a través de la experiencia personal.

Nombre figurado	Edad	Nacionalidad	Nivel sociocultural	Interna/externa
Alba	38	Bolivia	Medio	Interna
Laura	40	Perú	Bajo	Interna
Pilar	47	Perú	Bajo	Externa
Paula	38	Ecuador	Bajo	Interna
Miriam	36	Ecuador	Medio	Interna
Ana	27	Perú	Medio	Interna
Ana	40	Perú		Interna
Julia	47	Brasil	Alto	Interna
Maria	47	Bolivia	Bajo	Interna
Carolina	54	Colombia	Alto	Interna
Margarita	39	Bolivia	Bajo	Interna
Sonia	57	Colombia	Bajo	Interna
Natalia	47	Ecuador	Bajo	Interna
Nuria	31	Santo Domingo	Alto	Interna
Irene	29	Cuba	Medio	Interna
Cristina	28	Bolivia	Bajo	Interna
Monica	44	Perú	Alto	Externa
Lidia	41	Ecuador	Alto	Interna
Lucia	46	Rumania	Alto	Externa
Begoña	38	Bulgaria	Medio	Externa

**CUADRO 2:
perfil de las personas del estudio**

**CUADRO 3:
metacategorías y categorías**

METACATEGORIAS	CATEGORIAS
El contexto	Chicas para todo
	Tiempo y espacio en el cuidado
	Duelo migratorio
Lo laboral y lo afectivo: limites difusos	Ser humano: animal narrativo
	El roce hace el cariño
	Reciprocidad: dar-recibir y devolver
La complejidad del cuidado	Vigilancia del cuidado
	Sin alivio del peso del cuidador

Teoría y Método

La acupuntura como herramienta de trabajo para las enfermeras: revisión de la literatura

Acupuncture as a tool for the work of nurses: integrative literature review

Acupuntura como instrumento de trabalho do enfermeiro: revisão integrativa da literatura

Rodrigo Eurípedes da Silveira¹; Maritza Rodrigues Borges²; Ana Lúcia de Assis Simões³; Álvaro da Silva Santos⁴

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

²Enfermeira. Especialista em Acupuntura. Mestranda em Ciências da Saúde pelo IAMSPE. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Uberaba, Brasil.

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Associada de Graduação e do Mestrado em Atenção à Saúde da UFTM. Vice-reitora da UFTM.

⁴Enfermeiro. Especialista em Saúde Pública. Pós Doutorado em Serviço Social. Professor Adjunto de Graduação e do Mestrado em Atenção à Saúde da UFTM.

Cómo citar este artículo en edición digital: da Silveira, R.E; Rodrigues Borges, M; de Assis Simões, A.L.; da Silva Santos, A. (2013) Acupuntura como instrumento de trabalho do enfermeiro: revisão integrativa da literatura.17, 35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.35.09>

Correspondência: Rodrigo Eurípedes da Silveira. Rua Campos Sales, 840 B.Abadia, Uberaba, Minas Gerais, Brasil. CEP: 38026-260. E-mail: rodrigo_euripedes@hotmail.com
Recibido 11/11/2011/ Aceptado: 10/05/2012



ABSTRACT

It is an integrative review that aims to synthesize the knowledge about use of acupuncture as a tool for nurse's work between

2007 and 2011, in the bases: Bdenf, Cinahl, Lilacs, Scielo and Redalyc. Among the nine references analyzed were drawn three thematic categories: Experiences of nursing care with the use of acupuncture; Ethical-legal aspects of the use of acupuncture as a tool for the work of nurses and The insertion of acupuncture in the nursing curriculum. Were declined the needs about research in the practice of nurses and acupuncture, as well as expansion in training, since graduation to post-graduate classes, as well the increase of its offer in the Unified Health System.

Keywords: Acupuncture, Nursing, Phenomenology, Unified Health System.

RESUMEN

Se trata de una revisión integradora de la literatura que busca sintetizar el conocimiento sobre el uso de la acupuntura como una herramienta para el trabajo de la enfermera, entre 2007 y 2011, en bases: Bdenf, Cinahl, Lilacs y Scielo, Redalyc. De las nueve referencias analizadas fueron dibujadas tres categorías temáticas: Experiencias de cuidados con el uso de la acupuntura; Aspectos éticos-legales del uso de la acupuntura como herramienta para el trabajo de las enfermeras y La inserción de la acupuntura en el plan de estudios de enfermería. Se destaca la necesidad de más investigaciones acerca de la práctica de enfermería asociada a la acupuntura, así como la expansión en formación, desde la graduación, así como el aumento de su oferta en el sistema unificado de salud.

Palabras clave: Acupuntura, Enfermería, Fenomenología, Sistema Unico de Salud.

RESUMO

Trata-se de uma revisão integrativa que busca sintetizar o conhecimento produzido acerca da utilização da acupuntura como instrumento de trabalho do enfermeiro entre 2007 e 2011, nas bases: Bdenf, Cinahl, Redalyc, Lilacs e Scielo. Das nove referências analisadas foram extraídas três categorias temáticas: Experiências de cuidados de enfermagem com a utilização da Acupuntura; Aspectos ético-legais da utilização da acupuntura como instrumento de trabalho do enfermeiro; A inserção da acupuntura na matriz curricular da Enfermagem. Destaca-se a necessidade de pesquisas na relação prática do enfermeiro e acupuntura, bem como ampliação na capacitação, desde a graduação até a pós graduação, bem como a própria ampliação no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Acupuntura, Enfermagem, Fenomenologia, Sistema Único de Saúde.

INTRODUÇÃO

Em um contexto atual, muito tem sido discutido acerca das Práticas Integrativas e Complementares (PIC) e sua inserção nos serviços públicos de saúde (Borges e Silveira, 2012). Entre estas práticas, destaca-se a Acupuntura, que respondeu por 15% dos atendimentos da rede pública e 56% da demanda privada de PIC em execução no Brasil em 2011 (Sousa et al, 2012).

Definida enquanto uma técnica para equilibrar fluxos de energias corporais, as quais estão entrelaçadas com os fluxos de energia universais, a acupuntura está engendrada na Medicina Tradicional Chinesa (MTC), que é um sistema médico complexo de intervenção em saúde, em franca expansão nas últimas décadas, suportado por diversas pesquisas científicas que buscam a validação dos seus efeitos terapêuticos, bem como a sua assimilação pela medicina contemporânea (Dallegrave, Boff e Kreutz, 2011).

Nesta direção, a Organização Mundial de Saúde (OMS), estabelece requisitos de segurança, eficácia, qualidade, uso racional e acesso e encoraja a difusão da acupuntura em âmbito mundial (WHO, 1999). Entretanto, no Brasil, a implementação destas práticas no âmbito dos serviços públicos de saúde ocorre de maneira lenta, predominando ainda a utilização das terapias não sem o acompanhamento de um profissional especializado, o que, traduz a necessidade de oferecer capacitação adequada e materiais específicos aos profissionais de saúde, para o atendimento desta demanda.

Engendrada no contexto de uma visão holística do indivíduo, Integralidade do Cuidado e da Humanização, a partir da década de 1980, a acupuntura teve sua regulamentação amplamente discutida. Ainda, se tornou alvo de disputa entre os conselhos profissionais da saúde,

sendo posteriormente reconhecida como especialidade pelos conselhos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional e Medicina, a considerarem-se as recentes investidas de exclusividade de execução da prática (Dallegrave, Boff e Kreutz, 2011).

Apenas em 1999, as consultas médicas em homeopatia e acupuntura foram incluídas na tabela de procedimentos do Sistema de Informação Ambulatorial do SUS (SIA/SUS). Mais tarde, a Portaria no. 971 de 03 de maio de 2006, aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), sustentando que o uso da Acupuntura pode ser feito em casos de “*promoção, manutenção e recuperação da saúde*”, a ser amplamente difundida em especial nos serviços de Atenção Primária do país (Brasil, 2006; Sousa et al, 2012).

A contento, desde o ano de 1997, através da Resolução 197, o Conselho Federal de Enfermagem reconhece a acupuntura como especialidade; e revisada pela Resolução 283/2003, autoriza o profissional Enfermeiro a usar complementarmente a Acupuntura em suas condutas profissionais no território brasileiro, após a comprovação da sua formação técnica específica (COFEN, 2012). Contudo, mesmo que os profissionais estejam aptos, ainda não há uma estruturação que possibilite os atendimentos de acupuntura na rede SUS, fato que se reflete em dados de 2007, em que apenas 2% dos municípios brasileiros possuem profissionais acupunturistas que registraram seus atendimentos no SUS (Santos et al, 2009).

Para elucidar diversos questionamentos que se inserem no campo da prática profissional do enfermeiro em relação à acupuntura, o presente artigo objetivou avaliar a literatura científica acerca da temática ora apresentada, no período de 2007 a 2011.

METODOLOGIA

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

Os critérios de inclusão utilizados para estabelecer a amostra foram: artigos de pesquisa; teóricos; de reflexão; revisões; e relatos de experiência que abordam a utilização da acupuntura por enfermeiros, publicados no período de janeiro de 2007 a dezembro de 2011, com acesso on-line ao texto completo.

Foram utilizados os descritores controlados dos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) “*Acupuntura*” e “*Enfermagem*” e as do Medical Subject Headings (MeSH) “*Acupuncture*” e “*Nursing*”. Para reduzir e restringir os vieses da busca de artigos, foram acrescentados os descritores não-controlados “*relação*”, “*relation*”. A busca ocorreu entre setembro e outubro de 2012, de forma independente por dois avaliadores, que utilizaram as mesmas bases de dados e termos nas bases de dados BDENF, Cinahl, Redalyc, Lilacs e Scielo.

Primeiramente, pela leitura do título e resumo e pela aplicação dos critérios de inclusão, 23 artigos foram selecionados. No entanto, após a leitura detalhada do material, optou-se por excluir 14 publicações que não apresentavam resultados ou discussões diretamente relacionados à temática. Dessa forma, a amostra final foi composta de nove artigos científicos.

Para a avaliação dos dados, foi elaborado um roteiro de coleta de dados que contempla informações sobre o artigo, como autores, título, periódico, palavras-chave, objetivo, tipo



de estudo, amostra, local, técnica de coleta de dados, resultados e conclusões. Posteriormente os dados foram categorizados por aproximação temática, inerente ao enfoque da presente investigação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

I - Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa

Com relação às publicações assinaladas na presente revisão integrativa, o periódico Revista Gaúcha de Enfermagem abarcou o maior número de publicações (dois artigos – 22,2%) sobre a temática no período estudado. Os demais artigos da mesma forma foram publicados em revistas indexadas na área da Enfermagem. Destaca-se que algumas destas revistas estavam vinculadas à órgãos representativos da Enfermagem, tais como Conselhos Regionais de Enfermagem e Associação Brasileira de Enfermagem, refletindo a relevância da temática para a prática profissional e quanto a aspectos normativos/legais para as entidades de classe envolvidas.

Das publicações do período, houve predomínio de publicações no ano de 2009, que respondeu por 44,5% dos artigos. Houveram publicações em todo o período, com menor expressão no ano de 2008. Com relação aos descritores, os termos “Acupuntura” e “Enfermagem” aparecem em 89% das publicações, se-

guidos por Terapias Alternativas/Complementares em 55,4% e Assistência Integral à Saúde por 22,2%. Os demais termos foram citados uma única vez.

Com relação ao delineamento metodológico dos estudos, houveram maior número de publicações com metodologia qualitativa e relatos de experiência/estudo de caso, com 33,4% das publicações cada um, como se observa no quadro 1. É assinalada a inexpressiva utilização de metodologia quantitativa, o que sugere a escassez de serviços públicos de saúde em que o enfermeiro aplique as técnicas de acupuntura para realização de pesquisas de maior aporte numérico.

Entre os 27 autores, 74,1% eram enfermeiros, vinculados majoritariamente a departamentos e instituições de saúde e ensino. Dos autores, 48,2% eram doutores. As instituições a que pertenciam estavam em sua maioria localizadas nas regiões sudeste e sul do país.

II – Análise dos constructos a partir das publicações / produções

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

- *Experiências de cuidados de enfermagem com a utilização da Acupuntura*

A acupuntura promove o bem-estar integral do indivíduo, em suas dimensões física, psíquica e espiritual. Pode ser utilizada para enfermidades em graus diferenciados de gravidade, para prevenção de doenças e promoção da saúde, podendo ser exercida por distintos profissionais, respeitando sua capacitação e o âmbito de atribuições de cada profissional.

Nesta categoria são apresentados seis construtos que se destinaram a elucidar alguns aspectos e aplicações da acupuntura realizados por enfermeiros, no cuidado de enfermagem.

Em estudo que descreveu a prática de cuidado de enfermagem a alunos de um curso de graduação portadores de dor de cabeça, fundamentado pelo conceito de competência para o autocuidado de Orem, na perspectiva oriental de saúde, foram aplicadas três estratégias de cuidado: o diário da dor, a focalização e a crânio-acupuntura, em encontros semanais mensais e em encontros individuais, por um período de dois meses. Os participantes relataram resultados de alívio da dor, descoberta de causas não-físicas para a dor e aumento do bem-estar (Wink e Cartana, 2007).

No estudo sobre atuação do enfermeiro na aplicação de práticas integrativas em hospital especializado, ficou evidente a satisfação dos enfermeiros pela aceitação e crença nas práticas integrativas por parte dos clientes, além de que estes profissionais entendem que as práticas integrativas se configuram como um campo de atuação do enfermeiro em franca expansão (Paranaguá e Bezerra, 2008). Outros estudos (Santos et al, 2009; Dallegrove, Boff e Kreutz, 2011) estimulam a participação da enfermagem na regulamentação legal para a atividade de acupuntura e demais práticas integrativas como ação urgente e necessária, promovendo a expansão da terapêutica para o enfermeiro nas universidades públicas e privadas, para que se torne uma prática multiprofissional, compartilhada, ética, em benefício da população brasileira.

Outro artigo (Haddad et al, 2009), relata a experiência de utilização da quiroacupuntura na lactação de mães de bebês de muito baixo peso em um hospital universitário do Paraná, cujo tratamento variou de 19 a 61 dias, com

uma variação de 5 a 13 sessões de quiroacupuntura e média de intervalo entre as sessões de 3 a 6 dias. Os resultados mostraram que no momento da alta hospitalar todos os bebês estavam sendo amamentados exclusivamente no seio e que quase 50% das mães relataram se sentir melhor após as sessões de acupuntura nos quesitos sono, produção de leite, tensão, ansiedade e irritação. A experiência foi avaliada como positiva, constituindo assim mais um recurso que pode ser utilizado pelo profissional enfermeiro devidamente habilitado para tal, no estímulo ao aleitamento materno.

Outra experiência relacionada ao período perinatal objetivou conhecer as percepções das parturientes atendidas em um hospital universitário de Florianópolis sobre a utilização da acupuntura na analgesia das dores do parto. Por meio de entrevistas com 31 parturientes, foi constatado que uma grande parcela das mulheres atendidas na Maternidade não tem informações sobre o uso da acupuntura no controle das dores obstétricas, atingindo 95% das respostas. Contudo, 70% das entrevistadas acreditam na possibilidade de analgesia por acupuntura e estariam dispostas a experimentar caso fosse disponibilizada na instituição. Tais resultados indicam a necessidade de ampliar os conhecimentos nesta área, bem como da capacitação das equipes de atenção ao parto na aplicação da acupuntura, conhecendo os seus efeitos, assim como o de outras formas de controle das dores obstétricas (Martini e Becker, 2009).

Outra experiência traz um estudo de caso assistencial que utilizou a acupuntura no tratamento complementar de um paciente em acompanhamento médico e de enfermagem, possuindo cisto pilonidal sacrococcígeo recidivo com complicação infecciosa nos tecidos circunjacentes (Santos, 2010). Observou-

-se que a acupuntura e o acompanhamento multiprofissional beneficiaram a recuperação tecidual local, o combate à infecção, contribuindo sobremaneira, ao fazer a consulta de enfermagem, para o enfrentamento positivo da enfermidade e a melhor adesão do paciente às orientações dos cuidados de enfermagem.

Em artigo de revisão acerca da possibilidade de utilização da acupuntura no tratamento da angina estável, praticada pelo enfermeiro, em face dos resultados obtidos e da abordagem terapêutica integral da acupuntura, foi possível associá-la aos cuidados do enfermeiro no campo da integralidade da atenção, desde que haja capacitação específica do enfermeiro para tal aplicação (Villela e Lemos, 2010).

Pelo desenvolvimento desta categoria, observa-se a necessidade de mais estudos e aprofundamentos científicos sobre as contribuições das práticas orientais, sobretudo da Acupuntura em saúde na enfermagem. Destaca-se, por exemplo, a utilização da acupuntura na redução do estresse, da ansiedade e no incremento do bem-estar físico e emocional, como realizado em estudo atual e controlado que utilizou como público-alvo a própria equipe de enfermagem (Kurebayashi et al, 2012). Por sua vez, pesquisas que aprofundem a relação da acupuntura com a questão clínica do cuidado e a prática do enfermeiro, a integração com outros profissionais no desdobramento clínico, além da avaliação de resultados da acupuntura na melhora da qualidade de vida, e de agravos, dentre outros parecem lacunas importantes no período pesquisado.

- Aspectos ético-legais da acupuntura como instrumento de trabalho do enfermeiro

A partir da imigração oriental, especialmente de japoneses e chineses para o Brasil, e das primeiras aplicações da acupuntura no



país, alguns médicos se interessaram e iniciaram a prática em escolas estabelecidas por aqueles imigrantes no eixo sul-sudeste. Com a expansão da prática e afirmação das escolas, no ano de 1961 estabeleceu-se a Associação Brasileira de Acupuntura (ABA), órgão oficial da acupuntura no país, congregando profissionais de variadas categorias (Kurebayashi et al, 2007).

Em 1982, o Ministério do Trabalho e Emprego ao elaborar a Classificação Brasileira de Ocupações, inclui a ocupação de acupunturista, reformulada pela resolução nº397/2002, que entende o acupunturista independente de qualquer classe profissional (Kurebayashi, Oguisso e Freitas, 2009a).

Em 1999, as consultas médicas de acupuntura e homeopatia foram incluídos na listagem de procedimentos ambulatoriais na saúde pública brasileira, ainda restrita aos médicos. Mais tarde, o Caderno de Política Nacional de Medicina Natural e Práticas Complementares (PMNPC), de fevereiro de 2005, definiu alguns marcos históricos na impulsão da oferta da Medicina Natural e Práticas Complementares (MNPC), que mais tarde, através da Portaria nº 971/2006 foi instituída a Política Nacional de Práticas Integrativas/Complementares (PNPIC), que prevê a inclusão de homeopatia, plantas medicinais/fitoterapia, acupuntura/medicina chinesa e termalismo social no SUS, prioritariamente na Atenção Primária à Saúde

(APS). Seu objetivo é fomentar o incremento de tais abordagens em saúde e tornar disponíveis opções promocionais, preventivas e terapêuticas diversas aos usuários do SUS (Kurebayashi et al, 2007; Kurebayashi, Oguisso e Freitas, 2009a).

Em 17 de novembro de 2006, a portaria 8536 inclui na tabela de Serviços/Classificações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES) de Informações do SUS – o serviço acupuntura - Práticas Integrativas e Complementares realizadas por profissionais de saúde especialistas em acupuntura no Sistema Único de Saúde (SUS), prioritariamente na Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2006).

Cabe comentar ainda que a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a potencialidade da acupuntura enquanto tratamento principal ou complementar para as mais diversas patologias, como enxaquecas, problemas gastrointestinais, alergias e algias diversas. Ademais, trata-se de uma alternativa de baixo custo se comparada aos tratamentos convencionais atrelados ao modelo biologicista. Tal fato, associado à realidade da utilização da acupuntura no Brasil, (que atendia apenas 2% dos municípios no ano de 2007), distancia ainda mais a atual configuração do sistema de saúde nacional daquilo do que é preconizado pela PNPIC. Apenas dois estudos foram incluídos nessa categoria.

Em estudo realizado com 33 enfermeiras do município de São Paulo, quanto à suas percepções acerca da acupuntura, observou-se que todas afirmavam credibilidade na técnica, apontando como fatores limitantes a sobrecarga de trabalho, falta de recursos materiais, humanos e políticas de saúde mais rigorosas; como fatores facilitadores a possibilidade de capacitação e implantação da acupuntura mul-

tiprofissional e por fim, quanto aos dilemas ético-legais, bem como, a opinião de que não somente médicos devem exercer a acupuntura na rede pública (Kurebayashi, Oguisso e Freitas, 2009b).

Compreender o ponto de vista ético de enfermeiros acerca da prática da acupuntura, com mais pesquisas; entender o olhar ético de grupos populacionais em relação a esta prática pelo enfermeiro; descrever experiências bem sucedidas que sustentem uma afirmação ética legal da inserção do enfermeiro na prática de acupuntura, entre outras parecem lacunas que foram visibilizadas no período levantado.

- A inserção da acupuntura na matriz curricular da Enfermagem

Destaca-se que a inserção de práticas integrativas e complementares no Sistema Único de Saúde remonta à discussão do movimento da reforma sanitária brasileira. Para que o profissional de saúde tenha a habilitação para exercer a Acupuntura, é necessário frequentar curso de formação com duração de dois anos e prática de estágio em clínicas controladas por mais de 90 horas. Questiona-se aqui sobre a premência da inserção da acupuntura na matriz curricular do enfermeiro, tendo em vista ser esta uma atribuição assegurada pelo COFEN e pela Constituição Federal.

O estudo inserido nesta categoria discute a possibilidade emergente da inserção dos conhecimentos oriundos da acupuntura como contribuição para as práticas pedagógicas do ensino clínico simulado da graduação em enfermagem, observou-se que a relação integral entre o homem e a natureza desenvolvida na acupuntura emerge como discussões e como uma sugestão de recurso pedagógico com vistas a ampliar o ensino da simulação clínica em enfermagem (Santos, Leite e Heck, 2011).

Reitera-se que apesar de ousada e pretenciosa, esta discussão situando uma entre tantas possibilidades de diálogo entre o ensino de saúde, a acupuntura, a PNPIC e o SUS, reflete a necessidade de ampliação do conhecimento acadêmico acerca de sua aplicabilidade, necessidades, efeitos, resultados e outros, a considerar-se a acupuntura como instrumento atual e de grande possibilidade de expansão para a atuação do enfermeiro especialista (Santos, Leite e Heck, 2011).

Nessa perspectiva, a inserção do conhecimento sobre as PIC no ensino em saúde configura-se também como contribuição para a formação acadêmica voltada para atuação no SUS de forma mais humanista, resolutiva e com conceito ampliado de saúde, atendendo as demandas da atenção primária, conforme preconiza o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde (Brasil, 2005).

Com a formação de profissionais com visão holística e com conhecimento prévio sobre as PIC, faz-se necessário que se amplie cursos de especialização em acupuntura reconhecidos para enfermeiros, em conjunto com outros profissionais, a fim de que a acupuntura se insira como um processo terapêutico e preventivo em uma realidade multidisciplinar de concepção de saúde, formando também profissionais capacitados para o exercício da docência na formação acadêmica e profissional de novos acupunturistas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise dos estudos incluídos na presente revisão, foram destacados os aspectos facilitadores para a efetiva implementação da Acupuntura e demais terapias complementares na Atenção Primária à Saúde, que incluem: baixo custo, ausência de efeitos colaterais,

além da grande satisfação e crença positiva da população. No entanto, apesar da gradual ampliação da oferta e do recente interesse da comunidade científica por tal assunto, através de iniciativas voluntárias e/ou tímidas, muitos pontos ainda requerem atenção, como a formação profissional adequada, fornecimento de insumos e instrumentos, além de pesquisa e monitoramento da implementação fidedignos da expansão da Acupuntura no país.

Foram observadas algumas lacunas, sobretudo com relação ao delineamento do perfil e da real dimensão da atuação profissional do enfermeiro acupunturista. Considera-se para que o enfermeiro assuma o papel de acupunturista e para que possa contribuir para a implantação efetiva da acupuntura multiprofissional no Brasil, é necessário abandonar a alienação e a falta de interesse pelo novo, por meio da atualização constante dos aspectos ético-legais que permeiam sua profissão, encerrando as vicissitudes de um tempo repleto de turbulências e desafios, assumindo o que lhe pertence por lei, mesmo que ainda não assimilado por completo.

A quantidade de artigos levantados é notadamente baixa à temática, sobretudo no que se refere a pesquisas, e que possivelmente se coadunem com a incipiente inserção do enfermeiro na acupuntura, sobretudo por sua própria dificuldade em termos de formação, no possível medo da não aceitação pela população, no desconhecimento tanto da população, quanto do próprio enfermeiro na questão da importância e impacto das PIC e daí a acupuntura, dentre tantas outras interferências.

Mesmo nas categorias apresentadas, o número de artigos foi baixo, e outras questões se apresentam como lacunas, como o trabalho interdisciplinar em acupuntura; a acupuntura não invasiva, que poderia ser mais usada pelo

enfermeiro, como moxabustão, ventosaterapia, estimulação com sementes, cromoterapia e fitoterapia; a falta de pesquisas na relação enfermeiro e prática de acupuntura; o desinteresse pelas PIC por parte do enfermeiro e daí a acupuntura; a necessidade de maior divulgação de experiências exitosas do enfermeiro na acupuntura (dificuldade na atualidade pelo desinteresse das boas revistas em descrever relatos de experiências); dentre outros aspectos.

Um esforço reflexivo se faz necessário para que novos caminhos da prática e realização do cuidar sejam somados ao fazer do enfermeiro. A cultura profissional depende em grande parte do interesse e consciência daqueles que atuam e estão envolvidos no saber e fazer que caracterize a profissão. Dessa forma, relações de submissão, temor, baixa autoestima profissional e omissão não auxiliam na construção do que se apresenta como possibilidade presente: a incorporação efetiva do exercício da acupuntura ao saber e fazer do profissional enfermeiro no contexto da Atenção Primária à Saúde

REFERÊNCIAS

- Borges, M.R. & Silveira, R.E. (2012) Práticas Integrativas e Complementares à Saúde: Perspectivas de atuação para o Enfermeiro. *Rev. Enferm. Prática* 21, 15-8.
- Brasil. Pró-saúde (2005) programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Educação.
- Brasil. Ministério da Saúde (2006) Portaria nº 971, de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Brasília.
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (1997) Resolução 197/1997 e Resolução 283/2003. [acesso em 2012 Dec. 02]. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4326>.
- Dallegrave, D; Boff C; Kreutz, J.A. (2011) Acupuntura e Atenção Primária à Saúde: análise sobre necessidades de usuários e articulação da rede. *Rev Bras Med Fam comunidade* 6: 249-56.
- Haddad, M; Oliveira, M.M.B; Simões, L. Marcon, S.S. (2009) Acupuntura em mães lactantes de recém-nascidos de muito baixo peso: um relato de experiência. *Cienc Cuid Saude* 8: 124-30.
- Kurebayashi, L.F.S; Gnatta, J.R; Borges,T.P; Belisse, G; Coca, S; Minami, A; Souza T.M; Silva, M.J.P. (2012) Aplicabilidade da auriculoterapia com agulhas ou sementes para diminuição de estresse em profissionais de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 46: 89-95.
- Kurebayashi, L.F.S; Oguisso, T; Campos P.F.S; Freitas, G.F. (2007) Acupuntura na enfermagem brasileira: uma história em construção. *Rev Paulista Enferm.* 26: 127-33.
- Kurebayashi, L.F.S; Oguisso, T; Freitas, G.F. (2009a) Acupuntura na Enfermagem brasileira: dimensão ético-legal. *Acta Paul Enferm* 22: 210-2.
- Kurebayashi, L.F.S; Oguisso, T; Freitas, G.F. (2009b) Acupuntura na Saúde Pública: uma realidade histórica e atual para enfermeiros. *Cultura de los Cuidados* 26: 27-33.
- Martini, J.G. & Becker S.G. (2009) Acupuntura in childbirth analgesia: perceptions of the Parturientes. *Esc Anna Nery Rev Enferm* 13, 589-94.
- Paranaguá, T.T.B & Bezerra, A.L.Q. (2008) Atuação do enfermeiro em um hospital especializado em práticas integrativas. *Rev. Enferm. UERJ* 16: 261-7.
- Santos, M.C. (2010) Acupuntura no cuidado de enfermagem ao paciente com cisto pilonidal: um relato de experiência assistencial. *Rev Gaúcha Enferm* 31: 175-8.
- Santos, M.C; Leite, M.C.L; Heck, R.M. (2011) A possibilidade de contribuição da acupuntura no ensino da simulação clínica em enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm.* 32: 185-8.
- Sousa, I.M.C; Bodstein, R.C.A; Tesser, C.D. et al. (2012) Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. *Cad. Saúde Pública.* 28: 2143-54.
- Santos, F.A.S.I; Gouveia, G.C.I; Martelli,P,J.L.I; Vasconcelos, E.M.R.I.I. (2009) Acupuntura no Sistema Único de Saúde e a inserção de profissionais não-médicos. *Rev. Bras. Fisioter.* 13: 330-4.

- Souza, M.T; Silva, M.D; Carvalho, R. (2010) Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 8:102-6.
- Villela, M.P.C. Lemos, MES. (2010) Os cuidados do enfermeiro-acupunturista ao paciente com angina estável: uma relação rumo a integralidade da assistência. REME 14: 577-86.
- Wink, S; Cartana & M.H.F. (2007) Promovendo o autocuidado a pacientes com cefaléia por meio da perspectiva oriental de saúde. Rev Bras Enferm 60: 225-8.
- World Health Organization (WHO) (1999) Guidelines on Basic Training and Safety in Acupuncture. [acesso em 2012 Dec. 02]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_EDM_TRM_99.1.pdf

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

Ano	Periódico	Título	Tipo de Artigo/Método
2007	Rev. Paulista Enfermagem	Acupuntura na enfermagem brasileira: uma história em construção	Revisão da Literatura. Enfoque histórico.
2007	Rev. Bras. Enfermagem	Promovendo o autocuidado a pacientes com cefaléia por meio da perspectiva oriental de saúde	Relato de Experiência. Teoria do autocuidado de Orem.
2008	Rev. Enferm. UERJ	Atuação do enfermeiro em um hospital especializado em práticas integrativas	Estudo qualitativo. Entrevistas gravadas. Análise de conteúdo de Bardin.
2009	Acta Paulista Enfermagem	Acupuntura na Enfermagem brasileira: dimensão ético-legal	Artigo de Atualização. Ensaio Teórico.
2009	Cienc Cuid Saude	Acupuntura em mães lactantes de recém-nascidos de muito baixo peso: um relato de experiência	Relato de Experiência. Aplicações de quiroacupuntura.
2009	Cultura de los cuidados	Acupuntura na saúde pública: uma realidade histórica e atual para enfermeiros	Estudo qualitativo. Entrevistas gravadas. Análise de discurso temática.
2009	Esc Anna Nery Rev Enferm	A acupuntura na analgesia do parto: percepções das parturientes	Estudo quanti-qualitativo. Questionário semi-estuturado e entrevistas.
2010	Rev. Gaúcha Enfermagem	Acupuntura no cuidado de enfermagem ao paciente com cisto pilonidal: um relato de experiência assistencial	Estudo de caso. Análise qualitativa.
2010	Rev. Mineira Enfermagem	Os cuidados do enfermeiro-acupunturista ao paciente com angina estável: uma relação rumo à integralidade da assistência	Revisão Teórica.
2011	Rev. Gaúcha Enfermagem	A possibilidade de contribuição da acupuntura no ensino da simulação clínica em enfermagem.	Artigo de Reflexão.

La relación de ayuda en el campo de la enseñanza – aprendizaje

The aid relationship in the of teaching and learning

A relação de ajuda área de ensino e aprendizagem

Ana Lucía Noreña Peña¹; Noemí Alcaraz Moreno²,
Genoveva Amador Fierros², Francisco Javier Ramos Sánchez³

¹Universidad de Alicante. Departamento de enfermería. Facultad Ciencias de la Salud;

²Universidad de Colima. Facultad de Ciencias de la Salud (Méjico)

³Francisco Javier Ramos Sánchez. Universidad de Guadalajara (Méjico)

Cómo citar este artículo en edición digital: Noreña Peña, A.L.; Alcaraz Moreno, N.; Amador Fierros, G.; Ramos Sánchez, F.J. (2013) La relación de ayuda en el campo de la enseñanza –aprendizaje.17, 35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.35.10>

*Correspondencia: Noemí Alcaraz Moreno. Facultad de Enfermería. Universidad de Colima, México. almoreno@uocol.mx
Recibido: 13/11/2012. Aceptado: 22/01/2013*



ABSTRACT

Through a retrospective analysis on the educational characteristics of nursing education, there is a reflection on the type of learning promoted from an ad hoc university teaching practice and how it has influenced nursing education. It outlines some perspectives about change in mentality that has been occurring in nursing schools, by promoting new forms of teaching and learning, from which value the role of the student in order to achieve their full

development. It proposes the construction of facilitated learning through the aid relationship, ethical and creative design of the constructive process of professional knowledge.

Keywords: aid relationship, learning-teaching, Nursing.

RESUMO

Através de uma análise retrospectiva sobre as características educacionais de ensino de enfermagem, propõe-se uma reflexão sobre o tipo de aprendizagem promovido desde uma prática docente universitária ad hoc e como isso tem influenciado o ensino da enfermagem. Descreve-se algumas perspectivas sobre a mudança de mentalidade que vem ocorrendo nas escolas de enfermagem, promovendo novas formas de ensino e aprendizagem, que valorizam o papel do aluno, a fim de alcançar o seu pleno desenvolvimento. Propõe-se a construção de aprendizagem facilitado através da relação de ajuda, concepção ética e criativa do processo de construção do conhecimento profissional.

Palavras chave: relação de ajuda, ensino-aprendizagem, Enfermagem.

RESUMEN

A través de un análisis retrospectivo acerca de las características educativas de la enseñanza de enfermería, se plantea una reflexión acerca del tipo de aprendizaje promovido desde una práctica docente universitaria ad hoc y cómo ello ha influido en la formación de enfermería. Se esbozan algunos planteamientos sobre el cambio de mentalidad que ha estado ocurriendo dentro de las escuelas de enfermería, mediante la promoción de nuevas formas de enseñar y de aprender, que dan valor al protagonismo del estudiante, con el fin de lograr su desarrollo integral. Se plantea la construcción del aprendizaje facilitado a través de la relación de ayuda, concepción ética y creativa del proceso de construcción del conocimiento profesional.

Palabras clave: relación de ayuda, enseñanza-aprendizaje, enfermería.

INTRODUCCIÓN

La escuela contemporánea de enfermería tiene que enfrentar algunos desafíos para integrarse a las nuevas demandas en el concierto de la educación superior. En nuestros tiempos, la tarea de educar desde una perspectiva integral y humanista se vuelve más compleja por el doble reto de transitar desde un modelo pedagógico tradicional, hacia otro que ayude a modificar y a mejorar la conducta humana, de modo tal que los estudiantes ganen autonomía en sus procesos de aprender y que, sus profesores logren modificar su modo de enseñar, convirtiéndose en facilitadores, en promotores del aprendizaje de sus estudiantes ayudándoles a desarrollar sus talentos cognoscitivos y emocionales.

Durante mucho tiempo, la enfermería ha adoptado un modelo de enseñanza-aprendiza-

je tradicional que funcionó y ayudó a formar “buenas enfermeras” para el tipo de sociedad de principios del siglo XX, cuando se organizaron la mayoría de las escuelas de enfermería en América Latina. La influencia del modelo biomédico permeó no sólo la organización de los conocimientos sino también, las bases filosóficas y pedagógicas. Fueron precisamente los médicos quienes posibilitaron el marco socio-profesional de las enfermeras, haciendo que dentro de la preparación universitaria de enfermería, predominara el aprendizaje de actividades procedimentales, que le imprimían a los cuidados un carácter técnico –instrumental (Collière, 1993). Bajo este modelo, se han formado generación tras generación, centenas de enfermeras y todavía es difícil desprenderse de este legado.

En este artículo, se expone cómo en pleno siglo XXI, cuando se exige formar individuos capaces de interpretar el mundo y al mismo tiempo, saber actuar sobre él, en enfermería conservamos prácticas docentes que no tienen que ver con el tipo de individuo que se desea formar. El propósito es, mostrar los desafíos que debemos enfrentar para cortar con atavismos culturales predominantes en la formación en enfermería, y lograr construir una nueva cultura congruente con el tipo de profesión requiere la sociedad. La propuesta de nuestro análisis se denomina relación de ayuda.

Antecedentes de la formación de profesionales de enfermería

Los planes de estudios de enfermería en las escuelas de América Latina fueron formulados bajo la influencia del conocimiento y el saber médico, caracterizados por un enfoque biológico, organizados por disciplinas y éstas a su vez, mediante bloques con secuencias lineales y verticales. En esta lógica, en los primeros

años de la carrera se organizaban las ciencias básicas, luego las clínicas y en un menor porcentaje se incluían asignaturas de carácter humanístico, cuyo contenido guardaba más relación con conceptos propios de la naturaleza del cuidado.

Desde el punto de vista pedagógico, las escuelas de enfermería no escaparon a la influencia de las corrientes educativas vinculadas a las necesidades del desarrollo social y a la concepción del tipo de individuo que se deseaba formar para cada época histórica. Se distinguen al menos tres grandes interpretaciones teóricas del tipo de pedagogía que ha influenciado la práctica docente en las últimas épocas, y se les conoce como Pedagogía del Consenso, Pedagogía del Conflicto y Pedagogía Crítica (Orozco, 1985. Acevedo, 2009. Rodríguez, 2011), las cuales representan una visión propia del hombre y del mundo y en ellas se enmarcan los distintos tipos de didáctica que han dado lugar a la forma como hoy se dibuja el estado del arte en la educación de la enfermería en América latina.

Las llamadas didáctica tradicional (decadente), la tecnología educativa (todavía dominante) y la didáctica crítica (emergente), derivadas de las distintas corrientes pedagógicas, han tenido un fuerte impacto en la planeación de la educación en las escuelas de enfermería y en el desarrollo de la docencia, entendida ésta como el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación de enfermería, o en la definición de Orozco Esquivel, es *“la educación organizada, sistemática e intencional”* (Orozco, 1985). Para entender la diferencia entre un tipo de didáctica y otra y, sobre todo, para comprender cómo ahora conservamos algo de cada una de esas *“influencias pedagógicas”*, trataremos de esbozar una caracterización, a manera de síntesis histórica, en la docencia de enfermería.

En la didáctica tradicional, representante de la pedagogía del consenso, la supremacía estaba en la memoria y el tipo de relación profesor-alumno era de dominación-subordinación. Se implantó desde el inicio de la organización de las escuelas de enfermería, a principios del siglo XX. El estudiante era considerado como un recipiente vacío, al que el profesor –que es el que sabe- le enseña, le entrega, le trasmite, los conocimientos y el estudiante los recibe acríticamente y pasivamente. Muchos profesores se sabían de memoria sus discursos porque llevaban años impartiendo la misma materia y, por tanto el mismo contenido o bien, venían a leer-dictar y los estudiantes tomaban notas para después aprenderlas de memoria. Los conocimientos teóricos había que memorizarlos para después aplicarlos en la práctica, no obstante, la práctica no tenía ningún vínculo con las clases teóricas, ni siquiera los profesores hablaban entre ellos sobre los alumnos. La función del estudiante era memorizar, hacer, practicar, repetir y obedecer. Opinar, ni pensarlo, debatir menos. Sencillo eso era inimaginable para el papel del estudiante. ¿Cómo podría opinar alguien que no sabe? en este modo de enseñanza los estudiantes no tenían voz, estaban aún lejos del pensamiento crítico y de la reflexión lógica (García, 2011).

Con la influencia de la pedagogía del conflicto como interpretación teórica y ante la necesidad de formar individuos que no sólo cultivaran su inteligencia sino que fueran preparados para funcionar en la nueva sociedad, llega la modernización de la enseñanza a las universidades y con ella se introduce la etapa de la tecnología educativa. En las escuelas de enfermería se criticaba la necesidad de vincular la teoría con la práctica y de fomentar una participación activa de los estudiantes. Sin em-

bargo, la participación “activa” a la que se hacía referencia a partir de la segunda mitad del siglo XX y más durante los años 70s, en realidad se trataba de un activismo controlado por el profesor más que un protagonismo activo del estudiante en sus procesos de aprender. Fue la época en que el profesor echaba mano de una serie de “técnicas grupales” para mantener “activo” al estudiante y usaba aparatos sofisticados como los proyectores de acetatos, y de diapositivas.

Esta etapa marcó la entrada a los procesos de “modernización” del trabajo docente, las conductas observables, las pruebas objetivas, la racionalidad científica-positivista en su máxima expresión. En las aulas, se debatía acerca de las diferencias que se observaban entre la práctica y la teoría de enfermería, sacando a la luz que en las clases se impartía un saber que no respondía a la realidad de los pacientes y de los servicios de atención. Además, los contenidos de las asignaturas no respondían a las expectativas del alumnado, cuyo nivel de formación debía estar acorde a las demandas exigidas por el sistema sanitario y educativo. Empieza pues, un debate que pone en conflicto aquello que se dice en el discurso y lo que se observa en la práctica. En otras palabras, tradicionalmente, la escuela sanitaria, ha simplificado el saber y el conocimiento, propulsando un pensamiento mecanicista y reductor de los procesos de salud-enfermedad de los individuos (Medina, 2003).

Fiablemente, este enfoque positivista, en la formación de los profesionales de enfermería, trajo como resultado que el conocimiento enfermero se fundamentara en la comprensión y el aprendizaje de las manifestaciones clínicas de la enfermedad, las formas de intervención curativas de los síntomas, y en planificar el cuidado a través de nominaciones derivadas de los esquemas médicos, sin ahondar en otros

factores fundamentales, como lo son el significado y la repercusión socio-psicológica de la dolencia en el individuo.

Sin embargo, a pesar de este panorama en el que a los planes de estudio se orientaban más por una racionalidad cuantitativa de los objetivos, de las actividades y de la evaluación, en detrimento de los aspectos cualitativos de la formación, los aspectos de las ciencias sociales que se introducían en los programas de enfermería, y las experiencias de aprendizaje que se realizaban en la práctica clínica, fueron abriendo campo a corrientes de investigación y pensamiento disciplinar, que apelaban a la visión integral del paciente y a su vez destacaban la importancia de la participación activa del alumno dentro del proceso de formación.

Así pues, en las últimas décadas del siglo XX, la filosofía de los programas curriculares de enfermería empezaron a reestructurarse desde nuevas concepciones pedagógicas orientadas más hacia las necesidades de los individuos que aprenden y los individuos que solicitan un servicio de atención a la salud.

Confrontaciones en la enseñanza actual de enfermería

Hasta el principio de la segunda década del siglo XXI, la formación del personal de enfermería en la mayoría de las escuelas latinoamericanas continúa siendo inflexible, lineal y atomizada. Es decir, se organiza por materias organizadas por semestres, por programas y dictadas por un profesor titular. El estudiante, en este esquema no tiene ningún poder ni para decidir su propio currículum ni el camino en sus procesos de aprender. Este modelo choca con las demandas de servicios de salud de los pacientes que esperan de un profesional, que le vea como una persona enferma y no como un diagnóstico separado de la persona.



Como es sabido, el modo de evaluar determina el modo de aprender y en los modelos inflexibles y lineales se siguen conservando los exámenes y pruebas objetivas. Por tanto, aunque en el discurso se diga que la enseñanza promueve un aprendizaje significativo o proactivo, en la realidad, ese tipo de exámenes y de cátedras dentro de materias desvinculadas entre sí, el estudiante aprende todavía memorizando acríticamente un tipo de conocimiento que en muchas ocasiones, no aplica en la realidad asistencial y que serán obsoletos al poco tiempo de haber egresado. El modo de organizar las materias, continúan parcelando el conocimiento, pues las “materias” o “asignaturas” se enseñan como islas entre unas y otras.

En una lógica congruente con ese modo de enseñar, en las clases teóricas de enfermería se habla acerca de procedimientos, técnicas, protocolos, aplicación de teorías, definiciones de patologías, de diagnósticos, y se deja de lado, la enseñanza de estrategias de aprendizaje que podrían ayudar al estudiante a dirigir su propio aprendizaje, a integrar el conocimiento enfermero, tanto hacia el cuidado de los pacientes, como para mejorar las relaciones interpersonales que se establecen dentro del contexto sociosanitario (Rideout, 2001). Este modo de formación tradicional choca con las necesidades que enfrenta el estudiante en su práctica clínica, donde debe arreglárselas para construir sus propios procesos de entendimiento de las distintas dinámicas: comunitaria

y hospitalaria. Lo que se traduce en muchos casos, en aumento de estrés, sensación de impotencia y malestar.

Una situación particular del estudiante, es que éste, por su condición de agente externo al ambiente hospitalario, se comporta como un aprendiz/observador/asimilador/reconstructor de todo aquello que lo rodea. Cuando al estudiante se le asigna un paciente para asistirlo en proceso de hospitalización comienza a entender que él como profesional, no sólo se relaciona con la persona enferma, sino que también cuida de la familia, e identifica que cada persona tiene diferentes formas de entender y asumir los procesos de salud y de enfermedad. Es decir, el estudiante se acerca progresivamente, a la comprensión del contexto en el que se desarrolla el paciente, en las esferas personal, interpersonal y cultural. Así, construye pues sus mecanismos de aprendizaje y los va conduciendo hacia niveles superiores, conforme sus vivencias le demandan un mayor nivel de abstracción y de comprensión. (Piaget; García, 1996).

Los estudiantes necesitan ayuda de sus profesores para crear situaciones de aprendizaje, en las que ellos puedan integrar los conocimientos sobre las ciencias básicas con las clínicas y, las ciencias sociales con las económicas y administrativas, de tal manera que, sean capaces de entender el proceso que vive el individuo enfermo, incluyendo sus vínculos familiares y sus preocupaciones sobre el contexto, en lugar de aprender diagnósticos como si éstos fueran separados de la persona (Venturelli, 2003).

Simultáneamente, el estudiante aprende a reconocer que dentro de su formación práctica, requiere construir y mantener relaciones interpersonales sólidas, tanto con los profesionales sanitarios y el personal docente como con sus pares, incluyendo a los estudiantes de

cursos avanzados. Todos estos actores, además del propio paciente y su familia, se convierten en fuentes de aprendizaje y retroalimentación importante para los estudiantes. Ellos configuran la experiencia del estudiante frente al cuidado (Rideout; Carpio, 2001).

Por tanto, se requiere en el campo del aprendizaje de competencias en enfermería, sistemas abiertos de enseñanza que fomenten en los estudiantes su participación y protagonismo activo para dirigir su aprendizaje, de tal forma, que la tarea del profesor consista en ayudar al estudiante a potenciar sus capacidades de observar, sintetizar, pensar y cuestionar. Se trataría de ejercitar la comprensión pasando de la inteligencia especulativa a la inteligencia práctica: conocer para obrar, para actuar (Moncín, 2003).

¿Cómo hacer un cambio en la educación de enfermería?

Con base en el panorama expuesto, queda clara la necesidad de iniciar, continuar o fortalecer los procesos de cambio dentro de la formación en enfermería orientados a preparar a los estudiantes para que afronten el impacto que se produce entre los dos mundos: el universitario, donde la realidad es abstracta, y el hospitalario, donde la realidad la configuran los significados y las expresiones de los pacientes al vivir su proceso de enfermedad, siguiendo a Sanjuán (2007) *“...cada vez que se hace uso de un conocimiento en un contexto junto a personas que son únicas, el conocimiento se reaprende y la competencia profesional y las capacidades del individuo aumentan”*.

El estudiante, experimenta a través de sus distintas vivencias la disyuntiva dada entre lo que estudia y lo que vive en la realidad, -distanciamiento entre la teoría y la práctica-. Esta situación hace que muchas veces, su experiencia se traduzca en frustración, al reconocer que mucho de lo que aprende en la universidad, tal

vez no le sirva para su ejercicio profesional, porque las exigencias del contexto sanitario y la demanda de los pacientes se alejan de lo que ha sido su formación académica. Inclusive, es el momento en que se da cuenta que para entregar cuidados de calidad se necesitan mucho más que conocimientos.

De frente a esta realidad, las escuelas de enfermería, deberían plantearse con urgencia la incorporación de modelos de educación y métodos de enseñanza-aprendizaje centrados en las necesidades del individuo que aprende, basados en la realidad y que, tomen en cuenta sus necesidades personales, sus valores, sus sentimientos y sus aspiraciones (Morin, 2003).

En este modo de entender las funciones de enseñar y aprender, el estudiante construye, junto con el profesor y sus compañeros, su propio aprendizaje. Al ser tratado como sujeto y protagonista activo en el proceso, él mismo reconoce que su experiencia personal y social, es el punto de partida para el modo de entender su realidad y comprende que, cada uno de sus compañeros y de las personas que le rodean son fuente de aprendizaje. La interacción social se convierte así, en el ambiente propicio para el proceso de aprender de cada individuo.

En modelos educacionales que incluyan las características que se han descrito son los ideales, para ayudar al estudiante a entender que el cuidado de la salud es primariamente un asunto humano, basado ciertamente en relaciones humanísticas (Medina, 2002). De este modo, la congruencia entre el modo de aprender y el modo de enseñar, daría lugar a una forma de cuidar al paciente mucho más humana, más solidaria, más profesional y más creativa (Morin, 2003. Achury, 2008).

El papel del profesor y la relación de ayuda.

El papel del profesor en este cambio de mentalidad y de estrategias de enseñanza, esta-

ría enfocado mucho más a diseñar situaciones en las que pueda darse el proceso de aprender de los estudiantes, en lugar de dirigir su aprendizaje. El factor personal-afectivo es una esfera que cobra vital importancia, por tanto el profesor, en su rol de facilitador, debería promover que el estudiante confronte sus saberes, reconozca sus dificultades, temores y expectativas y comparta sus fortalezas e inquietudes. Es decir, que ponga de manifiesto qué los apasiona y qué los confunde, cuáles son sus aspiraciones y cómo esperarían conseguirlas. Se trata de crear un proceso de acompañamiento, una intervención socioeducativa bajo una concepción humanista, en un clima afectivo y profesional.

Así, pues es dar paso al acto educativo derivado de un paradigma congruente con la relación de ayuda. El componente pedagógico de la relación de ayuda, descansa en la concepción del diálogo, la comunicación y la cooperación, es decir el lenguaje verbal, no verbal y la acción compartida (Moran, 2003). Los principios de la relación de ayuda, abogan por un estilo de pedagogía liberadora, en la que se produce un aprendizaje auténtico, transformador de preconcepciones y juicios de valor, ya que hace uso de un tipo de comprensión que enseña al estudiante a valerse de una serie de recursos personales enfocados a entender los acontecimientos y las personas, despojándose primero, de cualquier preconcepción, intentando acoger el mundo del otro. Una definición más precisa es *“Toda relación, en la que, al menos una de las partes, intenta mover en el otro el crecimiento, el desarrollo, la maduración, y la capacidad de funcionar mejor y enfrentar la vida de manera más adecuada”* (Cibanal, 2010).

Esta lógica, considera que el hombre tiene desde su nacimiento fuerzas que determinan su desarrollo, y de esta manera, el medio social es considerado el espacio, el escenario en

donde se posibilitan o se obstaculizan las tendencias internas. Uno de los aspectos establecidos como finalidad de la relación de ayuda es, preparar al estudiante para que reconozca como aspecto fundamental del proceso educativo, la inteligencia emocional definida como: *“La capacidad que tenemos nosotros de reconocer las emociones y los sentimientos propios y no propios, y de conducir las relaciones que tenemos nosotros mismos con los otros”* (Dander, 2001). Así se pueden llegar a explorar e intervenir las reacciones de los demás, con un tipo de entendimiento y comprensión previa. Las manifestaciones de ira, culpa, agresividad, desorientación, perplejidad y confusión cuando se producen, pueden ser significadas desde una concepción más conciliadora y humana.

La relación de ayuda tiene entre sus finalidades: la promoción del bienestar individual y relacional, la asistencia para el cambio y/o resolución de problemas o conflictos, que producen perturbaciones o dificultades. En la educación basada en la relación de ayuda, *“el docente ve el mundo a través de los ojos del aprendiz”* (Guadiana, 2003), y se ofrecen como herramientas pedagógicas y profesionales, entre otras, la escucha empática, dirigida a comprender el mundo del otro, para lograr acercarse a las individualidades y particularidades de cada estudiante, para su aprendizaje.

Esta filosofía incorpora, la creencia de que, cada ser es digno y valioso y tiene, la capacidad de desarrollar habilidades para encontrar respuestas y soluciones a los distintos problemas que se presentan, si se nutre de un contexto de apertura y honestidad que permite el desarrollo profesional y personal. En la docencia, específicamente de enfermería, este tipo de perspectiva resulta congruente con su misión porque posibilita el desarrollo esencialmente humano del estudiante, como pre-requisito de

su desarrollo profesional, al basar la relación profesor-alumno en la colaboración tanto durante el proceso de aprendizaje teórico-conceptual en el aula como para la búsqueda de solución a problemas de naturaleza práctica en los espacios comunitario u hospitalario.

De esta forma, los estudiantes podrían comprender mejor su tarea de acompañamiento con sus pacientes y crear una relación, en la que exista “una confrontación de culturas, expectativas, creencias y valores, que determinan el tipo de signo y el modo en que se han de dar y aceptar la ayuda” (Pérez, 2002). En este sentido, se estimularía su autoestima, y la responsabilidad, trazándose sus propios objetivos y planeando, de mutuo acuerdo con el profesor, las actividades y estrategias para lograrlos.

Hoy día existen diversos métodos y estrategias educativas para conducir la labor docente desde la perspectiva que hemos esbozado. Los métodos andragógicos como el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP), el Aprendizaje Centrado en el Estudiante (ACE), el aprendizaje en Grupos Pequeños (AGP), el empleo de tutorías y prácticas autodirigidas, son sólo algunos ejemplos que pueden adoptarse para cambiar la labor docente hacia la nueva visión que hemos esbozado aquí y que están relacionados con la necesidad de preparar a los estudiantes de un modo congruente con el tipo de ayuda que él mismo deberá proporcionar a la hora de enfrentarse en la praxis.

La finalidad de la relación de ayuda, es preparar a los futuros enfermeros, para la actividad profesional en valores y competencias científicas, que permitan imprimir el carácter

profesional de la enfermería, mediante la formalización del aspecto de ayuda y de cuidado que forma parte de nuestra misión. Lo que se pretende es, expresar la intención de ayuda al otro, por medio de la acción comunicativa, en la cual, es el mismo paciente el que coparticipa e interviene, expone e identifica sus problemas de salud, dentro de su contexto y ambiente cultural y familiar (Ferrer, 2003). Es lograr, que el sujeto entienda la importancia que tiene él en sí mismo, como gestor de su propio desarrollo, cuidador y guía de sus conductas (Knowles, 1975).

Actitudes básicas para desarrollar la relación de ayuda.

La relación de ayuda se construye. No se da por inercia, debe haber una actividad intencional de gestar y promover dicha relación, a partir de una serie de elementos que la van conformando. Dichos elementos a su vez son de carácter actitudinal y se les conoce como habilidades centradas en la persona, a continuación se exponen las que consideramos fundamentales y básicas para la relación de ayuda:

<i>Actitud</i>	<i>Definición</i>
<i>Empatía</i>	Actitud dirigida a comprender el mundo del otro. Se describe como una percepción fina y sensible de las manifestaciones de la otra persona, sus sentimientos, vivencias y significados.
<i>Autenticidad</i>	Concordancia entre aquello que se siente, lo que se le expresa al otro, y lo que se pone en acciones. Implica una cierta claridad en los actos, en la forma de asumir los hechos y la comunicación.
<i>Aceptación Incondicional</i>	Capacidad de ausentarse de juicios morales, aceptar sin juzgar, las concepciones del otro. Es el compromiso de respetar a los otros por el sólo hecho de ser personas, aún si me encuentro en desacuerdo con su manera de proceder, su ideología o pensamiento.
<i>Escucha activa</i>	Capacidad de oír, observar, escuchar, tanto lo que se dice como lo que no se nos dice verbalmente.
<i>Respuesta Empática</i>	Hacer uso de la comprensión para contextualizar el significado que tiene la vivencia del problema, sea cual fuere, para la persona, e intentar devolver con mis palabras, acompañadas del lenguaje no verbal, lo que he podido comprender de lo que me ha comunicado, no sólo lo dicho si no lo gestualizado, lo corporalizado.
<i>Personalización</i>	Ayuda a que las personas sean específicas. El evitar las generalizaciones da la posibilidad de asumir la responsabilidad de cada individuo frente a los hechos.
<i>Confrontación</i>	Invitación a un examen profundo, acerca de las discrepancias que llegan a existir entre los sentimientos, pensamientos y acciones. Esta evaluación propicia un clima de diálogo con uno mismo y con los otros. La confrontación pone al descubierto las potencialidades del propio ser y se desarrolla una conciencia de cambio.

CONCLUSIONES

La herramienta educativa de la relación de ayuda, propone una mejora del modo de pensar y de actuar en la relación profesor-estudiante en la carrera de enfermería, de cómo manejar las emociones, y comunicarse asertivamente. Al usar esta herramienta, el papel del profesor y del estudiante dentro del aula se alejan del modo tradicional de vivir la experiencia universitaria. El profesor estaría capacitado para reconocer y aceptar la incertidumbre como elemento esencial de la enseñanza, abandonando la rigidez y diluyendo las barreras, los hilos invisibles que hacen categorizar el mundo que nos rodea. Su tarea ahora es ayudar al estudiante a conseguir sus propósitos de aprendizaje en un ambiente de confianza, de afecto y de profesionalismo derivado de un enfoque humanista de la educación. Desde esta posición el estudiante desarrolla autonomía en sus procesos de aprender y de comprender el mundo, amplía su visión de sí, mismo, de los otros y de su contexto. Se vuelve pues un estudiante autodirigido (Knowles, 1975). La relación de ayuda, debería ser difundida como una base teórica y herramienta educacional idónea para ayudar a formar enfermeras/os con un enfoque congruente con las competencias profesionales que de ellas se esperan al entregar cuidados al paciente. Al tener como punto de partida el diálogo y la comunicación, debería ser integrada como eje transversal en los currículos de enfermería.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo, F.E. (2009) Construcción metodológica para la enseñanza de la disciplina de enfermería: aspectos históricos y reflexiones. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* 11: 53-66.

- Achury, D. (2008) Estrategias pedagógicas en la formación de profesionales de enfermería. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo* 10: 97-113.

- Cibanal, L; Sánchez, M.C; Carballal, M.C. (2010) *Técnicas de Comunicación y Relación de Ayuda en Ciencia de la Salud*. 2ª.ed. Elsevier, Madrid.

- Collière, M.F. (1993) *Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. McGraw-Hill/Interamericana de España, Madrid.

- Dander, P. (2001) Repensar l educació des de les emocions *Perspectiva Escolar* 256:4-10 Citado en: Canals Cadafalch M. Otro lenguaje en la educación: relación de ayuda, herramienta para los estudiantes de las facultades de ciencias de la educación Addenda a la II ponencia: los lenguajes de las aretes: escenas y escenarios de la educación XXII seminario Interuniversitario teoría de la educación: 17-19.

- Ferrer, E. (2003) Una experiencia de cuidado desde la teoría del caos. *Educare* 21 [Publicación periódica en línea] 2 Disponible en: <http://enfermeria21.com/educare/educare02/ensenando/ensenando1.htm>. Acceso: 27 abril de 2005.

- García, E; Guillén, D; Acevedo, M. (2011) La influencia del conductismo en la formación del profesional de enfermería. *Razón y Palabra* [Primera Revista Electrónica en América Latina Especializada en Comunicación]. 76 Disponible en: http://www.razonypalabra.org.mx/N/N76/varia/5a%20entrega/46_GarciaGuillenAcevedo_V76.pdf. Acceso: 15 octubre de 2012.

- Guadiana, L. (2003) Las artes expresivas centradas en la persona: un sendero alternativo en la orientación y la educación. Entrevista a Natalie Rogers. *Revista Electrónica de Investigación Educativa* [Publicación periódica en línea] 5 Disponible en: <http://redie.ens.uabc.mx/vol5no2/contenido-guadiana.html>. Acceso el 17 de abril de 2005

- Knowles, M (1975) *Self directed learning. A guide for learners and teachers*. Cambridge Adult Education. Globe Fearon. Pearson Learning Group. EU

- Medina, J.L. (2003) La deconstrucción o desaprendizaje: aproximación conceptual y notas para un método reflexivo de generación de nuevos saberes profesionales. *Educare* 21 [Publicación periódica en línea] 5 Disponible en: <http://enfermeria21.com/educare/educare01/ensenando/ensenando3.htm>. Acceso: 27 de Abril de 2005

Los sistemas mandálicos como herramienta intercultural para organizar la enfermería internacional

Mandalicos as a cross-cultural tool systems for organizing the international nursing

Mandalicos como um sistemas de ferramenta multi-cultural para a organização de enfermagem internacional

Pedro Manuel Salas Iglesias

Doctor por la Universidad de Alicante, Licenciado Humanidades, Master Oficial Ciencias Enfermería. Enfermero Consejería Salud y Bienestar Social. Centro Personas Mayores La Orden. Huelva

Cómo citar este artículo en edición digital: Salas, P.M. (2013) Los sistemas mandálicos como herramienta intercultural para organizar la enfermería internacional. 17, 35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.35.11>

Correspondencia: Plaza del Generalife, nº1, 5ºB, 21002, Huelva; Correo electrónico: pedrocorreosalas@hotmail.com; Teléf: 639569427.

Recibido: 07/01/2013. Aceptado: 24/03/2013.



ABSTRACT

It starts from the assumption that the application mandalic model is a useful tool in the organization and delivery of a multicultural care nurses. Throughout history are many examples of mandalas, in psychology and anthropology have also been employed. The letter mandalic organizes cultural diversity from a circle divided into four interrelated

subsystems, health is achieved by harmonizing the four subsystems. The circle is constructed from an analysis of the history of life from the expressions, values and needs of the patient / client, besides serving as an organizer of intercultural communication and cultural competence. His way of structuring the environment the person is related to the theory of complex thought of Edgar Morin, and contain many similarities and relationships with other nursing models and theories. It will be used as a tool for self-knowledge and self-transformation, seeking personal excellence, respect for ethnic and cultural variables, considering their individuality with a number of basic needs, spiritual and self-realization. It will serve as an example of creative cultural transformer provided with a value of modern civilization, with a hopeful mindset and transition to a world innovator.

Keywords: Mandálicos cultural systems, cultural care, mandalic letter, cultural competence.

RESUMO

Ele parte do pressuposto de que o modelo mandálico aplicativo é uma ferramenta útil na organização e prestação de cuidados de enfermeiros multiculturais. Ao longo da história muitos exemplos de mandalas, em psicologia e antropologia também foram empregadas. O mandálico carta organiza a diversidade cultural de um círculo dividido em quatro subsistemas inter-relacionados, a saúde é conseguida através da harmonização dos quatro subsistemas. O círculo é construído a partir de uma análise da história de vida das expressões, valores e necessidades do cliente / paciente, além de servir como um organizador de comunicação intercultural e competência cultural. Sua forma de estruturar o ambiente da pessoa está relacionado com a teoria do pensamento complexo de Edgar Morin, e contém muitas semelhanças e as relações com outros modelos de enfermagem e teorias. Ele será usado como uma ferramenta de auto-conhecimento e auto-transformação, buscando a excelência pessoal, respeito variáveis étnicas e culturais, considerando sua individualidade com uma série de necessidades básicas, espiritual e auto-realização. Ele servirá como um exemplo de transformador cultural criativo fornecido com um valor de civilização moderna, com uma mentalidade de esperança e de transição para um inovador mundo.

Palavras chave: Mandálicos sistemas culturais, cuidado culturais, carta mandálico, competência cultural.

RESUMEN

Se parte de la hipótesis que la aplicación del modelo mandálico constituye una herramienta útil en la organización y prestación de unos cuidados multiculturales enfermeros. A lo largo de la historia se encuentran multitud de ejem-

plos de mandalas, en psicología y antropología también han sido empleados. La carta mandálica organiza la diversidad cultural a partir de un círculo dividido en cuatro subsistemas interrelacionados, la salud se obtiene con la armonización de los cuatro subsistemas. El círculo se construye desde un análisis de la historia de vida a partir de las expresiones, valores y necesidades del paciente/cliente, sirviendo además como elemento de comunicación intercultural y organizador de la competencia cultural. Su forma de estructurar el entorno de la persona guarda relación con la teoría del pensamiento complejo de Edgar Morín, además de contener varias similitudes y relaciones con otros modelos y teorías enfermeras. Será empleado como herramienta de autoconocimiento y autotransformación, de búsqueda de la excelencia personal, de respeto a las variables étnico-culturales, considerando su individualidad con una serie de necesidades básicas, espirituales y de autorrealización. Servirá como ejemplo de creativo cultural dotado de un valor transformador de la civilización actual, con una mentalidad esperanzadora y transición a un mundo renovador.

Palabras clave: Sistemas culturales mandálicos, cuidados culturales, carta mandálica, competencia cultural.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo vamos a investigar la organización internacional de la sociedad actual donde encontramos diferentes culturas en la salud, siguiendo un patrón de referencia mandálico. Para ello nuestra hipótesis tiene como marco sustentador que la aplicación del modelo mandálico constituye una herramienta útil en la organización y prestación de unos cuidados multiculturales enfermeros.

Nos marcaremos como objetivos los siguientes:

- Referenciar las primeras manifestaciones históricas, culturales y antropológicas del mandala y su asociación con el campo de la salud.
- Señalar las características teóricas del mandala para llevar a cabo su aplicación a los cuidados culturales enfermeros.
- Estudiar la adscripción del mandala en los paradigmas que marca la ciencia y si se adecua a algún modelo teórico del corpus de la enfermería cultural.
- Proponer el modelo mandálico como un modelo válido para su uso por la enfermería como elemento organizador de las culturas de la salud.
- Valorar el manejo del mandala como elemento transformador del entorno de salud pública actual.

MARCO TEÓRICO

El trabajo de análisis desde una aproximación epistemológica del mandala, proviene de la cosmovisión oriental, del sánscrito, de la cultura hindú, budista, adoptando el significado de dibujo complejo, generalmente circular, que representa las fuerzas que regulan el universo (macrocosmos y microcosmos) y que sirve como apoyo de la meditación (RAE). Desde sus orígenes en tiempos remotos en la India se propagó a otros lugares y culturas orientales e incluso a los aborígenes de Australia.

El hecho de que se encuentren ejemplos de figuras mandálicas en diferentes culturas puede deberse por una parte a la búsqueda de perfección que existe en ellas y que se aprecia en el mandala a través de sus formas concéntricas. A lo largo de la historia se aparición ha sido constante, dotándose el círculo de carácter sagrado en la prehistoria como se puede ver en las primeras construcciones del hombre

como en el círculo megalítico de Stonehenge, en el arte cristiano medieval tenemos el ejemplo de la mandorla (almendra), los rosetones de las fachadas y el pavimento con formas de laberintos de las catedrales góticas, las chacanas del pueblo andino, los diagramas de los indios, el símbolo chino del ying yang, el círculo donde se inscribe el hombre de Leonardo Da Vinci, el big-ban, el ojo físico (donde el centro del mandala es la pupila y el iris la expansión de éste), etc. Por tanto podemos consolidar su presencia permanente en diversas culturas y religiones. A este respecto cabe resaltar las palabras del filósofo griego presocrático Empédocles de Agrigento (495-435 a.C) en su visión mandálica de Dios cuando postuló que: “Dios es un círculo cuyo centro está en todas partes y cuya circunferencia no se encuentra en ningún sitio”, defendió además la teoría de las cuatro raíces (tierra, agua, aire, fuego donde la salud se obtenía a partir de mantener cierto equilibrio entre éstos elementos).

Si buscamos su aplicación en ciencias como la psicológica, los mandalas significan la totalidad de nuestro ser. Ayudan a curar la fragmentación psíquica y espiritual, expresando la sabiduría interior desde el centro. Viajar a este centro produciría una sensación de calma al reconectar con el ser esencial. La observación contemplativa de su diseño permite una meditación, tomando contacto con lo espiritual al superar las limitaciones presentes y las ataduras del mundo material y conceptual. A este respecto para el psiquiatra Carl Gustav Jung (2002) representa la totalidad de la mente tanto el consciente como el inconsciente, interpretando los sueños a partir de la relación que éstos tienen. Afirmó que el arquetipo de estos dibujos se encuentra firmemente anclado en las expresiones probables del subconsciente colectivo. El centro del mandala es una repre-



sentación del sí mismo (selbest), intentando lograr la perfección en el proceso de individuación. Su uso tiene un fin de restablecimiento del orden perdido con anterioridad y especialmente con un propósito creador, se genera algo nuevo diferente a lo que existía antes (Ashram, 2012).

Si recurrimos a otra ciencia la antropología, adquiere un sentido expansivo desde el centro a la periferia. El mandala se estructura en una serie de formas geométricas concéntricas organizadas en variados niveles visuales. Los diseños aunque variados mantienen características similares: un centro y puntos cardinales inscritos en círculos y dispuestos con cierta simetría. El centro es el espacio sagrado (centro del universo y soporte de concentración).

Para el antropólogo americano Edward T. Hall las culturas están organizadas con ritmos entremezclados comparables al tema de una sinfonía donde están implicados todos los aspectos del complejo comportamiento humano: kinésico (gestualidad), rítmico (temporalidad), proxémico (espacio y cuerpo) y la totalidad de la cultura (lengua, religión, filosofía, etc.) (Fuenmayor, 2012).

Bailey Cunningham (2003) analiza el mandala como un arte usado en todo el mundo para la autoexpresión, la transformación espiritual y el crecimiento personal, obteniendo

una mayor conciencia de cada persona, un símbolo arquetípico en su totalidad. Explorar el mandala nos puede llevar a un viaje a la totalidad, ayudando a la persona a descubrir el centro dentro de sí misma y más allá.

La doctora en antropología social y cultural Alida Carloni emplea el mandala en la explicación metodológica de la diversidad cultural a partir de la Carta Mandálica, compuesta por una serie de partes:

- El centro representa el OM: Buda, Dios.
- Los laterales situados en la parte superior, inferior, derecha e izquierda simboliza los puntos cardinales y estaciones del año, es decir norte/invierno, sur/verano, este/primavera, oeste/otoño.
- Las esquinas constituyen los equinoccios y solsticios y donde se insertan: el fuego/el verbo, la tierra/el renacimiento, el aire/la transmisión, el agua/la fertilidad.

Además este modelo está dividido metodológicamente en cuatro subsistemas, representados en la figura 1 y tabla 1.

Del análisis derivado de dicho modelo se observa su vinculación con la enfermería humanista y la cultura de los cuidados, donde el hombre equilibrado y sano es el que tiene armonizados los cuatro niveles. La figura circular es abarcadora, integradora y holística, sanadora y considera al paciente/cliente inserto en la naturaleza y en su contexto cultural. Ante la diversidad de culturas de la salud (Spector, 2003) su comportamiento es de ejercer un trato igualitario y situarlas en el mismo nivel de respeto.

Para su empleo desde la óptica enfermera, se realizará un análisis de la historia de vida cultural, construyendo el círculo con cierta habilidad cultural de los diferentes subsistemas mandálicos a partir de las expresiones, valores

y necesidades del paciente/cliente teniendo en cuenta tanto su historia actual como pasada. La atención de enfermería cultural se complementará con entrevistas y valoraciones posteriores que aumenten los datos sobre las percepciones y la planificación de los cuidados en función de la situación de salud/enfermedad, pudiendo llegar al final a una evaluación cultural.

Por otro lado su empleo puede ser utilizado como base para iniciar los procesos de comunicación intercultural disminuyendo las barreras sociales y culturales entre ambos actores, así como herramienta que permita mejorar el nivel de satisfacción del cliente/paciente con su sistema de atención enfermera/o.

Asimismo se tendrá en cuenta la validación cultural (Alarcón, 2003) que acepta la legitimidad del modelo de salud y enfermedad del paciente considerando su contexto cultural, con actitud comprensiva, de respeto y de integración de aquellos elementos culturales que sean importantes en el proceso de recuperación.

Por otra parte la Carta Mandálica también es un vehículo organizador en el campo de la competencia cultural. Entendida ésta como *“la integración compleja de conocimiento, actitudes y habilidades que aumenta la comunicación entre culturas diferentes (cross-cultural communication) y las interacciones apropiadas/efectivas con los otros”* (Ibarra et al, 2006), Además mantiene su vinculación con los elementos configuradores de dicha competencia como: la conciencia cultural, el conocimiento cultural, la habilidad cultural, el deseo cultural y los encuentros culturales. Si se quiere llegar a ser culturalmente competente se debe tener en cuenta la motivación, propósito y objetivos de ambos actores, una autoevaluación continua, desarrollar las técnicas o habilidades y aproximarnos al conocimiento de los grupos culturales que tratemos (Kersey-Matusiak, 2012).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha recurrido a la heurística, análisis de paradigmas y teorías y modelos enfermeros, investigación de enfermería para la evidencia y el empleo del análisis de fuentes documentales y bibliométricas de diferentes bases de datos como: Cuiden, BDEM, Cuidatge, Enfispo, Biblioteca Cochrane Plus, Medilne Pub Med, Telnnet de la Universidad de Sevilla a partir de su motor de búsqueda: Fama. También se han empleado en la investigación varias palabras clave y sus combinaciones booleanas dentro nuestro objeto de estudio como: mandala, carta mandálica, cultural, modelos culturales, cultural and nursing, competencia cultural.

Metodológicamente se han desechado aquellas investigaciones que incorporaban los resultados de las categorías conceptuales en el nombre de autor, agregando las que aparecían en título/resumen. Se trata de un estudio transversal de corte descriptivo basado en el análisis hermenéutico y bibliográfico.

RESULTADOS

Del análisis del estudio se debe considerar el empleo del mandala en el contexto cultural del cliente/paciente dentro del marco de la competencia cultural. Muchos estudios recurren a la competencia cultural enfermera demostrando que tras un entrenamiento formativo previo pueden mejorar la atención primaria de salud, disminuyendo las disparidades de salud entre niños de padres inmigrantes (Berlin et al, 2010). Por otra parte los cuidados con congruencia cultural adaptada a la minoría étnica que tratemos, disminuye la distancia entre las características de las competencias culturales y la percepción de los clientes de acuerdo a sus necesidades culturales (Costantino et al, 2009, Webb et al, 2010). El empleo de programas culturales teniendo en cuenta sus antecedentes

culturales mejoran enfermedades relacionadas con el contexto cultural (Choi et al, 2007).

Tras analizar otros modelos y teorías de aplicación en enfermería, encontramos varias similitudes y vinculación de los cuidados mandálicos con ellos, entre los que se destacan:

- El modelo de enfermería del Núcleo, el cuidado y la curación de Hall con los tres círculos entrelazados, representando el círculo del núcleo al paciente, el círculo del cuidado al cuerpo del paciente y el círculo de la curación se refiere a los procesos patológicos o la enfermedad.
- La teoría del logro de metas de King con los sistemas abiertos de los seres humanos en interacción constante con su entorno.
- El modelo de sistemas de Neuman donde la enfermería proporciona una visión multidimensional de la persona como individuo, se contempla como un sistema abierto, dinámico, en interacción constante con el entorno, empleando la enfermera las intervenciones específicas basándose en el grado de reacción al agente estresante.
- El modelo de Adaptación de Roy donde las personas son consideradas como sistemas abiertos cuyas conductas pueden ser clasificadas como respuestas adaptativas o ineficaces y emplean los subsistemas regulador y cognitivo como procesos de control.
- El modelo de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales de Leninger, donde los cuidados culturales pueden ser tanto diversos como universales, su modelo Sunrise sirvió para describir las interrelaciones de la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales, las acciones enfermeras deben ser específicas según la cultura para ser relevantes en la salud y el cuidado del cliente.

- El modelo de competencia cultural de Purnell, formado por doce dominios que se pueden aplicar en el hospital, hogar del paciente, en la comunidad, etc. Promueve la comprensión cultural en períodos de enfermedad, mantenimiento y promoción de la salud, enfocando aspectos emic y etic mediante las opiniones del paciente, familia y comunidad y la forma de valorar las influencias y la identificación con su grupo cultural, su diagrama es un círculo.

Por otro lado, la forma compleja de estructurar el entorno de la persona sana/enferma se encuadra en la teoría del pensamiento complejo de Edgar Morin (Morin, 2012) donde para responder de manera eficiente y sostenible ante las dinámicas socio-culturales, económicas, tecnológicas y políticas que forman parte del mundo globalizado son necesarias unas aptitudes de comprensión, integradoras y coordinadas para que constituyan un todo. Aboga por reformas fundamentales, la educativa, la toma de conciencia ecológica y la política de la civilización proponiendo una acción de conjunto. Enfermería debe adoptar el papel de liberar la fuerza de las buenas voluntades y de acción solidaria, teniendo en cuenta la multidiversidad del mundo real.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En primer lugar se ha demostrado nuestra hipótesis en el presente estudio. Enfermería empleará los sistemas mandálicos como herramienta para el autoconocimiento y auto-transformación de la persona que cuida, así como camino de la búsqueda de la excelencia personal. De la misma manera los utilizará como herramienta organizadora de los elementos que configuran el entorno sociopolítico, económico y de salud que rodea el mundo

de la persona cuidada. Las variables étnico-culturales y el respeto a la complejidad cultural en el mundo de la salud es una parte esencial a tener en cuenta en las nuevas estrategias internacionales de la salud pública.

Una de las propuestas de las estrategias de futuro de los usos del mandala en salud, consiste en el coloreo y dibujos de éstos. Ayuda a transformar la mente y el entorno al constituir un centro energético reparador, de equilibrio y purificación. En terapias de rehabilitación cognitiva se puede usar esta técnica en enfermedades mentales como el Alzheimer o ante situaciones de estrés emocional o crisis de ansiedad, el colorearlos de adentro hacia afuera posibilita exteriorizar las emociones más fácilmente. Cuando se pintan de afuera a adentro sus efectos se dejarán notar en la búsqueda de un sentido de la vida, expansión de la conciencia y desarrollo de paciencia, con efectos sobre la autoestima y autorrealización. Otros posibles efectos beneficiosos que pueden aparecer son: escuchar la voz de la intuición, aceptándose y queriéndose más, dirigidos hacia una curación física y psíquica.

Desde nuestra profesión trataremos al paciente/cliente inmerso en las diferentes culturas de la salud pero considerando su individualidad, con una serie de necesidades básicas materiales, espirituales y de autorrealización. Los sistemas culturales mandálicos nos servirán como ejemplo de creativo cultural (Ray et al,2000) dotado de un valor transformador de nuestra civilización, sumergida en medio de un cambio de época producido por la gran crisis que nos ha tocado vivir y en un mundo atrapado entre la globalización, las tecnologías de aceleración y un deterioro de la ecología planetaria. Ofertaremos unos cuidados internacionales respetando tanto las normas de cada cultura, los escenarios y los elementos



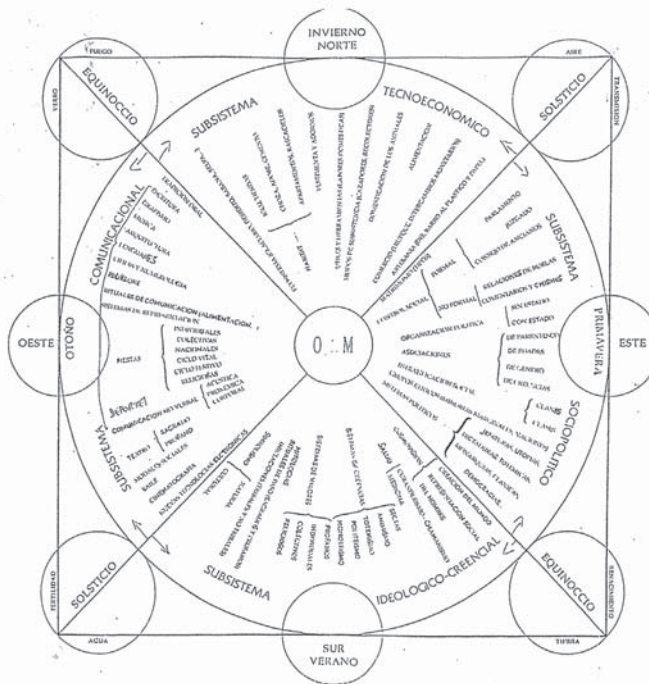
de salud, que respondan a las expectativas del cliente, en un proceso comunicativo y de intercambio, con una mentalidad esperanzadora y de transición hacia un mundo renovador.

BIBLIOGRAFÍAS

- Alarcón, M. et al (2003) Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev méd. Chile. 131: 1061-1065.
- Ashram, K. (2012) El mandala, disponible en: <http://tantriconepali.galeon.com/productos1524072.html>. Consultado: 13/11/2012.
- Berlin, A. et al (2010) Cultural competence among Swedish child health nurses after specific training: A randomized trial. Nursing & health sciences.12: 381-91.
- Carloni, A. (2000) Asignatura Antropología Social y Cultural. Facultad Humanidades. Universidad de Huelva, Huelva.
- Costantino, G. et al (2009) Congruence between culturally competent treatment and cultural needs of older Latinos. Journal of consulting and clinical psychology. 77: 941-9.
- Cunningam, B. (2003) Mandala. Viaje a la unidad del ser. Pearson Educación, Madrid.
- Choi, Y.J. et al (2007) Evidence-based nursing: effects of a structured nursing program for the health promotion of Korean women with Hwa-Byung. Archives of psychiatric nursing. 21: 12-6.
- Diccionario Real Academia de la Lengua Española (2012) disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=mandala>. Consultado: 10/11/2012,

- Morín, E. (2012) Edgar Morin. web oficial. Disponible en: <http://www.edgarmorin.com/>. Consultado: 10/11/2012
- Fuenmayor, V. (2012) Técnicas del cuerpo y técnicas de la danza. Disponible en: <http://victorfuenmayorruiz.com/files/tecnicadeldcuerpoytecnicasdeladanza.pdf>. Consultado: 14/11/2012
- Ibarra, M. y Siles, J. (2006) Competencia cultural. Una forma de ofrecer cuidados de enfermería. *Index enferm* 55: 44-48.
- Jung, C. G. (2002) Obra completa. Volumen 9/I. Los arquetipos y lo inconsciente colectivo. Sobre el simbolismo del mandala (1938/1950). En *Mándalas*. Trotta, Madrid.
- Kersey-Matusiak, G. (2012) Cuidados culturalmente competentes: ¿los tenemos presentes? *Nursing*. 30: 25-8.
- Purnell, L..A. (1999) El modelo de competencia cultural de Purnell: descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación. *Cultura de los Cuidados* 3(6): 91-97.
- Ray, P.H. y Anderson, S.R. (2000). *The Cultural Creatives: How 50 Million People Are Changing the World*. Three Rivers Press. New York, en: *Los Creativos culturales un esperanzador descubrimiento sociológico*. Disponible en: <http://www.sostenibleycreativa.es/cambios-sociales/los-creativos-culturales/>. Consultado: 06/12/2012.
- Spector, R.E. (2003) *Las culturas de la salud*. Pearson Educación, Madrid.
- Webb, M.S. et al (2010) Effects of culturally specific cessation messages on theoretical antecedents of behavior among low-income african american smokers. *Psychology of addictive behaviors*. *Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*. 24: 333-41.
- Wesley, R.L. (1997) *Teorías y modelos de enfermería*. McGraw-Hill. Interamericana, México D.F.

Figura 1: Carta Mandálica.



En Carloni, A (2000). *Facultad Humanidades. Universidad Huelva*.

Tabla 1: Subsistemas mandálicos

Tecnoeconómico	Sociopolítico	Comunicacional	Ideológico-Creencial
Ecosistema	Matrimonios	Tradición oral	Cosmovisión: creación del mundo, representación social del hombre
Hábitat	Control social: 1.- Formal: parlamento, juzgado, consejo ancianos. 2.- No Formal: relaciones de burlas, comentarios y chismes	Escritura	Salud
Útiles y herramientas	Organización política	Grafismo	Sistemas de creencias
Modos de subsistencia	Asociaciones: de parentesco, de edades, de género, de creencias	Música	Sistemas de valores: profanos, individuales, colectivos, religiosos
Domesticación de los animales	Estratificación social	Arquitectura	Mitologías
Alimentación	Grupos étnicos, minorías marginales, nacionales	Lenguajes	Rituales de paso
Comercio	Sistemas políticos	Cifras y numerología	Iniciaciones: tribales y no tribales
Artesanía		Folklore	Simbolismo: natural y cultural
		Rituales de comunicación (alimentación)	
		Sistemas de representación	
		Fiestas	
		Deportes	
		Comunicación no verbal	
		Textos: sagrado, profano	
		Habilidades sociales	
		Baile	
		Cinematografía	
		Nuevas tecnologías electrónicas	

Elaboración propia, Pedro Manuel Salas Iglesias (2012).

Miscelánea

Biblioteca comentada

ENFERMERÍA, FILOSOFÍA, HISTORIA Y GESTIÓN

Eseverri Chaverri, Cecilio (2012).
Editorial De Buena Tinta, Madrid.

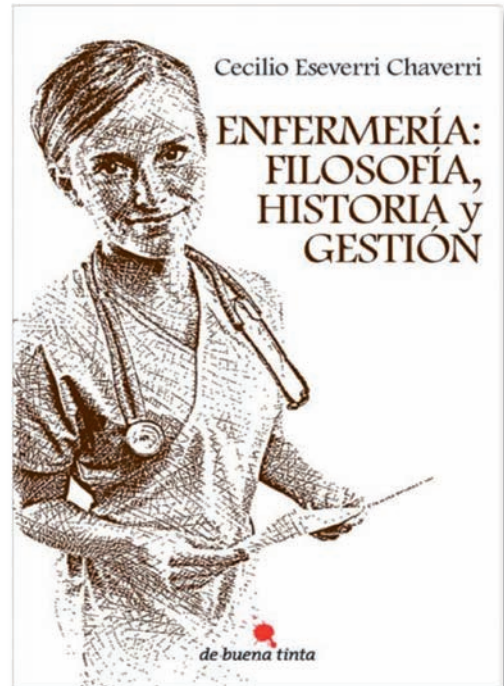
Cómo citar este apartado de la revista en edición digital: Miscelánea (2013) Miscelánea .17, 35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.35.12>

Nuestro admirado y querido colega y amigo Cecilio Eseverri Chaverri, no para en su actividad investigadora y buena muestra de ello es su último libro, cuyo título entrelaza la enfermería con la filosofía, la historia y la gestión, No se puede esperar menos de un humanista con profundos conocimientos en todas y cada una de las parcelas incluidas en el mencionado título de esta elaboradísima y loable obra.

El profesor Eseverri investiga sobre el concepto “cuidar” y profundiza buscando su significado desde parcelas como la historia, la filosofía y, por ende, desde el propio territorio profesional. Se trata de 206 páginas que el autor vertebraba en dos grandes apartados:

En el primero nos encontramos con seis capítulos que versan sobre temas como: filosofía, compromiso y salud, donde aborda asuntos desde la perspectiva enfermera tales como: la calidad y la cultura, la semiología, la historia, la filosofía y la ética.

El segundo capítulo de este primer apartado está dedicado a la enfermería como prestadora de cuidados entrelazando asuntos como ética, cultura y felicidad del paciente, bases



históricas de la profesión y la enfermería y el trabajo interrelacionado.

El tercer capítulo está, básicamente, integrado por temas propios de la gestión enfermera donde realiza un esbozo histórico partiendo del monacato y los hospitales, la reducción hospitalaria y los estatutos y constituciones de las instituciones hospitalarias.

El cuarto capítulo describe los claros y sombras, las certidumbres y dudas sobre la búsqueda de las fuentes enfermeras iberoamericanas.

El quinto y sexto capítulos están dedicados, respectivamente, a la nueva gestión enfermera y a la filosofía de la prestación de cuidados.

En el segundo apartado el lector se topa con un interesantísimo capítulo dedicado a la importancia de los Hermanos de San Juan de Dios en la práctica de los cuidados de enfermería y al desarrollo de una nueva forma de hacer enfermería: “El estilo San Juan de Dios”. Es un capítulo especialmente interesante, dada la perspectiva antropológica y cultural (Tylor, Harris).

Además, el libro viene guarnecido por un esclarecedor apéndice en el que, de forma esquemática, se explica la teoría de los cuidados de este estilo JuandeDiano tan importante para la historia, el presente y el futuro de la enfermería. En definitiva, un libro claramente recomendable y que ningún-a enfermero-a debe dejar de leer.

José Siles González.

DE AYER A HOY, HISTORIA DE LA MEDICINA

Anuska P. Castañer, Juan P. Castañer y
Castañer, A. (2012).
Edición Propia, Teruel.

Cómo citar este apartado de la revista en edición digital: Miscelánea (2013) Miscelánea .17, 35. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2013.35.12>

La ciencia médica acompaña a la humanidad desde hace miles de años, desde los primeros homínidos que acompañaban y cuidaban a sus enfermos (incluso antes de comenzar a comportarse salvajemente entre los humanos), utilizando remedios que encontraban a su alcance entre la vegetación de la zona, aprendiendo y comprendiendo el ecosistema para convivir en un equilibrio adecuado. En los albores de la humanidad se puede hablar de una ciencia médica, el uso del entorno de una forma controlada y con la adecuada experimentación para el remedio de enfermedades y de manera paliativa de dolores.

Muchos siglos después diferentes civilizaciones han ido evolucionando sus conocimientos en medicina, de muchas de ellas tenemos referencias, por ejemplo sírvase el caso del pueblo egipcio. En esta gran civilización la



medicina se enseñaba en “La casa de la vida” que se encontraba adyacente a los templos; aquí se enseñaba la práctica de la medicina. Los documentos más antiguos sobre medicina se han datado en el siglo XVII a.C.

Esto nos muestra como el ser humano lleva milenios tratando de conocer y comprender el uso de los medicamentos, así como la importancia en nuestra vida cotidiana. Esto nos lleva

a la presente obra “De Ayer a Hoy”, Historia de la Medicina. Obra-recopilatorio de la familia Castañer, que pretenden mostrarnos algo más de nuestra riqueza cultural recuperando los medicamentos del siglo XIX, así como material quirúrgico utilizado por médicos del siglo XX. Este viaje en el tiempo nos lleva desde principios del siglo XX presentándonos los orígenes del protagonista de esta historia el Dr. José Castañer y Rué, haciendo un repaso por su vida y orígenes, tan necesarios para comprender a los personajes de cada historia. Además se complementa con correspondencia personal, así como indicaciones intercambiadas entre colegas. Correspondencias profesional, documentación médica, todos documentos que ilustran una época; todo esto sin olvidar lo más importante de un profesional de la medicina, sus utensilios de trabajo el maletín tan característico, y sin embargo tan poco valorado. El repaso a la formación médica es somero y completo, así como las revistas enumeradas, los escritos oficiales y la documentación estatal, presentando una gran cantidad de bibliografía que merece la pena destacar.

Tras este primer gran bloque encontramos un segundo bloque igual de relevante, el “Instrumental Médico”. Desglosando en este apartado el material, el instrumental, todo merece la pena ser analizado en detalle, pues el estudio de la historia nos permitirá seguir andando, ya que no se puede avanzar si no conocemos el camino de origen, pero cabe destacar especialmente el aparato de Rayos X portátil, cuando menos un aparato tremendamente útil para el diagnóstico in situ. La dedicación que se le da a este aparato es bastante completa y abarca desde planos técnicos a publicidad que de él se hacía, manuales de uso, etc.

Una mención la merece el inicio de la documentación en detalle del material que comienza con los electrodos, unos curiosos

instrumentales que hoy día han evolucionado tanto que no conseguiríamos relacionarlos, pero esto es cuestión de los avances tecnológicos, puede llegar a dejarnos asombrados. Pero los detalles del aparataje no acaban aquí pues se dedican un gran número de fotografías para ampliar en detalle las agujas, tipos cuidados, cajas de protección, etc. El instrumental médico, sorprendente y variado se documenta en los apartados de aparatos de cristal, vendas y muchas otros detalles.

El grueso del libro dedicado a los medicamentos en sí, se han agrupado con gran criterio, coherente con la filosofía del libro que pretende hacer un repaso histórico, en periodos históricos iniciándose en el Reinado de Alfonso XIII, siguiendo por la II República española, la guerra del 36 al 39 y el periodo franquista del 39 al 75, hasta entrar en una época más cercana en los finales del siglo XX, donde seguramente podremos reconocer ya muchos medicamentos.

El libro termina con dos bloques interesantes para conocer más detalles de las metodologías de la época, publicidad y curiosidades varias, pudiendo encontrar desde anuncios que incluían cuadros como el de “Los borrachos” de Velázquez, hasta una fotografía de una farmacia de mediados del siglo pasado. En conclusión un repaso por la historia de los medicamentos que contribuirá a ampliar los conocimientos en historia de la medicina y farmacología.



PROGRAMA CIENTÍFICO

JUEVES 10 OCTUBRE

MAÑANA

9:00 h. Entrega de documentación.

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

10:00 h. Acto de apertura.

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

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

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

11:30 h. Pausa - Café.

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

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

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

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

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

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

14:30 h. Comida de trabajo

TARDE

16:30 h. Presentación de Comunicaciones.

18:00 - 20:00 h. Talleres

20:00 h. Acto lúdico

VIERNES 11 OCTUBRE

MAÑANA

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

Presentan:

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

10:30 h. Pausa Café.

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

12:00 h. Presentación de Comunicaciones.

14:00 h. Comida de trabajo

TARDE

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

Postgrado.

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

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

17:30 - 19:30 h. Taller.

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

SABADO 12 OCTUBRE

MAÑANA

10:00 h. Conferencia de Clausura:

La historiografía del conocimiento.

Dra. Juana Hernández Conesa

(Universidad de Murcia España).

Presenta: Maestra Susana Salas Segura (Eneo-UNAM)

11:00 h. Comunicaciones libres

11:00 h. Taller

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

13:00 h. Conclusiones y clausura

Talleres:

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

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

La Partería Trascendiendo la Vida

LEO y Partera Tradicional Certificada Janet Alarcón Hernández

Eneo-UNAM / Programa Oportunidades Jurisdicción Cuautla Morelos, México

LEO Javier Badillo Zúñiga

PME-UNAM



Historia Cultural y modelo estructural dialéctico de los cuidados

Dr. José Siles González (Universidad de Alicante España)

Fuentes Iconográficas para el estudio de la historia de la Enfermería

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

Los diferentes Métodos en Historia de la enfermería

Dra. Patricia D'Antonio Universidad de Pensilvania, EUA

La historia de la Enfermería Moderna a través de los Clásicos

Dr. Manuel Amezcua Universidad de Granada, España

REVISTA DE ENFERMERÍA Y HUMANIDADES

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos

Domicilio

Población Cód. Postal Provincia

Teléfono Actividad profesional

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

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

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

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

Cultura de los Cuidados

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

Banco o Caja de Ahorros

Domicilio de la Sucursal

Población Cód. Postal Provincia

Cuenta Corriente. Libreta de Ahorros N.º

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

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

Nombre del titular de la cuenta o libreta

Fdo.:



CONSEJO DE ENFERMERÍA DE LA
COMUNIDAD VALENCIANA



ASOCIACIÓN NACIONAL DE HISTORIA
Y ANTROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS



Universitat d'Alacant
Universidad de Alicante
Escuela Universitaria de Enfermería