

CULTURA DE LOS CUIDADOS

1^{er} Cuatrimestre 2014 • Año XVIII - N.º 38

SUMARIO

EDITORIAL

- El humanismo en enfermería a través de la sociopoética y la antro-poética

FENOMENOLOGÍA

- Hospital
- Mi Schwannoma Vestibular. El día que mi vida cambió
- Proceso
- ...Meu universo de mulher ...
- Experiencias y vivencias del estudiante de 4º de enfermería en el practicum

HISTORIA

- Literatura y medicina en los estudios del profesor Sánchez-Granjel sobre la generación del 98
- Historiando el origen del Ilustre Colegio Provincial de Practicantes de Huelva
- Mary Seacole e Maria Soldado: enfermeiras negras que fizeram história
- La Mortalidad por Tuberculosis en El Puerto de Santa María (1923-1926)
- La idea educativa y sanitaria de Juan Luis Vives: un estudio gadameriano
- Los signos iconográficos del reconocimiento público de la Enfermería en España: su importancia y significación

ANTROPOLOGÍA

- Relación entre el estilo de vida de una joven deportista de alto rendimiento y los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon
- Craving por crack: uma revisão da literatura

TEORÍA Y MÉTODO

- La débil apropiación de la competencia cultural en el cuidado al adulto mayor se expresa en las evidencias científicas

MISCELÁNEA

- BIBLIOTECA COMENTADA



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	
El humanismo en enfermería a través de la sociopoética y la antropoética.....	9
<i>JOSÉ SILES GONZÁLEZ</i>	
FENOMENOLOGÍA	
Hospital.....	14
<i>ANTONIO RODA JORGE</i>	
Mi Schwannoma Vestibular. El día que mi vida cambió.....	16
<i>JUAN ANTONIO AZNAR</i>	
Proceso.....	20
<i>JUAN DE DIOS GARCÍA</i>	
...Meu universo de mulher... ..	22
<i>ONÁ SILVA</i>	
Experiencias y vivencias del estudiante de 4º de enfermería en el practicum.....	25
<i>MARTA RODRÍGUEZ GARCÍA, MONTSERRAT RUIZ LÓPEZ, PILAR GONZÁLEZ SANZ, MIRIAM FERNÁNDEZ TRINIDAD, IRENE DE BLAS GÓMEZ</i>	
HISTORIA	
Literatura y medicina en los estudios del profesor Sánchez-Granjel sobre la generación del 98.....	34
<i>FRANCISCO HERRERA-RODRÍGUEZ, JOSÉ MARÍA URKÍA-ETXABE</i>	
Historiando el origen del Ilustre Colegio Provincial de Practicantes de Huelva.....	59
<i>JOSE EUGENIO GUERRA-GONZÁLEZ, DIEGO JOSÉ FERIA LORENZO, CARMEN MARÍA MARTÍNEZ-SÁNCHEZ</i>	
Mary Seacole e Maria Soldado: enfermeiras negras que fizeram história.....	64
<i>LILY LÖW, TAKA OGUISSO</i>	
La Mortalidad por Tuberculosis en El Puerto de Santa María (1923-1926).....	71
<i>IRENE LÓPEZ LEÓN, J. CÉSAR MURIEL, ANA M. SÁINZ OTERO</i>	
La idea educativa y sanitaria de Juan Luis Vives: un estudio gadameriano.....	77
<i>JUANA HERNÁNDEZ CONESA, ENRIQUE MALDONADO SUAREZ</i>	
Los signos iconográficos del reconocimiento público de la Enfermería en España: su importancia y significación.....	92
<i>JOSÉ ANTONIO ÁVILA OLIVARES</i>	
ANTROPOLOGÍA	
Relación entre el estilo de vida de una joven deportista de alto rendimiento y los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.....	107
<i>JUAN MANUEL FABRA HEREDIA, LINA CASADÓ MARÍN</i>	
Craving por crack: uma revisão da literatura.....	118
<i>DANIEL GALENO MACHADO, FERNANDO JOSÉ GUEDES DA SILVA JÚNIOR, LARISSA ALVES DE ARAÚJO LIMA, CLAUDETE FERREIRA DE SOUZA MONTEIRO</i>	
TEORÍA Y MÉTODO	
La débil apropiación de la competencia cultural en el cuidado al adulto mayor se expresa en las evidencias científicas.....	128
<i>LILIANA MARCELA REINA LEAL, MARÍA NUBIA ROMERO BALLÉN</i>	
MISCELÁNEA	
BIBLIOTECA COMENTADA.....	139

ESTRUCTURA DE LA REVISTA Y NORMAS DE PUBLICACIÓN

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

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

PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS

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

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

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

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

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

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

- Para citar documentos/ artículos “on line”:

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

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

STRUCTURE OF JOURNAL AND NORMS OF PUBLICATION

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

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

PRESENTATION OF WORK

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

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

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

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

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

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

To cite documents / articles "on line":

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

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

ESTRUTURA DA REVISTA E NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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

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

DE APRESENTAÇÃO DE TRABALHO

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

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

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

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

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

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

Para citar documentos / artigos “on line”:

Pagani, R.. (2002) Relatório Técnico. O crédito Europeu e do sistema educativo espanhol. Disponível http://www.eees.ua.es/http://aneca.es/modal_eval/docs/doc_425.baixado_426_27 de julho de 2008.

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

CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

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

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

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

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

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

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

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

EVALUATION CRITERIA AND SELECTION OF ARTICLES

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

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

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

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

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

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

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

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO E SELEÇÃO DE ARTIGOS

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

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

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

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

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

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

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

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

Editorial

El humanismo en enfermería a través de la sociopoética y la antropeútica

José Siles González

Catedrático E.U. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante

Cómo citar esta editorial en edición digital: Siles González, J. (2014) El humanismo en enfermería a través de la sociopoética y la antropeútica. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 18, 38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.38.01>

*Correspondencia: Departamento de enfermería. Universidad de Alicante. 03080 Alicante.
Correo electrónico: jose.siles@ua.es*



La presente editorial surge ante la necesidad de explicar una nueva iniciativa: la potenciación de la sociopoética y la antropología narrativa en *Cultura de los Cuidados*. A partir del presente número, *Cultura de los Cuidados* va a introducir en la sección fenomenología dos subsecciones dedicadas a la sociopoética y a la antropología narrativa. Poemas en los que se expresen los sentimientos, creencias y valores que emergen del océano intersubjetivo en el que navegan los cuidados; narraciones en las que se relaten hechos, circunstancias, creencias y sentimientos implicados en situaciones de

vida-salud-enfermedad; tendrán cabida a partir de ahora en esta revista que cumple 18 años de existencia y que ha contribuido, por supuesto desde la modestia de su limitada e imperfecta realidad, a la integración de la narrativa mediante los relatos publicados en la sección de fenomenología y en las diversas ediciones del premio “Vida y Salud de Narrativa”, decano entre los de su género. De alguna forma, la sociopoética y la antropología narrativa constituyen instrumentos de comunicación (que van más allá del mero intercambio de información o conocimiento) que tienen que ser aprovechados por todos: profesionales de la educación y de la salud, educandos y, por supuesto, pacientes. Todos ellos pueden y deben activar su voz para participar en la gestión de sus procesos educativos y de salud. Es por ello que, independientemente de las actuales tendencias que inciden en el diseño, el contenido e incluso la filosofía de las publicaciones científicas: indizaciones que transforman a las revistas en herramientas casi exclusivas para valorar la actividad investigadora de los autores, mercantilismo editorial, etcétera; *Cultura de los Cuidados*, retomando el ideario de su génesis, va seguir apostando fuerte por el humanismo en ciencias de la salud mediante la potenciación de dos instrumentos pertinentes

para el cumplimiento de dicho objetivo: la sociopoética y la antropología narrativa.

La complejidad de la sociopoética y la intersubjetividad en el contexto de la enfermería.

La sociopoética puede entenderse como un método de investigación que estudia las formas de expresión que, a través de los sentidos, provocan en las personas situaciones de intersubjetividad en procesos de enseñanza aprendizaje, cuidados de salud, relaciones familiares, sociales, laborales, etc. Para algunos autores, la sociopética ha sido considerada como un puente entre la ciencia y el arte. Para la mayoría de los investigadores, la sociopoética potencia facetas muy específicas y no demasiado trabajadas para la mayoría de los seres humanos: la creatividad, la intuición y la sensibilidad (Paiva Moraes, Batista Braga, Carneiro Sileveria, 2003)

Uno de los grandes problemas de conceptos como el de “sociopoética” es su carácter de encrucijada o cruce transdisciplinar, dado que resulta extremadamente complicado definirla dada su naturaleza compleja constituida por una madeja de interrelaciones liminares casi irreductibles a lo que se entiende por “definición”. En ese sentido nos encontramos con autores que hablan de sociopoética desde la fenomenología sociológica y la intersubjetividad, proponiendo a Max Weber, Alfred Schütz y el interaccionismo simbólico de la Escuela de Chicago, como antecedentes de la sociopoética desde el contexto de la acción social (Chocarro González, 2013), aunque también hay que considerar la pedagogía del oprimido de Freire como un referente esencial de los estudios sociopoéticos (Freire, 1987). Sin embargo, la sociopoética también puede y debe ser abordada desde la óptica de la estética de los cuidados y contribuir al engrosamiento del patrón estético

de la enfermería. Otra dificultad añadida es la aparente dicotomía entre la expresión del sentimiento puro monopolizado por la poesía (estética), y otras formas de intersubjetividad de tipo narrativo donde también caben expresiones poéticas o, dicho de otro modo, donde el relato permite la expresión de emociones que emanan de la descripción de momentos intersubjetivos o de la mera subjetividad (Siles y Solano, 2011).

En definitiva: sociopoética, antropología narrativa, fenomenología, intersubjetividad, interaccionismo simbólico y estética; constituyen enfoques disciplinares y metodológicos que pueden ser muy útiles en un campo tan amplio y complejo como es el de la interacción entre personas que ejercen diferentes roles (paciente-profesional) en situaciones de salud enfermedad. Siguiendo a Cody (1995) la enfermería y la educación son terrenos abonados para las experiencias intersubjetivas en las que florecen los sentimientos, las emociones y todo tipo de inquietudes e incertidumbres.

Paradigmas, sociopoética y estética de los cuidados.

La sociopoética resulta coherente y pertinente metodológicamente con los principios del paradigma hermenéutico, puesto que facilita la comprensión de los actos intersubjetivos entre paciente y profesional, pero la sociopoética rebasa los límites del paradigma interpretativo, dado que integra al paciente o discente en el proceso intersubjetivo como un coinvestigador; es decir, lo considera un participante activo del proceso de investigación dado que lo dota de voz (Siles, 2010), lo cual implica transitar por los parámetros establecidos en el paradigma sociocrítico en cuyos presupuestos, la pasividad del discente o del paciente no tienen cabida. En ese mismo sentido, la so-

ciopoética y la antropología narrativa, tras la comprensión y extracción de significado de las situaciones de cuidados o educativas, contribuyen a la rentabilización de las experiencias y conocimientos del paciente en el proceso de sus propios cuidados (autocuidados) y, asimismo, facilitan la concienciación del paciente o educando (empoderamiento compartido con el profesional) como sujeto relevante en la planificación y dispensación de sus cuidados y/o educación (Siles, 1997). Asimismo, la sociopoética contribuye a la práctica de los principios del paradigma sociocrítico en la medida en que postula la producción colectiva del conocimiento por parte de los investigadores y los sujetos investigados, facilitando el holismo en el proceso de investigación en el que no se adopta el reduccionismo metodológico habitual en el contexto neopositivista y se mantiene, por el contrario, la globalidad atendiendo a las dimensiones: intelectual, sensible, emocional, intuitiva, teórica, práctica y sensoriomotora (Fleuri, et al: 2004)

Para identificar la eficacia de la sociopoética en temas que trascienden el plano individual y van más allá, a la socialización de la sanidad y la educación; podríamos establecer cierto paralelismo entre la pedagogía del oprimido de Freire y la atención de salud recibida por pacientes enquistados en deletéreos nirvanas en los que impera la pasividad, la dependencia y una obediencia casi ciega en la autoridad de los profesionales sanitarios; se trata de una situación en la que campa el despotismo ilustrado en pleno siglo XXI: todo para el paciente, pero sin el paciente. La superación de esta situación a la que se ha llegado tras siglos de adoctrinamiento desde la perspectiva de sociedades “profesionalizadas” (adaptadas al interés de tal o cual actividad profesional) pasa por la concienciación de la ciudadanía respec-

to a su responsabilidad en materia educativa y de salud. En esta situación de concienciación, el educando o el paciente se erigen en sujetos de la acción en la que interactúan con profesionales sin que se empleen mecanismos de dependencia o sumisión avale la idoneidad del paradigma sociocrítico para socavar la tradición imperante de culturas dominantes (profesionales) y dominadas (educandos, pacientes) características de las sociedades “medicalizadas” o “pedagogizadas”.

Es en este sentido de instrumento facilitador de la concienciación del humanismo en cuidados y educación, en el que la sociopoética adquiere una especial relevancia. Los conceptos educación y los cuidados comparten un significado que implica la dimensión afectiva en la medida en la que las interacciones sociales que se producen en los procesos educativos y de cuidados provocan un cruce de sentimientos que constituyen la materia prima de la dimensión afectiva. Gautier, en esta misma línea, acuñó un neologismo “confetos” para tratar de sintetizar la relación entre la dimensión conceptual y la afectiva en el contexto de las culturas dominadas (cultura del cliente con respecto a la del profesional). Las expresiones desarrolladas por las culturas resistentes facilitan el desahogo emocional por sí mismas, pero, además, contribuyen a la construcción de sentimientos y conocimientos colectivos: concienciación de la realidad de la cultura dominada, estrategias de resistencia y drenaje emocional, herramienta de comunicación e interacción con la cultura dominante (profesionales), etc.

La estética de los cuidados puede ser válida para el desarrollo de la sociopoética y el aprovechamiento de situaciones de intersubjetividad en el contexto educativo y de enfermería. Etimológicamente, la palabra estética deriva

del griego (aisthetikê) “sensación, percepción” y de (aisthesis) “sensación, sensibilidad”. Siles y Solano (2011) sostienen que la estética puede interpretarse como la ciencia que estudia e investiga el origen sistemático del sentimiento puro y su manifestación, que es el arte, según afirma Kant en su “Crítica del juicio”. En este sentido, la sociopoética está estrechamente vinculada con la estética en tanto facilita la comunicación de los sentimientos en el transcurso de la práctica del arte de los cuidados.

Relación de la sociopoética con la antropoética.

En la vinculación entre sociopoética y antropoética es donde se pone de manifiesto la gran importancia que tiene la clarificación paradigmática del conjunto de actividades realizadas por investigadores, educadores y cuidadores. El paradigma sociocrítico, al integrar en los procesos de investigación de fenómenos educativos o de cuidados a los sujetos investigados, los educandos o los pacientes; se transforma en un modelo ético en el que el humanismo constituye un referente esencial de primer orden. Este enfoque participativo de la educación, la enfermería y, por supuesto, otras disciplinas sigue las orientaciones de la pedagogía del oprimido de Freire en la que el educando o el paciente no son manipulados para ejercer un rol de exclusiva pasividad y dependencia del profesional; pero, sobre todo, adopta los parámetros de humanismo ético aportado por Morin en su antropoética. En la antropoética de Morin, lo fundamental en cualquier tipo de relación entre personas es la explicitación del humanismo que todas comparten de forma tácita, de manera que este humanismo incide en la forma de desarrollar las relaciones humanas en general y la intersubjetividad entre educandos y educadores o pacientes y profesionales

de la salud en particular, dado que tal como afirma Morin la antropoética debe entenderse como: “una ética del bucle de los tres términos individuo-sociedad-especie, pues es de donde emerge la conciencia y nuestro espíritu propiamente humano, es una conciencia de la individualidad compleja más allá de la individualidad, que conlleva la esperanza de comprender la humanidad, para lograr la humanidad del sujeto” (Morin, 1999). Antropoética viene a significar “hombre ético”, es decir un hombre con obligaciones morales para con él, sus semejantes y la naturaleza. En definitiva, una manera organizada de sentir y vivir la vida que rima en asonante y en consonante con el concepto más generoso de humanismo. En esta misma línea, Morín (1999) sostiene que hay 7 saberes necesarios que se deben aplicar en la educación del futuro en cualquier sociedad y que son los siguientes:

Las cegueras del conocimiento: el error y la ilusión.

Los principios de un conocimiento pertinente.

- Enseñar la condición humana.
- Enseñar la identidad terrenal.
- Enfrentar las incertidumbres.
- Enseñar la comprensión.
- La ética del género humano.

Sociopoética y antropología narrativa

No sólo la sociopoética contribuye a este proceso de clarificación y rentabilización pedagógica de la intersubjetividad, la antropología narrativa, mediante el estudio de los relatos en los que se describen de forma holística y narrativa situaciones o hechos, creencias, valores y sentimientos implicados en las intersubjetividades que acontecen durante la implementación de los procesos de enseñanza aprendizaje y cuidados de salud; comparte esa dimensión

pedagógica de la intersubjetividad. La antropología narrativa, por tanto, permite conocer, comprender, analizar y reflexionar sobre las experiencias relacionales acontecidas en los procesos educativos, de cuidados, sociales y laborales sin renunciar a los elementos menos visibles o evidentes de los mismos: creencias, valores y sentimientos (Siles, Ed. 2000).

En definitiva y para hacer realidad, poco a poco esta propuesta, hacemos un llamamiento a todos aquellos profesores, alumnos, profesionales de la salud, pacientes y a poetas y narradores, interesados en dar a conocer temáticas relacionadas con todos los aspectos y circunstancias que tengan que ver con el variadísimo intervalo comprendido entre las situaciones de salud-enfermedad.

Bibliografía

- Alvarado Hernández, V.M. Manjarrez Betancour, M. (2009) La conformación de la antropológica a través de la tutoría académica en educación superior. (el caso del posgrado). Revista Educación 33(1): 167-176.
- Chocarro González, L. (2013) La intersubjetividad y su relevancia en los cuidados de Enfermería. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital). 22(4). Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v22n4/9244.php>
- Cody W. (1995) Intersubjectivity: Nursing's contribution to the explication of its postmodern meaning. Nursing Science Quarterly. 8(2): 52-54.
- Díaz Agea, J.L. (2008) El sufrimiento medicalizado. 2(23): 50-56.
- Fleuri R., Prefácio. I.N., Santos, I., Gauthier, J., Figueiredo, N.M.A., Petit S.H. (2004) Práctica de investigación en Ciencias Humanas y Sociales – Abordaje Sociopoético. Atheneu, 2.
- Freire, P. (1987) Pedagogía del Oprimido. Paz e Terra, Río de Janeiro.
- Santos, I., Gauthier, J. (1999) Enfermagem–Análise Institucional e Sociopoética.: Ed. Anna Nery / UFRJ, Río de Janeiro.
- Gauthier J. (1999) Sociopoética–encontro entre arte, ciência e democracia na pesquisa em ciências humana e social, enfermagem e educação. Ed. Anna Nery / UFRJ, Río de Janeiro.
- Illich, I. (2004) La sociedad desescolarizada. FCE, México D.F.
- Morin, E. (2005) Introducción al pensamiento complejo. Gedisa, Barcelona.
- Morín, Edgar (1999) Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Correo de la UNESCO, París, Francia.
- Paiva Moraes, L.M., Batista Braga, V.A., Carneiro Sileveira, L. (2003) Sociopoética e enfermagem: una aproximación en la investigación con adolescentes Revista Baiana da Enfermagem.18:89-96
- Santos, I. (2005) Sociopoética: un puente para “cuidar – investigar” en enfermería Index Enferm14 (50): 35-37. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962005000200007>
- Siles J. (1997) Epistemología y enfermería: por una fundamentación científica y profesional de la disciplina. Enfermería Clínica, 7/4: 188-194.
- Siles González, J. (2010) Historia cultural de enfermería: reflexión epistemológica y metodológica. Av. enferm 28:120-128
- Siles, J. y Solano, C. (2011). Cultural history and aesthetics of nursing care. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 5, 1096-1105. Available



Fenomenología

Hospital

Antonio Roda Jorge

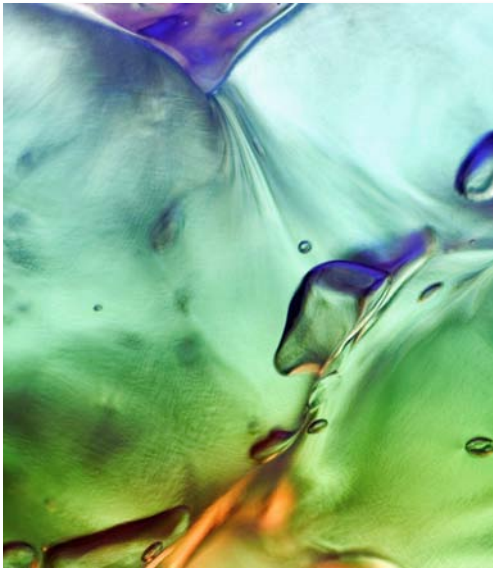
Escritor

Cómo citar este relato en edición digital: Roda Jorge, A. D. (2014) Hospital. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 18, 38.

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.38.02>

Correspondencia: calle Virgen del Puig nº 19, bloque 8, 9ª/ CP: 03009. Alicante

Correo electrónico: antonrodajorge@msn.com



ABSTRACT

While is admitted to the floor of a hospital, the protagonist has a chance encounter with an old friend, also entered, which makes him think about the old days with a sense of camaraderie and shared helplessness.

RESUMO

Ao ser admitido no andar de um hospital, o protagonista tem um encontro casual com um velho amigo, também entrou, o que faz você pensar sobre os velhos tempos com um sentido de camaradagem e impotência compartilhado.

RESUMEN

Mientras está ingresado en la planta de un hospital, el protagonista tiene un encuentro casual con una antigua amiga, también ingresada, que le hace reflexionar sobre los viejos tiempos con un sentimiento de camaradería y desamparo compartido.

¿Sabes?, aquellos días que trabajaste en los grandes almacenes, cada vez que iba a verte, estabas... no sé, eras el sùmmum del erotismo, con aquella falda azul...

Ja, era un pantalón azul. Hay veces que la memoria convierte lo inventado en real, por eso, al verla así, ojerosa, demacrada, con los signos crueles de la enfermedad, me parecía ella misma inventada.

¿Que nos separó?, eras un arrogante, un listillo que jugaba con una chica de pueblo. No seas así, Clara... Me mentías siempre, no cesabas de mentir. Quizás era la incipiente vena de poeta... No, en serio, y se pone más seria, me mentías. ¿Que más da?.

Estamos en la 19, en quinta planta. Todo es casual, un amigo lo comentó porque vio a otro amigo que venía a visitarla. Concatenación, se dice. Acaricio levemente su mano fría. Tiene una vía abierta, fija. Todavía se parece a Faye Dunaway, la mueca de su boca.... una

mueca que deseé tanto durante tanto tiempo. Se arregla el pañuelo gris de la cabeza que le tapa la calvicie. El cáncer avanzado aja su aliento. En ese momento entra un chico joven con un libro en las manos. Mira, dice, te presento a mi hijo Ignacio. A continuación dos enfermeras cantarinas aparecen con jeringas a inyectar o extraer, que sé yo.

Mañana pasaré a verte, Clara. Sí, está bien, pásate, seguiremos conversando. En el pasillo,

creo cruzarme con su marido. Después abrocho mi bata azul. Camino hasta la habitación 46, en el ala izquierda del pabellón, arrastrando el gotero. En una pared veo que se ha descolgado un poco la O del cartel “Servicio de Oncología”.

Cuando me tumbo en la cama, agotado, el pasado vuelve en forma de dependienta de grandes almacenes, mientras el dolor empieza a desesperarme.



Mi Schwannoma Vestibular. El día que mi vida cambió

My Schwannoma Vestibular. The day that my life changed

Meu Schwannoma Vestibular. O dia em que minha vida mudou

Juan Antonio Aznar

Licenciado en Economía por la Universidad de Alicante. Trabajador en Yahoo (Dublin).

Director del periódico digital: "Nosolofese"

Cómo citar este relato en edición digital: Aznar, J.A. (2014) Mi Schwannoma Vestibular. El día que mi vida cambió. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 18, 38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.38.03>

Correo electrónico: juan.antonio.aznar@gmail.com



ABSTRACT

The story describes the impact of a diagnosis on the author's life: Vestibular schwannoma (also known as acoustic neuroma). From that moment, all the quotidian, the relative quiet of the daily routine and the prioritization of needs experienced a substantial change in his life. The past and the future come together in a tight bunch of speculations about what was, is and will be his life after these new experiences, which emerge from a fundamental rethinking of the meaning of existence. The decision to narrate their experiences in this context contributes largely to self-reflection and, in turn, builds a narrative material that can help us reflect on situations similar to others.

RESUMO

A história descreve o impacto sobre a vida do autor de um diagnóstico: Schwannoma Vestibular (também conhecido como neuro-ma acústico). A partir desse momento, todo o cotidiano, a relativa calma da rotina diária e priorização das necessidades experimentou uma mudança substancial em sua vida. O passado eo futuro se reúnem em um grupo apertado de especulação sobre o que foi, é e será a sua vida após essas novas experiências que emergem de um repensar fundamental do significado da existência. A decisão de narrar suas experiências neste contexto contribui em grande parte para a auto-reflexão e, por sua vez, constrói um material narrativo que pode nos ajudar a refletir sobre situações semelhantes para os outros.

RESUMEN

El relato describe la incidencia en la vida del autor de un diagnóstico: Schwannoma Vestibular (también conocido como Neurinoma del Acústico). A partir de ese momento, todo lo cotidiano, la tranquilidad relativa de la rutina diaria y la priorización de necesidades experimenta un cambio sustancial en su vida. El pasado y el futuro se funden en un apretado ramillete de especulaciones sobre lo que ha sido, es y será su vida tras estas nuevas

vivencias que emergen de un replanteamiento esencial del sentido de la existencia. La decisión de narrar sus vivencias en este contexto contribuye, en gran medida, a la autoreflexión y, a la vez, construye un material narrativo que puede ayudarnos a reflexionar sobre situaciones parecidas a los demás.

Cuando hace tres semanas me diagnosticaron un tumor cerebral creí que todo había terminado. Mis sueños, mis ilusiones, mis planes de futuro... Pasé varios días sumido en una sensación de irrealidad difícil de describir con palabras. Mi mundo se vino abajo y en mi interior no había espacio para otra cosa que no fueran la autocompasión, la pena por mí mismo y el odio. ¿Por qué a mí? ¿Por qué ahora? Lloré y lloré hasta quedarme sin lágrimas, harto de preguntarme qué sentido había tenido mi existencia y qué sería, de ahora en adelante, de la gente a la que tanto quiero.

También comprobé, con estupefacción, que a pesar de mi drama personal, el mundo seguía girando como si tal cosa; la gente seguía levantándose por la mañana, las tiendas cumplían con su horario habitual y los partidos de fútbol seguían celebrándose los fines de semana. Tomé conciencia de lo insignificantes que somos yo y mis problemas, y maldije cada segundo de mi vida que había pasado preocupándome por estupideces, en lugar de dedicarle más tiempo a los míos. Pensamos que vamos a vivir para siempre, y no es así. Cada segundo cuenta. Lo sabemos pero nos negamos a aceptarlo. Es triste que tengan que pasar estas cosas para recordarlo pero, por desgracia, así es la condición humana.

Al cabo de unos días logré alcanzar cierta paz interior. Estaba exhausto. Mi cerebro acabaría derritiéndose si continuaba así. Mis

preocupaciones acabarían con él antes que cualquier tumor. Por lo tanto, me propuse dejar de luchar y dejarme llevar, como el que va montado en una montaña rusa. Al fin y al cabo mi destino ya no estaba en mis manos. Decidí armarme de valor y afrontar los hechos, fueran los que fueren, con la mayor entereza posible. Si todo había de terminar no había nada que yo pudiera hacer. Tal vez fuera verdad que después de esta vida hay otra en la que los espíritus nos reunimos con nuestros seres queridos y somos felices para siempre. Y si no, si finalmente nos espera la nada más absoluta, al menos se acabarían de una vez por todas los sufrimientos de esta pesada vida mortal, lo cual, desde cierto punto de vista, también tiene sus ventajas.

Claro que también cabía la posibilidad de que mi tumor no fuera cancerígeno; que fuera operable y que, de alguna manera, hubiera llegado a mí en forma de “regalo” a sacudir mi realidad, ordenar mis prioridades y ayudarme a iniciar un viaje al interior de mí mismo del que volver totalmente renovado; más fuerte y preparado para afrontar el resto de mi vida de un modo más espiritual y sin miedo. Recé para que así fuera.

Finalmente supe mi diagnóstico: Schwannoma Vestibular, también conocido como Neurinoma del Acústico. Un tumor cerebral benigno que crece en el oído interno y que requiere de una compleja cirugía para ser extirpado. La segunda parte ya la sabía yo sin que me la dijera nadie. Para eso me había empollado los días previos a mi cita con el médico, todas las webs de medicina habidas y por haber, que hablaban de tumores cerebrales compatibles con mis síntomas. Era, sin duda, lo mejor que me podía tocar. Una enfermedad considerada “rara” por la OMS que afecta a 1 de cada 100,000 habitantes y que supone el 6% del total

de tumores cerebrales. Mucha gente la había superado. Entre otros el actor Mark Ruffalo cuya historia confieso que me impresionó.

Respiré aliviado. Después de todo parecía que no me iba a morir de aquello. Tendría, eso sí, que enfrentarme a una operación difícil y un duro postoperatorio. El tumor es benigno pero crece en un sitio ciertamente complicado. Más concretamente en la conexión cerebral del nervio facial, de la audición y del equilibrio. A consecuencia de ello es casi seguro que, tras la intervención, perderé la audición de mi oído derecho (al igual que le pasaba a uno de mis personajes de ficción favoritos, George Bailey, el protagonista de la peli “Qué bello es vivir”).

Con un poco de suerte, podré evitar la parálisis facial o que, al menos, ésta sea solo temporal. Evidentemente, una parálisis permanente es lo que más miedo me da. En cuanto al sentido del equilibrio, tras la operación, tendré que aprender a caminar de nuevo, ya que será mi nervio vestibular izquierdo el encargado de mantenerme en pie. Hasta que se acostumbre a trabajar solo, sin la ayuda del derecho, pueden pasar semanas de rehabilitación, dependiendo de cómo haya ido la operación. He preguntado si podré volver a hacer deporte y me aseguran que sí, aunque parece que tendré que ceñirme a disciplinas que no requieran de giros bruscos ni contacto físico. Adiós a las pachangas con los amigos... En cualquier caso viviré.

¿Por qué anunciarlo así?

Tal vez haya quien considere una frivolidad -incluso de mal gusto- anunciar algo así en un post. ¿Qué suerte de obsceno exhibicionismo es éste? ¿Qué clase de tarado anuncia que tiene un tumor cerebral en su blog? Debo decir que lo entiendo perfectamente y que, de hecho, he meditado mucho antes de hacerlo. Al fin y al cabo yo no soy ninguna estrella de Rock, ni

ningún futbolista famoso, que se vea obligado a hacer comunicados oficiales en su web oficial para acallar los rumores de la prensa.

Pero todo tiene su porqué. Para empezar, siento que debía una explicación a todos esos amigos y conocidos que últimamente me habrán notado distante. Debido a mi estado de ánimo, han sido muchas las llamadas y whatsapp que no he contestado. Necesitaba tiempo. Siempre se me ha dado mucho mejor escribir que hablar así que espero que después de leer este post comprenderéis por qué he desaparecido de manera tan misteriosa y sabréis disculparlo.

Luego ocurre que escribir, para mí, siempre ha sido como una especie de terapia que me ha ayudado a sobrellevar mis problemas. Últimamente sentía la necesidad de expulsar todo lo que llevaba dentro y plasmarlo negro sobre blanco. Entre otras cosas para poder visitar este texto en el futuro, cuando haya superado todo esto, y recordarme a mí mismo el compromiso que adquirí un día de aprender a disfrutar de la vida y tomarme las cosas de otra manera.

Por otro lado, he llegado a la conclusión de que es bueno que la gente sepa que tienes un problema ya que solo puedes recibir ayuda de alguien que sabe que la necesitas. Muchas veces, quien menos te lo esperas, es amigo del mejor especialista de España en este tipo de tumores o, simplemente, conoce a alguien que ha padecido lo mismo y puede aconsejarte.

Por último, y por si en algún momento estuve tentado de guardarme todo esto para mí mismo y mi círculo más íntimo, el otro día cometí la torpeza de escribir en un grupo de facebook dedicado al Schwannoma Vestibular, pensando que era privado. Automáticamente, mi mensaje pudieron verlo todos mis contactos en dicha red social y cuando lo quise borrar

ya era demasiado tarde. Tenía el buzón inundado de mensajes preguntándome que qué me pasaba. Un error de novato que me ha terminado de animar a escribir estas líneas y aclarar un poco las cosas.

En fin, a partir de ahora me toca seguir con mi viaje. Soy consciente de que esto no ha hecho más que comenzar. Se trata de una montaña bastante empinada pero, como suele decirse, hay que ir paso a paso. Me quedan un rosario de pruebas médicas, entrevistas y decisiones que tomar pero, salvo que los síntomas vayan a peor, calculo varios meses antes de operarme. El tumor es aún pequeño y no supone un riesgo inminente así que, hasta la próxima resonancia, los médicos me han

aconsejado seguir con mi vida aquí en Dublín y tratar de olvidarme un poco del tema.

Afortunadamente, me siento con fuerzas para afrontar todo lo que viene. Las últimas semanas me han recordado que estoy rodeado de gente que me quiere. Mi mujer, mi familia, mis amigos... todo lo que os diga es poco. Os quiero y le dais sentido a mi vida.

Por lo demás, no hay mal que por bien no venga. Creo que aprovecharé para seguir escribiendo sobre esta experiencia y esta enfermedad. He comprobado que no hay demasiada literatura al respecto en nuestro país y tal vez sea la excusa perfecta para escribir el libro que nunca escribí y así poder ayudar a mucha gente. Y yo que pensaba que sería sobre el Efesé...



Proceso

Juan de Dios García

Escritor y profesor de enseñanza secundaria.

Cómo citar este relato en edición digital: de Dios García, J. (2014) Proceso. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 18, 38.

Disponibile en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.38.04>

*Correspondencia: Avenida Reina Victoria Eugenia, 14, 1B, Edificio "Alicante" CP 30204. Cartagena (Murcia)
Correo electrónico: juandedios75@gmail.com*



ABSTRACT

I wrote this poem thirteen years after the occurrence of the fact that I mention. It is a painful fact, but common and universal, nothing exceptional. Millions of people have passed and shall pass the test of patient care throughout his process towards a close and almost certain death.

For me to live the process of the actual death of my father of a brain tumor in February of 2000 has helped me, among many other things, to understand that it is important to maintain an image of strength in the presence of the weak. If to convey that strength and joy you have to freeze the pain for a while, and to camouflage it considering the fragile state of a

loved one, that generosity will be awarded afterwards with a clean sorrow for the deceased.

RESUMO

Escrevi este poema treze anos após a ocorrência do fato a que me refiro. É um fato doloroso, mas comum e universal, nada de excepcional. Milhões de pessoas já passaram e passarão o teste de uma assistência ao paciente ao longo de sua quase certo processo de morte para um próximo.

Para mim, viver o processo da morte real de meu pai em fevereiro de 2000 de um tumor cerebral me ajudou, entre muitas outras coisas, para entender que é importante para manter uma imagem de força para os fracos. Se a transmitir essa força e alegria que você tem que congelar a dor por um tempo e camuflagem para o estado frágil de um ente querido, que a generosidade será concedido depois de uma pessoa limpa e tristeza para o falecido.

RESUMEN

Escribí este poema trece años después de que ocurriera el hecho al que aludo. Es un hecho doloroso, pero común y universal, nada excepcional. Millones de personas han pasado y deberán pasar la prueba del cuidado de un enfermo a lo largo de su proceso casi seguro hacia una muerte cercana.

Para mí vivir el proceso de la muerte real de mi padre en febrero de 2000 por un tumor cerebral me ha servido, entre otras muchísi-

mas cosas, para entender que es importantísimo mantener una imagen de fuerza ante el débil. Si para transmitir esa fuerza y esa alegría hay que congelar el dolor durante un tiempo y

camuflarlo ante el estado frágil de un ser querido, esa generosidad será premiada después con un dolor limpio por la persona ya fallecida.

PROCESO

El tumor de mi padre comenzó
con alucinaciones olfativas.
Entró sobresaltado al comedor
preguntando: «¿No oléis este asqueroso
cordero que cocina vuestra madre?»
Mamá no estaba en casa, ni el cordero.

Aunque nos resultara algo graciosa
la escena, lo cierto es que no lo fue.
Solamente faltaron dos segundos
para dejar helado el corazón.

Entiendes que la vida, a veces, para
y no adivinas quién pulsó el botón.

Acabó todo dos años después.
Habitación 234.
Rutina de hospital: un hombre que agoniza
en una madrugada de febrero.

Nieva, nieva sin tregua.

Cuando iban a taparlo con las sábanas
observamos su cara
amarillenta, como ese cordero
que imaginó pudriéndose en el horno.
Entonces estalló en su plenitud
el dolor comprimido.
Nuestro corazón ártico volvió
a latir con el fuego de su muerte.

...Meu universo de mulher...

...Mi universo de mujer...

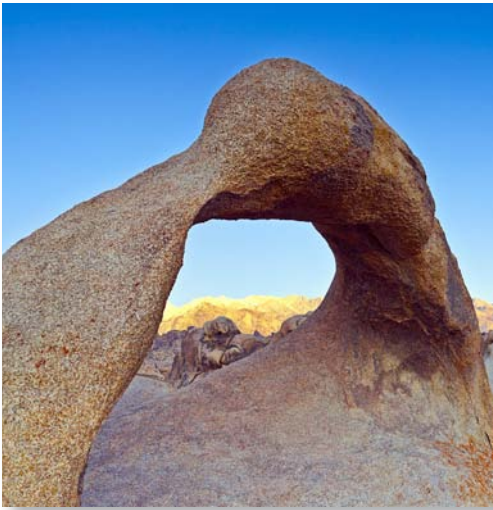
...My Universe of woman...

Onã Silva

Escritora, enfermera, posgraduada en salud pública, educación y artes escénicas.

Cómo citar este relato en edición digital: Silva, O. (2014) ...Meu universo de mulher...Cultura de los Cuidados (Edición digital) 18, 38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.38.05>

*Correspondencia: QE34, Conjunto R, Casa 36. Guarã II-DF- Brasilia. Brasil
Correo electrónico: onatil@gmail.com*



poética, subyace la identidad subterránea de la cuidadora como mujer.

RESUMO

O autor usa a concatenação de palavras diferentes, com significados muito diferentes para um sentido explícito convergente dando-lhes um laço comum no cosmos femininos: nene, parteira, mãe, voluntários, virtuosos, etc. Como parte dessa atividade poética, é a base da identidade do cuidador subterráneo como uma mulher.

ABSTRACT

The author uses the concatenation of different words with very different meanings to explicitly state a convergent sense, which confers them a common bond in the female cosmos: baby, midwife, mom, volunteer, virtuous, etc... This poetic activity underlies the subterranean identity of the caregiver as a woman.

RESUMEN

La autora utiliza la concatenación de palabras diferentes con significados muy variados para explicitar un sentido convergente que les confiere un vínculo común dentro del cosmos femenino: nene, partera, mamá, voluntaria, virtuosa, etc. En el marco de esta actividad

MEU UNIVERSO-COMEÇO: nenê, mãe, papai, parteira, irmãos, berço, interior, Posse, Goiás, infância, areia, árvores, quintal, manga, casarão, varanda, fogão, lenha, brasa, pilão, botija, lamparina, paralelepípedo, jabuticaba, vovó, vovô, bênção, primos, primas, parentes... MEU UNIVERSO-TRAVESSO: menina, levada, gude, finca, pipa, queimada, escalada, arborismo, gesso, peraltice, machucados, dodói, mertiolate, arnica, mamona, amarelinha, fazenda, boi, vaca, açude, rio, riacho, balanço, rede, caneca, brincadeiras, bonecas, casinha... MEU UNIVERSO-PROCESSO: bê-a-bá, alfabetização, tabuada, continha, lápis, borracha, caderno, caligrafia, livros, Lobato, prancheta, professoras, giz, lousa, unifor-

me, merenda, boletim, ginásio, composição, grêmio, Colégio, Goiânia, cultura, colegas, vestibular, faculdade, enfermagem, estágio, livros, bolsa, biblioteca, formatura, concurso, Brasília, trabalho, diplomas, Especialização, Mestrado, Doutorado, atualizações, cursos, palestras, currículo... MEU UNIVERSO-PROFESSOR: Deus, amor, fé, oração, gratidão, Jesus, mandamentos, Bíblia, Igreja, altar, próximo, virtudes, comunhão, Salmos, provérbios, testamentos, músicas, confissão, louvor, hinário, adoração, devocional, doação, devoção, voluntária, virtuosa, maravilhas, sinais, milagres, amém... MEU UNIVERSO-DIVERSO: arte, educação, criatividade, teatro, cinema, multidisciplinar, crochê, bordado, viagens, dondoca, batom, rímel, sombra, esmalte, perfume, cremes, cabelo, brincos, acessórios, roupas, sapatos, bolsas, diva, cólicas, supermercado, trânsito, Banco, contas, pagamentos, contribuinte, liquidação, receitas, cardápio, agenda, guerreira, princesa, sonhos, projetos, férias... MEU UNIVERSO-IMPRESSO: ideias, inspiração, poesias, livros, artigos, resenhas, coletâneas, isbn, issn, layout, diagramação, capa, ilustração, revisão, “boneca”, catalogação, citação, sumário, prefácio, posfácio, orelha, referências, editora, orçamento, apoio, biografia, troféus, prêmios, empreendedora, autora, autógrafo, leitora, biblioteca, lançamento, brinde... MEU UNIVERSO DE VERSOS: insight, poesias, poemas, mensagens, frases, pensamentos, reflexões, temática, gênero, categoria, cordel, rimas, métrica, imaginação, rabiscos, papel, borrão, máquina, datilografia, computador, Word, arquivo, margens, fontes... MEU UNIVERSO-SUCESSO: amor, amar, casamento, aliança, gravidez, bebê, desejo, maternidade, mãe, parto, cordão, filho, amamentação, fralda, trocador, papinha, babá, família, profissão, amigos, irmãos, respeito, éti-

ca, cidadã, honestidade, amizade, paz, feliz... MEU UNIVERSO-IMENSO tem fatos, lembranças, cores, sabores, cheiros, sons, imagens, sorrisos, lágrimas, emoções, lutas, derrotas, vitórias e muito mais nas reticências. DEIXO FLASHS DO MEU UNIVERSO-EXPRESSO: SOU UMA MULHER QUE AMOU, AMA E AMARÁ SEMPRE A VIDA, EU CONFESSO!

Este texto de autoria de Onã Silva está publicado na Revista Varal do Brasil, Tema Mulher, Um Universo, Ano 4, Edição 20, página 101.

MI UNIVERSO-COMIENZO: bebé, mamá, papá, partera, hermanos, cuna, interior, Posesión, surco, infancia, arena, árboles, patio, mango, casona, balcón, fogón, leña, brasa, pilón, botija, lamparilla, paralelepípedo, jabuticaba, abuelita, abuelito, bendición, primos, primas, parientes... MI UNIVERSO-TRAVESO: niña, traviesa, canica, puntal, pipa, quemado, escalada, dosel, yeso, afectación en el vestir, magulladuras, malito, merlotato, árnica, mamona, rayuela, hacienda, buey, vaca, embalse, río, riachuelo, columpio, hamaca, jarrita, juegos, muñecas, casita... MI UNIVERSO-PROCESO: abecedario, alfabetización, tabla, cuentita, lápiz, goma de borrar, cuaderno, caligrafía, libros, Lobato, plancheta, profesoras, tiza, pizarra, uniforme, merienda, boletín, gimnasio, composición, gremio, Colegio, Goiânia, cultura, colegas, vestibular, facultad, enfermería, práctica, libros, bolsa, biblioteca, graduación, concurso, Brasília, trabajo, diplomas, Especialización, Maestrazgo, Doctorado, actualizaciones, cursos, palestras, currículo... MI UNIVERSO-PROFESOR: Dios, amor, fe, oración, gratitud, Jesús, mandamientos, Biblia, Iglesia, altar, prójimo, virtudes,

comuni3n, Salmos, proverbios, testamentos, m3sicas, confesi3n, loa, himnario, adoraci3n, devocional, donaci3n, devoci3n, voluntaria, virtuosa, maravillas, se3ales, milagros, am3n... MI UNIVERSO-DIVERSO: arte, educaci3n, creatividad, teatro, cinema, multidisciplinar, croch3, bordado, viajes, ricachona, pintalabios, r3mel, sombra, esmalte, perfume, cremas, pelo, pendientes, accesorios, ropas, zapatos, bolsos, diva, c3licos, supermercado, tr3nsito, Banco, cuentas, pagos, contribuyente, liquidaci3n, recetas, men3, agenda, guerrera, princesa, sue3os, proyectos, vacaciones... MI UNIVERSO-IMPRESO: ideas, inspiraci3n, poes3as, libros, art3culos, rese3as, antolog3as, isbn, issn, layout, diagramaci3n, tapa, ilustraci3n, revisi3n, "mu3eca", catalogaci3n, citaci3n, sumario, prefacio, ep3logo, oreja, referencias, editora, presupuesto, apoyo, biograf3a, trofeos, premios, emprendedora, autora, aut3grafo, lectora, biblioteca, lanzamiento, brindis... MI UNIVERSO DE VERSOS: percepci3n, poes3as, poemas, mensajes, frases, pensamientos,

reflexiones, tem3tica, g3nero, categor3a, cordel, rimas, m3trica, imaginaci3n, garabatos, papel, borr3n, m3quina, dactilograf3a, computadora, Word, archivo, m3rgenes, fuentes... MI UNIVERSO-SUCESO: amor, amar, casamiento, alianza, embarazo, beb3, deseo, maternidad, madre, parto, cord3n, hijo, amamantamiento, pa3al, trocador, papilla, ni3era, familia, profesi3n, amigos, hermanos, respeto, 3tica, ciudadana, honestidad, amistad, paz, feliz... MI UNIVERSO-IMENSO hay hechos, recuerdos, colores, sabores, olores, sonidos, im3genes, sonrisas, l3grimas, emociones, luchas, derrotas, vitorias y mucho m3s en las reticencias. DEJO FLASHS DE MI UNIVERSO-EXPRESO: SOY UNA MUJER QUE AM3, AMA Y AMAR3 SIEMPRE LA VIDA, ¡YO CONFIESSO!

Este texto de autor3a de On3 Silva est3 publicado en la Revista Varal del Brasil, Tema Mujer, Un Universo, A3o 4, Edici3n 20, p3gina 101.



Experiencias y vivencias del estudiante de 4º de enfermería en el practicum

Life experiences of the student nursing 4th in the practicum

Experiências e vivências do estudante do 4º ano de Enfermagem no Practicum.

Marta Rodríguez García¹, Montserrat Ruiz López², Pilar González Sanz³,
Miriam Fernández Trinidad⁴, Irene De Blas Gómez⁵

¹ Dra. Enfermería por la Universidad Europea de Madrid. Profesora del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Europea de Madrid

² Dra. Enfermería por la Universidad Europea de Madrid. Profesora del Departamento de Enfermería. Coordinadora académica de prácticas clínicas de la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Europea de Madrid.

^{3,4,5} Grado en Enfermería por la Universidad Europea de Madrid. Profesora del Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Europea de Madrid

Cómo citar este artículo en edición digital: Rodríguez García, M., Ruiz López, M., González Sanz, P., Fernández Trinidad, M., De Blas Gómez, I. (2014) Experiencias y vivencias del estudiante de 4º de enfermería en el practicum. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital) 18, 38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.38.06>

Correspondencia: C) Tajo s/n, Villaviciosa de Odón (Madrid 28670)

Correspondencia: C/Cuenca 17, Portal 2, 4º A. 28914 Leganés (Madrid)

Correo electrónico: marta.rodriguez@uem.es

Recibido 20/10/2013. Aceptado 11/01/2014



ABSTRACT

The learning process that takes place during the practical training of students raises some questions: What does the practical learning depend on? , How is it done? , What are the experiences of the students during those

months of training? , What are their greatest learning difficulties? The aim of the research was to know and to understand the student's experiences during the practical training period and how they faced the proximity of becoming health professionals. Methodology: Qualitative research with phenomenological method. To do this, we have analysed the thoughtful reports that 4th grade students have performed at the end of twenty weeks of clinical practice in the Practicum IV.

Conclusions: Three significant aspects are identified through the testimonies of students: The necessity of the thoughtful practice, the determinants of human relationships in learning and the value of the invisible aspects of care.

Key words: Nursing student, clinical practice, learning, thought.

RESUMO

O objetivo da pesquisa foi o de O processo de aprendizagem que ocorre durante a formação prática dos estudantes levanta algumas questões. De que aspectos dependem essa aprendizagem prática? Como é feita? Quais são as vivências dos estudantes durante esse período formativo? Quais são as suas maiores dificuldades?

Conhecer e compreender, quais foram as vivências e experiências dos alunos durante o período de treino profissional prático antes de se converterem em profissionais da saúde. Metodologia: Investigaçao qualitativa através do método fenomenológico. Para tal fim, analisá-mos os depoimentos reflexivos dos alunos do 4º ano da licenciatura em Enfermagem, sobre as práticas feitas no hospital durante as vinte semanas de duração do Practicum IV. Conclusoes: Através dos depoimentos dos alunos, pudemos identificar três dos aspectos mais significativos deste período de treino profissional: a necessidade de uma prática reflexiva, os condicionantes das relações humanas para uma boa aprendizagem e o valor dos aspectos invisíveis do cuidado.

Palavras-chave: Estudante de enfermagem, a prática clínica, a aprendizagem, a reflexão.

RESUMEN

El proceso de aprendizaje que tiene lugar durante la formación práctico de los estudiantes genera algunos interrogantes: ¿de qué depende ese aprendizaje práctico? ¿Cómo se lleva a cabo?, ¿cuáles son las vivencias de los estudiantes durante esos meses de formación?, ¿cuáles son sus mayores dificultades de aprendizaje? etc.

El objetivo de la investigación fue conocer y comprender cuáles fueron las vivencias y experiencias de los estudiantes de sus periodos de formación práctica ante la proximidad de convertirse en profesionales de la salud. Metodología: investigación cualitativa con método fenomenológico. Los datos se obtuvieron del análisis de las memorias reflexivas que los estudiantes de 4º de grado realizaron al finalizar las veinte semanas de prácticas correspondientes al Practicum IV. Conclusiones: a través de los testimonios de los estudiantes se identifican tres aspectos significativos: la necesidad de la práctica reflexiva, los condicionantes de las relaciones humanas en el aprendizaje y valor de los aspectos invisibles del cuidado.

Palabras clave: Estudiante de enfermería, prácticas clínicas, aprendizaje, reflexión

INTRODUCCIÓN

Una de las principales preocupaciones de los docentes de Enfermería ha sido y sigue siendo, el proceso de aprendizaje que tiene lugar durante las prácticas clínicas de los estudiantes.

Durante las prácticas clínicas, el estudiante adquiere e interioriza multitud de habilidades, actitudes, comportamientos, valores, todos ellos, como consecuencia del proceso de socialización que desarrolla durante esta etapa de su formación.

En diferentes estudios realizados (Vila et al., 2001; López-Medina et. al., 2005; Zupiria-Gorostidi et. al., 2006; San Juan, 2007; Zupiria et. al. 2008; Siles y Solano, 2009; Gibbons et. al., 2011), se han podido constatar como fuentes de estrés en los estudiantes de enfermería: la falta de competencia, el contacto con el sufrimiento, la relación con tutores y compañe-

ros, la impotencia e incertidumbre, la relación con el paciente, la implicación emocional, las situaciones de saturación...

En este sentido la práctica reflexiva puede contribuir a la formación práctica de los estudiantes. Gran parte de lo que hacen los profesionales, apremiados por las exigencias del momento, no es premeditado, es de naturaleza intuitiva. Surge una situación, se actúa y es únicamente después, si acaso, cuando nos detenemos a estudiar qué es lo que estaba ocurriendo y por qué se ha hecho lo que se ha hecho (Atkinson et. al., 2002).

Cuando se emprenden las acciones espontáneas y cotidianas de la vida diaria a menudo no sabemos decir qué es lo que sabemos, no somos capaces de describirlo o se hacen descripciones que no son apropiadas. El conocimiento en estas situaciones es tácito, está implícito en nuestros patrones de acción (Schön, 1992). Por ello, se ha de cultivar en los futuros profesionales la conciencia de que las acciones cotidianas deben de ir acompañadas de pensamientos y reflexiones que traten de otorgar un significado a esa práctica. Los estudiantes, tanto en el aprendizaje teórico como en el práctico memorizan mecánicamente los contenidos teóricos y reproducen las técnicas de la práctica, sin reflexionar sobre cuestionamientos y sin implicarse en la búsqueda de su propio aprendizaje profesional.

La práctica reflexiva es el medio por el que puede estimularse a los alumnos para que desarrollen la capacidad de observarse a sí mismos. Es un procedimiento reflexivo en el que el estudiante se interroga sobre sus pensamientos o acciones (Harvey et. al., 1996).

Según Medina et. al., (2009), el aprendizaje práctico no debe ser entendido como un acumulo de datos desconectados del conocimiento, de las experiencias, de las emociones,

no debe ser un recipiente vacío de significado, sino que debe partir del interés y del deseo de saber del estudiante.

La práctica reflexiva es el medio en el cual se formarán los profesionales competentes. Un profesional es competente, en la medida en que utiliza los conocimientos, las habilidades, las actitudes y el buen juicio asociados a su profesión, con la finalidad de poder desarrollarla de forma eficaz, en aquellas situaciones que corresponden al campo de su práctica (Pegueroles, 2004).

Las nuevas tareas y situaciones que encuentra el estudiante al empezar su formación profesional marcan el inicio del desarrollo de la identidad profesional y la competencia técnica (Rauner, 2007).

El estudiante tendrá que adquirir un papel de protagonista de un aprendizaje significativo, que se caracteriza por la interacción entre el nuevo conocimiento y el conocimiento previo. Es a través de este aprendizaje, mediante el cual, el estudiante podrá lidiar de forma constructiva con el cambio, sin dejarse dominar, manejar la información, beneficiarse y desarrollar la tecnología sin convertirse en tecnófilo (Moreira, 2000). Los estudiantes deben ir poco a poco asumiendo la responsabilidad de su propio aprendizaje, siendo capaces de reflexionar sobre las acciones de la práctica (Rodríguez et. a., 2009). El perfil del estudiante en un practicum reflexivo tendría como rasgos deseables la capacidad creativa, participativa, crítica y reflexiva, cualidades, todas ellas, muy difíciles de adquirir en la práctica pedagógica de la enseñanza tradicional (Pinto et. al., 2007).

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Conocer y comprender a través de la narrativa escrita las vivencias y experiencias de

los estudiantes en su periodo de formación práctica de su último curso formativo, antes de entrar a formar parte del mundo profesional.

• **Objetivos específicos:**

- Conocer las principales dificultades de aprendizaje.
- Comprender la relación se establece con su tutor/a de prácticas.
- Indagar en los aspectos significativos de la profesión enfermera.

METODOLOGÍA

Investigación cualitativa con método fenomenológico. En este método la búsqueda de los significados es una tarea fundamental para el investigador que desea llegar a una comprensión de los múltiples significados de la experiencia vivida (Campos Pavan et. al., 2011).

Para recoger los datos se solicito a los estudiantes de 4º de Grado en Enfermería de la Universidad Europea de Madrid que realizaran como actividad al finalizar el periodo práctico, un comentario reflexivo en el que intentasen describir cuáles habían sido sus vivencias durante el periodo práctico del curso. El uso de diarios reflexivos ayuda a los estudiantes en la reflexión y facilita el logro de competencias (Moreno y Ruiz, 2007; Siles y Solano, 2012).

El comentario reflexivo fue realizado por la totalidad de los estudiantes matriculados en el practicum IV, pero para esta investigación escogimos a aquellos alumnos que habían realizado todo su periodo formativo en un mismo centro asistencial con la finalidad de poder minimizar la variabilidad asociada a distintos centros asistenciales, a su normativa interna, a su organización, a su filosofía. Es así como llegamos a recopilar los comentarios reflexivos de 43 estudiantes. Aplicar el método fenomenológico nos ha permitido descubrir los fe-

nómenos tal y como han sido vividos por los estudiantes.

Para el análisis de los datos se ha utilizado el método de las comparaciones constantes propuesto por Glaser y Strauss (1967).

Niveles de análisis:

• **Primer nivel de análisis**

Durante el proceso de codificación se identificaron 1267 unidades de significado o fragmentos del corpus de datos. Muchos de estos fragmentos de datos de los documentos primarios tuvieron asignadas más de una categoría, debido a la riqueza de los comentarios de los protagonistas y a la naturaleza de sus discursos. Según Van Manen (2003), estos serían los conceptos de primer orden o datos brutos de la investigación. De esas descripciones narrativas de los informantes, emergieron 39 categorías que describían la perspectiva EMIC de la realidad. Se consideraron categorías relevantes las que contaron con más de 50 unidades de significado asociadas, categorías frecuentes con 20-50 unidades de significado y categorías poco frecuentes con menos de 20 unidades de significado.

• **Segundo nivel de análisis**

Para identificar los núcleos temáticos emergentes o metacategorías, se agruparon las 39 categorías. Tras un proceso de comparación intercategorías en el que se buscaron similitudes estructurales y teóricas, se definieron 6 metacategorías que se enumeran y se describen en la (Tabla 1).

Una vez identificadas las metacategorías o las líneas argumentales, se procedió a definir cada una de ellas (Tabla 2).

• **Tercer nivel de análisis**

Por último, se procedió a buscar relaciones

o asociaciones de la información obtenida en la investigación bajo el marco del pensamiento complejo y de la revisión de la literatura. Este tercer nivel de análisis supuso la integración e interpretación de los resultados en vectores cualitativos o dominios.

En todo el proceso se ha llevado a cabo una descomposición inicial de los datos, desde una perspectiva emic o dimensión descriptiva del análisis, a una posterior reconstrucción desde una perspectiva etic o dimensión interpretativa del análisis (Medina et. al., 2009).

La codificación fue refinándose constantemente durante todo el análisis mediante la lectura detallada y reiterada de los datos (Smith et. al., 2011).

Como resultado del análisis secuencial y transversal de las metacategorías, el último eslabón del análisis fue la identificación de los dominios o vectores cualitativos que recogieron y facilitaron la lectura e interpretación de los datos y que recorrían el corpus de datos de forma transversal (Medina et. al., 2005).

Los vectores cualitativos o dominios identificados fueron “lo humano” y el “aprendizaje práctico”. Las reflexiones de los estudiantes sobre su formación en el último curso, nos muestran cómo “lo humano” y el “aprendizaje práctico” conforman notablemente su aprendizaje práctico.

“Lo humano” son todas las vivencias, sentimientos, pensamientos, maneras de ser y de actuar que van modulándose desde cada contacto con los actores implicados en todo el proceso de aprendizaje, lo más importante en el cuidar y ser cuidado.

“El aprendizaje práctico” se desarrolla en las prácticas clínicas y permite al estudiante de enfermería aprender a ser enfermera/o. Es un aprendizaje significativo, experiencial, desde la acción, donde la reflexión permite al estudian-

te proporcionar el gran valor a este aprendizaje.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En el imaginario social, el trabajo de enfermera está asociado a las técnicas, a las actuaciones derivadas de la fisiopatología de la persona y del tratamiento médico. Pero existe un trabajo invisible que consiste en asesorar, aportar confort, ayudar o suplir en actividades que la persona no pueda realizar por ella misma, animar, acompañar, en definitiva, una presencia continua cuando el otro nos necesita, pero que no está en los protocolos de actuación ni tiene un registro formal de actividades y que, afortunadamente, nuestros futuros grados han sido capaces de reconocer como responsabilidad profesional.

“¿Qué no voy a aprender técnicas? Que equivocada estaba aquella persona al respecto... tal vez, es cierto, voy a canalizar menos vías periféricas o a hacer menos curas que un compañero que esté en una unidad de Medicina Interna o en una unidad de Cirugía, pero voy a aprender una de las técnicas que para mí es, sin duda, una de las más importantes: abordar al paciente en sus tres esferas, esto es, partiendo del holismo y no sólo centrarme en la esfera biológica del paciente.”

El aprendizaje del cuidado es un aprendizaje eminentemente práctico porque surge de la experiencia, de las acciones cotidianas que realizan los profesionales. El tutor tiene la misión de utilizar estrategias que ayuden al estudiante a establecer conexiones con la práctica, de tal forma, que experimenten, en primera persona, las vivencias y las situaciones del mundo profesional. Los estudiantes reconocen que su aprendizaje se configura durante los periodos de formación práctica. La formación práctica es un escenario de adquisición y eva-

luación de las competencias, siendo necesaria la definición de resultados de aprendizaje que el estudiante ha de alcanzar durante el practicum. El concepto de competencia se centra en la idea de que el estudiante presente un comportamiento profesional integrado, combinando todo lo que sabe y siendo capaz de utilizarlo en situaciones diversas y complejas de la práctica (Porrás et. al., 2012).

“Verdaderamente todos los servicios por los que he rotado durante estos años han sido gratificantes, gran parte de lo que me llevo de la carrera son las prácticas (gran fuente de aprendizaje), lo bueno y lo malo, ya que de lo malo también he aprendido, pues te da opción de plantearte como harías o no las cosas.”

Por otro lado, el rol que adopte el estudiante también influye en su proceso de aprendizaje. El estudiante tiene que responsabilizarse de su propio aprendizaje. Los momentos iniciales de la formación práctica son muy duros para el alumno, sintiéndose muy vulnerable y en un contexto hostil.

“Si es verdad que los primeros días parecen invisible y que con el paso del tiempo las cosas cambian y pocas son las personas que siguen haciendo lo antes comentado y el ambiente es más agradable”

Existen situaciones de la práctica que reflejan y dejan patente la identidad de la enfermería como profesión, el conocimiento experto, la situación de los cuidados profesionales y la necesidad de transmitir ese legado a los estudiantes. Los estudiantes reconocen la figura del tutor como profesional experto, siendo muy beneficioso para la relación pues implica respeto y admiración al desempeño profesional de los tutores.

“Algo innegable a cualquier enfermera, es la capacidad de realizar muchísimas tareas de manera simultánea, una capacidad asombrosa

de organización y de priorización del trabajo, que se transforma en una mayor calidad asistencial hacia el paciente.”

“Quiero destacar sin duda la pasión y admiración de mi enfermera por su trabajo, algo que me ha transmitido completamente, cosa de la que estoy muy agradecida, me parece una forma de ser enfermera y profesora admirable, algo que en un futuro me gustaría ser y que nunca quisiera olvidar.”

Los estudiantes valoran algunas cualidades o rasgos de personalidad de los tutores de forma más positiva. Cada tutor tiene una forma diferente de actuar, de comportarse, una forma diferente de ser y eso influye en el aprendizaje del alumno. Es importante resaltar la importancia que los alumnos otorgan a los detalles y creatividad del cuidado experto.

“El mejor consejo de aprendizaje recibido, fue al comienzo de uno de los rotatorios, cuando me dijeron, vas a estar con muchas tutoras distintas, quédate con lo mejor de cada una. Y lo mejor ha sido en cada caso esos detalles individuales, que enriquecen lo que haces y aportan valor a lo que vas a ser.”

Además, al final de formación los estudiantes sienten que han cumplido un sueño y un gran reto en su vida, se sienten satisfechos con su aprendizaje.

“Todas estas rotaciones me han hecho disfrutar cada día de todas las cosas bonitas que se ponen en mi camino y de obtener ese sueño que inicié hace cuatro años y del que cada vez estoy más cerca de conseguirlo: ser enfermera.”

1. CONCLUSIONES

Parece oportuno resaltar los beneficios de la reflexión y del aprendizaje práctico durante el periodo de las prácticas clínicas de los estudiantes. A pesar de las dificultades de adapta-



ción del estudiante en el contexto práctico es innegable que aprenden a ser enfermeras/os.

Las relaciones humanas que surgen durante estos periodos configuran el aprendizaje del estudiante; es por ello, que los roles y la implicación tanto de los tutores como de los estudiantes se torna decisiva en resultados de aprendizaje mutuo para ambos. Los tutores juegan un papel fundamental ya que suponen un referente para los estudiantes, que los admiran por su conocimiento experto y los consideran un referente profesional en el que convertirse.

Hay que destacar el valor que los estudiantes otorgan a los aspectos humanos, invisibles, a la diversidad y creatividad del cuidado que contribuyen a que aprendan de forma significativa de cada situación cotidiana de las prácticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Atkinson, T. y Claxton, G. (2002) El profesor intuitivo. Octaedro, Barcelona.
- Campos Pavan, P., Barbosa Merighi, M.A. y Fernandes de Freitas, G. (2011) El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería. *Cultura de los cuidados*. 29, 9-15.

- Glaser, B. y Strauss, A. (1967) *Discovery of grounded theory*. Aldine, Chicago.
- Gibbons, C., Dempster, M. y Moutray, M. (2011) Stress, coping and satisfaction in nursing students. *J Adv Nurs*, 67(3), 621-632.
- Harvey, L. y Knight, P. (1996) *Transforming Higher Education*. Open University Press, London.
- López-Medina, I. M. y Sánchez-Criado, V. (2005) Percepción del estrés en estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas. *Enfermería Clínica*, 15(6), 307-313.
- Medina, J. L., Jarauta, B. y Urquizu, C. (2005) Evaluación del impacto de la formación del profesorado universitario novel: un estudio cualitativo. *Revista de Investigación Educativa*, 23(1), 205-238.
- Medina, J.L. y do Prado, M.L. (2009) El curriculum de enfermería como prototipo de teñé:racionalidad instrumental y tecnológica. *Texto & Contexto Enfermagem*, 18(4), 617-626.
- Moreno, M. y Ruiz, M. (2007). El diario reflexivo: herramienta pedagógica innovadora en las prácticas de Enfermería. *Actas IV Jornadas Internacionales de Innovación Universitaria*. Madrid: Universidad Europea de Madrid.
- Moreira, M.A. (2000) *Aprendizaje significativo: teoría y práctica*. Visor, Barcelona.
- Pegueroles, F. (2004) La nueva formación de profesionales: sobre la competencia profesional y la competencia del estudiante de enfermería. *Educación Médica*, 7(1), 42-45.
- Pinto, T.B.J. y Pepe, A.M. (2007) La formación del enfermero: contradicciones y desafíos de la práctica pedagógica. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 15(1), 120-126.
- Porras, B. y Cano Plans, S. (2012) Evaluación de competencias en el Prácticum de Enfermería. *Metas de enfermería*, 15(1), 15-22.
- Rodríguez, M., Martínez, E., Tovar, A., González, R., Goday, C. y García, J. (2009) Deconstrucción de la profesión de enfermería. Desde la perspectiva del género. ¿Debilidad o fortaleza?. *Revista ROL de enfermería*, 32(7), 24-30.
- Rauner, F. (2007) El conocimiento práctico y la competencia de acción en la profesión. *Revista Europea de Formación Profesional*, 1(40), 58-73.

- Sanjuán, A. (2007) Enfermería en la sociedad: relación teoría/práctica. *Cultura de los Cuidados*, 21:33-39.
- Schön, DA. (1992) La formación de profesionales reflexivos: hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones. Paidós, Barcelona.
- Siles, J y Carmen Solano (2009) Antropología educativa de los cuidados: una etnografía del aula y las prácticas clínicas. ICE/Universidad de Alicante, Alicante.
- Siles, J. y Solano C. (2012) The convergence process in European Higher Education and its historical cultural impact on Spanish clinical nursing training. *Nursing Education Today*, 32: 887-891.
- Smith, J. y Firth, J. (2011) Qualitative data analysis: the framework approach. *Nurse Researcher*, 18(2), 52-62.
- Van Manen, M. (2003) Investigación educativa y experiencia vivida. Idea, Barcelona.
- Vila M, y Escayola, AM. (2001) Visión del estudiante de enfermería sobre sus prácticas clínicas, *Metas de Enfermería* 4(40), 25-31.
- Zupiria-Gorostidi, X., Uranga-Iturrioz, MJ., Alberdi-Erice, MJ., Alberdi-Erice, MT., Huitzi-Egileor, X. y Sanz-Cascante, X. (2006) Fuentes de estrés en la práctica clínica de los estudiantes de enfermería: evolución a lo largo de la diplomatura. *Enfermería Clínica*, 16(5), 231-237.
- Zupiria-Gorostidi, X. y Eizmendi-Garate, I. (2008) Tutorización de prácticas clínicas en estudiantes de enfermería en grupos de supervisión de prácticas. Universidad, Gerona.

LA INVISIBILIDAD DEL CUIDADO
EL TUTOR COMO MAESTRO
EL ROL DEL ESTUDIANTE
APRENDER EN LA PRÁCTICA
SIENDO ENFERMERA
EL CAMINO HACIA LOS SUEÑOS

Tabla 1. Metacategorías

METACATEGORIA	DEFINICIÓN
LA INVISIBILIDAD DEL CUIDADO	<p>Consideramos como tal todo lo que rodea a la interacción entre cuidador y cuidado y que lo hace especial: lo intangible, lo humano, lo que da significado a un buen cuidado.</p> <p>En definitiva, serían aquellos aspectos que tienen que ver con la humanización del cuidado y que con frecuencia son infravalorados por la sociedad, por otros grupos profesionales e incluso por muchos profesionales enfermeros pero que dotan de entidad a la profesión.</p>
EL TUTOR COMO MAESTRO	<p>En esta metacategoría están recogidos todos los elementos que configuran el rol del tutor como parte esencial del aprendizaje del estudiante. Hablamos, por ejemplo de: acogida, trato, conocimiento experto, todo aquello que hace que se convierta en un referente para el estudiante (tanto de cómo quiere ser en un futuro como de cómo no quiere ser) así como las relaciones que se establecen entre tutor – estudiante y que, en su mayoría, les lleva a un enriquecimiento mutuo.</p>
EL ROL DEL ESTUDIANTE	<p>Aquellos aspectos que configuran el rol que debe o puede ejercer y desempeñar el estudiante en las prácticas clínicas que configuran su aprendizaje, relación con el tutor y con el resto del equipo así como su crecimiento personal.</p>
APRENDER EN LA PRÁCTICA	<p>Estaría compuesto por todas aquellas categorías que hacen referencia al valor de la reflexión y de la experiencia en la construcción del aprendizaje significativo tanto del estudiante como del tutor. Sobre todo, serían las estrategias, la forma y los mecanismos a través de los que los estudiantes aprenden durante el periodo práctico, experimentando en primera persona las vivencias y situaciones del mundo profesional, estableciendo nexos de unión con la teoría.</p> <p>Aquellas actividades o situaciones de la práctica que según los estudiantes favorecen el aprendizaje identificando las más favorables en el contexto práctico.</p>
SIENDO ENFERMERA	<p>Esta metacategoría estaría compuesta por el desarrollo de aquellas competencias que marcan el paso de estudiante de enfermería a profesional enfermero. Recoge la capacidad de priorizar tanto de forma diaria como en situaciones de urgencia, la gestión del caos, la responsabilidad, los elementos que configuran la identidad profesional, el trabajo en equipo, la formación continua, etc.</p>
EL CAMINO HACIA LOS SUEÑOS	<p>Todos los sentimientos de los estudiantes que reflejan el balance de los cuatro años de formación universitaria, del esfuerzo realizado, de los apoyos recibidos y, en definitiva, del sueño cumplido.</p>

Tabla 2.
Definición de las metacategorías

Historia

Literatura y medicina en los estudios del profesor Sánchez-Granjel sobre la generación del 98

Literature and medicine in the professor Sánchez- Granjel's work on the generation of '98

Literatura e medicina em estudos do professor Sánchez-Granjel na geração de noventa e oito

Francisco Herrera-Rodríguez¹ y José María Urkía-Etxabe²

¹Facultad de Enfermería y Fisioterapia (Universidad de Cádiz)

²Facultad de Medicina (Universidad del País Vasco)

Cómo citar este artículo en edición digital: Herrera Rodríguez, F. y Urkía-Etxabe, J.M^a. (2014) Literatura y medicina en los estudios del profesor Sánchez-Granjel sobre la generación del 98. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 18, 38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.38.07>

Correspondencia: Francisco Herrera-Rodríguez. Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Avda. Ana de Viya, 52. 11009-Cádiz. Correo electrónico: francisco.herrera@uca.es. Recibido: 10/11/2013; Aceptado: 14/01/2014



ABSTRACT

Luis Sánchez Granjel is one of the key personalities in the modern Spanish Medical Historiography, not only for his teaching in the University of Salamanca –where he supervised tens of projects and doctoral thesis- but for his investigative labour showed in books, monographs, articles and talks.

In this article we focus on his research into the History of Spanish Literature, concretely

on the Generation of '98 mainly through figures such as: Santiago Ramón y Cajal, Felipe Trigo, Pío Baroja and Azorín.

Key words: Literature, History of Literature, History of Medicine, Generation of '98, Modernism, Santiago Ramón y Cajal, Pío Baroja, Felipe Trigo, Azorín.

RESUMO

Luis Sanchez-Granjel é uma das figuras-chave na moderna historiografia médica espanhola, tanto para o seu ensino dentro da Universida de Salamanca, direcionando dezenas de dissertações e teses, para o próprio trabalho de pesquisa refletida nos livros, monografias, artigos e palestras. Neste artigo vamos nos concentrar na sua pesquisa sobre a história da literatura espanhola, particularmente em estudos que relacionam a medicina ea literatura no contexto da Geração de 98, principalmente por meio de figuras como

Santiago Ramón y Cajal, Felipe Trigo, Pío Baroja e Azorín.

Palavras-chave: Literatura, História da Literatura, História da Medicina, 98 Geração, Modernismo, Santiago Ramón y Cajal, Pío Baroja, Felipe Trigo, Azorín.

RESUMEN

Luis Sánchez Granjel es una de las figuras clave de la moderna historiografía médica española, tanto por su magisterio en el seno de la Universidad de Salamanca, dirigiendo decenas de tesinas y de tesis doctorales, como por la labor de investigación propia reflejada en libros, monografías, artículos y conferencias. En el presente artículo nos centramos en su actividad investigadora dentro de la historia de la literatura española, y más concretamente en aquellos estudios que relacionan medicina y literatura en el contexto de la llamada Generación del 98, fundamentalmente a través de figuras como Santiago Ramón y Cajal, Felipe Trigo, Pío Baroja y Azorín.

Palabras clave: Literatura, Historia de la Literatura, Historia de la Medicina, Generación del 98, Modernismo, Santiago Ramón y Cajal, Pío Baroja, Felipe Trigo, Azorín.

Al profesor don Luis Sánchez Granjel por su magisterio historiográfico y literario

En el mes de septiembre de 2013 se le rindió un homenaje al profesor Sánchez Granjel por su noventa y tres cumpleaños (figura 1), pero el acto no se limitó a la referida celebración sino que a la par se presentó otro libro suyo titulado *“La Academia Nacional de Medicina en la Segunda República (La Academia en San Sebastián)”*. Esta circunstancia creemos que lo expresa todo: una persona nonagenaria

que aún tiene capacidad intelectual y entusiasmo para aquilatar y publicar una obra como la que acabamos de citar. Esto, quizás, puede extrañar a los que no lo conozcan, pero no a aquellos que vienen leyéndolo desde hace décadas porque saben de su rigor y de su capacidad de trabajo, todo ello pasado por el cedazo de un hombre tranquilo que tiene una voluntad de hierro.



Figura 1: El profesor don Luis Sánchez Granjel en el Colegio de Médicos de Salamanca el día 7 de septiembre de 2013, con motivo del referido homenaje (Fotografía de FHR)

Hace algunas décadas el ya fallecido y recordado periodista Felipe Mellizo hizo un reportaje sobre la labor historiográfica del profesor Luis Sánchez Granjel y denominó de forma genérica a las personas que se dedican a los quehaceres historiográficos como “cazadores de recuerdos”; efectivamente, Mellizo, dio con la imagen literaria precisa para definir también a este eximio historiador de la medicina porque el profesor Granjel es un cazador de recuerdos cuya paciencia le ha permitido poner las bases documentales e interpretativas de la moderna historiografía médica española en decenas de libros y cientos de artículos que son imposibles de nombrar en este estudio que presentamos en las páginas que siguen.

Este artículo, en cambio, no lo vamos a dedicar a su labor historiográfica en los archivos, sino a ese otro perfil de su obra tan querido por él desde su juventud, nos referimos a sus ensayos literarios y más específicamente a los que dedicó a la Generación de 1898, promoción literaria de la que sin lugar a dudas es uno de los grandes especialistas en nuestro país, debiéndose tener en cuenta que algunos de sus trabajos han resistido el pasado del tiempo porque superan las cinco décadas de existencia. En este trabajo, pues, centraremos nuestra mirada en las cuestiones médicas estudiadas por él al abordar figuras tan señeras de nuestra literatura como Pío Baroja, Felipe Trigo, José Martínez Ruiz, Azorín, sin olvidarnos de una figura médica de la talla de Santiago Ramón y Cajal sobre el cual el profesor Granjel se planteó en su momento si había que incluirlo o no como miembro de la citada Generación.

Este perfil de estudioso de la literatura no puede extrañar de ninguna manera en un historiador como el profesor Granjel porque él también ha cazado los recuerdos en este ámbito, para comprobarlo conviene repasar su “Historia General de la Medicina Española”, en cinco volúmenes, en la cual abundan las referencias literarias de autores como Lope de Vega, Quevedo, Calderón, Tirso, Moratín o Benito Pérez Galdós, por citar sólo algunos ejemplos. No podemos olvidar que nuestro autor ha sido pionero en España en la utilización rigurosa de la literatura como fuente de conocimiento de la labor de los médicos, cirujanos, barberos sangradores, etc. El profesor Granjel a este perfil de sus investigaciones lo denominó “Medicina en la Literatura”, aspecto que él mismo ha expresado muy certeramente en su obra “Memoria personal”:

“...un aprendizaje como historiador realizado indagando extramuros del cercado de

lo que oficialmente se consideraría auténtico pasado médico; los más benévolos en el juicio seguramente entonces no pasarían de calificar aquellos campos recorridos en mis exploraciones como ‘arrabales’ de la Medicina. Hoy me atribuyo autoridad suficiente para sostener, sin temor a ser desmentido, que aquellos ‘arrabales’ forman parte, y no desdeñable, de un pasado que es obligado conocer para recomponer en su auténtica realidad lo que la Medicina, y con ella la enfermedad en su presencia social, fue en las distintas etapas de la vida colectiva española”.

Para un mejor entendimiento vertebremos nuestro trabajo en tres apartados: en el primero realizaremos una síntesis de su biografía, luego trazaremos un panorama general sobre la citada Generación de 1898, o como al profesor Granjel le gusta denominarla “Promoción literaria de la Regencia”, y finalmente abordaremos los aspectos médicos y literarios en la vida o en la obra de los autores citados anteriormente.

1. SÍNTESIS DE LA BIOGRAFÍA ACADÉMICA.

Luis Sánchez Granjel nace el 26 de agosto de 1920 en Guipúzcoa, concretamente en la villa de Segura, fruto del matrimonio formado por Gerardo Sánchez, médico rural, y Carmen Granjel. Como bien ha apuntado Luis Carlos Tejerizo, en su extensa y amena biografía, el pequeño Luis pasó en esta población doce años de su vida desde 1920 hasta 1932. Comenzó a estudiar el bachillerato en Santiago de Compostela y lo terminó en 1936 en el Instituto de Béjar, año en que comenzó nuestra trágica guerra civil. Durante los tres años que dura la contienda lee compulsivamente el periódico “Ahora”, dirigido por Manuel Chaves Nogales, periodista que en los últimos años está siendo muy justamente rehabilitado con biografías,

reediciones o con la consideración de un precursor de lo que se ha dado en llamar “*Nuevo Periodismo*”. En las páginas de la mencionada publicación escribían autores que marcaron el interés de Granjel en las siguientes décadas, nos referimos a Baroja, Unamuno, Azorín, etc.

La carrera de medicina la cursó en Salamanca entre 1939 y 1945, pero muy pronto comprobó que su vocación de galeno flaqueaba mientras que la literatura se iba imponiendo en sus afanes intelectuales. A pesar de ello se especializó en Psiquiatría e instaló una consulta de esta especialidad en Salamanca, tampoco podemos olvidar que en 1948 defendió su tesis doctoral titulada “*La psicología de Carl Gustav Jung en las relaciones entre medicina y religión*”. En la década de los cuarenta sucede algo importante en su biografía académica; en el curso 1945-46 comenzó su carrera docente, como profesor Ayudante de Farmacología y Anatomía, y a partir de 1948 empezó a explicar la Historia de la Medicina primero como encargado de curso y luego como encargado de cátedra, hasta que en 1955 obtiene por oposición la cátedra que desempeñará hasta su jubilación en 1986. El profesor Granjel expone en “*Una vida de historiador*” sus comienzos al frente de la citada disciplina, leamos algunos párrafos porque en ellos vuelve a hacer hincapié en su interés por los estudios literarios:

“Al iniciarse el año académico 1948-1949 se hizo efectiva la enseñanza de la Historia de la Medicina en el período de licenciatura, conocimiento que hasta la fecha sólo era exigido a quienes realizaban, en la Universidad Central, los estudios de doctorado (...). En el Claustro de la Facultad nadie se consideró con preparación para hacerse cargo de la nueva disciplina, a la que pienso no se otorgaba valor formativo; aquel desinterés debió influir en la decisión de quien entonces ostentaba el gobierno de la Fa-

cultad de encomendarme una misión académica para la que no encontraba postulante; acaso propició esta elección el que ya entonces se me atribuyeran veleidades de aprendiz de escritor y siempre sobre cuestiones poco o nada relacionadas con la profesión que ejercía”.

Precisamente esas veleidades de aprendiz de escritor son las que Granjel ha calificado refiriéndose a sí mismo como “*la tentación literaria*” y su interés por la “*reflexión crítica*”, ya en 1949 publicó un breve artículo sobre la enfermedad en “*La Montaña mágica*” de Thomas Mann, y a lo largo de la década de los cincuenta se dedicó con especial atención a esta tarea que ha sido una constante a lo largo de su trayectoria académica, hecho que podemos comprobar en trabajos más cercanos en el tiempo como “*Literatura y medicina en la época del Noventa Ocho*” (1998), “*Lectura médica de <El Quijote>*” (2005), “*Literatura y medicina*” (2001) o un capítulo con el mismo título que se puede leer en la obra “*Medicina y humanidades*” (2011), coordinada por el profesor Gracia Guillén. Entraremos en más detalles de sus publicaciones literarias, y más concretamente sobre la Generación de 1898 en los siguientes apartados de nuestro trabajo, ahora conviene apuntar que en la citada década de los cincuenta ya publicó estudios sobre los médicos y los boticarios en la literatura picaresca o sobre la medicina en “*La Lozana andaluza*”. No podemos olvidar su discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Salamanca, en 1973, titulado “*Médicos novelistas y novelistas médicos*” en el cual estudia a los novelistas médicos en relación con la literatura picaresca y la novela histórica o al propio Pío Baroja. Otro aspecto que debe tenerse muy en cuenta es su magisterio en esta particular línea de trabajo, dirigiendo tesinas y tesis doctorales entre las que podemos destacar, sin ánimo de

agotar la nómina, las dedicadas a estudiar la obra de Calderón de la Barca, Benavente, Mesonero Romanos o la que le dirigió al que años más tarde sería su biógrafo, Luis Carlos Tejerizo López, sobre la enfermedad en la novela española de posguerra; noticia detallada de estos trabajos de grado puede encontrarse en la ya citada obra *“Memoria personal”*.

No hay que olvidarse de que en su larga trayectoria académica el profesor Granjel ha explicado también disciplinas como la Historia de la Psicología en el seno de la Universidad Pontificia de Salamanca, y la Historia de la Gerontología en el contexto de diversos másteres, esta es una cuestión que no podemos abordar en este artículo porque debemos emprender ya la tarea que nos hemos propuesto que no es otra que la de realizar un acercamiento a las cuestiones médicas en la Generación del Noventa y Ocho, aunque a los más interesados en profundizar en su trayectoria académica, además de la citada biografía de Tejerizo o los propios libros que a esta tarea ha dedicado el profesor Granjel, recomendamos el estudio del profesor Riera Palmero titulado *“Medio siglo de historiografía médica española: aproximación a la obra de Luis S. Granjel”*, en el cual deja bien claro que *“en el quehacer intelectual de Luis S. Granjel se confunde la vocación de historiador médico y de historiador de la literatura española”*.

2. PANORAMA LITERARIO DE LA GENERACIÓN DEL NOVENTA Y OCHO

El profesor Sánchez Granjel ha publicado estudios sobre el particular en revistas médicas e historicomédicas, pero a la vez ha tenido la visión de reunir muchos de estos trabajos en libros, haciendo referencia expresa en los mismos cuando reproduce esos artículos en qué revistas fueron publicados, hecho que fa-

cilita la tarea de las personas interesadas en su lectura. Conviene, pues, que en primer lugar hagamos referencia expresa a estos textos que configuran la obra publicada por Granjel sobre esta Generación o monográficamente sobre algunos de los que son considerados sus miembros. En primer lugar debemos destacar la serie de publicaciones que salen a la luz pública bajo el denominador común de *“retratos”*: *“Retrato de Pío Baroja”* (1953), *“Retrato de Unamuno”* (1957) y *“Retrato de Azorín”* (1958). A este ciclo seguirían libros como *“Panorama de la Generación del 98”* (1959) (figura 2), *“Baroja y otras figuras del 98”* (1960), *“La Generación literaria del 98”* (1966), *“Maestros y amigos de la Generación del Noventa y Ocho”* (1981), *“El último Baroja”* (1992) y *“Psicobiografía de Unamuno (un ensayo de interpretación)”* (1999). En esta nómina no puede faltar la selección y estudio preliminar realizado de la obra de Silverio Lanza (1966). Como obra de conjunto el propio Granjel en su libro *“Memoria personal”* reconoce que su ensayo *“Panorama de la Generación del 98”* es el más ambicioso de sus proyectos literarios sobre estos autores, *“obra que privada de su aparato documental, y con título algo reformado <La Generación literaria del 98>, tuvo tres reimpressiones”*.

No vamos a descubrir aquí la abundantísima bibliografía existente sobre esta Generación y las controversias que esta etiqueta literaria ha generado y sigue generando, avisamos que no es nuestro propósito exponer en este artículo una pormenorizada historiografía sobre esta cuestión, sino fijar las principales ideas del profesor Granjel sobre esta Generación, de manera que sirva de marco al estudio de algunas cuestiones médicas literarias que plantearemos en próximos apartados.

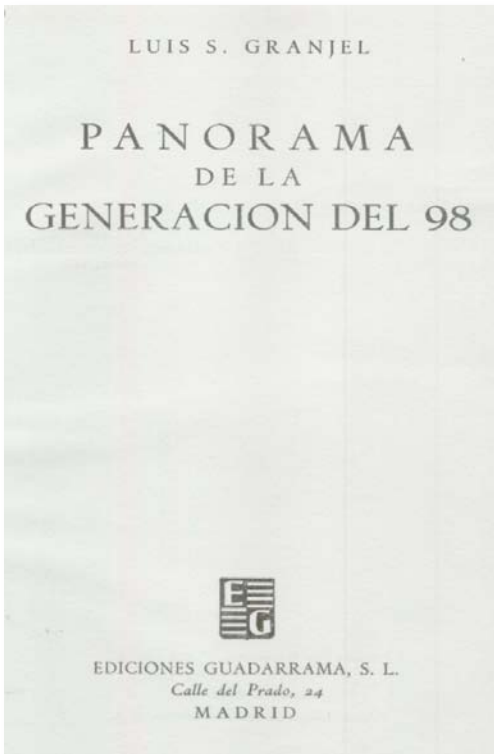


Figura 2: Portada de “Panorama de la Generación del 98” de Luis S. Granjel.

En lo que se refiere a los llamados por Granjel “retratos” ha precisado el profesor Diego Gracia lo siguiente:

“Ha escrito libros sobre Unamuno, sobre Azorín, sobre Baroja, sobre Ramón Gómez de la Serna, sobre Marañón. No son, en el rigor de los términos, <biografías>, sino otra cosa que él denominó, creo que con toda justeza <retratos> (...). No quiere <interpretar> a los personajes, ni <comprenderlos>, en el sentido diltheyano de ese término. Su objetivo es el de <retratarlos> al modo del pintor que dibuja con trazos escuetos y rápidos las facciones de una persona. No le hacen falta más. Cuatro líneas bien dibujadas son capaces de transportarnos a un inmenso mundo interior, repleto de sentido. Es la estética de la sugerencia y de la sobriedad”.

Estamos de acuerdo con esta idea de la estética de la sobriedad, ya que la claridad y la concisión presiden toda su obra, pero a esto hay que añadir el enorme esfuerzo de Granjel en lo que se refiere a la crítica y a la erudición literarias, en cualquiera de los libros que hemos apuntado se puede comprobar este hecho; una erudición firme que también aplica a sus reflexiones sobre los “noventayochistas”.

El profesor Granjel señala a Azorín, y más concretamente a escritos de este autor fechados entre 1905 y 1915, como la figura clave que intenta dibujar el perfil colectivo de su generación, señalando como elementos comunes en ellos el ansia de renovar y de ensanchar el idioma, uniendo a este propósito el deseo de estudiar la verdadera vida española y el paisaje de España. Azorín, según Granjel, es el primero en usar el término Generación del 98 incluyéndose en la misma junto a Miguel de Unamuno, Pío Baroja, Ramiro Maeztu, Rubén Darío, Ramón María del Valle-Inclán y Jacinto Benavente. Granjel hace una matización importante y es que Azorín considera autores de esta Generación a “los que en rigor merecen ser nombrados ‘noventayochistas’ y con ellos quienes encabezan, en España, la renovación modernista”; es decir, Rubén Darío, Benavente y Valle-Inclán. Sucede que a Maeztu, Unamuno y Baroja no les gustó mucho esta etiqueta o rótulo, aunque Baroja acaba aceptando la existencia de una “generación de 1870”; considerando Baroja que los componentes de la misma eran profundamente individualistas, pero con gran preocupación ética y anhelantes de una mayor justicia social. Granjel piensa que “también hicieron número” en esta Generación escritores como Blasco Ibáñez, Felipe Trigo o Eduardo Zamacois.

Al estudiar Granjel la bibliografía sobre esta Generación literaria señala en “Maes-

tros y amigos de la Generación del Noventa y Ocho”, la aportada por José María Salaverría, Melchor Fernández Almagro, Pedro Salinas y Guillermo Díaz-Plaja, haciendo hincapié sobre todo en estos dos últimos. Salinas incluye en esta Generación a Unamuno, Baroja, Azorín, Maeztu, Valle-Inclán, Benavente y los hermanos Manuel y Antonio Machado, mientras que Díaz Plaja considera como miembros de la misma a los ‘noventayochistas’, independizando al grupo de escritores modernistas que agrupa como Generación de 1902, aunque este autor perfila aún más este asunto, por eso Granjel apunta lo siguiente: “En uno y otro grupo deslinda, a su vez, dos promociones, ateniéndose a un criterio cronológico. La primera promoción de la Generación del Noventa y Ocho la compondrían Unamuno y Ganivet y en la Generación de 1902 o ‘modernista’ Benavente, Valle Inclán y Rubén Darío; la segunda promoción estaría integrada por Baroja, Azorín, Maeztu y Antonio Machado en el grupo ‘noventayochista y por Villaespesa, Manuel Machado, Marquina, Juan Ramón Jiménez y Gregorio Martínez Sierra en el grupo modernista”. Sin embargo, Granjel, considera que la aportación más valiosa sobre el asunto que venimos tratando es la de Pedro Laín Entralgo que compone su nómina con los nombres de Unamuno, Azorín, Antonio Machado, Pío Baroja, Valle-Inclán y Menéndez Pidal, aunque sitúa a su lado, “precediéndoles o subsiguiéndoles”, a Ganivet y Ramiro de Maeztu, a Benavente, Manuel Machado, los hermanos Álvarez Quintero, a Manuel Bueno, a Silverio Lanza y al pintor Darío de Regoyos.

Se han manejado para todas estas clasificaciones sobre la Generación, entre otros, el gusto por determinados autores, los criterios estéticos, el amor por el paisaje castellano y

las fechas de nacimientos de los autores citados, que por conocidas no las vamos a repetir aquí. Después de esta apretada síntesis de tan controvertido problema histórico literario, cabe decir que Sánchez Granjel cree más conveniente utilizar para la llamada Generación del 98 el calificativo de “Promoción literaria de la Regencia”, ante esta propuesta granjelianna lo mejor es rescatar sus propias palabras porque demuestran que no pasó de puntillas sobre el asunto sino que trató de aportar matices y propuestas concretas, en este caso en la obra ya citada y publicada por él en 1981. Leamos:

“Nada han escrito sobre la Generación, en la que no obstante hicieron número, Benavente o Valle-Inclán, Blasco Ibáñez, Felipe Trigo o Eduardo Zamacois, y ello, no cabe dudarlo, porque en la titulada por Azorín Generación de 1898, que yo creo más justo rotular Promoción literaria de la Regencia, la conciencia generacional únicamente afloró en quienes, entre sus componentes, se interesaron por la circunstancia, histórica y social, que ponía marco a sus vidas e incluso buscaron ajustar aquella realidad, fracasando desde luego en el empeño, a la horma de sus personales ilusiones, a la imagen de una España en la que siempre les fue grato soñar”.

Además, Sánchez Granjel, en su “Panorama de la Generación del 98”, publicado en 1959, y más concretamente en la nota preliminar a esta obra ya demostró su incomodidad con la citada denominación:

“Empezaré advirtiéndole cómo si bien en el rótulo que la encabeza se habla de “Generación del Noventa y Ocho”, su contenido trata de demostrar, y creo lo consigue, que de aceptarse la existencia de tal generación, a juicio mío discutible, resulta inadecuado conferírle, para nombrarla, la fecha del desastre colonial, suceso éste

que únicamente influyó, a ellos sí de modo decisivo, en una fracción de los escritores en aquella encuadrados, a quienes ayudó a agruparse, y a los que aquí se confiere, por ello, el calificativo de ‘noventayochistas’. Integran el grupo Miguel de Unamuno, Pío Baroja, Azorín y Ramiro de Maeztu”.

En esta obra Granjel revisa las doctrinas de regeneración, política y social, de la vida española, sostenidas “individualmente” por los citados autores, que “se inspiran en el particular clima de revisionismo suscitado en España por el triste final al que desemboca, iniciado el verano de 1898, la guerra colonial tras haber enfrentado pocos meses antes a la nación con el poderío militar yankee”. Volveremos sobre este asunto cuando abordemos la figura de Santiago Ramón y Cajal en el contexto de la España finisecular, ahora sólo cabe apuntar que desde Ortega y Maeztu se ha discutido sobre el valor de la “Generación” frente al problema de España y la política española, pero que este asunto ha seguido interesando a autores como Blanco Aguinaga, Vicente Cacho Viu, Miguel Cruz Hernández o a hispanistas como E. Innman Fox y Herbert Ramsden, por citar sólo a algunos autores ya que sería inacabable la nómina. Un autor como Antonio Heredia-Soriano ha descrito el concepto de “Generación del 98” como una “moneda gastada” y José-Carlos Mainer ha señalado que Unamuno, Valle-Inclán, Baroja, Azorín y Antonio Machado, constituyen un elenco de escritores que es muy discutible que compongan una generación (entre los nacimientos de Unamuno y Machado median once años de diferencia), “pero de quienes puede decirse que encarnaron la construcción de la modernidad literaria en España. Quizá en tal sentido podría acogerlos el rótulo de modernistas tanto en el sentido hispánico como en la acepción

anglosajona del término: por su vivencia personal de la búsqueda de un lenguaje expresivo, por su conciencia clara de los géneros literarios tradicionales, por su peculiar modulación del yo artístico, tres ingredientes capitales del arte de nuestro tiempo”. Como podemos observar el tema que abordamos aquí es inagotable y sigue vivo; el caso es que, Granjel, con todos los matices que se quieran apuntar ya se mostraba crítico con este concepto hasta el extremo de afirmar que consideraba muy discutible la existencia de tal Generación como acabamos de ver, prefiriendo el rótulo o etiqueta de “Promoción literaria de la Regencia”. De hecho en el año 2003, en una entrevista que le realizó el profesor Carreras Panchón, al ser interpelado sobre el término “generaciones” el profesor Granjel clarifica perfectamente su pensamiento sobre este término y más concretamente sobre la Generación del 98. Leamos su respuesta:

“Yo suelo decir que, en cierta medida, soy culpable de que se generalizase el término ‘generación’ pero, ahora, prefiero hablar de cotidianidad, a pesar de que este tipo de términos son útiles porque te permiten calificar la época. En concreto, en el caso de la Generación del 98, hay autores que no creen en ella, por ejemplo, Baroja. El concepto persiste porque eso permite agrupar a una serie de escritores que tenían tendencias totalmente distintas. Personalmente creo que el término ‘generación’ ya no se puede utilizar. Ahora yo hablaría de promociones que estaban conviviendo, coexistiendo y que se influyen mutuamente”.

3. LITERATURA Y MEDICINA EN ‘LAS PROMOCIONES LITERARIAS DE LA REGENCIA’

Este apartado de nuestro estudio, debido a los límites que marcan un artículo, se va a

centrar en tres figuras médicas estudiadas por Granjel, nos referimos a Cajal, Felipe Trigo y Pío Baroja, y por último abordaremos la figura de Azorín a través de la visión que da este autor en su obra de los médicos y de los enfermos. Antes de desarrollar el programa apuntado nos gustaría destacar un aspecto más con el que se refuerza la firme convicción granjeliana de entender la literatura como fuente de conocimiento para la medicina. En la ya citada entrevista a Carreras Panchón señaló que normalmente la Historia de la Medicina se ha estudiado desde la perspectiva del médico, “...pero hay que verla también desde la vivencia del enfermo. El análisis de la literatura confidencial y de la literatura autobiográfica ofrece datos sorprendentes. Creo que las grandes lagunas que hay en la historia de la medicina son, precisamente, la dimensión social y la vivencia de la enfermedad desde el factor humano”. Una vez más la literatura y en este caso como fuente de conocimiento de la vivencia de la enfermedad, en esta línea no cabe duda de que el profesor Granjel es pionero también sobre todo cuando ha estudiado estos aspectos, por ejemplo, en la obra de Unamuno o de Azorín. No incluiremos en este artículo comentarios sobre la psicobiografía que Granjel realizó de Miguel de Unamuno porque ha sido glosada recientemente en “*Las enfermedades de Sísifo*”, aunque no descartamos volver sobre la misma en futuros trabajos; sí dedicamos en cambio algunas páginas a la obra azoriniana en torno a la medicina y la enfermedad.

En el desarrollo del programa que hemos planteado nos ayudarán diversas obras del profesor Granjel, pero muy particularmente su libro “*Baroja y otras figuras del 98*” (1960) (figura 3).

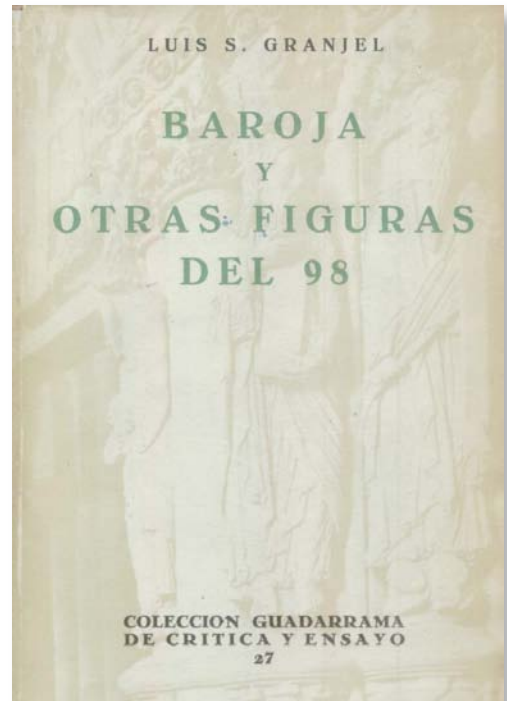


Figura 3: Portada de “Baroja y otras figuras del 98” de L. Sánchez Granjel.

3.1. CAJAL, ¿UN HOMBRE DEL 98?

Al ser una figura tan conocida y reconocida que cuenta con varias biografías no vamos a insistir aquí con una síntesis de su vida y obra, nuestro cometido principal es indagar sobre un aspecto concreto desarrollado por Granjel. Santiago Ramón y Cajal nació como es sabido en 1852. Si partimos de esta fecha parece muy complicado ubicar a Cajal dentro de la llamada, para bien o para mal, Generación del 98, sobre todo si se tiene en cuenta que Miguel de Unamuno nació en 1864 y Pío Baroja en 1872, precisamente Cajal fue miembro del tribunal que juzgó la tesis doctoral sobre el dolor del novelista vasco; pero claro está que no es este el problema que se planteó Granjel sino otro muy diferente, el de buscar rasgos comunes que identifique la actitud de Cajal con la de los hombres del 98, cosa muy distinta.

Cabe recordar, por ejemplo, que en 1905 se conmemoró el tricentenario de la publicación de la primera parte de *El Quijote*, y aquí encontramos, según apunta Granjel, un denominador común con Unamuno y Azorín. Cajal ofreció una conferencia en el Colegio de Médicos de San Carlos, de Madrid, la noche del 9 de mayo de 1905 titulada *“Psicología de Don Quijote y el quijotismo”*. En el mismo año Unamuno publicó *“Vida de Don Quijote y Sancho”* y Azorín publicó una serie de crónicas periódicas en el diario *“El Imparcial”* que están recogidas en el libro *“La ruta de don Quijote”*. Granjel lo tiene muy claro:

“Para los ‘noventayochistas’ Unamuno y Azorín, también para Cajal, aquella exaltación del hidalgo tuvo un significado mucho más profundo que el de una obligada rememoración de centenario; su actitud no era la de eruditos que olvidados del presente se adentra con fruición en un pasado más o menos remoto. Ven en Don Quijote un símbolo cuya actualidad no se circunscribe a la situación, ya lejana, en que tal encarnación literaria fue creada por Cervantes, pues, nos dirán, dentro del vivir hispánico, intemporal; actual, por tanto, en aquel presente, tan acosado por irresueltos e inquietantes problemas, de los primeros años de nuestra centuria, (...). El mito de Don Quijote es una de las más significadas creaciones de los nombres del Noventa y Ocho”.

Acertadamente apunta Granjel que el donquijotismo en Cajal es patriotismo, de hecho Unamuno llegó a decir de él que *“Cajal es uno de nuestros más grandes y más sanos patriotas”*, y es que el histólogo aragonés se resistía a que en España los dominios del arte, de la filosofía y de la ciencia estuvieran *“huérfanos de alentadores y excelsos quijotismos”*.

Dentro del citado libro *“Baroja y otras figuras del 98”*, Granjel incluye un capítulo titulado

“Cajal y la Generación del Noventa y Ocho” a partir del cual vamos a fundamentar nuestros comentarios. En este escrito insiste Granjel en el parecido en ciertos aspectos de la personalidad de Cajal *“y la de los literatos que hoy conocemos con el nombre de noventayochistas”*, documentando críticamente su afirmación con autores como Gregorio Marañón o Guillermo Díaz Plaja, este último autor lo consideraba incluso el más puro representante de la Generación del 98; pero como podemos apreciar nuevamente Granjel demuestra en el siguiente párrafo un gran vigor analítico al no hacer seguidismo de lo que afirman los grandes estudiosos, manteniendo un criterio propio:

“El juicio del doctor Marañón encierra una leve inexactitud que conviene rectificar; cronológicamente Ramón y Cajal no puede ser incluido en el grupo que forman los hombres del Noventa y Ocho, pues le separan doce años de Unamuno, el más viejo de la generación, y tenía cerca de veinte en 1870, la fecha en torno a la cual se agrupan las que señalan el nacimiento de sus más destacados componentes. No obstante, es cierto que entre Cajal y los literatos de tal generación existe un indudable parecido, el cual, aunque no autorice, yo así lo creo, a incluir su nombre entre los de tal grupo generacional, sí nos obliga a escudriñar con la atención que merece en esta semejanza a indagar sobre su razón histórica”.

Queda clara, pues, la posición de Granjel en este punto, precisando el citado parecido en la actitud que toma el propio Cajal, común con la de los ‘noventayochistas’, con motivo del desastre colonial y los problemas de la España finisecular, sobre todo en torno a la idea de *“regeneración”*. En el análisis de este asunto Granjel se va a apoyar sobre todo en Laín Entralgo que deslindó *“tres grupos”* de españoles en torno al debate de los problemas de la España

de la época: los “arbitristas” de la regeneración (Costa, Macías Picavea, etc.), los profesores y hombres de Ciencia (Cajal, Ferrán, Menéndez Pelayo, etc.) y los ‘noventayochistas’ (Unamuno, Baroja, Azorín, Maeztu). Los tres grupos convergen apasionadamente en la idea “de la regeneración nacional”. Cajal expresó su opinión al respecto en un artículo publicado en octubre de 1898 en el diario “*El liberal*”, en el cual reclamaba que había que crear “*ciencia original*” en todos los órdenes del pensamiento, pues esto tendrá posteriormente aplicación industrial; igualmente hacían hincapié en esta idea en su Manifiesto de 1901 Azorín, Baroja y Maeztu. Otro denominador común entre Cajal y autores como Unamuno o Azorín es la de la voluntad ante el desánimo generalizado, en esta línea muy acertadamente trae a colación Granjel el célebre discurso de Cajal, de finales de 1898, “*Reglas y consejos sobre investigación científica*”, también conocido como “*Los tónicos de la voluntad*”. De este discurso podríamos extraer varios ejemplos, pero seleccionamos uno que creemos muy significativo al respecto, el que se refiere a la falsa creencia del agotamiento de los temas científicos:

“He aquí uno de los falsos conceptos que se oyen a menudo a nuestros flamantes licenciados: ‘Todo lo sustancial de cada tema científico está agurado; ¿qué importa que yo pueda añadir algún pormenor, espigar en un campo donde más diligentes observadores recogieron copiosas mies? Por mi labor, ni la Ciencia cambiará de aspecto, ni mi nombre saldrá de la oscuridad’.

Así habla muchas veces la pereza, disfrazada de modestia. Así discurren algunos jóvenes de mérito al sentir los primeros desmayos producidos por la consideración de la magna empresa. No hay más remedio que extirpar radicalmente un concepto tan superficial de la

Ciencia si no quiere el joven investigador caer definitivamente vencido en esa lucha que en su voluntad se entabla entre las utilitarias sugerencias del ambiente moral, encaminadas a convertirlo en un vulgar y adinerado practicón, y los nobles impulsos del deber y del patriotismo que le arrastran al honor y a la gloria”.

Este texto se puede resumir en el célebre aserto que Cajal recoge en este libro: no hay cuestiones agotadas sino hombres agotados en las cuestiones. En esta línea es muy significativo el capítulo titulado “*Enfermedades de la voluntad*”. Y contra esta idea se rebela el historiador aragonés, doliéndole muy particularmente que entre “*las lenguas sabias*” no figure el español. Otro denominador común entre Cajal y los ‘noventayochistas’ es que estos últimos rechazaron el estilo retórico al escribir, y Cajal abogó, también en el citado discurso, por una prosa científica clara y concisa:

“Finalmente, el estilo de nuestro trabajo será genuinamente didáctico, sobrio, sencillo, sin afectación, y sin acusar otras preocupaciones que el orden y la claridad. El énfasis, la declamación y la hipérbole no deben figurar jamás en los escritos meramente científicos si no queremos perder la confianza de los sabios (...). El escritor científico aspirará constantemente a reflejar la realidad objetiva con la perfecta serenidad e ingenuidad de un espejo dibujando con la palabra, como el pintor con el pincel, y abandonando, en fin la pretensión de estilista exquisito y el fatuo alarde de profundidad filosófica”.

Granjel señala tres asuntos más en los que atisba parecido entre Cajal y los citados escritores, los apuntamos a continuación para cerrar con ellos estas líneas dedicadas a su figura: primero, el prejuicio ante la política internacional e interna de los monarcas austríacos, aunque en esta línea argumental nuestro historiador ha recibido críticas historiográficas;

segundo, sobre el que no vamos a insistir por conocido y tratado, el amor por las tierras de España y el paisaje castellano, y por último, el tema de la mujer y el amor, al cual como es sabido Cajal dedicó algunas páginas. También cabe apuntar, como bien ha visto Granjel apoyándose en Laín Entralgo, que el regeneracionismo militante, tanto en Cajal como en los *'noventayochistas'* es fugaz, pronto se desengañan del mismo centrándose en el trabajo como *"manera de servir al engrandecimiento de la patria"*; aunque es preciso recordar que Unamuno fue una voz muy crítica durante los años de la dictadura de Primo de Rivera y la Segunda República, pero esta es una cuestión que se escapa de los límites de nuestro trabajo.

3.2. UN NOVELISTA MÉDICO: FELIPE TRIGO

Felipe Trigo nació en Villanueva de la Serena (Badajoz) en el año 1864, en el mismo año pues que Unamuno, y falleció trágicamente en 1916 cuando Europa estaba escarnecida por la Primera Guerra Mundial, viviéndola el escritor como una *"crisis de la civilización"*. No es lugar este para trazar su biografía, tan sólo indicaremos que estudió la carrera de medicina en Madrid y que ejerció como médico rural en pueblos extremeños; posteriormente ingresó en el Cuerpo de Sanidad Militar con destino primero en Sevilla y posteriormente en Filipinas donde fue herido de gravedad y repatriado; abandonó el ejercicio de la medicina para dedicarse a la literatura con un notable éxito público, quizás por el perfil erótico de algunas de sus narraciones, pero este es un aspecto que abordamos más adelante, al igual que el contenido social de su obra. Su producción novelística puede ser consultada en la bibliografía que acompaña a nuestro trabajo, por eso y

sólo a manera de presentación general citaremos *"Las ingenuas"* (1901), *"La sed de amar"* (1903), *"Alma en los labios"* (1905), *"En la carrera"* (1909), *"El médico rural"* (1912) (figura 4) y *"Jarrapellejos"* (1914). Se ha señalado, con razón, que la mayor parte de sus novelas son poco leídas en la actualidad, teniendo mayor vigencia las dos últimas que hemos señalado en nuestra resumida nómina, pero debemos recordar que José Bergamín ha subrayado que Felipe Trigo *"nos ha dejado un legado novelístico excepcional, cuya importancia crece a nuestros ojos ahora al revivirlo, al releerle, y que tendrá que ser revalorado de nuevo, pues su riqueza de creación novelesca por el lenguaje imaginativo que la expresa, le coloca, Galdós aparte, a la cabeza de los novelistas españoles de su tiempo"*. Sabemos que algunos de sus coetáneos no compartían esa idea, Clarín lo acusa de ser un *"corruptor de menores y un corruptor del idioma español"*. Martínez San Martín, en 1983, afirmó que *"el desprecio y el olvido han sido hasta hace muy poco, los dos más fieles compañeros de su obra literaria"*. Esto es así, pero una vez más encontramos que Granjel lo tuvo en su punto de mira desde la década de los cincuenta, y que en 1975 señaló que *"los historiadores de la literatura española de los últimos años, incomprensiblemente, ignoran el nombre y la obra de Felipe Trigo o limitan su referencia a una escueta mención en ocasiones hasta errónea en los datos"*.

Conviene, pues, citar los principales trabajos de Granjel en torno a la figura del médico y literato extremeño. Dedicó algunos comentarios a Felipe Trigo en su *"Panorama de la Generación del 98"* (1959), así como en *"La Generación literaria del 98"* (1966), pero donde verdaderamente estudia en profundidad su figura es en la II Reunión Nacional de Médicos Escritores, que tuvo lugar en Mérida

en el mes de mayo de 1975, en un ensayo titulado *“Felipe Trigo. Medicina y Literatura”*; posteriormente, en la revista *“El Médico”*, en un número conmemorativo sobre la medicina en el 98 coordinado por Riera Palmero, publicó un breve pero interesante trabajo, en el que se ocupa también de su figura, titulado *“Literatura y medicina en la época del Noventa y Ocho”*, y más recientemente en 2011 ha publicado un capítulo titulado *“Literatura y medicina”* en el que también hace algunos comentarios. Queda demostrado, pues, el interés de Granjel por la figura de Felipe Trigo con la nómina de trabajos citados, pero aún debemos añadir algo más. Hemos apuntado que el escritor extremeño nace en el mismo año que Unamuno, 1864, quizás esto nos podría conducir a la afirmación de que Trigo fue otro integrante más de la citada Generación del 98 y observamos que Granjel lo considera así, con todas las reservas que tiene para este término y que hemos comentado ya, pero más que por la fecha de nacimiento por otros motivos, al leer el siguiente párrafo no se debe olvidar que Granjel publicó en 1962 un exhaustivo estudio de la *“Revista Nueva”*:

“La inclusión de este escritor en la “Generación del Noventa y Ocho”, no admitida de modo generalizado, creo que la justifica la presencia de su firma en publicaciones creadas por la Generación como Germinal (1897) y Revista Nueva (1899).

Víctor Bergasa ha señalado a Felipe Trigo como un modernista europeo y ya hemos apuntado que José-Carlos Mainer afirma de autores como Unamuno, Valle, Baroja, Azorín y Antonio Machado que se puede decir que encarnaron la modernidad literaria en España y que en tal sentido podría acogerlo el rótulo de modernista; asimismo hemos señalado que a algunos de estos escritores les interesó

la regeneración social de España y el tema de la mujer. Bergasa afirma que Felipe Trigo fue un novelista sociólogo, buena muestra de ello son sus novelas *“El médico rural”* y *“Jarrapellejos”*, muy preocupado por la situación de la mujer y por el atraso de la sociedad española, apuntando entre sus ideas la consecución de un hombre y una sociedad nuevas. En cuanto a las influencias europeas no se olvide que Trigo hablaba el francés y admiraba la obra de Zola, Flaubert, Anatole France, etc. La admiración por Zola la compartía Trigo con Blasco Ibáñez, que llegó a visitar al escritor francés en París, y quizás la novela *“Madame Bovary”* de Flaubert caló también en el espíritu del escritor extremeño más de lo que se ha señalado por la crítica. En la exégesis realizada por Granjel asoman los grandes asuntos que preocuparon a Felipe Trigo: las relaciones hombre-mujer, el problema sexual y la situación social en España. Granjel, apoyándose en Torrente Ballester, considera al escritor extremeño como un médico que está en desacuerdo con su tiempo. Recibió críticas sobre su estilo literario de Clarín y Baroja, entre otros, aunque él consideraba que en el lenguaje literario debe estar subordinada la palabra a la idea. En esta línea observamos que Granjel señala que Trigo aceptó y copió fórmulas del modernismo *“y las usa sin fortuna, lo que ha favorecido el rápido envejecimiento de sus obras”*; pero también, refiriéndose a lo social, apunta que el escritor extremeño describió, por ejemplo, en *“Jarrapellejos”* la vida de la España rural con criterio *‘noventayochista’*.

Recordemos que Clarín acusó a Trigo de ser un *“corruptor de menores”* por la temática explícitamente sexual y erótica de algunas de sus obras, asunto que también ha sido estudiado por Granjel en el referido ensayo de 1975 glosando obras como *“Las ingenuas”*, *“Las evas*

del Paraíso” o “La sed de amar”, concluyendo que Trigo en sus novelas denuncia el erróneo descubrimiento del amor que conduce “a la mujer a la frigidez y el desequilibrio nervioso como última consecuencia y al hombre a una elemental y brutal manera de entender su encuentro con la mujer”. Felipe Trigo, según Granjel, convierte el problema sexual en toda su obra escrita en una cuestión central de la existencia humana, para demostrarlo toma como ejemplo la relación amorosa de dos miembros de la burguesía, Jorge y Lola, en la novela “La sed de amar”, en la cual aboga por la importancia de la educación sexual y cómo la carencia de la misma “conduce a una sociedad pervertida en la que los hombres quedan presos de la lujuria y las mujeres, tras el desencanto, son víctimas sin defensas para el desequilibrio nervioso e incluso la enfermedad orgánica”. Granjel aplicando su óptica de médico y psiquiatra, y de buen conocedor de la obra de Freud y de Jung, valora como documentos clínicos las descripciones de iniciación sexual que Trigo narra en sus novelas. En 2002, Teresa Gómez Trueba en “Imágenes de la mujer en la España de finales del XIX” insistió sobre el particular reivindicando la figura del escritor extremeño:

“Quizás entre todos aquellos escritores españoles que abordaron en sus obras el tema de la emancipación femenina, ninguno adoptó una postura tan original y progresista como el novelista Felipe Trigo, quien desde diferentes escritos abogó una y otra vez por una liberalización social de la mujer (...). Como bien ha señalado Lily Litvak, el mayor interés del ‘feminismo’ de Trigo reside en el hecho de que busca la emancipación de la mujer, sin tener como meta la imitación del hombre, sino el encuentro de la personalidad femenina, lo cual resulta más sorprendente en una época en la que las mismas

feministas, sin lograr desprenderse de un claro sentido de inferioridad, confundían el éxito humano con el masculino”.

Luis Sánchez Granjel insiste en su estudio en que la obra literaria de Trigo es social y reformadora, considerándolo ideológicamente dentro del socialismo utópico; autores como Muela Herraiz han profundizado en este aspecto en su obra periodística distinguiendo una etapa marxista y otra reformista, resaltando también en su obra novelística la influencia de Zola y su visión de la novela como Ciencia, aspecto que ya había subrayado Granjel al señalar la conocida declaración del escritor extremeño, que consideraba que había llegado a la novela como biólogo: “La Anatomía y la Fisiología y la Patología que sólo pueden estudiar la vida en la muerte o en la paralización y segmentación, son menos ciencias de la vida que la novela moderna, que la ha recogido y la observa y la experimenta a la vez en libertad absoluta...”. Párrafo que recuerda en cierta forma a la admiración de Zola por Claude Bernard y su reivindicación de una novela “experimental”, merece la pena reproducir uno de los párrafos de “Le roman expérimental” del escritor francés:

“Dans mes études littéraires, j’ai souvent parlé de la méthode expérimentale appliquée au roman et au drame (...).

Je n’aurai à faire ici qu’un travail d’adaptation, car le méthode expérimentale a été établie avec une force et une clarté merveilleuses par Claude Bernard, dans son ‘Introduction à l’étude de la médecine expérimentale’. Ce livre, d’un savant dont l’autorité est décisive, va me servir de base solide (...). Le plus souvent, il me suffira de remplacer le mot ‘medecin’ par le mot ‘romancier’, pour rendre ma pensée claire et lui apporter la rigueur d’une vérité scientifique”.

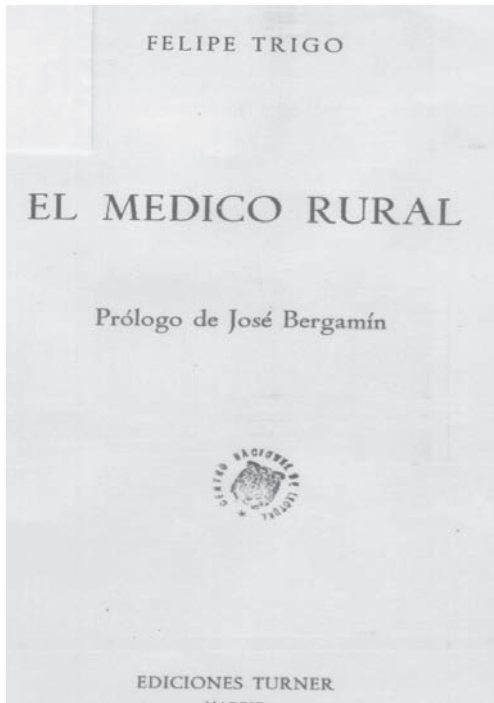


Figura 4: Portada de “El médico rural” de Felipe Trigo.

No podemos olvidar aquí evidentemente una de las novelas más consideradas por la crítica de Felipe Trigo, “*El médico rural*” (1912), comentada por Granjel en su artículo “*Literatura y Medicina en la época del Noventa y Ocho*” (1998). Felipe Trigo, como Pío Baroja –recuérdese que ambos abandonaron el ejercicio de la medicina–, ejercieron como médicos rurales; precisamente el escritor extremeño reflejó en su novela su experiencia médica en las poblaciones de Trujillanos y Valverde de Mérida, convirtiendo al protagonista de la misma Esteban Sicilia en el alter ego o contrafigura literaria del propio escritor; la novela está plenamente imbuida en la crítica social y posee cierto afán transformador, según apunta Granjel, que la sitúa dentro de los esquemas de la tradición naturalista: “...la novela (...) incorpora pormenorizadas descripciones del cotidiano quehacer profesional, reflexiones de índole

social y una imprecisa aspiración a imponer mudanza en unas formas de vida ancladas en la estructura caciquil, degradación del viejo feudalismo...”.

La novela refleja, como es sabido, escenas de la vida médica rural, a través de las inseguridades de un joven médico al que los habitantes del pueblo deseaban ver en funciones tratando indigestiones, luxaciones, casos de paludismo, problemas cardíacos, inflamaciones oculares, otitis, hemorroides, escarlatina, difteria, tétanos, hidrocele, epiteloma labial, escrófulas, ciática, gripe, pleuritis, ántrax, delirium tremens, o extirpando una falange necrosada o atendiendo partos complicados, o aplicando inyecciones hipodérmicas de éter y recetando cloral, antipirina, morfina, bromuro de sodio, quinina, láudano de Sydenham, ipecacuana en polvo, sueros antitetánico y antidiftérico, e incluso introduciendo cánulas laríngeas con el temor de tener que practicar una traqueotomía; todo un tratado, pues, de las ideas médicas y terapéuticas, así como de la medicina popular, de los albores del siglo XX.

Finalmente, como es sabido, Felipe Trigo en un aciago día de 1916, con el telón de fondo de la Primera Guerra Mundial, se quitó la vida, pero este es un capítulo que no podemos abordar aquí, pero que cuenta con estudios como el de Víctor Guerrero Cabanillas en su libro “*Felipe Trigo, desorden mental y creatividad literaria*”.

3.3. PÍO BAROJA: JOSÉ DE LETAMENDI EN “EL ÁRBOL DE LA CIENCIA”

Luis Sánchez Granjel ha dedicado a la vida y obra de Pío Baroja varios estudios; entre sus trabajos cabe destacar “*Retrato de Pío Baroja*” (1953) (figura 5), “*Baroja y otras figuras del 98*” (1960), “*La personalidad médica de Pío Baroja*” (1973) y “*El último Baroja*” (1992), sin

olvidarnos de que en 1962 participó también en el gran empeño editorial dirigido por Fernando Baeza que lleva por título “*Baroja y su mundo*”. Los estudios literarios de Granjel en líneas generales suelen estar muy valorados por los especialistas, pero quizás una de las críticas más entusiasta a su obra ha sido la que recientemente ha realizado José-Carlos Mainer en su biografía “*Pío Baroja*”, autor que recuerda también la tesis doctoral dirigida por el historiador de Segura a Isabel Criado titulada “*Personalidad de Pío Baroja. Trasfondo psicológico de un mundo literario*” (1974). Leamos un fragmento de los merecidos elogios que le tributa Mainer:

“Lo biográfico y el análisis psicológico se mezclaron en el libro del historiador de la Medicina Luis Sánchez Granjel, ‘Retrato de Pío Baroja’ (1953) (...). Publicado todavía en vida del autor y en circunstancias políticas muy poco bonancibles, aquel ‘Retrato’ sigue siendo –por su probidad documental, su empatía con el autor estudiado y el buen tino de lector– uno de los mejores libros sobre nuestro escritor. En la dedicatoria a Pedro Laín Entralgo, Granjel reconoció su magisterio y las deudas interpretativas que tenía con el cercano volumen ‘La generación del 98’, pero el autor fue mucho más lejos que su maestro en este tupido trabajo...”

Asimismo, Mainer, considera “*El último Baroja*” como un libro emocionado y leal que sigue siendo imprescindible para entender los años del ocaso del escritor vasco. Es muy difícil recibir elogios tan notables sobre todo cuando existen tantos y tantos estudios sobre la vida y obra del escritor donostiarra. Granjel ha estudiado a Baroja, con la paciencia que le caracteriza, desde los años mozos del escritor hasta sus últimos días, manteniendo incluso alguna relación personal y por carta con él, a alguna de ellas haremos alusión en estas pá-

ginas. Vista la imposibilidad de analizar en este artículo todos y cada unos de los asuntos médicos estudiados por Granjel sobre la obra de Baroja, centraremos nuestros comentarios en un aspecto concreto: la fobia personal del escritor donostiarra a la figura de José de Letamendi, que como veremos mantuvo durante toda su vida, para ello nos serviremos de una novela fundamental “*El árbol de la ciencia*” y en el citado epistolario de Granjel con el escritor vasco.

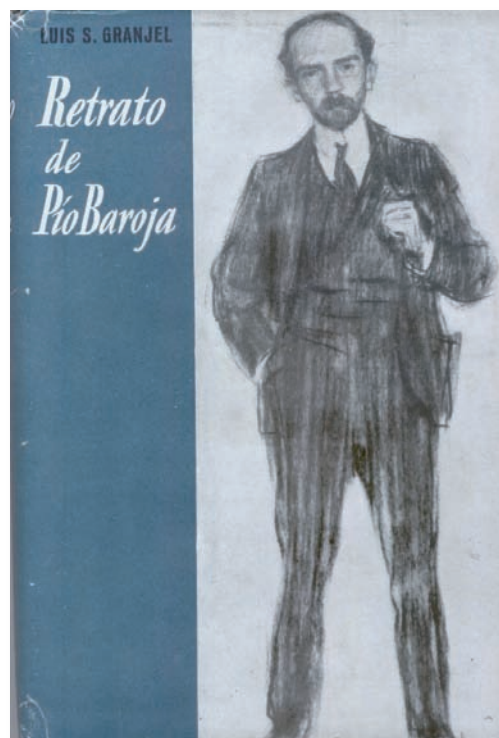


Figura 5: Portada de “*Retrato de Pío Baroja*” de Luis S. Granjel.

José de Letamendi i de Manjarrés (1828-1897) fue catedrático de Anatomía en Barcelona y de Patología en Madrid, precisamente fue Decano en la Facultad de San Carlos realizando una labor justamente valorada por José Luis Peset que lo considera en esta faceta

como una figura clave para entender la enseñanza médica de la Restauración. En cambio, Granjel ha estudiado como el joven Pío Baroja tuvo una consideración muy desfavorable hacia este profesor que le propinó la calificación de suspenso en la asignatura que impartía en dos convocatorias seguidas, de todo esto queda testimonio escrito, por ejemplo, en la excelente novela *“El árbol de la ciencia”*, en la cual el personaje de la misma, Andrés Hurtado, es un alter ego literario del propio escritor. Baroja describe al profesor Letamendi como un señor flaco, bajito, escuálido, con melenas grises y barba blanca, con cierto tipo de aguilucho, la nariz corva, los ojos hundidos y brillantes, que vestía una levita entallada y sombrero de copa. No tarda mucho el escritor vasco en derramar su bilis sobre Letamendi:

“Letamendi era de estos hombres universales que se tenían en la España de hace unos años, hombres universales a quienes no se les conocía ni de nombre pasados los Pirineos. Un desconocimiento tal en Europa de genios trascendentales se explicaba por esa hipótesis absurda, que, aunque no la defendía nadie claramente, era aceptada por todos, la hipótesis del odio y la mala fe internacionales que hacía que las cosas grandes de España fuera pequeñas en el extranjero y viceversa”.

Debemos apuntar que Letamendi, según sus escritos, quiere restablecer la figura de Hipócrates, por eso algunos autores lo sitúan en la estela del neohipocratismo, con todos los matices que se quiera apuntar; pero al margen de esto en la citada novela barojiana aparece una crítica palmaria a la conocida fórmula de la vida de Letamendi y a sus argumentaciones filosóficas. La vida para Letamendi es, según se recoge en la novela, una función indeterminada entre la energía individual y el cosmos, que no pudiendo ser suma, ni resta, ni división,

tiene que ser multiplicación. Las páginas que se dedican en la novela a esta cuestión y sobre todo la discusión entre los estudiantes de estas ideas filosóficas letamendianas son magistrales; el joven personaje, Andrés Hurtado, finalmente considera palabrería los argumentos de su profesor, pero no debe olvidarse que esta decepción le lleva a buscar libros de filósofos como Kant, Fichte o Schopenhauer. De hecho *“El árbol de la ciencia”*, como bien ha apuntado Sergio Beser, es entre otras cosas un relato filosófico en que se noveliza el pensamiento de Schopenhauer, a partir de las lecturas que Baroja hace de la obra de este filósofo.

Pero volvamos a las argumentaciones letamendianas sobre el hombre, la vida y el cosmos recurriendo a sus propias palabras:

“¿No es el hombre un ser corpóreo? ¿No es su cuerpo uno e indiviso? ¿No es la vida el acto de este cuerpo? ¿No es este acto la resultante dinámica de su energía individual, sin la cual no viven y de las energías cósmicas, sin cuyo concurso muere? ¿No nos conduce, en buena mecánica racional, (siendo I energía del individuo, C la del Cosmos y V la resultante Vida), a plantear la ecuación $V = f(IC)$?”.

Todas estas ideas de sumas, restas, multiplicaciones y divisiones en torno a la Vida son cuestionadas en la novela, como hemos apuntado ya, por el propio Andrés Hurtado, figura central de la misma, que como reacción se sumerge en la lectura de los filósofos citados; la profunda decepción que le produce Letamendi queda reflejada en el siguiente párrafo:

“-¿Pero no te basta con la filosofía de Letamendi?”

-Si eso no es filosofía ni nada –replicaba Andrés-. Letamendi es un hombre sin una idea profunda, no tiene en la cabeza más que palabras y frases. Ahora, como vosotros no las comprendéis, os parecen extraordinarias”.

Las ideas de Letamendi, las expuestas y otras que giran en torno a la defensa del hipocratismo, han tenido partidarios y detractores, pero quizás uno de sus críticos más feroces fue Pío Baroja que lo llegó a calificar de “*catedrático de cartón y cemento armado*”, al cual sólo reconoce como mérito -según apunta Granjel- tener alguna condición de literato y de orador efectista. Esta inquina personal hacia Letamendi la mantiene hasta el final de sus días, hecho que ha demostrado Granjel haciendo público su epistolario con el escritor vasco. Granjel en 1951 le envió al escritor donostiarra para su consideración su ensayo “*La personalidad médica de Pío Baroja*”. Curiosamente en su contestación, Baroja, escribe poco más de una línea para darle las gracias a Granjel, dedicando casi la totalidad de la misiva a sus refutaciones de la obra de Letamendi. Leamos un fragmento de la misma recordando que esto se escribe a principio de los años cincuenta:

“Yo sigo no creyendo en la genialidad de Letamendi ni en el valor de sus teorías. No tengo gran afición a la medicina y sin embargo leí hace cuarenta años en un hotel de París la ‘Introducción al estudio de la Medicina experimental’ y me produjo un gran entusiasmo.

La ecuación de Letamendi: La vida igual a la multiplicación de la energía individual por el cosmos, me parece en parte una vulgaridad y en parte falsa.

Un hombre sin energía, un príncipe de otro tiempo como Carlos II el Hechizado en un medio ambiente rico sería siempre un pobre miserable, no podría tomar del medio ambiente más que muy poco.

Lo mismo le pasaría con factores cambiados al tipo enérgico y atrevido en un ambiente pobre, metido en una cárcel o en una isla desierta sin posibilidad de escapar. Para mí lo que dice Letamendi no tiene ningún valor. Todo me pa-

rece en él fuegos artificiales. De ahí que en los medios científicos nadie le haya tomado en serio”.

Como se puede apreciar hay fobias que se llevan a cuestas durante toda una vida; en la citada carta, Baroja, sigue argumentando contra la teoría de Letamendi enfrentándola incluso con una de las obras médicas más vigorosas escritas en la segunda mitad del siglo XIX, nos referimos al célebre tratado de Claude Bernard “*Introducción al estudio de la Medicina experimental*”. En las teorías de Letamendi se pueden cuestionar muchos aspectos; pero no se debe olvidar, como ha demostrado Peset, que no fue un hombre totalmente al margen de las novedades médicas del Positivismo, ya que como Decano abogó porque se dotara la madrileña Facultad de Medicina de San Carlos de laboratorios de histología y microbiología, demostrando con ello su interés por la medicina de laboratorio, y por la necesidad de contar con quirófanos en los que se hicieran las intervenciones quirúrgicas con la debida “*asepsia*” o que los niños enfermos contaran con salas espaciosas para ser asistidos durante su convalecencia en el hospital, etc.. Todo ello se puede leer en documentos redactados por Letamendi y en el Memorial que envió al Ministro de Fomento a finales de 1890, fecha por cierto no muy distante a la que impartió clases a Pío Baroja (recuérdese que éste comenzó la carrera en 1887). En estos escritos letamendianos se observan ideas de marcado perfil regeneracionista en torno a la enseñanza y el ejercicio clínico de la medicina en el Hospital de San Carlos, apreciándose que su figura es más compleja de lo que apuntó Pío Baroja en sus comentarios sobre sus teorías médico filosóficas.

Luis Sánchez Granjel en sus estudios sobre Baroja supo apreciar muy tempranamente

que una novela como *“El árbol de la ciencia”*, publicada en 1911, además de otras obras, era una fuente de conocimientos ineludible para conocer la personalidad médica del escritor vasco, sobre todo de los años en que estudia su carrera de medicina y su corto ejercicio profesional como médico en Cestona, plaza en la que cesó en septiembre de 1895. Nosotros en este escrito hemos explorado tan sólo el asunto letamendiano; pero la novela en cuestión, como apunta Sergio Beser, además de ofrecer un retrato de la formación médica de Baroja y de novelizar el pensamiento de Schopenhauer, tiene una inusitada vigencia como documento de la crisis intelectual que vive la cultura y sus hombres en la España de la transición del siglo XIX al XX, presentando un cuadro crítico y negativo de la sociedad española de la época.

3.4. MÉDICOS Y ENFERMOS EN LA OBRA DE AZORÍN

El profesor Sánchez Granjel ha desgranado con esmero en ensayos, como *“La Generación literaria del 98”*, la nómina de autores que descubrieron rasgos de identidad entre sus integrantes, como por ejemplo Juan Maragall y Gabriel Maura, pero hace especial hincapié en los escritos de Azorín que están fechados entre 1905 y 1910, pero sobre todo señala al escritor levantino como el que en 1913 utilizó por primera vez el controvertido término de Generación de 1898, vinculándolo a la fecha del desastre colonial, considerando incluso como precursores de la misma a escritores de generaciones anteriores como Campoamor, Echegaray y Galdós, cuestiones sobre las que no vamos a insistir más en este artículo.

José Martínez Ruiz, Azorín, cultivó el ensayo, el teatro y la novela; sobre su quehacer en este último género literario se han dicho muchas cosas; por ejemplo, fue calificado por Julián Marías como un narrador que poseía una

mirada intensa, una mirada que precisamente ya hizo destacar a Ortega, en 1917, su enorme talento para captar los *“primores de lo vulgar”*; precisamente esa capacidad azoriniana para plasmar personajes discretos y modestos o la emoción ante un paisaje, y su prosa limpia y clara, ha hecho decir a algunos autores que detrás de los personajes de Azorín siempre está Azorín, y esto lo ha sabido ver perfectamente Granjel cuando ha explorado las obras del escritor levantino, consiguiendo dibujar no sólo un panorama de su evolución humana y política sino sobre todo trazar un retrato psicológico a través de sus opiniones sobre la medicina, los médicos, pero sobre todo cuando escribe sobre la salud y la enfermedad. Recuérdese que Sánchez Granjel le dedicó un extenso ensayo titulado *“Retrato de Azorín”* (1958) (figura 6), pero en 1955 había publicado ya en *“Archivos Iberoamericanos de Historia de la Medicina”* un texto titulado *“Médicos y enfermos en las obras de Azorín”*, volviendo sobre idéntico asunto en *“Baroja y otras figuras del 98”* (1960).

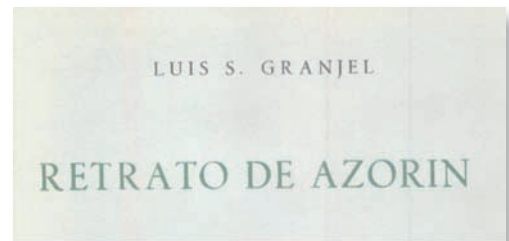


Figura 6: Detalle de la portada de *“Retrato de Azorín”* de Luis S. Granjel.

Desde nuestro punto de vista *“Retrato de Azorín”* es una de las empresas ensayísticas más complicadas de las llevada a cabo por Granjel porque dedica muchas páginas de la misma a captar el carácter, la psicología del maestro de Monóvar o de sus personajes literarios, tanto en los testimonios de quienes lo conocieron

como en sus ensayos, pero sobre todo en su obra narrativa que ha sido calificada por Mario Vargas Llosa, en su discurso de ingreso en la Real Academia Española de la Lengua, como *“Las discretas ficciones de Azorín”*; espigar en la narrativa azoriniana creemos que es difícil, porque como apunta el escritor peruano *“las personas, (...), no pasan de siluetas, sombras, entelequias”*, eso sí con una prosa cuidada *“de precisión maniática y respirar simétrico”*, mostrándose más audaz cuando escribe artículos o pequeños ensayos. Vargas Llosa insiste, desde la admiración que le profesa, que Azorín sabía describir más que contar. Camilo José Cela, en su discurso de contestación, apunta que Azorín sufre viendo como se quema el tiempo y el autor de *“La tía Julia y el escribidor”* insiste en que es un *“descriptor pertinaz de lo exterior (...), como si todo lo que no formara parte del mundo físico lo ahuyentara”*, de manera que refleja un *“mundo sin tiempo y también sin sexo”*. Esta y otras cuestiones, desde la erudición y la exégesis, las supo ver Granjel incluida la honda preocupación por el tiempo que tenía Azorín:

“Muy temprana es, en la vida íntima de Azorín, su preocupación por el tema del tiempo, y tanto que su primera vivencia la experimentó, aún niño, durante su estancia como escolar en Yecla, según revelación que el escritor hace en ‘Las confesiones de un pequeño filósofo’. Años después, alcanzando ya, con su vida, la frontera de la madurez, el tema que empieza a obsesionarle, reaparece en el ‘Diario de un enfermo’ y en ‘La voluntad’, y como en estas obras en otros muchos escritos cuya simple mención abrumaría”.

En 1918 Azorín escribía sobre la labor destructora del tiempo, *“deshaciendo las cosas”*; Ortega decía que el escritor levantino no era un filósofo de la historia sino un *“sensitivo”* de la historia; esto mismo creemos que lo ha sabido

ver Granjel cuando analiza la vida cotidiana de Azorín o cuando va desgranando con paciencia entomológica su ascetismo, su tristeza y el hermetismo de su mundo psíquico, así como su sentimiento de que el hombre es indiferente al dolor ajeno o el miedo a no poder seguir escribiendo. Vargas Llosa lo vio solamente una vez, en 1958, y tuvo la sensación de ver a un *“viejecillo mudo, translúcido y aéreo”*; en esta línea, Granjel reproduce algunos párrafos de Ortega y Gasset para reflejar su tendencia a la soledad: *“...no consiste ya simplemente en que se halle sin nadie al lado, sino que se ha convertido en una realidad, en un cuerpo transparente y sólido, en un caparazón cristalino que llevase en torno de su persona. Cuando alguien le habla se sorprende e inquieta como si de súbito le hubieran quebrado la vidriera de soledad circundante,...”*. Granjel realiza un esfuerzo notable para explorar la personalidad íntima de Azorín a través de sus personajes, como es el caso de “X” que en sus años ancianos siente que la salud con los años es como un *“hilito quebradizo”*. En la década de los cuarenta Azorín creó un personaje, Antonio Quiroga, del que dice: *“...del mundo externo sólo conservo las nociones más escuetas y elementales; desecho de mí, aparte de mí hago esfuerzos para rechazarlo todo cuanto pueda ser enlace con las cosas, con la vida tangible, con el mundo real”*. Es preciso aclarar que el ensimismamiento de José Martínez Ruiz, o por mejor decirlo de los personajes en los que se refleja literariamente, no es cosa de los años postreros del escritor sino que en obras tempranas como *“La voluntad”* presenta a su personaje como un *“mozo ensimismado y taciturno, habla poco y en voz queda”*. Otro personaje, Antonio Azorín, dice de sí mismo: *“Yo me veo solo, yo me veo triste; yo veo que mi juventud va pasando estérilmente, sin una ternura, sin una caricia, sin un consuelo”*.

La dificultad, pues, de estudiar biográfica y patográficamente a Azorín reside en que el escritor de Monóvar se muestra y se esconde a través de sus personajes, y se corre el riesgo en muchas ocasiones de atribuir a su persona sentimientos o enfermedades que pueden ser creaciones literarias, aunque no podemos olvidar que Pío Baroja que le conoció bien lo calificó de *“hombre retraído y frío”*. Por todo ello Granjel haciendo uso de sus conocimientos psiquiátricos, con mucha prudencia escribe lo siguiente:

“La introyección abre la puerta en quien la vive, en ocasiones, a la desviación neurótica; sin pretender asegurar que Azorín lo sea o lo haya sido un día, sí es bien cierto que su personalidad, tal como ella se descubre, con singular frecuencia, en el cuerpo de su obra, ofrece rasgos que autorizan a sospechar su presencia”.

No se puede olvidar que en su *“Retrato de Azorín”* Granjel insiste, por ejemplo, en que autores como Marco Merenciano han estudiado el perfil psicopatológico de algunos personajes creados por José Martínez Ruiz, Azorín, situando el asunto patográfico en su justo término. Asimismo en el referido ensayo ha explorado magistralmente también la vivencia de la vejez en la obra azoriniana, sobre todo esa creencia de que el anciano *“es un enfermo”*, *“sano hasta cierto punto”*, que debe estudiarse a sí mismo y cuidarse: *“¿Sepamos callar, sepamos dormir, sepamos respirar, sepamos comer!”*. Consejos muy razonables que seguramente ayudarían a José Martínez Ruiz a convertirse en nonagenario.

A partir de los citados estudios de Granjel se ha apreciado también que la obra de Azorín muestra una extensa nómina de médicos, reales o ficticios, así como opiniones sobre la medicina y lo que es más importante sobre la vivencia de la enfermedad. Citaremos aquí

solamente la aparición de Gregorio Marañón y de Teófilo Hernando, en novelas como *“El enfermo”* y *“María Fontán”*, con los nombres figurados respectivamente de García de Rodas y Facundo Irala. En líneas generales la figura del médico en la obra de Azorín recibe un tratamiento literario de beneplácito y admiración, y es que como expresa Marañón y subraya Granjel el mundo íntimo de los entes de ficción azorinianos están llenos de bondad, *“en la humanidad de Azorín no existe el demonio”*. Entre las cualidades que debe poseer el médico señala, por ejemplo la de *“no ser asombradizo”* y *“no ser lenguaraz”*. Una vez más asoma el afán de discreción en la obra azoriniana.

Para finalizar si tuviéramos que quedarnos con un personaje de la obra literaria de Azorín para explorar la vivencia personal de la enfermedad o de las enfermedades sería, sin duda, el de Víctor Albert de la novela *“El enfermo”*, en la que el citado personaje realiza reflexiones sobre las fronteras de la misma: *“...fronteras, porque se trata de un terreno, que no siendo ya el de la salud, no es todavía el de la enfermedad”*. Víctor Albert es muy consciente de que en la enfermedad *“somos otros de los que antes éramos. Hemos perdido una personalidad y hemos ganado otra. Y esta otra vale acaso, y sin acaso, más que la precedente”*. Azorín, pues, antes que Laín Entralgo y Susan Sontag, expone con sencillez la idea de que la enfermedad constituye un episodio biográfico que puede cambiar la vida de la persona. Granjel ha glosado también la neurosis que padece este personaje, el temor obsesivo a varias enfermedades: *“A mi pesar, contra mi voluntad, en estos momentos ya no soy yo; soy de Friedriech, o de Little, o de Stokes-Adams; lo soy de un modo pasajero. Y en forma ineluctable, como un siervo adscrito a la gleba de Bright, el terrible Bright”*.

Granjel plasma aquí algo que le ha preocupado siempre, estudiar la vivencia de enfermedad a través de los personajes que ofrece la literatura, consiguiéndolo plenamente con este Víctor Albert de Azorín y también con el don Pablo Silva de la novela *“Doña Inés”*. Granjel resume certeramente también el padecimiento de Víctor Albert en su ensayo *“Literatura y medicina”* (2001), como testimonio valioso para alcanzar un conocimiento más humanizado de la enfermedad:

“Testimonio que considero valioso de la ‘vivencia de enfermedad’ lo ofrece la novela, rigurosamente autobiográfica, de Azorín, ‘El enfermo’, publicada en 1943, al regreso de su voluntario exilio en París; el protagonista del relato, Víctor Albert, es contrafigura del autor, vive edad de su vida que corresponde a la de Azorín y por temperamento hace recordar a los enfermos hipocondríacos (...). Víctor Albert tiene personalidad ‘cambiadiza e impresionable’, lo que favorece su conversión en ‘enfermo imaginario’; su existencia es dominada por supuestas dolencias que alimenta con lecturas de obras de medicina y la amistad de los médicos que atienden las claudicaciones de su organismo (...).

Posee también valor informativo la afirmación que sustenta Víctor Albert sobre los cambios que la enfermedad, real o creída, impone en el comportamiento...”

La prosa de Azorín brilló especialmente también en los periódicos realizando crónicas de los balnearios vascos de Alzola, Zaldívar, Carranza y Cestona, estudiadas por Urkía en su ensayo *“Literatura balnearia en España: Azorín y Baroja”*. Un tema este de los balnearios del cual también se ha ocupado Granjel en su monografía *“Viaje al Balneario”* publicada en 1997, que no glosamos en este artículo porque merece consideración aparte.

4. EPÍLOGO

Luis Sánchez Granjel, como es sabido, ha desarrollado durante décadas una ingente labor historiográfica abarcando desde la medicina española de la Antigüedad y Edad Media hasta la Edad Contemporánea; en este sentido cabe recordar el consejo crucial que le dio Laín Entralgo: *“¿Por qué no dedica usted a la historia de la medicina española su atención principal?”* Y a este menester consagró Granjel su trabajo durante décadas desde la cátedra de Historia de la Medicina de Salamanca, fundando primero un Seminario de Historia de la Medicina Española, en 1955, que fue transformado en Instituto en 1969 en el antiguo edificio del Colegio Mayor del Arzobispo Fonseca. En el seno del mismo cultivó, pues, la investigación de archivo, y creó una importante escuela histórico médica que ha traspasado ampliamente las fronteras salmantinas; pero como hemos apuntado desarrolló también en el seno de este Instituto su vocación literaria, que le acompaña desde su juventud, de manera que en su persona confluyen de forma rigurosa la doble condición de historiador de la medicina y de historiador de la literatura; precisamente a esta última línea de trabajo hemos consagrado este artículo, abarcando parcialmente sus estudios sobre la denominada Generación del 98, enfocándolo específicamente en el punto donde convergen las cuestiones médicas con la literatura o la crítica literaria y más concretamente a través de figuras como Santiago Ramón y Cajal, Felipe Trigo, Pío Baroja y Azorín, recordando tan solo en nuestro relato -por haber sido motivo de un estudio anterior- la importante psicobiografía que dedicó a Miguel de Unamuno. Asimismo hemos intentado precisar en estas páginas que la condición de estudioso de Granjel en torno a la citada Generación no queda en la mera enumeración epi-

sódica de hechos, acontecimientos y figuras, sino que muy al contrario se muestra como un crítico literario riguroso que cuestiona en sus trabajos la denominación con la que tradicionalmente se encuadra a los escritores de la citada Generación, prefiriendo la denominación de *'Promoción literaria de la Regencia'*. Somos conscientes de que la obra granjeliana merece otros estudios en esta línea específica de la literatura y la medicina, a esta tarea intentaremos consagrar nuestros esfuerzos en el futuro.

BIBLIOGRAFÍA

- Abellán, J.L. (1993) Historia crítica del pensamiento español. La crisis contemporánea I. La Restauración canovista 1875-1897. Tomo 6. Círculo de Lectores, Barcelona.
- Álvarez-Junco, J. (2012) Mater Dolorosa. La idea de España en el siglo XIX. Taurus historia, Madrid.
- Azorín (1961) El enfermo. Biblioteca Nueva, Madrid.
- Azorín (2013) La ruta de don Quijote. Alianza editorial, Madrid.
- Baeza, F. (dir.) (1962) Baroja y su mundo. Ediciones Arion, Madrid.
- Baroja, P. (2006) El árbol de la ciencia. Caro Raggio/Cátedra, Madrid.
- Bergasa, V. (1997) Felipe Trigo un modernista europeo. El Mercure de France. Anales de Filología Francesa 8: 51-65.
- Bergamín, J. (1974) Prólogo. En Trigo, F.: El médico rural. Ediciones Turner, Madrid.
- Beser, S. (1983) El árbol de la ciencia. Pío Baroja. Editorial Laia, Barcelona.
- Blanco-Aguinaga, C. (1970) Juventud del 98. Siglo XXI, Madrid.
- Cacho-Viu, V. (1997) Repensar el 98. Biblioteca Nueva, Madrid.
- Carreras-Panchón, A. (2003) Entrevista a Luis Sánchez Granjel. Eidon. Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud 12: 28-33.
- Ciaella, L. (2006) Making emotion visible: Felipe Trigo and 'La sed de amar' (educación social). Decimonónica 1: 28-43.
- Cruz-Hernández, M. (1998) El 98 desde dentro. Anuario Filosófico 31: 25-53.
- Cuvardic-García, D. (2009) El debate modernismo-Generación del 98. Revista Reflexiones 88,2: 101-112.
- Díaz-Plaja, G. (1979) Modernismo frente a Noventa y Ocho: una introducción a la literatura española del siglo XX. Espasa-Calpe, Madrid.
- Fox, E.I. (1989) El concepto de Generación de 1898 y la historiografía literaria. Disponible en http://cvc.cervantes.es/literatura/aih/pdf/10/aih_10_2_089 (Consultado el 8 de diciembre de 2013).
- Gómez-Trueba, T. (2002) Imágenes de la mujer en la España de finales del XIX: <santa, bruja o infeliz ser abandonado>". Disponible en <http://www.lehman.cuny.edu/ciberletras/v06/gomeztrueba.html> (Consultado el 8 de diciembre de 2013).
- Granjel, Luis S. (1949) El tema de la enfermedad en 'La Montaña mágica' de Thomas Mann. Medicina Clínica XIII: 56-59.
- Granjel, Luis S. (1951) La personalidad médica de Pío Baroja. Archivos Iberoamericanos de Historia de la Medicina III: 169-204.
- Granjel, Luis S. (1953) Retrato de Pío Baroja. Editorial Barna, SA, Barcelona.
- Granjel, Luis S. (1955) Médicos y enfermos en las obras de Azorín. Archivo Iberoamericano de Historia de la Medicina y de Antropología médica VII: 547-559.
- Granjel, Luis S. (1957) Retrato de Unamuno. Ediciones Guadarrama, S.L, Madrid.
- Granjel, Luis S. (1958) Retrato de Azorín. Ediciones Guadarrama, SL, Madrid.
- Granjel, Luis S. (1959) Panorama de la Generación del 98. Ediciones Guadarrama, SL, Madrid.
- Granjel, Luis S. (1960) Baroja y otras figuras del 98. Ediciones Guadarrama SL, Madrid.
- Granjel, Luis S. (1962) Biografía de 'Revista Nueva' (1899). Ediciones de la Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Granjel, Luis S. (1966) La Generación literaria del Noventa y Ocho. Ediciones Anaya, Salamanca.
- Granjel, Luis S. (1966) Edición de Juan Bautista Amorós

- (Silverio Lanza): Obra selecta. Selección y estudio preliminar. Ediciones Alfaguara. Madrid, pp. 9-130.
- Granjel, Luis S. (1973) Médicos novelistas y novelistas médicos (Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Salamanca, Salamanca.
 - Granjel, Luis S. (1974) Felipe Trigo. Medicina y literatura. Cuadernos de Historia de la Medicina Española XIII: 371-394.
 - Granjel, Luis S. (1975) Felipe Trigo. Medicina y Literatura. En II Reunión Nacional de Médicos Escritores. Mérida, pp. 171-187.
 - Granjel, Luis S. (1981) Maestros y amigos de la Generación del Noventa y Ocho. Ediciones Universidad de Salamanca, Salamanca.
 - Granjel, Luis S. (1988) Memoria personal. Seminario de Historia de la Medicina Vasca, Bilbao.
 - Granjel, Luis S. (1990) Viaje al Balneario. Ediciones Sociedad Vasca de Historia de la Medicina, San Sebastián.
 - Granjel, Luis S. (1992) El último Baroja. Sociedad Vasca de Historia de la Medicina, Salamanca.
 - Granjel, Luis S. (1998) Una vida de historiador. Real Sociedad Bascongada de los Amigos de País, Donostia-San Sebastián.
 - Granjel, Luis S. (1998) Literatura y medicina en la época del Noventa y Ocho. El Médico. Profesión y Humanidades 683: 20-24.
 - Granjel, Luis S. (1999) Psicobiografía de Unamuno (Un ensayo de interpretación). Real Sociedad Bascongada de los Amigos del País, San Sebastián.
 - Granjel, Luis S. (2001) Literatura y medicina (cuaderno de trabajo). Sociedad Vasca de Historia de la Medicina, San Sebastián.
 - Granjel, Luis S. (2005) Lectura médica del Quijote. Anales de la Real Academia Nacional de Medicina 1: 131-143.
 - Granjel, Luis S. (2011) Literatura y medicina. En Gracia, D.: Medicina y Humanidades. Real Academia Nacional de Medicina. Madrid, pp.103-110.
 - Granjel, Luis S. (2013) La Academia Nacional de Medicina en la Segunda República (La Academia en San Sebastián). Fundación del Colegio de Médicos de Guipúzcoa, San Sebastián.
 - Guerrero-Cabanillas, V. (2007) Felipe Trigo Cabanillas, desorden mental y creatividad literaria. Consejería de Cultura y Turismo. Ayuntamiento de Villanueva de la Serena.
 - Hernández-Lobato, J. (2009) Hipotexto bíblico y Haggadah judía en El árbol de la ciencia: El Génesis según Baroja. Revista de Literatura 141: 85-110.
 - Heredia-Soriano, A. (1998) Concepto del 98. Anuario Filosófico 31: 9-24.
 - Heredia-Soriano, A. (sfe) Realidad histórica y Generación del 98. Disponible en <http://www.canela.org.es/cuadernos/canela/canelapdf/cc10heredia.pdf> (Consultado el 8 de diciembre de 2013).
 - Herrera-Rodríguez, F. (1998) Enfermedad y guerra colonial en Cuba y Puerto Rico. El Médico. Profesión y Humanidades 683: 82-88.
 - Herrera-Rodríguez, F. (2011) Un repaso de Granjel a las 'neurosis' de Unamuno. En: Las enfermedades de Síisfo. Reflexiones sobre literatura, medicina y enfermedad. Cádiz, pp. 79-96.
 - Herrera-Rodríguez, F. (2013) Epístola 'literaria' al profesor Sánchez Granjel. Intervención en el homenaje al profesor Granjel celebrado en el Colegio de Médicos de Salamanca el día 7 de septiembre de 2013. Inédita.
 - Laín, P. (1975) La Generación del Noventa y Ocho. Espasa-Calpe, Madrid.
 - Laín, P. (1987) La enfermedad humana. En Albarracín, A. (dir.): Historia de la enfermedad. Saned, Madrid, pp. XI-XVII.
 - Laín, P. y Seco, C. (eds.) (2005) España en 1898. Las claves del desastre. Galaxia Gutenberg y Círculo de Lectores, Barcelona.
 - Mainer, J.C. (2011) La Edad Contemporánea. En Breve historia de la literatura española. Alianza editorial, Cádiz, pp. 431-674.
 - Mainer, J.C. (2012) Pío Baroja. Taurus, Madrid.
 - Marías, J. (1975) Literatura y generaciones. Espasa-Calpe, SA. Madrid.
 - Martínez San Martín, A. (1983) La narrativa de Felipe Trigo. Editorial CSIC, Madrid.
 - Mellizo, F. (1971) Los cazadores de recuerdos. Reportaje de los grandes momentos de la Medicina (El Instituto de

- Historia de la Medicina de Salamanca). *Tribuna Médica*: VIII: 13.
- Muelas-Herraiz, M. (1986) La obra narrativa de Felipe Trigo. Tesis doctoral. Universidad de Alicante. Disponible en <http://www.biblioteca.org.ar/libros/140116.pdf> (Consultado el 8 de diciembre de 2013).
 - Peiro-Rando, E. (1966) La obra científica del Dr. Letamendi. Disponible en <http://www.raco.cat/index.php/AnalesMedicina/article/viewFile/142945/254217> (Consultado el 8 de diciembre de 2013).
 - Peset, J.L. (1998) José de Letamendi, Decano de la Facultad de San Carlos. Cuaderno del Instituto Antonio de Nebrija 1: 211-223.
 - Ramón y Cajal, S. (1978) Charlas de café. Espasa Calpe, SA, Madrid.
 - Ramón y Cajal, S. (1991) Reglas y consejos sobre investigación científica. Los tónicos de la voluntad. Espasa Calpe, Madrid.
 - Ramón y Cajal, S. (2009) La mujer. Psicología del Quijote y el Quijotismo. Formación Alcalá, Alcalá la Real.
 - Ramsden, H. (1974) The 1898 Movement in Spain. University Press, Manchester.
 - Riera-Palmero, J. (2003) Medio siglo de historiografía médica española: aproximación a la obra de Luis S. Granjel. *Llull* 26: 257-278.
 - Sarró, R. (1963) El sistema mecánico-antropológico de José de Letamendi. Discurso de recepción de Académico. Real Academia de Medicina de Barcelona, Barcelona.
 - Sontag, S. (1980) La enfermedad y sus metáforas. Muchnik Editores, Barcelona.
 - Tejerizo, L.C. (2003) Luis Sánchez Granjel. El hombre que hay detrás del historiador. Trafotex Fotocomposición, S.L, Salamanca.
 - Trigo, F. (1974) El médico rural. Ediciones Turner, Madrid.
 - Urkía-Etxabe, J.M. (1998) El mundo de los balnearios. La crisis de 1898. *El Médico. Profesión y Humanidades* 683: 52-55.
 - Urkía-Etxabe, J.M. (2006) Literatura balnearia en España: Azorín y Baroja. *Balnea* 1: 41-62.
 - Vargas-Llosa, M (1996) Las discretas ficciones de Azorín. Discurso de ingreso en la real Academia Española de la Lengua. Discurso de contestación Camilo José Cela. Barcelona.
 - Zola, E. (1881) *Le roman expérimental*. G. Charpentier editeur, Paris.

Historiando el origen del Ilustre Colegio Provincial de Practicantes de Huelva

Historian the origin of the Ilustre Colegio Provincial of Practitioners of Huelva

Historiar as origens do College of Practitioners Provincial de Huelva

Jose Eugenio Guerra-González¹, Diego José. Feria Lorenzo², Carmen María Martínez-Sánchez³

¹Enfermero de Huelva. Máster en Ciencias de la Enfermería. Hospital Ntra. Sra. de Valme, Sevilla

²Enfermero. Licenciado en Historia. Profesor Titular de la Facultad de Enfermería Universidad de Huelva

³Enfermera. Máster en Nuevas tendencias asistenciales en Ciencias de la Salud. Hospital El Tomillar, Sevilla

Cómo citar este artículo en edición digital: Guerra-González, J.E., Feria Lorenzo, D.J., Martínez-Sánchez, C.M^a. Historiando el origen del Ilustre Colegio Provincial de Practicantes de Huelva. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital) 18, 38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.38.8>

Correspondencia: José Eugenio Guerra-González. C/Luis Romera Ojeda nº 12. 41500 Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

Correo electrónico: ppguerra30@hotmail.com

Recibido: 21/11/2013; Aceptado: 12/01/2014



ABSTRACT

This article is about a document of utmost importance for the collegiate body nurse of Huelva extracted from book of proceedings of the Colegio Provincial of Practitioners of Sevilla (5-5-1909/19-8-1918), in which reference is made back in the year 1912 the need of referees in Seville but Huelva source they believe their own school in our province. A first attempt that bore no fruit, but so has and must not ignore it. Article chronicles the ardu-

ous efforts in the run-up and the evolution of the research, the book of records of the Colegio Provincial of Practitioners of Sevilla (5-5-1909/19-8-1918) and analysis of the Act itself, i.e. mentions place celebration, participants, application of sanctions to not attending, approval of the minutes of the previous general and the last directive, application for admission in the collegiate institution internal economic balance, collegiate board, proposed appointment of delegate at this school in Huelva for the creation of a professional order, the entry into force of certain articles of the regulations -relief-. Finally, the authors carried out a personal reflection on the matter, i.e. research in History College of Nursing in Huelva.

Keywords: history, college nursing, centenary, commemoration.

RESUMO

Este artigo é sobre um documento muito importante para Huelva enfermeira colegiado tirada do Livro de Atos do Colégio Provincial de Praticantes de Sevilha (5-5-1909/19-8-1918), que remetido 1912 da necessidade de

uma casa colegiada em Huelva Sevilla, mas criar sua própria escola em nossa província. A primeira tentativa não foi bem sucedida, mas tem e não devemos ignorar. O artigo narra as árduas negociações na véspera e no curso da investigação, a análise do Livro de Atas do Colégio de Médicos de Sevilha, 5-5-1909/19-8-1918 eo ato em si, é mencionada local de encontro, os participantes, e não sanções assistentes, a aprovação Lei Geral e do conselho de anteontem, pedido de adesão na instituição colegiada, o equilíbrio econômico interno, colegiado rejeitou, delegado nomeação deste College, em Huelva a criação de uma associação profissional e entrada em vigor de certos artigos do Regulamento de alívio. Finalmente, os autores realizar uma reflexão pessoal sobre o assunto, ou seja, investigar Colegiado de Enfermagem História de Huelva.

Palavras-chave: história, Escola de Enfermagem, comemoração do Centenário

RESUMEN

Este artículo versa sobre un documento de suma importancia para el ente colegial enfermero de Huelva extraído del Libro de Actas del Colegio Provincial de Practicantes de Sevilla (5-5-1909/19-8-1918), en el que se hace referencia allá por el año 1912 de la necesidad de que colegiados en Sevilla pero de origen onubense creen su propio Colegio en nuestra provincia. Un primer intento que no fructificó pero así consta y no debemos obviarlo. El artículo narra las arduas gestiones en los prolegómenos y en el devenir de la investigación, el análisis del Libro de Actas del Colegio de Practicantes de Sevilla, 5-5-1909/19-8-1918 y del Acta en sí, es decir menciona lugar de celebración, asistentes, aplicación de sanciones a no asistentes, aprobación del Acta general anterior y de la directiva última, solicitud de

ingreso en la institución colegial, balance económico interno, colegiados cesados, propuesta de nombramiento de delegado de este Colegio en Huelva para la creación de un Colegio profesional y la entrada en vigor de determinados artículos del Reglamento -socorros-. Para finalizar, los autores realizan una reflexión personal al respecto, es decir investigar en Historia Colegial de Enfermera de Huelva.

Palabras clave: Historia, Colegio de Enfermería, Centenario.

INTRODUCCIÓN

Árduas gestiones en los prolegómenos de esta Historia...

El conocimiento documental de la existencia de iniciales gestiones para la creación del Colegio de Practicantes de la provincia de Huelva (Gallardo, 1999, 1993), hace que desde ese momento fuera un objetivo primordial a abordar oportunamente en un futuro no muy lejano por los autores. Continuadores de una línea de investigación en torno al estudio de otras fuentes, en este caso entes formales de la profesión, entiéndase Colegios, Consejos, Escuelas enfermeras etc., como otros autores (Velandia, 2009), (Oguisso, 2012), (Ruiz, 2011, 2012), surge este trabajo con expectativas de aportar conocimiento a la profesión. Nuestras gestiones se inician con una autorización fechada en el mes de mayo del año 2009, *del Presidente del Colegio de Huelva* D. Gonzalo García Domínguez a su homónimo en el *Colegio de Sevilla*, D. José María Rueda Segura en el que se informa de la pretensión de los autores -colegiados onubenses-, de realizar la Historia del Colegio Onubense para conmemorar el Centenario de esta institución colegial en 2012. A partir de este momento se suceden durante varios meses, intentos de citas tele-

fónicas y varias visitas a la sede colegial hispalense con encuentros con el Presidente. En una primera reunión el 29 de Octubre de 2010 con el Secretario se logra localizar en su despacho no sin dificultades y disponer del *Libro de Actas del Colegio Provincial de Practicantes de Sevilla (5-5-1909/19-8-1918)* (Colegio Provincial de Practicantes de Sevilla, 1909). Un hecho resultó crucial, la entrega de premios del XXVII Certamen Nacional de Investigación de Enfermería del Ilustre Colegio de Enfermería de Sevilla en el que se coincidió con la Directiva colegial hispalense, acaso la última oportunidad para concretar una cita y poder examinar el *Libro de Actas*. En fecha señalada, 19 de Junio de 2012, la cita con el *Secretario del Colegio de Enfermería de Sevilla* D. Carmelo Gallardo Moraleta era una realidad y después de buscar unos interminables minutos en su despacho podía mostrar el *Libro de Actas del Colegio Provincial de Practicantes de Sevilla (5-5-1909/19-8-1918)*, en esta ocasión para devorarlo con un exhaustivo análisis. Así en la trigésima sesión colegial registrada, con fecha 1 de Julio de 1912 aparece en el *Libro de Actas del Colegio Provincial de Practicantes de Sevilla (5-5-1909/19-8-1918)* tal iniciativa, creación del Ilustre Colegio Provincial de Practicantes de Huelva, pero a buen seguro las gestiones se sucedieron arduamente y con anterioridad.

FUENTES Y MÉTODO

Libro de Actas del Colegio de Practicantes de Sevilla 5-5-1909 - 19-8-1918

Es un libro, tipo diario, con portada y contraportada de color azul y letras doradas que explicitan *Colegio Provincial Practicantes Actas 5-5-1909-19-8-1918*, encuadernación contemporánea, hojas de tamaño A4 cosidas en ramilletes, numeradas en vértice superior derecho, con renglón y margen izquierdo, amarillentas

y con manchas atribuibles al óxido y al paso inexorable del tiempo y con textos en caligrafía de época en diversos colores. En su primera página se constata el siguiente texto: *Don Vicente Ruiz de Cepeda Practicante en Medicina y Cirugía. Secretario del Colegio Provincial de Practicantes de Sevilla. Certifico: que este libro de actas tiene cuatrocientos folios y empieza en la sesión del día once de mayo de mil novecientos nueve. Sevilla 5 de mayo de 1909.*

RESULTADOS Y SU DISCUSIÓN

Análisis del Acta

Aquel día, la primera pagina de los principales periódicos nacionales informaba a la sociedad madrileña del viaje de los Reyes de Inglaterra al País de Gales (ABC, 1912), a la sociedad barcelonesa sobre necrológicas del día y anuncios varios (La Vanguardia, 1912), mientras que la sociedad onubense era regida por el Alcalde D. Francisco García Ortiz (13/12/1911-22/9/1913). La sesión colegial que nos ocupa tuvo lugar en el local de la *Real Academia de Medicina de Sevilla*, en su primera sede (1895-1932), sita concretamente en el número 12 de la calle Alfonso XII, en pleno centro de la capital hispalense y que también albergó en sus inicios al Colegio de Practicantes, de Odontólogos y la Escuela de Matronas (Lupi3n, 1995). A esta sesi3n ordinaria asistieron un total de 8 miembros, 5 m3s no asistieron pero se excusaron y 9 miembros m3s ni asisten ni se excusan por lo que se hace constar la aplicaci3n del art3culo n3mero 34 -contribuci3n con donativos-, en cuanto a la no asistencia a las sesiones colegiales. Entre los asistentes figuran D. Pablo de Pablos Leal, Presidente, D. Antonio Matamoros Moreno, D. Antonio Moreno P3rez, D. Jos3 Le3n R3os, D. Miguel Le3n Rodr3guez, D. Manuel L3pez Lara, D. Jos3 Garc3a Leanez y D. Luis Cledera

Choclan. Respecto a los asuntos abordados en esta sesión, se inicia tal como es pertinente con la aprobación del Acta de la general anterior y de la directiva última. A continuación se contempla cómo favorable la solicitud de ingreso en la institución colegial suscrita el 12 de Junio de 1912 por D. Fernando Gayoso Fernández, a la postre Presidente del Colegio sevillano (Enero, 1918-Agosto, 1918). Después se contempla un balance económico interno que hace constar en caja un total de 196,60 ptas., de las de la época, dinero por entonces fabricado en la casa londinense *Bradbury Wilkinson and Company*, en los billetes -figuras femeninas en anverso y escudo de España y monumentos en reverso-, y en las monedas de plata y cobre -efigie del monarca Alfonso XIII- (Calicó, 2008). A continuación se identifican los colegiados que son cesados de la institución colegial por falta de pago en las cuotas colegiales, aspecto este nada extraño pues se sucede con bastante asiduidad en la época y aunque en ningún caso se explicitan los motivos, detrás tal proceder pudieran estar penurias personales, compromiso débil con el ente colegial etc., aunque también es cierto que las readmisiones tiempo después son frecuentes igualmente. Es a continuación cuando el Acta hace constar el fin último de esta investigación, el de la propuesta del Señor Secretario, D. Miguel León Rodríguez en la que se acuerda nombrar delegado de este Colegio a D. Marciano Gómez García, practicante en Sotiel Coronada para que gestione entres sus compañeros de Huelva la

creación de un Colegio profesional. Es oportuno recordar en este instante y en cuánto a nuestros orígenes colegiales, la constancia documental de tres intentos de fundación del Colegio de Practicantes de Huelva, el primero acaeció en 1912 -no consolidado-, el segundo en el año 1918 -disuelto-, y el tercer y último intento en el año 1924 (Toscano, 2003). La sesión finaliza con el recordatorio a los asistentes de la entrada en vigor del artículo número 34 y 55 del Reglamento en cuánto a socorros se refiere.

CONCLUSIONES

Para finalizar este artículo, comentar que respecto a la investigación en Historia de la Enfermería y Colegial en Huelva, hasta este momento, lo expuesto, a partir de ahora, lo que nos propongamos...con trabajo y esfuerzo mantenido...un gesto *simple* en los inicios, una *constancia* en el tiempo y de una trascendencia inigualable para la Historia Colegial Enfermera Onubense.

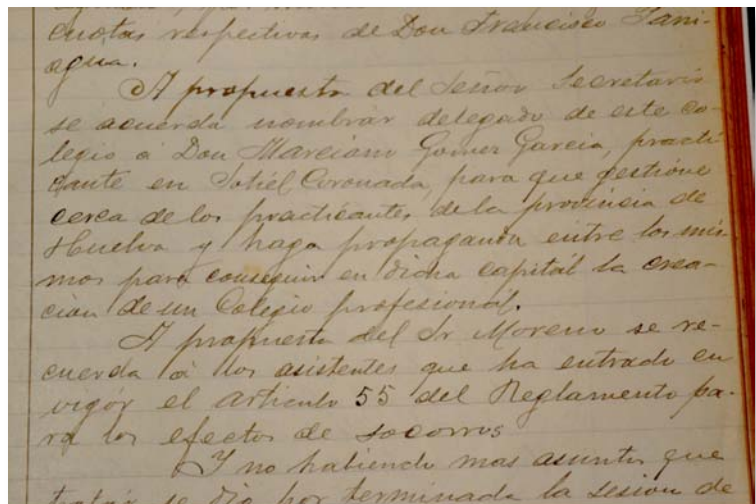


Ilustración nº 1. Párrafo del Acta del Colegio Provincial de Practicantes de Sevilla. 1.7.1912, pág. 131.

REFERÊNCIAS

- ABC. (1912) Diario Ilustrado. Año VIII. N° 2575. 2ª Época. 1/7/1912. Madrid
- Calicó, X. (2008) Numismática Española (1474-2001). Barcelona
- Gallardo, C. (1999) Marciano Gómez, en 1912, funda el Colegio de Practicantes de Huelva. Documentos de Enfermería 12, 8
- Gallardo, C. (1993) La Enfermería Sevillana. El colegio y su historia 1900-1930. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla. Sevilla
- Libro de Actas del Colegio Provincial de Practicantes de Sevilla (5-5-1909/19-8-1918). Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla. Sevilla
- La Vanguardia. Diario Independiente de Barcelona. Año XXXI. N° 14214. 1/7/1912. Barcelona
- Lupión, E. (1995) El Real e Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Sevilla. Historia viva de una institución secular. Colegio Médicos de Sevilla. Sevilla
- Oguiso, T. (2012) La incidencia del Consejo Internacional de Enfermeras en la historia y socialización de la Enfermería. Cultura de los Cuidados 32, 23-37
- Ruiz, Mª. D. (2011). Los antecedentes a la colegiación obligatoria de las matronas en Madrid. Cultura de los Cuidados 31, 69-76
- Ruiz, Mª. D. (2012) La tradición obstétrica familiar en el Real Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid: Concepción de Navas, la hija de Juan de Navas. Cultura de los Cuidados 32, 76-81
- Toscano, M. (2003) La fundación de los colegios y la sociedad española de principios del siglo XX. Documentos de Enfermería 21, 8-9
- Velandia, A.L. (2009) La Escuela Nacional Superior de Enfermeras de Colombia. Relaciones con Organismos Interamericanos. Cultura de los Cuidados 25, 36-45

Mary Seacole e Maria Soldado: enfermeiras negras que fizeram história

Maria Seacole y María Soldado: enfermeras negras que hicieron historia

Mary Seacole and Mary Soldier: black nurses who made history

Lily Löw¹, Taka Oguisso²

¹Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/EEUSP. Pesquisadora do Grupo de Pesquisa História e Legislação da Enfermagem – ENO/EEUSP/CNPq. E-mail: lilylow@usp.com.br. (11) 962942356

²Professora Titular da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Líder do Grupo de Pesquisa História e Legislação da Enfermagem – ENO/EEUSP/CNPq. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. (11) 30617552 E-mail: takaoguisso@usp.com.br

Cómo citar este artículo en edición digital: Löw, L. y Oguisso, T. (2014) *Mary Seacole e Maria Soldado: enfermeiras negras que fizeram história*. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital) 18, 38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.38.9>

Correspondencia: ENO/EEUSP/CNPq. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419. (11) 30617552

Correo electrónico: lilylow@usp.com.br.

Recibido: 10/10/2013; Aceptado: 11/12/2013



ABSTRACT

This study aims at giving visibility to two women; Mary Jane Seacole and Mary Soldier, who have experienced racism in their actions, but they knew how to face the unknown boundaries, overcoming them in search of their lives ideals. Through the documental research method, it is intended to rescue the history of these black women, placing them as models for the nursing professional history and also among the forerunners of the modern nursing.

Keywords: Nursing History, Racism, Caregivers

RESUMEN

Este estudio tiene por objetivos dar visibilidad a dos mujeres: Mary Jane Seacole y Maria Soldado, quienes han sufrido racismo en sus acciones, pero supieron desbravar las fronteras del desconocido, superarlas en la búsqueda de los ideales de sus vidas. A través del método de investigación documental, pretendese rescatar la historia de estas mujeres negras, posicionandolas como modelos de la historia profesional de enfermería y colocarlas entre las precursoras de la enfermería moderna.

Palabras clave: Historia de la Enfermería, el racismo, los cuidadores

RESUMO

Este estudo tem por objetivos dar visibilidade a duas mulheres - Mary Jane Seacole e Maria Soldado - que sofreram racismo em suas ações, mas souberam desbravar as fronteiras do desconhecido, superá-las em busca dos ideais de suas vidas. Pretende-se através do método de pesquisa documental, resgatar a história dessas mulheres negras, posicionan-

do-as como modelos da história profissional da enfermagem, colocando-as entre as precursoras da enfermagem moderna.

Palavras-chave: História da Enfermagem, Racismo, Cuidadores.

INTRODUÇÃO

O estudo pretende dar visibilidade a duas mulheres negras que em épocas diferentes foram consideradas enfermeiras pela imprensa. A proposta é divulgar a ação dessas mulheres que, em seu tempo e nas circunstâncias e condições existentes, procuraram atender às necessidades humanas, consubstanciando o que se convencionou chamar de enfermagem pré-profissional, vale dizer, um tipo de cuidado baseado mais na intuição e no espírito de servir do que em ganhos materiais ou até sociais, mesmo porque não havia ainda qualquer tipo de instrução formal capaz de qualificar o trabalho do cuidador, na época de Mary Seacole. Já na época de Maria Soldado, existiam algumas poucas escolas de enfermagem no Brasil, mas havia ainda restrição à admissão de negros. Este estudo focaliza personagens que prestaram cuidados baseando-se em um saber intuitivo, constituído pela prática, e não pela formação profissional (Oguisso, 2011).

Essas duas mulheres conhecidas como Mary Jane Seacole e Maria Soldado viveram em épocas e países distintos, porém existia algo em comum entre elas: eram negras e participaram ativamente, atuando como cuidadoras e enfermeiras na guerra e sofreram discriminação racial.

Descrever o trabalho dessas duas mulheres é uma forma de resguardar no presente essa história para que não se torne um passado a ser esquecido, escondido ou ignorado pelas gerações de hoje e do futuro, visto que dificil-

mente as publicações conseguem sobreviver ao massacre cultural imposto pela classe dominante, constituída majoritariamente de indivíduos brancos (Jezuino, 1997).

Há que se considerar também a quase inexistência de publicações sobre a importância do trabalho de enfermeiras negras para o desenvolvimento da enfermagem mundial e brasileira.

Igualmente não pode ser esquecido que, tanto no mundo como no Brasil, o cuidado foi exercido por homens e mulheres comuns, escravizados ou não, como o caso das amas de leite, babás e mães pretas, que se dedicavam ao cuidado de crianças, idosos, gestantes e parturientes.

Por muito tempo essa história foi negligenciada e pouco analisada, constituindo-se, pois, em amplo campo para estudos em história da enfermagem. Personagens de uma história em construção, esses cuidadores/ enfermeiros, homens e mulheres, merecem respeito e reverência por terem se dedicado, de alguma forma, a feridos e doentes, crianças e idosos (Oguisso, 2011).

Entre os muitos enfermeiros afro-americanos que contribuíram para a profissão, poucos são tão destacados como Mary Elizabeth Carnegie - uma enfermeira inovadora que defendeu a causa de enfermeiros afro-americanos. Nascida em 19 de abril de 1916, em Baltimore (Maryland), foi exemplo do poder negro, pois conseguiu quebrar barreiras raciais e abriu caminho para o avanço de enfermeiras afro-americanas. Dra. Carnegie foi a primeira enfermeira negra nomeada para o Conselho de Administração da Associação de Enfermeiras da Flórida, entre outros inúmeros reconhecimentos. Escreveu vários livros e artigos entre os quais "O Caminho que trilhamos: negros na enfermagem" que recebeu várias premiações. Dra. Carnegie morreu em 20 de fevereiro de 2008 em Chevy Chase, Maryland Buried (Tompkins-

-McCaw, 2013). Nos Estados Unidos, vários outros negros se notabilizaram, tanto na área civil como militar, como Gloria Smith – coordenadora dos Programas de Saúde da Fundação Kellogg, em 1991; Barbara Nichols foi primeira negra a ser eleita presidente da Associação Americana de Enfermeiras, em 1978 e re-eleita em 1980, Coronel Mary Rozina Boyd, Coronel Clara B. Wallace, além de muitas outras.

Justifica-se tal investigação pela essência do trabalho do enfermeiro que é o cuidar/cuidado que não deve sofrer nenhum tipo de alteração em seu procedimento, na conduta, no trabalho em equipe, nas tomadas de decisões independentemente da cor da pele de quem cuida ou de quem é cuidado (Santiago, 2010).

No ambiente de trabalho, o racismo, na maioria das vezes está embutido no assédio moral, em piadas racistas e em outras formas de discriminação. Por tais razões é preciso refletir e ampliar ações em defesa da igualdade racial (Sandra, 2013).

“A atribuição de significado social às propriedades físicas, desde a infância, resulta da compreensão que, paulatinamente, vai se adquirindo em face dos sinais de aceitação ou de rejeição, implícitos nas atitudes e nas condutas dos adultos” (Silva, 2002).

Compreender o racismo pela internalização de imagem desfavorável de si mesmo, a inferiorização e a diferenciação presentes no fenômeno do racismo, relaciona a identidade pessoal com a identidade social, concebendo-a como produto social resultante de situação de conflito “envolvendo discriminação, exclusão social, exploração e opressão individual ou coletiva” (Silva, 2002).

Para Munanga, “o racismo nunca foi um fenômeno estático e no, seu dinamismo atual, recorre com frequência à hipervalorização das diferenças ou das identidades culturais para re-

estruturar-se e reformular-se” (Munanga, 1990).

Sentimentos racistas e preconceituosos são geradores de práticas excludentes e discriminatórias, cujo efeito social interfere na assistência de enfermagem, pois favorece a imposição de juízos de valor em detrimento de juízos de fato, ferindo princípios de equidade e direitos humanos, desfavoráveis para o desenvolvimento de modelos assistenciais existentes, preconizados por políticas públicas de saúde como o Sistema Único de Saúde – SUS e o Programa Nacional de Humanização – PNH (Santiago, 2010).

O presente estudo tem por objetivo dar visibilidade a essas duas mulheres – Mary Jane Seacole e Maria Soldado – que sofreram racismo em suas ações, mas souberam desbravar as fronteiras do desconhecido, driblá-lo e ir em busca do ideal de suas vidas. Pretende-se, pois, resgatar a história dessas mulheres negras, posicionando-as como figuras de proa na história profissional da enfermagem, colocando-as entre as precursoras da enfermagem moderna.

No contexto da pré-profissionalização da enfermagem, existia certo olhar de indiferença ou desconfiança para com pessoas leigas que se dedicavam ao cuidado de doentes ou feridos, crianças ou idosos, mesmo em relação àquelas pessoas que deixaram seus nomes na história do Brasil. Porém, quando esse cuidado era prestado como parte de vocação religiosa, a pessoa era admirada por realizar um ato de caridade cristã. É certo, porém, que reais ou ficcionais, autoridades e mesmo a literatura lhes atribuíram o título de enfermeiro ou enfermeira (Oguisso, 2011).

A enfermagem é tão antiga quanto à existência do ser humano, pois a arte de curar nasceu do desejo de proteção e ajuda ao débil, ao doente e ao desamparado. 13 refere que qualquer expressão de tal natureza estará

sempre vinculada à profissão de enfermeira. A mãe que assiste ao filho enfermo dando-lhe cuidados necessários constitui sempre a visão que surge ao pensar na primeira enfermeira da humanidade. O homem primitivo acreditava que as doenças provinham de causas sobrenaturais, daí o forte vínculo que existia entre doença e divindades e a crença entre os gregos de que, indo ao templo do deus Esculápio (ou Asclépio) no século XIII (AC), poderiam recobrar a saúde. Assim, na Grécia antiga somente aos homens cabia discutir temas filosóficos e as mulheres dedicavam-se apenas aos cuidados dos filhos e dos doentes, tornando-se assim as primeiras “médicas”, “anatomistas” e enfermeiras da história ocidental. Essas mulheres realizavam partos, cuidavam de abortos e tratavam doentes com plantas e ervas medicinais (Borenstein, 1998).

Historicamente, portanto, pode-se dizer que os cuidados dispensados a pessoas na própria habitação foi uma das mais antigas – ainda que rudimentares – formas de atenção ao ser humano. E os cuidados existiram desde que surgiu a vida, uma vez que seres humanos – como todos os seres vivos – sempre precisaram de cuidados, vale dizer, “cuidar é o ato de vida que tem como fim, primeiro e antes de tudo, permitir que a vida continue a desenvolver-se e, assim, lutar contra a morte: morte do indivíduo, morte do grupo, morte da espécie” (Collière, 1989).

Na trajetória evolutiva da sociedade, a ação de cuidar ou “tomar conta” de pessoas, no sentido de ajudá-las a cuidar de si e de atender às suas necessidades vitais, confunde-se no tempo com o trabalho da mãe que nutre os seus filhos e deles cuida. Da mesma forma, como mulher deveria cuidar de outras pessoas dependentes, como idosos, feridos e doentes. A proteção materna instintiva, nestes termos,

pode ser considerada como a primeira forma de manifestação de cuidados do ser humano com seus semelhantes (Oguiso, 2011).

Na medida em que grupos humanos abandonavam o nomadismo e se fixavam em determinado território, formando os primeiros assentamentos humanos, surgiam primitivas organizações sociais, nas quais homens e mulheres assumiam funções distintas nesse embrião de sociedade. Homens dedicavam-se à caça e pesca com todos os riscos inerentes a essas tarefas, e mulheres voltavam suas ações para as lides domésticas. “Ambos, porém, dedicados a cuidar, isto é, “manter a vida dos seres humanos como objetivo de permitir a reprodução e a perpetuidade da vida do grupo” (Collière, 1989).

O reconhecimento legal, social e intelectual da profissão, como permite observar José Siles Gonzáles (1999), exige um olhar que apreenda não apenas o saber-fazer. Os conteúdos da história da enfermagem, ao permitir o reconhecimento do passado, dos percursos que levavam homens e mulheres a projetar a arte de ciência do cuidado como algo imprescindível à vida moderna, sempre orientou o profissional (Siles, 1999).

Assim, devemos projetar luzes sobre essas mulheres: Mary Jane Seacole e Maria Soldado que fizeram parte dessa história.

MARY JANE SEACOLE

Nasceu em 1805, em Kingston, atual capital da Jamaica, uma ilha situada no Caribe, na época em que ela era ainda uma colônia inglesa. Seacole era filha de mãe negra jamaicana e pai branco, escocês, oficial do exército britânico. Mary Seacole era considerada crioula e possuía direitos políticos limitados, mas recebeu uma boa educação e fazia parte da alta sociedade jamaicana, porém isto não impediu

que ela sofresse racismo no decorrer de sua trajetória na enfermagem.

Mary Seacole era uma pessoa tímida e dócil, carismática, determinada, perseverante e lutadora. Herdou da mãe conhecimentos sobre ervas medicinais e tinha adquirido suas habilidades de enfermagem nas epidemias de febre amarela e cólera que ela havia ajudado a combater em seu país e em países vizinhos, como Bahamas, Haiti, Cuba e Panamá. Nesses países ela aprimorou seus conhecimentos e aprendeu a usar plantas e ervas locais para tratar os doentes.

Ao tomar conhecimento de que Florence Nightingale estava selecionando pessoas para ir cuidar de soldados feridos da Guerra da Crimeia (1853-56), Mary Seacole se inscreveu, porém seu pedido foi negado por Florence.

Inconformada com a negativa de Florence Nightingale, mas determinada a ir cuidar dos feridos na Guerra da Crimeia, Seacole resolveu arrecadar fundos para sua própria viagem para Scutari, onde ficariam sediadas as voluntárias da Guerra de Crimeia.

Seacole com os recursos arrecadados montou um hotel chamado British Hotel que ficava a poucos quilômetros da frente de batalha, onde vendia bebida e comida para os soldados britânicos e com o dinheiro arrecadado ajudava nos cuidados médicos que os feridos de guerra precisavam.

Seacole atendia os soldados em campo de batalha e, diversas vezes foi encontrada cuidando de soldados, de ambos os lados, enquanto a batalha acontecia. Ficou conhecida como a Mãe Seacole entre os soldados e feridos de guerra.

Com o fim da guerra em 1856, Mary Seacole retornou à Inglaterra. Porém, logo quis partir para a Índia para trabalhar como enfermeira, porém desta vez, não conseguiu angariar os fundos necessários e morreu em 1881. O Museu Florence Nightingale, em Londres,

reconheceu seu importante papel na enfermagem e em homenagem permanente a ela exibe um busto de bronze na entrada, para que seus feitos não sejam esquecidos. Morreu em 14 de maio de 1881, em Londres.

De fato, suas iniciativas e habilidades no cuidado aos soldados feridos fizeram-na merecedora de várias homenagens conforme relatou em sua autobiografia, "Aventuras maravilhosas da Sra. Seacole em muitas terras" (1857). É um vívido relato de suas experiências, e é uma das primeiras autobiografias de uma mulher de raça mista.

Porém, no Brasil pouco se sabe ou se estuda sobre Mary Seacole cujos seus feitos continuam no anonimato.

MARIA SOLDADO

Noventa anos depois do nascimento de Mary Seacole, nasceria em Limeira, no dia 1º de dezembro de 1895, Maria Jose Barroso, depois conhecida como "Maria Soldado".

Maria Soldado viveu num contexto histórico onde os cientistas propagavam a ideia da eugenia, um movimento de caráter intelectual e racista que, desde a campanha abolicionista, defendia o ideal do embranquecimento do povo brasileiro (Garcia, 1993).

Um dos maiores propagandista da eugenia foi o médico Renato Kehl onde uma das principais marcas de seu discurso era o seu pessimismo quanto ao futuro da nação brasileira, para ele, a miscigenação racial conduzia o Brasil para uma catástrofe. Para Renato Kehl os cruzamentos "promíscuos" eram produtos de indivíduos incapazes para o progresso da nação. O pessimismo em relação ao perfil racial brasileiro poderia ser superado se as ideias e práticas do eugenismo nacional fossem adotadas. Recebida como uma arma capaz de promover uma "nova ordem social" pela melhoria da raça, a eugenia

encontrou em Renato Kehl, um de seus mais importantes divulgadores (Santos, 2005).

Independentemente aos conflitos e crises que o país estava vivendo, Maria Jose Barroso, cognominada depois como Maria Soldado, não hesitou em defender a causa paulista, pois quando eclodiu a Revolução Constitucionalista de 1932, em São Paulo, ela trabalhava como cozinheira da família Penteado Mendonça e abandonou seu serviço para ir à guerra. Maria Jose Barroso, ou “*Maria Soldado*”, nasceu em Limeira, em 1º de dezembro de 1895. *Ingressou na guerra civil, inicialmente, acompanhando os combatentes como “enfermeira” da Legião Negra. Foi reconhecida pelos seus feitos e muitos jornais da época noticiaram sua bravura. Em 5 de setembro de 1932, o jornal A Gazeta referiu-se a “uma mulher de cor, alistada na Legião Negra, vencendo toda sorte de obstáculos e as durezas de uma viagem acidentada, uniu-se aos seus irmãos negros em pleno entrenchamento na frente do sul, descrevendo a página mais profundamente comovedora, mais profundamente brasileira, da campanha constitucionalista, ao desafiar a morte nos combates encarniçados e mortíferos para o inimigo, MARIA DA LEGIÃO NEGRA! Mulher abnegada e nobre da sua raça”.*

Todos os que participaram, direta ou indiretamente, da Revolução Constitucionalista de 1932 lembram-se dos feitos heroicos de “*Maria Soldado*” nas frentes de batalha, como integrante da Legião Negra, onde também empunhou o fuzil e lutou contra as forças federais que defendiam a ditadura de Getulio Vargas.

Em 1957, por ocasião do jubileu de prata do movimento constitucionalista, ela foi escolhida como mulher “símbolo de 32”.

Maria Jose Barroso ou Maria Soldado faleceu em São Paulo, no dia 11 de fevereiro de 1958. Seus restos mortais repousam no panteão dos heróis da Revolução, simbolizado

pelo grande obelisco no Parque do Ibirapuera, na cidade de São Paulo.

Porém, como Mary Seacole, pouco se sabe ou se estuda sobre esta mulher que se tornou uma figura relevante da enfermagem pré-profissional no Brasil. Daí a importância de resgatar essas personagens que na humildade de seu trabalho souberam engrandecer o núcleo da ação profissional de enfermagem, qual seja a ação de cuidar de pessoas. Trazê-las à luz e dar-lhes visibilidade pelo que desempenharam na história, seria a homenagem mínima que pode ser prestada a duas figuras que souberam honrar a ação de cuidar, fazendo desta a motivação de suas vidas em prol do ser humano em sofrimento acarretado pela guerra.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na verdade, a invisibilidade da mulher negra na sociedade constitui uma consequência da precária literatura, reflexo também do pouco interesse sobre essa temática por parte de pesquisadores. Pode-se observar que mesmo havendo um espaçamento de noventa anos entre o nascimento de Mary Seacole (1805) para Maria Soldado (1895), pouco foi feito em relação ao racismo no Brasil e no mundo.

Felizmente, porém começam a surgir enfermeiros, historiadores e sociólogos interessados em aprofundar análises e estudos sobre essa questão. Algumas dissertações e teses já começaram a abordar essa temática. Diante de órgãos governamentais como o Ministério da Saúde que, em 2007, relembra em cartazes distribuídos em serviços de saúde que “muitas vezes praticamos o racismo e nem percebemos” constitui prova contundente de que esse problema continua a existir. À medida que tais estudos e pesquisas avançam, certamente deve recrudescer essa questão do racismo, não apenas na sociedade brasileira como entre os pro-

fissionais de enfermagem, nosso foco especial de atenção.

É preciso lutar pela igualdade de oportunidades no acesso aos estudos e ao trabalho, assim como pela manutenção do emprego, independentemente de raça ou cor, por meio de campanhas de conscientização e orientação a gestores a fim de prevenir práticas discriminatórias. (Noelma Sandra)

Gonçalves estudou a temática sobre “*a invisibilidade da mulher negra na enfermagem profissional brasileira*” e concluiu que são raras as enfermeiras negras em posições e cargos de comando como diretoras de departamentos de enfermagem em grandes hospitais e outros órgãos públicos de saúde ou ainda na direção de instituições de ensino e pesquisa. À maioria delas ainda cabe um trabalho subalterno na assistência direta ou na coordenação de unidades de internação de pequeno e médio porte em hospitais de segunda linha.

Ao levantar esta questão do racismo dentro da profissão, espera-se que tenha sido concretizado o objetivo inicial de contribuir em pesquisas sobre a participação do negro na Enfermagem Brasileira e, mesmo no mundo. Foi citado o exemplo da Dra Mary Elizabeth Carnegie, enfermeira negra, norte-americana, que também sofreu forte discriminação racial, em seu próprio país, não apenas por parte da sociedade em geral, mas dentro da própria profissão. Após varias lutas travadas por ela na sociedade em que vivia, deixou um grande exemplo positivo para todos os enfermeiros negros do mundo, que independentemente da cor da sua pele e de sua origem, todos tem valor.

REFERÊNCIAS

- Borenstein, M. S. O (1998) uso da história oral como uma possibilidade reconstruir a história da enfermagem. Texto Contexto Enferm. 7(1): 58-70.

- Collière, M. F. (1989) Promover a vida. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Garcia, T.R. (1993) Eugenia! In hoc signo vinces: um aspecto do discurso sanitário da enfermagem, 1932 a 1938 / Eugenia! In hoc signo vinces. Rev. Bras. Enfermagem; 46 (3/4): 189-98.
- Jezuino, A. L. (1997) Perfil Social da População Negra no Brasil. Rev. Bras. Enf. Brasília, v. 50, nº 4, p. 485-496, out/dez.
- Molina T.M. (1973) Historia de La Enfermería. 2ª edição. Inter-Médica, Buenos Aires.
- Munanga, K. (1990) Racismo da desigualdade à intolerância. São Paulo em Perspectiva, 4(2): 51-54.
- Oguisso, T., Souza Campos, P.F., Moreira, A. (2011) Enfermagem Pré-Profissional no Brasil: questões e personagens. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/issue/view/5/showtoc>>. Acesso em: 2/2/12.
- Sandra, N. Abaixo-assinado pela ratificação da convenção 189 e da recomendação 201 da OIT. Disponível em: <<http://www.cut-se.org.br/ponto-de-vista/artigos/260/superar-o-racismo-no-mundo-do-trabalho-um-desafio-posto-ao-movimento-sindical>> acesso 14/4/13
- Santiago, E. S.; Oguisso, T.; Campos, P. F. S.(2010) Racismo e Preconceitos: depoimentos de enfermeiros afrodescendentes egressos da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Rev. Pesquisa: cuidado é fundamental, online. out/dez. 2 (4): 1303 – 1312.
- Santos, R. A. (2005) Quem é bom, já nasce feito? Uma Leitura do Eugenismo de Renato Kehl (1917-37). Rev. Intellectus/Ano 04 Vol. II. www2.uerj.br/~intellectus, acesso: 24/01/13.
- Siles González, J. (2011) Historia de La Enfermería. Difusión Avances de Enfermería, Alicante
- Silva, M. P. (2002) Identidade e consciência racial brasileira. In: Seyferth. Racismo no Brasil, Fundação Petrópolis, Abong, São Paulo.
- Tompkins-McCaw Biblioteca de. Ciências da Saúde da Virginia Commonwealth University. Coleções Especiais e Arquivos.<http://www.library.vcu.edu/tml/speccoll/vn-fame/carnegie.html>, acesso: 24/01/13.

La Mortalidad por Tuberculosis en El Puerto de Santa María (1923-1926)

Tuberculosis mortality in El Puerto de Santa María (1923-1926)

A mortalidade por tuberculose em Puerto de Santa María (1923-1926)

Irene López León¹ J. César Muriel¹ Ana M. Sáinz Otero²

¹Diplomado Universitario en Enfermería por la Universidad de Cádiz.

²Doctora por la Facultad de Medicina de la Universidad de Cádiz.

Cómo citar este artículo en edición digital: López León, I., Muriel, J.C., Sáinz Otero, A.M. (2014) La Mortalidad por Tuberculosis en El Puerto de Santa María (1923-1926). *Cultura de los Cuidados (Edición digital)* 18, 38.

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.38.10>

Correspondencia: Irene López León. c/ Almirante Faustino Ruíz nº4, 5ºB. 11100 San Fernando

Recibido: 09/10/2013; Aceptado: 10/12/2013

Correo electrónico: irene.lopezleon@alum.uca.es



ABSTRACT

The main cause of mortality in El Puerto de Santa María (Cádiz) between 1923 and 1926 was tuberculosis. Our aim is to analyse the tuberculosis mortality rate in this town between 1923 and 1926 and to link it to the principal epidemiological determinants in order to describe the health and sanitary conditions in those years.

Descriptive and longitudinal study of the tuberculosis mortality in El Puerto de Santa María between 1923 and 1926. Our information sources were the entries in the register of

deaths. A statistical analysis of the variables was carried out (death cause, sex, age...), with the programme SPSS15.0. The total amount of deaths caused by tuberculosis was 217 (13,7 %) and the specific mortality rate was 28,22 in 10,000 inhabitants. 54% (117) were males and 46% (100) females. We can conclude:

1. Tuberculosis was the first cause of death in El Puerto between 1923 and 1926.
2. The tuberculosis mortality standards are similar in the rest of the province of Cadiz.
3. It would be necessary to perform a deeper study to know whether the cause of the decrease in the mortality rate in 1926 was a consequence of an improvement in health and sanitary policies.

Key words: Mortality, Tuberculosis, Historical Demography, Epidemiology.

RESUMO

A principal causa de mortalidade em Puerto de Santa María (Cádiz) entre os anos de 1923 e 1926 é a tuberculose. O objetivo é analisar a mortalidade por tuberculose nesta localidade durante o período de 1923 a 1926, relacionando-a com os principais determinantes epidemiológicos, contribuindo para a

interpretação da realidade sanitária da época.

Trata-se de um estudo descritivo, longitudinal, da mortalidade por tuberculose em Puerto de Santa María de 1923 a 1926. As fontes foram os registros de óbitos do Registro civil. Realizou-se uma análise estatística das variáveis (causa de morte, sexo, idade...), com o programa SPSS 15.0. O total de óbitos por tuberculose foi de 217 (13,7%) e a Taxa de Mortalidade específica de 28,22 por dez mil habitantes. Relativamente ao sexo, 54% (117) correspondem a homens e 46% (100) a mulheres. As conclusões são as seguintes:

1. A tuberculose é a primeira causa de mortalidade em Puerto de Santa María entre 1923-1926.

2. O padrão de tuberculose na localidade é superior ao do resto da província.

3. É necessária uma série temporal mais ampla para poder atribuir a causa da descida dos óbitos em 1926 à melhoria das condições higiénico-sanitárias derivadas da atuação institucional.

Palavras-Chave: Mortalidade, Tuberculose, Demografia Histórica, Epidemiología.

RESUMEN

La principal causa de mortalidad en El Puerto de Santa María (Cádiz) durante 1923-1926 es la tuberculosis. El objetivo es analizar la mortalidad por Tuberculosis en dicha localidad durante 1923 a 1926, relacionándola con los principales determinantes epidemiológicos, contribuyendo a la interpretación de la realidad sanitaria de la época.

Estudio descriptivo, longitudinal de la mortalidad por tuberculosis en El Puerto durante 1923 a 1926. Las fuentes fueron los libros de Actas de defunción del registro civil. Se realizó el análisis estadístico de las variables (causa de defunción, sexo, edad...), con el

programa SPSS 15.0. El total de defunciones por tuberculosis fueron 217 (13,7%) y la Tasa de Mortalidad específica de 28,22 por diez mil habitantes. Atendiendo al sexo, el 54% (117) corresponden a hombres y el 46% (100) a mujeres. Las conclusiones son:

1. La Tuberculosis es la primera causa de mortalidad en El Puerto entre 1923-1926.

2. El patrón que sigue la mortalidad por tuberculosis en El Puerto es superponible al del resto de la provincia.

3. Es necesario una serie temporal más amplia para poder asignar la causa del descenso de las defunciones en 1926 a las mejoras de las condiciones higiénico-sanitarias derivadas de la actuación institucional.

Palabras Clave: Mortalidad, Tuberculosis, Demografía Histórica, Epidemiología.

INTRODUCCIÓN

En la provincia de Cádiz, a principios del siglo XX, se recogen las cifras más altas de mortalidad por tuberculosis, en comparación con el resto de provincias españolas (Sáinz, 2008) (Sáinz, 2006) (Herrera, 2007). A pesar de las excelentes condiciones climáticas (luz, sol y mar), coexisten otros factores negativos, como son: la gran humedad existente, las malas condiciones sociales y económicas (hacinamiento, falta de ventilación y soleamiento de las calles y viviendas). Todo ello es señalado como “factores preparadores de la tuberculosis”, haciendo hincapié algunos salubristas de la época en la importancia de las condiciones climatológicas. Es por ello que en 1908 se inician una serie de medidas encaminadas a disminuir dicha mortalidad y mejorar la calidad de vida de la población. Con anterioridad a esta fecha realizaron una labor infatigable en este sentido, entre otros, los médicos gaditanos

Benito Alcina Rancé (1853-1902) y Bartolomé Gómez Plana (1860-1920) (Herrera, 2000). Medidas, fomentadas entre otros por el Dr. Leonardo Rodrigo Lavín (1867-1950) (Herrera, 2007), que promovió la lucha antituberculosa con sus escritos en la prensa gaditana, además de apoyar la creación del *Centro Escolar de Investigaciones Biológicas, Dispensarios e Instituciones Antituberculosas* y desarrollar tareas como: vacunación, reconocimiento de nodrizas, desinfecciones y análisis de alimentos y agua, renovación del alcantarillado e incluso la limpieza de calles con “agua salobre” y crecimiento de la ciudad en el extramuros.

En estos años de nuestro estudio, El Puerto de Santa María, como el resto del país, se encontraba en plena dictadura de D. Miguel Primo de Rivera; la ciudad tuvo que enfrentarse a problemas sociales y económicos como, por ejemplo, la deficiente cosecha de uva causada por las lluvias (Gatica, 2004), el encarecimiento de los precios de artículos de primera necesidad, como el pan, el carbón y las carnes (Gatica, 2004); y la crisis del sector naval gaditano, que produjo multitud de despidos (4000 obreros de la Factoría de Matagorda se quedaron sin empleo) (Gatica, 2004).

Podemos decir que las dos grandes lacras que afectaron a El Puerto de Santa María en este periodo fueron la mortalidad infantil y la muerte por tuberculosis (Herrera, 2000). La implantación del Reglamento de Sanidad Provincial (Marset, 1997) en 1925, aportaría las consiguientes mejoras en materia de higiene, vivienda, política sanitaria de profilaxis y condicionamiento de los centros sanitarios. Por aquel entonces la población portuense podía recibir atención sanitaria principalmente en el Hospital de San Juan de Dios (González, 1997), institución dependiente de la beneficencia, que era el principal hospital de la ciu-

dad para las personas sin recursos. No descartamos que algunos pacientes fueran tratados en el Hospital de Mora (Herrera, 2008), de la beneficencia provincial, y que en verano algún niño portuense enfermo fuera enviado para su recuperación al sanatorio marítimo de Santa Clara (Herrera, 1989) en Chipiona.

El objetivo general que nos planteamos en esta comunicación es analizar la mortalidad por Tuberculosis en el Puerto de Santa María durante los años 1923 al 1926, relacionándola con los principales determinantes epidemiológicos y contribuir así a la interpretación de la realidad sanitaria de la época.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo y longitudinal de la mortalidad por Tuberculosis en El Puerto de Santa María (Cádiz) durante los años 1923 al 1926, basado en el análisis estadístico de los registros de defunción. Las fuentes utilizadas fueron los libros de Actas de defunción del registro civil de dicha localidad, tomos 52, 53 y 54.

La población censada en El Puerto de Santa María para los años 1923, 1924, 1925, y 1926 son respectivamente 19.097, 19.180, 19.266 y 19.353. La Población abarcada para esta comunicación son todas las defunciones inscritas en el Registro Civil de El Puerto de Santa María, desde el 1 de enero de 1923 hasta el 31 de diciembre de 1926; ascendiendo a un total de 1584 defunciones y siendo 217 por Tuberculosis. Se incluyeron todos los casos en los cuales la causa de defunción fuera la tuberculosis; al tratarse de registros de defunción de los años 1923-1926 la nomenclatura de la época para el diagnóstico de causas de defunción difiere del actual, por lo que se apuntan acepciones diagnósticas de tuberculosis tales como: “granulía”, “hemoptisis”, “mal de pott”, “tisis” y “tabes dorsal”.

El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 15.0, donde se elaboró una base de datos en la que se recogen las variables a medir (sexo, mes y año de defunción, edad, causa de defunción) y un registro que se corresponde con cada uno de los fallecidos. Se obtuvo la distribución de frecuencias de las variables por mensualidades, anualidades y para el período completo.

RESULTADOS

Tras nuestra recogida de datos en el Registro Civil de El Puerto de Santa María, obtuvimos unas cifras en valores absolutos de 1584 defunciones para el periodo comprendido entre 1923 y 1926.

Al analizar la mortalidad, observamos que la principal causa de muerte en este periodo es la Tuberculosis, con una cifra de 217 defunciones; es decir, un porcentaje de 13,7% y una Tasa de Mortalidad específica de 28,22 por diez mil habitantes, siendo esta inferior siempre a la de la Capital gaditana. (Gráfico1)

Supuestamente al tratarse de una enfermedad infecciosa deberíamos observar un comportamiento estacional, circunstancia que no se cumple (gráfico 2); se mantiene constante durante todo el periodo, con dos picos elevados en noviembre de 1924 y en enero de 1926 y dos descensos, uno en marzo de 1923 y otro en septiembre de 1925.

En cuanto a la mortalidad ligada al sexo, el 54% de las defunciones (117) ocurridas en el periodo completo corresponden a hombres y el 46% (100) a las mujeres. La edad media de defunción por tuberculosis en El Puerto de Santa María para el total del periodo es de 34 años.

Si observamos el gráfico 3, los rangos de edad con mayor número de defunciones se dan en los adultos jóvenes. En primer lugar

encontramos a los adultos de entre 21-30 años (23%), seguido de los de 31-40 años (18%) encontrándose en tercer lugar los jóvenes de 11-20 años (16%). En los extremos del gráfico podemos encontrar como los menores de un año (2%) y los mayores de 61-70 años (6%) y 71-80 años (2%) son los rangos de edad con menor número de defunciones. Si diferenciamos en cuanto al género, observamos un mayor número de defunciones en las mujeres con edades comprendidas entre 11 y 30 años, invirtiéndose los valores para las edades entre 31 y 70 años.

DISCUSIÓN

La principal causa de mortalidad para El Puerto de Santa María en este periodo la constituye la tuberculosis, que presenta una tasa de 28,22 por diez mil habitantes, cuando la tasa en la capital gaditana (Sáinz, 2008) aumenta hasta 40,51 por diez mil y la tasa a nivel nacional (Pascua, 1935) es del 15,5 por diez mil habitantes, encontrándose la ciudad portuense entre ambas (Molero, 1989).

La mortalidad por tuberculosis es prácticamente igual para los años del periodo, exceptuando 1924 donde aumenta hasta 60 defunciones. L. Rodrigo Lavín indica que las condiciones ambientales, sociales y económicas de las ciudades costeras son los factores que propician el desarrollo de esta enfermedad (Herrera, 2000). Dichas condiciones hacen que las enfermedades infecciosas, como la tuberculosis, tengan un claro comportamiento estacional, pero durante los años 1923 y 1926 no observamos estacionalidad ya que se mantiene constante durante todo el periodo. Cabe destacar una ligera disminución y estabilización en el número de defunciones en 1926 coincidiendo con la entrada en vigor del reglamento de Sanidad Provincial de 1925.

Si analizamos las defunciones y el género, observamos, en cifras generales, que fallecen más hombres que mujeres; siendo el número de defunciones más elevado en mujeres en edad reproductiva (de 11 a 30 años). Según la OMS (OMS, 2011), la tuberculosis es una enfermedad que afecta mayoritariamente a mujeres en edad reproductiva, pero causa más defunciones en hombres, en edad adulta. Curiosamente si analizamos los datos de L. Rodrigo Lavín, observamos que en el Dispensario Victoria Eugenia de Cádiz se atendieron a 47 mujeres y 18 hombres (Herrera, 2004). Este dato nos resulta llamativo, ya que podría depender de factores como son la alimentación, el embarazo, parto y puerperio. Es por ello que lo consideramos como una posible línea de investigación abierta para el futuro.

CONCLUSIONES

La Tuberculosis es la primera causa de mortalidad en El Puerto de Santa María entre 1923 y 1926.

El patrón que sigue la mortalidad por tuberculosis en El Puerto de Santa María es superponible al del resto de la provincia.

Es necesario una serie temporal más amplia para poder asignar la causa del descenso de las defunciones en 1926 a las mejoras de las condiciones higiénico-sanitarias derivadas de la actuación institucional.

BIBLIOGRAFÍA

- Gatica Gote, D. (2004) Dictadura (y dictablanda) en El Puerto de Santa María, 1923-1931, Concejalía de Cultura del Ayuntamiento de El Puerto de Santa María, 26-28.
- González Márquez, D. (1997) Estudio Histórico Sanitario del Hospital de San Juan de Dios en El Puerto de Santa María (1793-1935). (Trabajo dirigido Herrera F.). Revista de Historia de El Puerto 19, 39-59.
- Herrera, F., Doña, F. (1989) Manuel Tolosa Latour (1857-

1919): impulsor de los sanatorios marítimos para la infancia. Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz XXV, 1, 89-97.

- Herrera, F. (2000) La situación sanitaria en la provincia de Cádiz en el siglo XX. En: Ramos Santana A. (Coord.). Cádiz. La Provincia en el siglo XX. Cádiz: Fundación provincial de Cultura.
- Herrera, F. (2000) Gavilla de Médicos Gaditanos. Quorum Editores.
- Herrera, F. (2007) La obra Sanitaria de Leonardo Rodrigo Lavín (1867-1850), Servicio de publicaciones de la Universidad de Cádiz, 67-82.
- Herrera, F. (2008) Archivos y hemerotecas: Espacios para la investigación de la Historia de la Enfermería. Híades. Revista de Historia de la Enfermería 10, 86-93.
- Marset, P., Rodríguez, E., Sáez, M. (1997) La Salud Pública en España. En: Martínez F y cols. Salud Pública. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana, 1-24.
- Molero, J. (1989) La Tuberculosis como enfermedad social en los estudios epidemiológicos españoles anteriores a la Guerra Civil. Rev. Dynamics, vol. 9: 185-223.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Tuberculosis y género. Disponible en: http://www.who.int/tb/challenges/gender/page_1/es/index.html [consultado en septiembre de 2011].
- Pascua, M. (1935) Mortalidad específica en España. Madrid: Publicaciones Oficiales de la C.P.I.S., 11-14.
- Sáinz, AM., Herrera, F., Almenara, J., Lagares, C. (2006) La Mortalidad por enfermedades infecciosas en Cádiz (1924-1925). En: Pérez-Bustamante JA et al. (dirs: actas del IX Congreso de la Sociedad española de Historia de la Ciencias y de las Técnicas (Cádiz, 27-30 de septiembre de 2005). SEHCIT. Cádiz, 2006; tomo 1, 427-440.
- Sáinz, AM. (2008) La Mortalidad en Cádiz (1923-1929), [Tesis doctoral]. Cádiz: Servicios de Publicaciones de la UCA.

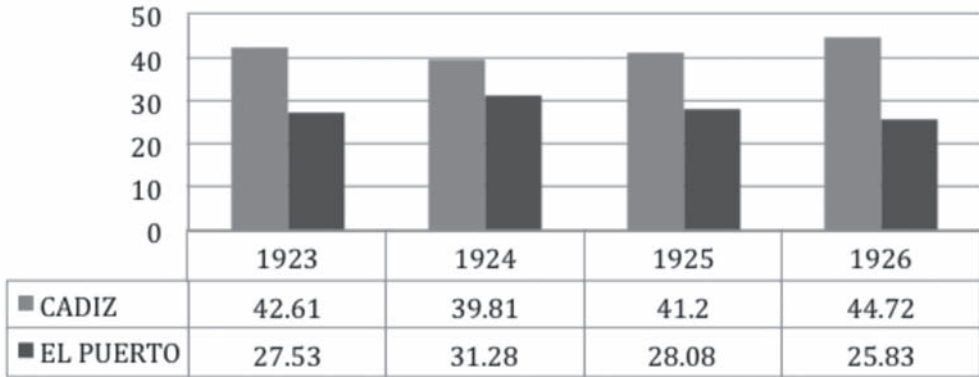


Gráfico 1. Tasa de Mortalidad Especifica por Tuberculosis. Cádiz y El Puerto de Santa María 1923-1926.
Fuente: Registro civil de Cádiz y El Puerto de Santa María. Elaboración propia 2011

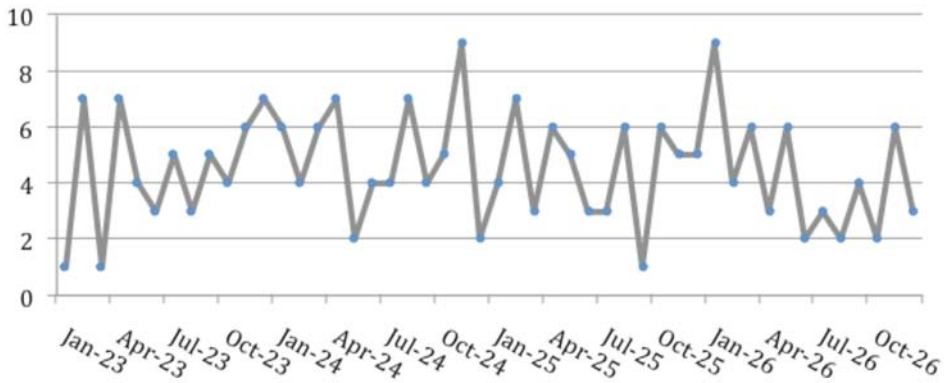


Gráfico 2. Evolución de la mortalidad por Tuberculosis. El Puerto de Santa María 1923-1926.
Fuente: Registro civil de El Puerto de Santa María. Elaboración propia 2011.

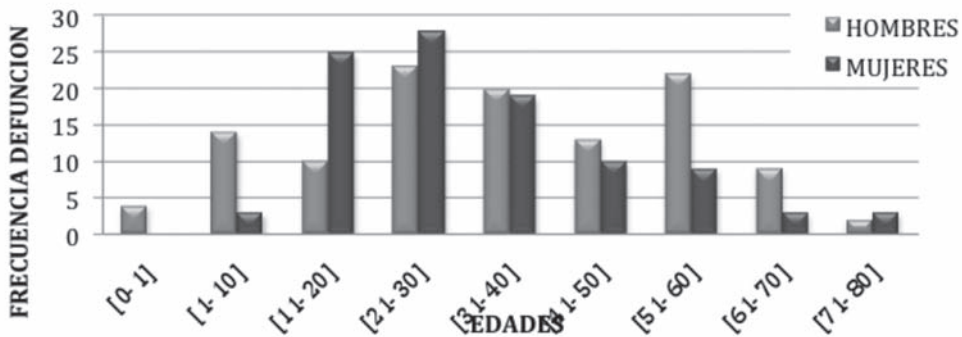


Gráfico 3. Distribución de Defunciones por Edad y Sexo. El Puerto de Santa María 1923-1926.
Fuente: Registro civil de El Puerto de Santa María. Elaboración propia 2011.

La idea educativa y sanitaria de Juan Luis Vives: un estudio gadameriano

The educational and sanitary concept of Juan Luis Vives:
A Gadamerian-hermeneutic study

A idéia educativa e sanitária de Juan Luis Vives: Um Estudo Gadameriano

Juana Hernández Conesa¹. Enrique Maldonado Suarez²

¹Profesora Titular de Universidad. Investigadora Principal del Grupo de Investigación EDUCACIÓN, Historia y ciencia en el arte de la sanación (EHYCARS). Medalla Florence Nightingale. 2009.

²Profesor Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina. Miembro del Grupo de Investigación E063-06 EDUCACIÓN, HISTORIA Y CIENCIA EN EL ARTE DE LA SANACIÓN (EHYCARS).

Cómo citar este artículo en edición digital: Hernández Conesa, J. y Maldonado Suárez, E. (2014)

La idea educativa y sanitaria de Juan Luis Vives: un estudio gadameriano. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 18, 38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.38.11>

Correspondencia: Juana Hernández Conesa. Facultad de Enfermería. Universidad de Murcia. Campus de Espinardo. 30100 Murcia.

Correo electrónico: e-mail: jhconesa@um.es

Recibido: 21/11/2013; Aceptado: 16/01/2014

Correo electrónico: irene.lopezleon@alum.uca.es



ABSTRACT

European fragmentation, due in part to the ratification of the Council of Trent, was a significant incident which allows a polyhedral analysis. From this moment, a new divergent and confronted way to rebuild the world was developed between “both Europes”. This fact led to a two different mentalities preface from the braudelian perspective, co-existing under a continuous struggle. On one side, the North

European Countries, which descended from the Protestant Reformation. On the other side were the South European Countries, inheriting the Counter-reformation proper and the Tridentine postulates.

Our hypothetical proposal is derived from the educational and sanitary concept included in the work of Juan Luis Vives. Through its study it has been corroborated that, the European fragmentation had many consequences beyond the circumstantial time when it happened. In this research work, the source was studied following the hermeneutics analysis based on the Gadamerian interpretation.

Keyword: Juan Luis Vives. Education. Health. Council of Trent. Protestant Reformation

RESUMO

A Fragmentação da Europa, com uma ratificação em certa medida por parte do próprio Concílio de Trento, é um fato significativo que

possibilita também análises poliédricos. Será a partir desse momento quando se produz um desenvolvimento progressivo entre as “duas Europas” com um modo discordado e enfrentado de construir o mundo. Observamos com tudo isso, os prolegômenos de duas mentalidades em sentido braudeliano, que continuarão vivendo uma luta continua. Europa do Norte: filha da Reforma Protestante e Europa do Sul: herdeira da Contrarreforma e da assunção, próprias das proposições tridentinas.

Subentendendo-se, é na idéia educativa e sanitária que é dada na obra de Juan Luis Vives onde surge nossa concepção hipotética e onde constatamos que essa separação trouxe consequências mais além do tempo circunstancial o conjuntural onde aconteceu. Assim mesmo, de uma análise das fontes, para uma abordagem da investigação escolhemos uma estratégia metodológica de caráter hermenêutico, baseado no Giro de Gadamer (Gadamer 2007) .

Palavras-chave: Juan Luis Vives. Educação. Saúde. Concílio de Trento. Reforma Protestante.

RESUMEN

La fragmentación de Europa, tras la ratificación por una parte de ella del Concilio de Trento, es un hecho significativo que permite, a su vez, análisis poliédricos. Será desde ese momento donde se irá gestando entre las “dos Europas” un modo discrepante y enfrentado de construir el mundo. Asistimos, con este hecho, a los prolegómenos de dos mentalidades en el sentido braudeliano, que vivirán en una continua pugna. La Europa del Norte: hija de la Reforma Protestante y la Europa del Sur: heredera de la Contrarreforma y de la asunción, como propios, de los postulados tridentinos.

Si bien, es en la idea educativa y sanitaria que se desprende de la obra de Juan Luis Vives

desde donde surge nuestro planteamiento hipotético y en donde hemos constatado que esa ruptura, tuvo consecuencias más allá del tiempo circunstancial o coyuntural donde aconteció. Asimismo, desde un análisis de las fuentes, para abordar la investigación hemos optado por una estrategia metodológica de carácter hermenéutico, basada en el Giro de Gadamer .

Palabras Clave: Juan Luis Vives. Educación. Sanidad. Concilio de Trento. Reforma Protestante.

Hubo un tiempo en Europa, antes de la segmentación, un tiempo fundacional, un tiempo que Nebrija aglutina de manera notable. Para los estudiosos las *Introducciones latinae* (Nebrija, 1481), “trajeron la modernidad a la lengua y la traza a la literatura” Porque, las *Introducciones latinae* eran un ofensiva al concepto del saber, a la idea del enseñar y del aprender, y, en definitiva, una invasión a la inaccesible y hermética escolástica, en la España Bajomedieval.

Nebrija proponía un instrumento, esencial y provechoso, que, aún siguiendo los principios de los clásicos, debía desalojar las sinuosidades en los planteamientos y explicaciones de las cuestiones. Era un propósito que dejaba atrás la oscuridad escolástica, y esta nueva idea de la lengua se funda, según Francisco Rico en la “experiencia, en la literatura y en la historia”. De tal modo, que se pudiera estudiar y conocer a los grandes, a los clásicos, pero de una forma bien distinta. Conocer a los clásicos, insiste Nebrija, pero con criterio; criterio para discernir y advertir que algunos autores serían prescindibles y otros no. Distinguiendo en ellos, “época y logros”.

Nebrija, inspirado en Quintiliano y Cicerón, urgía a la “claridad y a la naturalidad de la

lengua. Y de este modo se crea un modelo de pensamiento, es decir: una forma distinta de plantear y resolver problemas”. En definitiva, una didáctica. “Y ese modo de pensamiento es, nada más y nada menos, que el paradigma del humanismo renacentista”.

Porque el retorno a la Antigüedad, pensada de otro modo, nos conduce, cuando menos, a una forma de enseñar y de aprender diferente, y, por ende, a una didáctica nueva. Y es en esa invectiva cognitiva entre el ayer inmediato y su forma de entender el Conocimiento - en la Baja Edad Media-, y ese otro modo de aprehender el ayer remoto para explicar, renovar y construir el presente -el Renacimiento y el Humanismo-, donde se fundamenta, a nuestro juicio y a la luz de lo estudiado, la Pedagogía del Humanismo renacentista. Y, Nebrija, entre otros, está inspirado en una realidad crítica y objetora frente al inmovilismo escolástico. Nebrija, representa igualmente, una forma de magisterio nuevo, basado “en el prestigio de las fuentes antiguas o en los humanistas italianos y que continuará en Salamanca Sánchez de las Brozas” (Closa 1994)

Con todo, en aquel tiempo, emerge una nueva idea de formación que reorienta los fines, los métodos, los contenidos, los textos y las acciones didácticas. La renovación educativa aflora con una tenacidad enérgica. En este sentido la contribución de Vives es reconocida como sobresaliente por todos los tratadistas de la Historia de la Educación, que juzgan su determinación contra los modos escolásticos en *In pseudodialecticos* o más tarde en *De causis corruptarum artium* o sus perspectivas de desarrollo en cuanto a los contenidos y a los modos de exponerlos que se congregan en el *De tradendis disciplinis*.

De tal manera, y a la luz de lo estudiado, entendemos que en la pedagogía vivesiana, se

enuncian los rasgos de la modernidad: sencillez y rigor intelectual, apelación a la razón clara y a la observación metódica, sentido instrumental de la lengua, y en particular a la vernácula, para aproximarse al vínculo que existe entre la vida intelectual, la experiencia y la vida práctica. En Vives se convocan al tiempo, a través de lo formativo, la rectitud moral y la utilidad social: un interés ético-político que subraya la preocupación civil del Humanismo.

Igualmente, las orientaciones metodológicas o principios pedagógicos de actuación que se fundamentan en su advertido análisis psicológico y en la precisa tipificación de las causas que pervierten la enseñanza, constituyen, a nuestro juicio, también y sobre todo, una apreciable aportación al entramado educativo de la Edad Moderna.

La obra de Vives viene a pronunciarse en palabras de Mayodormo (Mayordomo 1992) “sobre un tema en el que, no mucho después, otro español - Huarte de San Juan- dedicaría una atención especial con notable éxito en influjo: conducir la educación desde una cuidada observación del desarrollo psicológico del alumno; se trata, en definitiva de conocer el “ingenio” de aquél para orientar el proceso según sus aptitudes. Vives auspicia el nacimiento, en el ideario pedagógico moderno, de una pedagogía diferencial, se anticipa al llamado “realismo pedagógico”, haciendo considerar el interés de tener en cuenta la diversidad de capacidades existentes y la pluralidad de tratamientos que ellos conlleva”.

La vasta glosa didáctica en la obra de Vives se completa con logradas correspondencias entre la corrupción de las disciplinas y el modo de enseñar. Hemos seleccionado algunos fragmentos acerca de lo que nos dice acerca del trabajo, de la memoria y de los maestros. Y con el método gadameriano (Hernández, 2012),

propuesto para este estudio, hemos relacionado concepto y palabra y por ende, explicado pensamiento y lenguaje para, de este modo, establecer las relaciones conceptuales como espacios significativos de explicación.

[...] y en tanto que Dios no otorga sus dones a los ociosos, precisamente por ello has de obrar con diligencia y afán en la afición por las letras y la virtud [...] (Mayordomo, 1992). [...] Has de saber que la memoria es el tesoro de toda erudición, y si falla, todo esfuerzo es baldío, no otra manera que si viertes agua en un cesto. Pero a nadie le ha correspondido una memoria tan infeliz que no pueda convertirse en felicísima con el ejercicio. No hay nada que se goce más el trabajo y el esfuerzo. Como que tampoco hay nada que se corrompa y parezca a causa de la actividad y el ocio. Por ello se ha de aprender cada día algo, aun cuando no haya necesidad, aunque sólo fuera para que no invada la memoria una modorra, enfermedad perniciosa como no hay otra. Para conservar la memoria en óptimas condiciones, lo primero que hemos de evitar es la gula, el hartazgo, la indigestión, la crápula, el vino desmesurado, y la excesiva cerveza, así como dormir boca arriba [...].

Vives, exige capacidad a los maestros; esfuerzo y honestidad, también, como a los estudiantes; propone acerca del método y demanda que el aprendizaje se produzca por grados; como argumento donde se asientan los pilares de la Psicología del Aprendizaje, que él mismo inaugura.

[...] Has de amar, venerar y respetar a tu maestro no menos que a tu padre. Cosa cierta es que los preceptores nos ofrecen como un retrato de nuestros padres, y de nadie puedes recibir un servicio mayor que de en la vida con estos dos bienes. Añade a ello que aprenderás más fácilmente si aprecias a quien te enseña

y si no desprecias o descuidas nunca sus dictados. Recíbelos con respeto en tu pecho tenlos como oráculos. Y no sólo has de amarlos, sino que debes procurar con todo tu empeño ser correspondido por él; así te enseñará con mayor diligencia. Su aprecio lo conseguirás siguiendo con modestia sus preceptos, si lo respetas y honras, así como admirando todo aquello que hiciera o dijera. Si aprueba algún determinado aspecto de la vida o del discurso, obra de modo que se percate de que tú también lo apruebas; si reprueba algo, evítalo. Escúchalo atento: toma buen nota de sus palabras, de sus modismos, sus sentencias, y a través de la imitación modélate semejante a él, en la medida de tus fuerzas. Cuando el preceptor se dé cuenta de ello se esforzará por su parte para que no puedas recibir nada suyo que fuera indigno de emulación [...].

Para constatar nuestra hipótesis en este estudio hemos de atender a lo que Vives, en el Prefacio a los libros de las disciplinas (Riber, 1948) pone de manifiesto, poniendo de manifiesto su disconformidad con Aristóteles y su idea acerca de la crítica frente a la ciega autoridad, insistiendo en la importancia de la experiencia. En estos fragmentos se advierte la diferencia existente entre la propuesta vivesiana y el ideario pedagógico de la España de la Contrarreforma: la *Ratio Studiorum*:

[...] por atreverme a discrepar de unos escritores consagrados por los siglos, y singularmente de Aristóteles [...]

[...] no cabe duda que es mucho más conveniente para el progreso de la cultura aplicar la crítica a los escritos de los grandes autores, que descansar perezosamente en la sola autoridad y aceptar sistemáticamente todo cuanto nos proporciona la fe ajena [...]

[...] ¡Cuán ancha puerta de acceso a todas las disciplinas nos abren los descubrimientos

de los siglos anteriores y una tan continuada experiencia! [...].

[...] como dice Séneca con su habitual agudeza y discreción: Aquellos que antes que nosotros promovieron esos estudios, no son nuestros amos, sino nuestros guías. La verdad es accesible a todos y no está aún ocupada completamente. Muy mucha parte de ella quedó reservada a los venideros [...].

Finalmente, se hace notar que estamos ante una nueva forma de abordar el Conocimiento: para todos aquellos que sean estudiosos, honorables y se forjen en y con la experiencia. Y, también, estamos ante un distinto modo de enseñarlo.

Para abordar la idea sanitaria de Vives, en este estudio, nos hemos ceñido a la obra *De Subventione pauperom* (Vives, 1526), escrita en Flandes, en la ciudad de Brujas y dedicada a los Cónsules y Senado de dicha ciudad. Su primera edición data de marzo de 1526. Si bien, como apunta Joaquín Parellada (Parellada, 1998), existe una traducción al español, inédita, de Bernardo Pérez de Chinchón, que el propio Parellada descubrió y cuyo manuscrito se conserva en Valencia. Manuscrito, que Parellada (Maestre, 2002) da como autógrafa, con toda probabilidad. Sólo Pons Fuster (Pons, 1995) había mencionado esta conexión de Bernardo Pérez con Vives. Sin embargo, es bien conocido que su protector principal fue el tercer Duque de Gandía (Jiménez, 1978): Don Juan de Borja, padre de San Francisco.

La traducción hecha por el canónigo Pérez de Chinchón *De Subventione pauperom*, según Matheussen (Matheussen, 1986) es de la primera edición de 1526. Ya que en la segunda, en septiembre de ese mismo año, Vives añade nuevos párrafos. No obstante, lo que sí declara el hallazgo de Parellada es el anhelo por traducir la obra, así como la estrecha corres-



pondencia que mantenía Pérez de Chinchón, con Vives. Sin duda, estas revelaciones nos presentan al canónigo-traductor como un humanista cristiano sumamente comprometido con el Humanismo y que, asimismo, buscaba soluciones a los acuciantes problemas de la España de aquel entonces, la España del Emperador. Soluciones a las necesidades de los desfavorecidos, pobres, y por pobres-enfermos, que no tenían un lugar a donde acudir a curar sus buvas cuando reverdecen por no haberse curado bien. Y, entendemos, que el traductor Pérez de Chinchón, pretendía hallar algunas soluciones a esas apremiantes necesidades, traduciendo el *De Subventione pauperom*, de su compatriota y paisano Juan Luis Vives.

Para nuestro propósito las investigaciones en relación con la traducción del texto que ha realizado Parellada (Parellada, 1998) son sumamente significativas, ya que nos permite señalar matices en la intención del traductor, que están muy afectadas en otras traducciones, como la de Nieto Ibarra (Nieto, 1781). Es en ese sentido al acudir al hallazgo de Parellada, e introducir la intención de Pérez de Chinchón, advertimos que éste nos dibuja los asuntos sociales, como coetáneo, asuntos sociales a los que era sensible y que intentaba remediar; creando conciencia colectiva sobre los mismos. Y hallamos que apela, no sólo a la

Caridad, sino a la responsabilidad de las autoridades civiles, a través del texto de Vives.

Vives se refiere a los trabajos que pueden desempeñar los ciegos, tanto hombres como mujeres:

[...] otros ciegos se den a la música, o aprendan a cantar a tañer cuerda, tecla, flauta; otros traygan tornos o cuerdas, según fuere el officio; otros traygan los fuelles en las fraguas, texan çestillas, canastillos, jaulas; hagan casas u otras cosillas de esta manera, que puedan bien aprender. Las mujeres ciegas hilen, devanen, hagan que quieran con tal que no stén ociosas [...] (Maestre, 2002).

Hemos escogido este fragmento ya que en él se confina, a nuestro juicio, un modelo social antagónico al que nos muestra el autor anónimo del Lazarillo y que entendemos pervivirá en la zona Contrarreformista de Europa. En el fragmento se informa que, en lugar de mendigar a cambio de rezos, al ciego se le debe inculcar la idea del trabajo y del esfuerzo, la idea de aprender un oficio, que le proporcione sustento digno y lo aleje de la pobreza, de las enfermedades, y de la miseria; en definitiva: de mendigar. Desarrollando, asimismo, sus capacidades y siendo útil a la sociedad. La diferencia, con respecto al personaje del ciego en el Lazarillo, es notable. Y nos desvela la génesis de lo que serán dos mentalidades enfrentadas.

En relación a las mujeres, a sus actitudes y competencias, Vives, no las deja al margen de cualquier acceso al Conocimiento, reclamando para ellas, recato y virtud. Si bien, se hace necesario sumergirnos en la mentalidad de la época y en el no menos importante libro que, alejado de los de caballería y piedad, circulaba en España en aquel tiempo: La Celestina (Parellada, 1998). De este modo, estaremos más próximos a comprender el registro socio-mo-

ral en el que es traducida la obra de Vives. Una sociedad que hace ostensible su degradación moral en todos los estratos que la conforman. Una sociedad de “mendigos, amos, criados y pícaros”, de “hidalgos venidos a menos” de “clérigos y aguaciles corruptos” de “impudor religioso” “de arribistas” y una sociedad atada por ley al Mayorazgo. Con todo, una sociedad con escasos planteamientos acerca del bien común y de la responsabilidad de los poderes públicos.

[Las muchachas] aprendan buenas opiniones y buena religión. Item a hilar, coser, texer, labrar, cocinar y desemboluer la casa; juntamente con esto aprendan templança, criança, vergüença, y sobre todo a ser castas, teniendo esto por el mas excelente don de las mugeres [...]

También se hace necesario para nuestro propósito, y siguiendo a Parellada, hacernos eco de las alusiones a las profesiones marginales que se hallan en *De Subventione pauperum*, de Vives: los bordoneros y los verdugos y los que torturan. Acerca de los “bordoneros”, es decir, según Covarrubias (Covarrubias, 1611) “aquellos que dissimulados con el ábito de peregrino y el bordón andan vagando por el mundo por no trabajar”.

[...] los bordoneros, por ser bordoneros, tiene muchas veces mas sobervioso espíritu, que los ricos con quanto tienen. Aborrecen a todos a todos los que no les dan, o [no] los reprehenden [...]

Existe en la obra *De Subventione pauperum*, una prohibición imperiosa a la ociosidad, que es considerada como la fuente de todas las desgracias, tanto para los pobres como para los ricos. Y están, igualmente, censurados los vicios a lo largo de todo el texto. De mismo modo, expone los peligros de la prostitución y de los que acuden a ella.

[...] Dar al jugador, al putañero, no es otra cosa sino añadir stopa al fuego [...] (Maestre, 2002)

Entendemos que la crítica, que se advierte en la obra, respecto a los gastos de los ricos y del municipio, es de sumo interés para reflexionar acerca de los prolegómenos del modelo educativo y sanitario tridentino. Así como de las causas que constituyeron su financiación, estructura y finalidad, entre otros. Ya que más allá de los dictámenes del Concilio de Trento, es un modelo que no surge ex nihilo, emerge en el seno social que le precede y entendemos que emerge de ese modo, y no de otro, para paliar la ausencia de tales previsiones.

[...] Entonces la ciudad deve de acordar algo en sus públicos gastos, como en lo que gasta en fiestas, juegos, toros, banquetes, presentes, regalos, y en processiones y auctos; todo esto mas tyra a vanagloria que no ha pro-vecho [...].

Del mismo modo, Vives, alude al comercio y al dinero:

[...] A esto ha dado ocasión aver mucho dinero en que untar bien las manos [...]

Hemos de considerar que el dinero fluía venido de América. Y que en este “ir y venir”, fueron muchos los que se hicieron con un patrimonio nada desdeñable. Sirva de entre las referencias que hemos consultado las que nos informan acerca de un verdadero aumento del precio de los terrenos en Valladolid, para la construcción de viviendas (Rico, 2006).

En cuanto a las necesidades básicas: la comida y el abrigo están presentes a lo largo de toda la obra.

[...] Contra el frío nos armamos de paño y afforros y contra el calor nos acojemos a las sombras [...] (Maestre, 2002).

En el Libro Primero, de la traducción de Nieto Ibarra, nos habla Vives del alimento

como una medicina para fortalecer el cuerpo y nos dice que unos alimentos nos los proporciona la tierra y que otros los tomamos de ella, pero que son imprescindibles para vivir. Nos indica que el cuerpo, miserable y enfermizo debe ser ayudado por los remedios buscados a costa de la experiencia y que el ánimo afligido se aliviase con las conversaciones y obsequios de los amigos.

También nos indica que hay quienes escogieron a algunos de sus hijos de los mismos mendigos para enseñarles e instruirles en el modo de ganar la vida, les adoptaron por hijos dejándoles herederos en el Testamento[...] [...] Y ya que el mismo asunto nos ha puesto delante de los mendigos, si alguno considera su vida y vicios, y las atrocidades y delitos, que nos ofrecen cada día, se admirará más aun de quien haya quien los mire; tan perdido que da lo que se les da! [...].

Igualmente manifiesta su opinión acerca del lujo, de la virtud, la caridad y, de nuevo, del dinero que, al principio, fue como un medio para adquirir el sustento y vestido, pasó a ser instrumento universal del honor, dignidad, soberbia, ira, profusión, venganza, vida, muerte, imperio, en fin de todas las cosas que medimos por el dinero; subido su precio a un grado tan alto, nadie hay que no juzgue que se han de hacer diligencias para adquirirlo y conservarlo por todos los medios y caminos posibles, con razón o sin ella, justa o injustamente, y sin distinción de profano o sagrado, licito o ilícito; el que lo adquirió es tenido ya por sabio, Señor, Rey, hombre de grande y admirable consejo y talento; mas el pobre es reputado por necio, despreciable, y apenas por hombre; [...].

En el Libro Segundo, de la traducción de Nieto Ibarra, Vives alude, sin reservas, a la responsabilidad y conveniencia de que sean los Gobernadores de la Republica los que cuiden



de los pobres. Y nos describe lo que, para él, es un hospital en aquellos años de la primera mitad del Quinientos, y que la gestión de los mismos y su mantenimiento pertenece a los gobernantes. Hecho éste que contrasta con la gestión, por parte de la Iglesia Tridentina, de los hospitales en la Europa Contrarreformista.

[...] entre los pobres hay unos que viven en las casas comunmente llamadas hospitales, en griego Ptochotrofios, pero usaremos del primer vocablo como más conocido; otros mendigan publicamente; y otros sufren como pueden cada uno en su casa sus necesidades: llamo hospitales aquellas casas en que se alimentan y cuidan enfermos, en que se sustenta un cierto número de necesitados, se educan los niños y niñas, se crían los expositos, se encierran los locos, y pasan su vida los ciegos: sepan los que gobiernan la Ciudad que todo esto pertenece a su cuidado; [...].

Como podemos observar en el fragmento extraído del texto de Vives, los prolegómenos del modelo, tanto educativo como sanitario, pretridentino apuntaban en una dirección bien distinta al que los acontecimientos decretaron para el porvenir. Se evidencia, en Vives, un modelo sanitario gestionado desde los poderes civiles, con total sentido de la responsabilidad de éstos para con los ciudadanos y de los ciudadanos para con los que los gobiernan;

se exhorta al esfuerzo y al trabajo desde una ideología humanista y cristiana. Apela, asimismo, el establecimiento de una red de hospitales públicos.

[...] todas aquellas obras que fuere necesario hacer en los hospitales, para que los caudales o rentas que dese el principio se dieron a los pobres, se consuman entre los pobres [...].

Juan Luis Vives, considera el trabajo como la virtud más elevada, y el ocio la madre de las desgracias de los hombres y de las ciudades, considera, asimismo, necesario el juicio de los médicos contra la picaresca de hacerse pasar por enfermo.

[...] Ante todas cosas se ha de decretar lo que impuso el Señor a todo el genero humano como por pena y multa del delito, es saber, que cada uno coma el pan adquirido con su sudor y trabajo [...].

[...] por eso no debe permitirse que viva alguno ocioso en la Ciudad, en donde como en una casa bien gobernada conviene que cada qual tenga su oficio [...].

[...] Se ha de tener consideración con la edad y quebranto de la salud, pero con la precaución de que no nos engañen con la ficcion o pretexto del achaque o enfermedad, lo que acontece no pocas veces; para evitar esto se recurrirá al juicio de los Medicos, castigando al que engañe [...].

A propósito de las personas que deben trabajar en los hospitales nos avisa y expresa que:

[...] atiendan al servicio de los enfermos, semejantes a aquellas viudas del principio de la Iglesia que tanto alababan los Apostoles; y en el tiempo que les quedare, hagan oración, lean, hilen, texan, y ocupense en alguna obra buena y honesta, como aun a las más opulentas y nobles Matronas manda San Geronimo [...].

En lo que respecta al cuidado de los niños subrayamos la concordancia de sus ideales sa-

nitarios y educativos. Ambos: sistemas públicos y para todos. Nos expresa que las escuelas deben ser también para niñas en donde se les ha de enseñar las primeras letras. En esta solicitud se adelantó a todos los pedagogos reformista, en los que sin duda influyó. En oposición al sistema educativo y sanitario Contrarreformista que no la consideró.

[...] lo mismo digo de la escuela de niñas, en donde se han de enseñar los rudimentos de las primeras letras, y si alguna fuere apta y entregada al estudio, permitasele dilatarse en esto algo mas de tiempo [...].

En definitiva, el modelo sanitario al que nos alienta Vives en *De Subventionem pauperum*, es un modelo sanitario que pretende ser solidario, laico, universal y público, sostenido con el peculio de los ciudadanos y administrado por los gobernantes y, por ende, supeditado a inspecciones.

[...] Si estos, Abades, y otros Superiores Eclesiasticos quisieran, aliviarian una grandissima parte de los necesitados con la grandeza de sus rentas [...].

[...] Hagase pues un computo de las rentas anuales de los hospitales, u hospicios [...].

[...] Nombre el Gobierno dos Procuradores a cada hospital [...] [...] den estos todos los años cuenta de su administracion, y si agrada y se aprueba su fidelidad, continueseles en el cargo, sino, elijanse nuevos [...].

Con todo, al leer, de nuevo, la obra de Vives, y someterla a la interpretación gadameriana con el objeto que pretende esta investigación, hemos advertido su esclarecido, crítico, actual y perspicaz pensamiento. Que se manifiesta como antagonico al modelo sanitario tridentino.

En conclusión el modelo educativo y sanitario tridentino, según lo estudiado (Hernandez Conesa, 2013), no participó de la esencia

pedagógica del Humanismo plasmada en la obra de Juan Luis Vives. Así, en los aspectos sanitarios será la Iglesia de Roma quien se haga cargo de los enfermos, pobres y desvalidos, fundamentalmente a través de las Órdenes Religiosas con Voto de Hospitalidad, sustituyendo al Estado en esta función social, tal y como propugna Vives. En lo relativo a la construcción pedagógica tridentina, ésta también queda bajo tutela eclesiástica, configurándose un analfabetismo de mentalidad, ya que no era necesaria la lectura de la Sagrada Escritura para ser un buen cristiano, a diferencia de la Europa de la Reforma. Si bien, es paradigmática la *Ratio Studiorum* de la *Societatis Iesu*, ya que en este sentido no albergamos duda alguna acerca de que el Humanismo era el frontispicio del templo educativo jesuítico. Sin embargo, la concepción teleológica de esta notable idea educativa: la Teología Tridentina, la aleja de la naturaleza del decurso formativo que pretendía unir lo intelectual, la experiencia y la vida práctica.

Finalmente lacraremos este estudio acerca de las “dos Europas” y de sus ideas educativas y sanitarias con una frase de Vives, que deseamos sea aplicada para con nuestras personas y para con nuestro trabajo:

Si en algún punto, amigos míos, os pareciere atinado mi parecer, sostenedlo por verdadero, no por mío.

BIBLIOGRAFÍA

- Anónimo. (1970) *Lazarillo de Tormes*, Edición de Francisco Rico. Salvat, Madrid.
- Closa Farré, J. (1994) *Nebrija y el legado gramatical del Medioevo*. En Codoñer C, González Iglesias J.A. (ed.). *Actas del Coloquio Antonio de Nebrija*. Salamanca, Universidad de Salamanca.
- Covarrubias Orozco, S. (1611). *Tesoro de la lengua castellana, o española*. Imprenta Sanchez, Madrid.

- Gadamer, H.G. (2007) *El giro hermenéutico*. Ed. Cátedra, Madrid.
- Gadamer, H.G. (2007) *Verdad y Método*. Ed. Sígueme, Salamanca.
- Hernández, J.M. Beneit, J.M. (2012) *Un Estudio de los Paradigmas Educativos Enfermeros durante el Siglo XIX*. Diego Marín Editor, Murcia.
- Hernández, JM Beneit, J.M. Maldonado, E & Navarro, MA. (2013) *El modelo educativo y sanitario de la España tridentina: entre la Auctoritas y la Potestas*, Diego Marín Editor, Murcia.
- Maestre, J.M. Barea, J.P., & Brea, L.C. (Eds.). (2002). *Humanismo y pervivencia del mundo clásico: Homenaje al profesor Antonio Fontán*. III. Editorial CSIC-CSIC Press, Madrid.
- Matheussen, C. (1986) *Quelques remarques sur le De subventionne pauperum*, en Ijswijn, J. y Losada, A. (eds), *Erasmus in Hispania, Vives in Belgio*. Peeters, Lovaina: 87-97.
- Mayordomo, A. (1992) *Juan Luis Vives. Antología de textos*. *Estudis sobre la Valencia*: Universidad de Valencia. ed., Vice-rectorat de Relacions Exteriors.
- Nebrija, E.A. (1481) *Introducciones latinaes*. Salamanca.
- Parellada, J. (1998) *Una traducción inédita de Bernardo Pérez de Chinchón: "El Tratado llamado Socorro de Pobres"*, de Juan Luis Vives. *Voz y Letra IX*: 75-79.
- Pons Fuster, F. (1995) *El mecenazgo cultural de los Borja de Gandía*, *Estudis 21*: 23-44.
- Rico, F. (1996) *Nebrija y la introducción del Renacimiento en España. Lección y Herencia de Elio Antonio de Nebrija; 1481-1981*. En *Actas de la III Academia Literaria Renacentista*, 9-11 de diciembre de 1981. 1ª edición. Salamanca: Víctor García de la Concha.
- Riber, L. (1948) *Juan Luis Vives. Obras completas. Primera Traslación castellana integra y directa, comentarios, notas y un ensayo bibliográfico*. Vol. II. Aguilar, Madrid.
- Vives, J.L. (1978) *Epistolario*, editado por José Jiménez Delgado, Editora Nacional, Madrid.
- Vives, J.L. (1526) *De subventionne pauperum sive de humanis necessitabus Libri II*. Tip Huberti de Crook, Bruggis.
- Vives, J.L. (1781) *Tratado del Socorro de los pobres*. Traducción de Juan de Gonzalo Nieto Ibarra. Imprenta de Benito Monfort. Valencia.

ANEXO FUENTES PRIMARIAS

Filius Antonius lebrezi. Petro Pen-
dorse. S. R. G. Cardinali hispano. D.
Q. Salutē. Credo ego Pater claemē-
 tissime atq; optime non defuturos qui
 me temeritate et impudentia accu-
 sent: quod rem ab antiquis et sanctori-
 bus grāmānas decernam: et in qua tū-
 ma atq; infima hominum ingenia hūda-
 runt ausus sim quasi nouum aliquid
 inuentum præclarissimo tuo nomini
 dedicare. Quibus in frōte mei operis
 licentiore epistola uellē respondere: nī
 si hæc mea disputatio te iudice habē-
 da esset: quippe quam intelligā pro ma-
 gnitudine animi atq; ingenij præstan-
 tātia nō multis admodū delectari. J-
 eaq; respōdebo licuisse mihi in hoc ope-
 re conuincendo: quod cæteris huius ar-
 tis scriptoribus: qui usq; eo uestigio
 huiusq; insisterunt: ut quod est in pro-
 uerbio neq; unquam transierit ab il-
 lis declinauerint. Ego uero ex quo tē-
 pore cepi artem grāmāticam proficere
 et nunquam cessauī cogitare quos au-
 ctores ediscendo s imitādosq; adulescē-
 tibus meis proponere. Cumq; grāmā-
 tice Quintilianiano auctore diuis habeat
 partes: alteram præcipiendi quae me-
 thodice: alterā imitādi quae historice
 appellatur: In hac secunda infiniti pro-
 pe auctores se nūq; offerrebant. In illa
 altera plures quoq; sed nō quos possēt
 ingenia nostri saeculi perspicere pue-
 rorum maxime quibus hæc doctrina
 parata est. Adā cum illo saeculo pri-
 us laudare sarent quāz latinū sermonis
 ætāticūm ediscerent: nūq; erat tā dū-
 sile quod non periret etiam a rudibus
 literarum possēt. Ados uero qui pluri-
 mum a sermone latino desuimus: no-
 uā quādoz ratione suscitū inuicendi:
 quam multi superioris ætate multi et
 iam nostra sunt aggressi. quicūq; se in

principio huius operum rudimenta
 pueros exhibuitos pollicentur post
 pauculos uersus in eum confusiois la-
 byrinthum inuadunt: unde nec epī se
 facile extricare possunt. Alii uero ita a
 uulgari illa præcipiēdi uia discesserūt:
 duz uolunt uideri sanles et breuitatis
 studio si ut alius quidam quam quod
 agunt agere uideantur. Itaq; nō sus-
 cepta illorum persona quos instituit e
 profitentur: nūq; scriptūm quod nō
 illa acen capere possit: nihil omisimus
 et ne quæ ad introductiones latinās
 pertinent: quod non huius operi sit in se-
 rum: nisi forte perma interitum incu-
 nabula quæ aliunde mutuanda sunt.
 Quis uero lucubraciones meas tibi
 dedicandi Pater amplissime fuit sus-
 titissima. Adā cum sis in gente hac no-
 tra nō modo factorum antistro. Ver si
 etiaz oīz bonarū arūm preses et pe-
 culiare quaedam iurela: spero me ex
 hac libelli mei dedicatione tantūz fatio-
 ris assequuturam: ut si alibi sapillūz
 secundū me abiocetis exstimem inuis-
 dos et detractores meos non posse cōf-
 pectum meum sustinere. Recte igitur
 quasi spicax culmos cereris atq; uinos
 precoces libero patre aplaudis tūæ
 foenturam nostri laboris et seuguz per-
 minas dedicauimus. Quod si mihi ex
 tuo metu datur: latine lingue hostes
 superare: quibus in æditione huius op-
 eris bestium indoz quāz herculi maiores
 nostri expeditionez susceperit: ex ma-
 nobis præde hostilis tibi de amas per-
 soluemus. Quare iam finem faciam:
 ne oratio crescano in caput operis bre-
 uistan et aplissime dignationi tue sit
 onerosa. Vale.



Res. 726



IOANNIS
LODOVICI VIVIS
VALENTINI

De subuentione pauperū. Siue de
humanis necessitatib⁹ Libri .II.
Ad Senatum brugensem.

Prior de subuentione priuata
quid vnūquemq; facere oporteat

Alter de subuentione publica, qd
ciuitatem deceat.
Ab autore ipso recogniti.

Additę sunt annotaciūle in calce
libri, ad explicandos aliquot diffi-
ciliores locos. Habes etiam indicē
in fine.



Ioannes Lodouicus Viues
IOANNES LODOVICVS
 VIVES Consulibus & Senatui
 Brugensi SALVTEM.

Peregrini & aduenæ officium esse, tradit Cicero, in aliena republica non esse curiosum. Ita est, nam in res alienas curiositas ubique est odiosa. cura & amica admonitio non improbat. Quam neque naturæ lex alienum ab homine quicumque finit esse, quod sit hominem. & Christi gratia velut tenacissimum glutinum homines omnes inter se copulauit. Et ut sit alienum aliquid, ego vero sic in ciuitatem hanc afficior, ut in Valentiam meam, nec aliter hanc nomine quam patriam. cuius iam quattuordecim annis sum incolam, etsi non continenter, semper tamen huc sum solitus redire tanquam ad domum. Placuit ratio administrationis vestræ, educatio acciuitas populi huius, & incredibilis in eo quies ac iusticia per gentes celebrata. Itaque & uxorem hic duxi. nec secus huic ciuitati consulti veli, quam ei, in qua, quod vitæ reliquum Christi benignitas fecerit, tradere statueri. meque pro ciue eius ducere, atque in ciues eo sum animo quo in fratres. Et multorum ex illis indigentiam ad scribendum me impulerunt, quemadmodum posse eis subueniri censeam. quod est ut facerem, iam pridem in Anglia rogatus eram a domino Pratensi prefecto vestro, quod de publico ciuitatis huius bono, proinde



Consulib⁹ & Senatui Brugēsi.

proinde ac debet, multū & sæpe cogitat.
 Vobis hoc opus inscribit. tum q̄ ad bene-
 faciendū & subleuādos miseros vehemēt
 estis propensi. quod declarat tanta inopū
 multitudo, quę huc vndiq̄ affluit tanq̄ ad
 paratū egenis subsidiū. tum etiā q̄ quū ea
 sit origo ciuitatū oīum, vt esset vnaqueq̄
 earum locus, in quo dandis atq̄ accipiēdis
 beneficijs & mutua subuentione coalesce-
 ret Charitas & firmaret̄ societas hominū.
 administratorum ciuitatis illud debet esse
 munus curare & anniti, vt alijs auxili-
 o sint, nemo prematur, nemo grauetur
 dāno per iniuriam accepto. & imbecillior
 adsit potentior. vt concordia cōt⁹ & cōgre-
 gationis ciuium charitate auget̄ indies
 ac sempiterna perseueret. Et quēadmodū
 patrifamilię turpe est in opulēta sua domo
 finire aliquē esurire, aut nuditate vel pan-
 nis fœdari, sic nō conuenit vt in vrbe haud
 p̄sus inope magistrat⁹ ferāt ciues villos fa-
 me & miseria vrgeri. Ne pigeat hęc lege-
 re, aut si nō libet, certe rē ipsā accuratiss. ex-
 p̄dere, q̄ tā solliciti cognoscitis de lite hoīs
 priuari, in qua sint mille florēni controuer-
 si. opto vobis vestręq̄ ciuitati p̄spera oīa
 & felicia. Brugis, vi. Ianuarij
 .M.D. .XXVI.

A ij

TRATADO
DEL
SOCORRO DE LOS POBRES
COMPUESTO EN LATIN
POR EL DOCTOR
JUAN LUIS VIVES
TRADUCIDO EN CASTELLANO
POR EL
DR. JUAN DE GONZALO,
NIETO, IVARRA.



EN VALENCIA:
EN LA IMPRENTA DE BENITO MONFORT
IMPRESOR DEL EX.^{mo} S.^r ARZOBISPO, AÑO 1781.



R. 219.863

Los signos iconográficos del reconocimiento público de la Enfermería en España: su importancia y significación

Iconographic signs of public recognition of Nursing in Spain: their relevance and significance

Sinais iconográficos de reconhecimento público da enfermagem na Espanha: sua relevância e significado

José Antonio Ávila Olivares¹

¹Enfermero y antropólogo. Doctor por la Universidad de Alicante.

Cómo citar este artículo en edición digital: Ávila Olivares, J.A. (2014)

Los signos iconográficos del reconocimiento público de la Enfermería en España: su importancia y significación.

Cultura de los Cuidados (Edición digital) 18, 38.

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.38.12>

Correspondencia: Correo electrónico: ja.avila@wanadoo.es

Recibido: 11/12/2013; Aceptado: 24/01/2014



ABSTRACT

Iconographic signs (statues, monoliths and monuments; dedication of streets or other public spaces; philatelic issues, etc..) to express public recognition to nurses and nursing, are realizations arising mainly from virtually the last years of twentieth century. However, they have had to date they deserve consideration in the study of the History of Nursing.

This paper seeks to identify those in Spain, cataloging and describing, analyzing with the help of semiotics the degree of perception of their messages and how these signs can be considered relevant and appropriate to achieve the objectives.

Keywords: Iconography nurse, social Recognition of Nursing, Monuments of Nursing, Professional Associations.

RESUMO

Sinais iconográficos (estátuas, monólitos e monumentos; dedicação de ruas ou outros espaços públicos emissões filatélicas, etc.) para

expressar o reconhecimento público para os enfermeiros e auxiliares de enfermagem, são realizações decorrentes principalmente de praticamente os últimos anos de século XX. No entanto, eles tiveram até agora eles merecem consideração no estudo da História da Enfermagem.

Este trabalho busca identificar aqueles em Espanha, catalogar e descrever, analisar com a ajuda da semiótica, o grau de percepção de suas mensagens e como esses sinais podem ser considerados relevantes e adequados para atingir os objetivos

Palavras-chave: enfermeira Iconografia, reconhecimento social da Enfermagem, Monumentos de Enfermagem, associações profissionais.

RESUMEN

Los signos iconográficos (estatuas, monolitos y monumentos; dedicación de calles u otros espacios públicos; emisiones filatélicas, etc.) para manifestar el reconocimiento público a las enfermeras y a la Enfermería, son realizaciones en su mayoría surgidas prácticamente a partir de los últimos años del pasado siglo XX. Sin embargo, no han tenido hasta la fecha la consideración que se merecen en el estudio de la Historia de la Enfermería.

En este trabajo se trata de identificar los existentes en España, catalogarlos y describirlos, analizando con el auxilio de la semiótica el grado de percepción de sus mensajes y en qué medida estos signos pueden considerarse pertinentes y adecuados para lograr los objetivos propuestos.

Palabras clave: Iconografía enfermera, Reconocimiento social de la Enfermería, Monumentos de Enfermería, Colegios Profesionales.

INTRODUCCIÓN

Los signos iconográficos notorios que hallamos en España, erigidos en reconocimiento y exaltación de las enfermeras y de la profesión de Enfermería, inclinan por su interés y significación a tratar de conocer, a la luz de la semiótica, en qué grado los profesionales en particular y la profesión en general son percibidos a través de ellos como un valor de excelente consideración con claras connotaciones de solvencia profesional, cercanía, aprecio y gratitud. Términos que, para en lo sucesivo simplificar lo más posible, designaremos de una manera global y manteniendo su grado superlativo, con el concepto “reconocimiento público”. La relevancia y constancia de estos signos en Alicante fue lo que me estimuló para hacer extensivo su estudio al resto de España y así poder ofrecer una aportación más amplia en este ámbito.

OBJETIVO

El objetivo principal de trabajo es el identificar: ¿Cuáles son los signos iconográficos en nuestro país, erigidos como homenaje a enfermeras o a la profesión de Enfermería? ¿De qué género y clase son? y ¿En qué medida podemos considerarlos elementos pertinentes para comunicar el reconocimiento social que preconizan?

ESTADO DE LA CUESTIÓN

En la actualidad, las fuentes escritas son el principal material que se emplea en las investigaciones históricas, incluidas las relacionadas con la Enfermería, sin embargo hay otras manifestaciones humanas que también han demostrado su importancia y valor histórico a pesar de no haberse materializado a través de la escritura (Calvo 1994). Un ejemplo de ello es la iconografía, cuyo empleo viene cobrando un creciente interés y demostrando su utilidad

para los estudiosos de la historia de la profesión enfermera, empleando el material iconográfico para realizar trabajos históricos desde diferentes perspectivas de estudio.

Todo indica que, hasta la fecha, los investigadores han dado preferencia a los estudios que demuestran que “el material iconográfico constituye una fuente para la historia de la enfermería”. Siles (1994a), en primer lugar, determina, en línea con la teoría científica de la cultura de Malinowski, no sólo la idoneidad de las fuentes iconográficas, sino su relevancia indispensable tanto en el método histórico-etnográfico como en el biográfico. y posteriormente Núñez et al. (2004b) va a reafirmar esta aportación. En esta misma línea, Magdalena Santo Tomás (1996, 1997) sostiene que los signos iconográficos han de ser considerados como fuentes historiográficas válidas, puesto que “deben entenderse también como algo que comporta un significado que sobrepasa lo visual”. Con su exposición sobre la interpretación iconográfica, según el esquema de Panofski (1. Descripción preiconográfica, 2. Análisis iconográfico, 3. Interpretación iconográfica), asegura que los resultados obtenidos vienen a complementar el método sociológico, incrementando su efectividad hermenéutica, otorgándole la consideración de documentos históricos.

Siles (1999), señala que cualquier tema, objeto o personaje relacionado con la enfermería en cualquiera de sus épocas y variantes puede ser estudiado iconográficamente. Incide en el “enfoque sociológico” dentro del proceso de análisis iconográfico y diseña un proceso sintético para las diversas formas de realización: “1. Datación, procedencia y estilo artístico. 2. Identificación del tema iconográfico. 3. Contextualización histórica. Interpretación iconográfica.”

Para el profesor Siles (2011), es una forma de análisis de contenido, que tiene identidad propia y que puede considerarse tanto como una fuente como un método de indudable valor para la historia de la enfermería.

La fotografía y el cine, de gran interés sociológico como fuentes gráficas auxiliares en el proceso hermenéutico, han sido seleccionadas por Lasarte (2000) y Monge (2001) para aportar su particular visión de la historia de la enfermería (S. XIX y S. XX). Por lo que respecta al cine, identificando y clasificando géneros y películas para un estudio histórico y transcultural (Siles et al. (1994 b) y considerado como género histórico documental y biográfico (Siles, 2009).

Y ya en aspectos concretos de las funciones de enfermería, referidos a los cuidados (Núñez et al., 2004a) y a la relación de ayuda (Núñez et al. 2008a) vienen a demostrar, que la iconografía, refleja “de forma holística” las realidades de estos dos aspectos, además de constituir una fuente para la historia de la enfermería, confirmando la validez del material iconográfico para avanzar en este conocimiento histórico. Unas investigaciones que la llevaron a defender su tesis doctoral utilizando la iconografía para realizar una aportación histórica cultural de los cuidados de salud desde la perspectiva de la enfermería. Núñez del Castillo (2008b).

Así pues, como vemos, todas las aportaciones mencionadas se centran en el plano sociológico-etnográfico de las fuentes (modos operatorios, métodos, instrumental, etc.), sin inferir de los signos la imagen corporativa de la enfermería como profesión. En este sentido, los trabajos sobre la iconografía enfermera abordando el estudio de los monumentos o signos iconográficos de otra naturaleza, sea con carácter monográfico o meramente tan-

gencial, no son muchos los publicados hasta la fecha. Vamos a enumerar los más significativos, si bien algunos tocan muy tangencialmente el aspecto que motiva este estudio.

M^a Francisca Casas Martínez y M^a Teresa Miralles Sangro publicaron en 2001 su trabajo *Monumento a las enfermeras de la Cruz Roja de Astorga*. En él, tras una detallada y bien documentada descripción de cómo estaba organizada la atención sanitaria en los dos bandos de la Guerra Civil española y, en concreto la formación, destinos y funciones asistenciales de las enfermeras, pasan a referir el fatídico destino de tres enfermeras astorganas que fueron fusiladas en Somiedo (Asturias) por el 5º Regimiento de Milicias Populares, el 29 de octubre de 1936. Conocidas localmente como las “Mártires de Somiedo”, la villa de Astorga, en su honor, el 28 de junio de 1948, erige para acoger sus restos un monumento funerario en la Catedral y rotula con ese mismo nombre una de sus calles.

En 2005, M^a Teresa Miralles Sangro y Marta Durán Escribano publican *La enfermera en el monumento madrileño (1908-1936)*, estudio que, partiendo del objetivo de analizar “la influencia de la enfermera a través de su presencia en el monumento público o privado, como señal de reconocimiento social, [...] examinar los monumentos femeninos de Madrid, tratando de descubrir aquellos que representan la imagen de la enfermera”. Pero, en la demarcación cronológica y geográfica establecida no les fue posible hallar más que el monumento a la Duquesa de la Victoria, Carmen de Angloti y Mesa, Vocal Presidenta de Distrito de la Asamblea Central de la Cruz Roja Española. Situado a la entrada del madrileño Hospital Central de la Cruz Roja, conocido como Hospital de San José y Santa Adela (Avda. de Reina Victoria, nº 24).

Por lo que se refiere al estudio de las emisiones filatélicas españolas relacionadas de algún modo con la enfermería ha sido pionero Antonio Manuel Ballesteros Álvaro con *La Enfermería Española y su historia en la filatelia* (2006). En cuanto a la Enfermería y las enfermeras en la filatelia mundial hay que reseñar las siguientes obras: Salvador Luna Gálvez, con su trabajo *La Enfermería y la Filatelia* (2004), *Historia de la Enfermería. Reflejo en la filatelia mundial* (2008) de José Eugenio Guerra González y *La Enfermería a través de los sellos* (2008) de María Teresa Miralles Sangro.

MATERIAL Y MÉTODO

El proceso heurístico seguido se ha centrado en fuentes primarias documentales del Colegio de Enfermería de Alicante, prensa corporativa de los Colegios de Alicante, Madrid, Murcia y Cáceres, así como los periódicos locales siguientes: *Información y Las Provincias* (Alicante), *La Verdad* y *La Opinión* (Murcia), *Extremadura* (Cáceres) e *Ideal* (Almería).

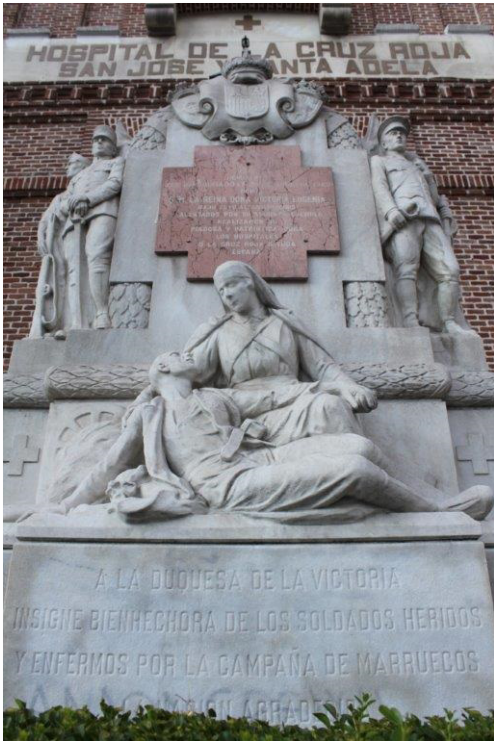
Por lo que respecta al método, nos hemos valido de elementos de análisis específicos de la iconografía y de la semiótica para determinar la carga comunicativa de cada uno de los signos analizados, considerando estas disciplinas como la más adecuada para esta tarea. La semiótica, como disciplina que se ocupa del estudio de los procesos mediante los cuales algo se utiliza como representación de otra cosa, sustituyendo a esa cosa en algún sentido, provee un sólido instrumental teórico para el abordaje de los signos iconográficos de las enfermeras y de la Enfermería que aquí nos proponemos estudiar.

RESULTADOS

Sobre los monumentos y los signos iconográficos de otra naturaleza hallados durante el proceso heurístico, hemos de reseñar los siguientes, analizados por orden cronológico:

I. Monumentos

1.- Monumento a la Duquesa de la Victoria (Madrid, 1925)



Monumento erigido en 1925, obra del escultor asturiano Julio González Pola y García (1865-1929) exclusivamente dedicado “A la Duquesa de la Victoria, bienhechora de los soldados heridos y enfermos por la campaña de Marruecos, la Nación agradecida”, así se indica en la gran lápida de mármol del frontal de su pedestal.

Concebido con un gran sentido escénico, en su cuerpo central, un grupo escultórico de tamaño natural compuesto por la figura tallada

de la Duquesa, con uniforme de enfermera de la Cruz Roja, y un soldado herido al que asiste. Su figura es la de una sanitaria sentada que auxilia al herido en batalla que está tendido. Sostiene la Duquesa la cabeza del soldado que reposa sobre su pierna y brazo derecho, al tiempo que con su otra mano sujeta la mano izquierda del combatiente exánime, tratando de confortarle. En los ojos de éste se refleja un intenso dolor y el rostro de la Duquesa de la Victoria manifiesta una cálida expresión de piedad.

Un signo iconográfico que sometido a un somero análisis semiológico, podemos observar cómo por tratarse de una persona tan importante y estar el signo tan centrado en un sujeto concreto (la Duquesa, con sus rasgos personales fielmente esculpidos) su significado acorta su comprensión hasta individualizarla.

Añade confusión y distorsiona aún más el mensaje del monumento el que en lugar preeminente haya una gran lápida de fino mármol, con el color y la forma del emblema de la Cruz Roja, en la que está grabado lo siguiente: *Este monumento fue inaugurado el 29 de junio de 1925 por S. M. la Reina Victoria Eugenia bajo cuyo alto patrocinio alentados por su augusto ejemplo realizaron su piadosa y patriótica obra los Hospitales de la Cruz Roja de toda España.* Se enaltece a los Hospitales de la institución pero no se menciona a las enfermeras.



2.- Monumento a las enfermeras de la Cruz Roja de Astorga (1948)

El monumento, adosado a una de las paredes laterales de templo catedralicio astorgano, estéticamente no puede calificarse como un acierto, si bien en la España de 1948 no era la estética un valor al que se le prestara demasiada consideración. Además, siendo construido por suscripción popular, en un tiempo marcado por la carencia y la precariedad económica, el montante recogido debió de ser forzosamente exiguo.

Así lo describen las autoras de este estudio: “El monumento es de piedra y arranca del suelo. En la parte superior hay una gran cruz a medio relieve, partida en el extremo inferior del brazo vertical por un escudo de España. La cruz se apoya en el conjunto de tres lápidas de mármol. En cada una de ellas y grabadas en letra dorada, los nombres de las enfermeras: Octavia Iglesias, en la superior, M. Pilar Gullón, en la inferior derecha y Olga P. Monteserín en la inferior izquierda. En el centro de las tres lápidas, una cruz roja. El conjunto descansa en la base rectangular del monumento en la que una inscripción, también en mármol del mismo color reza: *Enfermeras de la Cruz Roja muertas en Somiedo en octubre de 1936*”

Al ser un monumento funerario religioso situado en el interior de un templo, naturalmente su entidad de signo iconográfico viene determinada por su función conmemorativa centrada exclusivamente en el dramático hecho mortuorio de las personas concernidas. El reconocimiento social está evidenciado con total coherencia del signo y su significado, no hay distorsión ninguna, pues lo que hace patente es el gran impacto emocional que la muerte de estas enfermeras en una acción de guerra supuso para sus conciudadanos y su ferviente deseo de mantener viva perennemente la memoria de su trágico destino.

Naturalmente, ante el carácter conmemorativo de este monumento in memoriam de un hecho dramático concreto y de unas personas concretas, difícilmente podemos considerar que su significación alcance a ser asociado y redundar en el prestigio social de las enfermeras y la Enfermería españolas en general.



3.- Homenaje a la Enfermería (Madrid, 1999)

En los jardines que ornan la entrada del Hospital Montepríncipe, en Boadilla del Monte (Madrid), se erigió el 12 de mayo de 1999, coincidiendo con el Día de la Enfermería, el primer monumento expresamente dedicado a homenajear la Enfermería en un espacio público. Así lo proclama la placa situada en el bloque de granito de la Sierra de Guadarrama que constituye el pedestal sobre el que se asienta la estatua de bronce representación de esta profesión. Para ello se eligió como signo

iconográfico la figura de una enfermera anónima, ataviada con el uniforme de trabajo, cofia incluida, y los elementos necesarios para desarrollar su labor asistencial (fonendoscopio y tablilla de anotaciones), fundida en bronce y a tamaño natural.

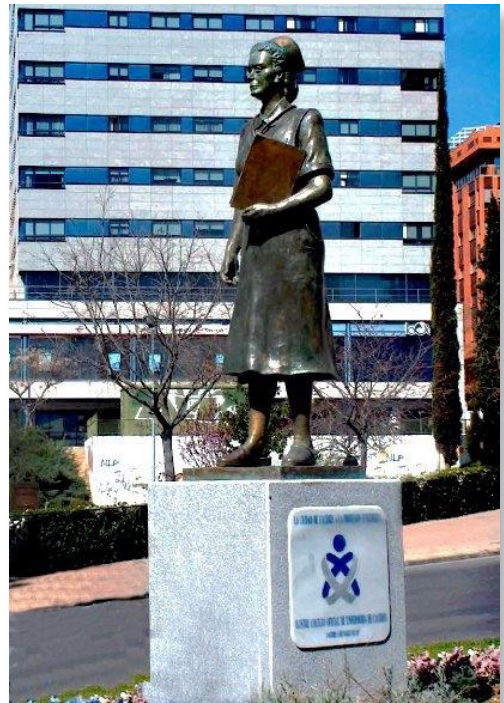
En la placa adosada al pedestal figura la leyenda: “Homenaje a la Enfermería. Monumento inaugurado el 12 de mayo de 1999, día mundial de la enfermería, por D^a Margarita de Borbón, duquesa de Soria”.

Tanto por su destacado emplazamiento, junto a la entrada del Hospital, como por su fuste, elección de motivo y su dedicatoria, cumple adecuadamente la función de homenaje y reconocimiento a las enfermeras y la Enfermería. Existe una coherencia entre el signo y el mensaje que transmite, resaltando la figura de la enfermera en actitud de estar trabajando, aisladamente y puesta de relevancia, sin otros elementos que pudieran perturbar con ruidos la comprensión de lo que se quiere comunicar. Mensaje que se refuerza con la dedicatoria de homenaje de la placa.



4.- Monumento a la enfermera (Cáceres, 2007)

En Cáceres, el 9 de marzo de 2007, coincidiendo con la festividad de San Juan de Dios, patrón de la Enfermería, el entonces alcalde de la ciudad, José María Saponi, inauguraba, junto al presidente del Colegio de Enfermería cácerense, Isidro Nevado, un monumento en un espacio público y céntrico con el que la ciudad extremeña dejó patente y reconoció la labor de “abnegación, esfuerzo y sacrificio” de un colectivo enfermero que, según sus propias palabras, tiene en la provincia casi 2.500 profesionales¹.



El monumento presenta la figura de bronce de una enfermera anónima, de pie, de un metro de altura y ataviada con un uniforme

¹Información recogida por el diario Extremadura, edición de Cáceres, del día 9 de marzo de 2007 y Diario Enfermero de fecha 14 de marzo de 2007. (Publicación electrónica del Consejo General de Enfermería)

de los años 30 del pasado siglo. La escultura es obra del artista Antonio Fernández, está colocada sobre un pedestal de piedra que la eleva a un metro del suelo, ornada por parterre floral, situado en la Avda. de Isabel Moctezuma, próximo a una rotonda y a escasos metros del Colegio de Enfermería.

5.- Homenaje a la Enfermería (Murcia, 2009)

Con motivo de celebrarse el Centenario del Colegio de Enfermería, el 12 de mayo de 2009 se inauguró en Murcia, en la zona peatonal de acceso al Hospital Reina Sofía, el monumento “Homenaje a la Enfermería”. El alcalde, Miguel Ángel Cámara, agradeció al Colegio, en la persona de su presidente, Diego Gutiérrez Gambín, “la generosa donación” de esta escultura, obra del afamado artista local Miguel Llamas que ha reproducido el motivo principal en una plancha de acero pulido y una cabeza tratada con sustrato de manganeso que al aplicarla al bronce se queda con su color dorado. “La curvatura aporta un gesto de inclinación hacia delante, como para atender a otro, un gesto maternal, de cuidar de otro, lo propio de la profesión enfermera -según su autor-, y las aspas quieren significar las tiras cruzadas sobre el torso que antiguamente llevaban las capas del uniforme de las enfermeras”. Tiene



una altura de 3,70 metros y un peso de 2.500 kilogramos.

En el acto de inauguración el presidente de la Comunidad, Ramón Luis Valcárcel aseguró que “se produce un punto de coincidencia permanente entre la Enfermería murciana y el Ayuntamiento de Murcia que se dan la mano para embellecer las calles de la ciudad con este monumento”, llamando a homenajear y a recordar la dedicación y el buen trabajo de todo el colectivo profesional de Enfermería y de su Colegio en los cien años de historia y en el futuro.

Monumento moderno, abstracto, con significativo y significado convergentes y en absoluta coherencia, lo cual optimiza la efectividad comunicativa del mensaje y refuerza su pregnancia.

6.- Monolito en honor de los profesionales de Enfermería (Almería, 2010)

El Colegio de Enfermería de la provincia de Almería, con motivo de su 125 aniversario, instó a la Corporación municipal de la capital a erigir un monolito en honor “de todos los profesionales de Enfermería, los pasados y los presentes”, en palabras de la presidenta del Colegio, María del Carmen Pozo. La sugerencia fue aprobada y el Ayuntamiento de Almería determinó su colocación a la entrada de las Consultas Externas del Hospital Torrecárdenas.

El monumento consiste en un bloque de una piedra ornamental de color rojo (Travertino Rojo) que se extrae en las canteras de localidad de Alhama de Almería, que presenta gran profusión de bandeados y oquedades. Se trata de una caliza formada en condiciones de agua dulce, compacta y a la vez muy porosa y de una dureza superior al resto de los travertinos españoles. Este bloque, con unas dimensiones de 200 x 60 x 30, presenta un

rebaje en el que se ubica una lámpara, tallada en mármol blanco de Macael que rememora a Florence Nightingale, la “Dama de la lámpara”, icono internacional de la Enfermería. La llama de la lámpara es de mármol ornamental amarillo. En una placa figura una inscripción que define la profesión Enfermería: “Protegiendo la salud de los almerienses y garantizando la seguridad de sus pacientes desde una práctica y ética competente”. Fue inaugurado el 11 de junio de 2010.

A la concepción simbólica de este monumento, en principio adecuada en su significación, el objeto representado y materiales escogidos para su realización, sólo cabe oponer la objeción del escaso conocimiento que en España tiene la gente corriente de la labor y de la persona de la célebre enfermera británica Florence Naightingale y de la historia de la lámpara, lo que hace disminuir la intensidad del mensaje a nivel popular.



7.- Escultura representativa en honor de la Enfermería

El Colegio de Enfermería alicantino consiguió el firme compromiso de la alcaldesa, Sonia Castedo, de erigir en un espacio público de la ciudad de Alicante una escultura en honor de la profesión de Enfermería. Compromiso que se hizo realidad el 16 de febrero de 2011 con su solemne inauguración, que vino a rubricar el cierre de actos del Centenario del Colegio.

La obra, realización de José Díaz Azorín, es una escultura en bronce, sobre pedestal de piedra blanca, que reproduce dos manos, una de persona joven que toma a la de un mayor. La una ayuda a la otra, clara evocación de los cuidados de Enfermería, en homenaje y reconocimiento a la meritísima labor que desempeñan las enfermeras en la prestación de cuidados. La escultura mide 2,5 metros de longitud por 1,60 de alto y está colocada sobre un pedestal de hormigón de 3 m. de altura. Se ubica en el centro de la zona ajardinada de la Avda. del Historiador Vicente Ramos de Alicante. (Imagen 8).

En el acto inaugural, la presidenta del Colegio, Belén Payá, expresó su deseo de que dicho monumento sirviera para “ofrecer una imagen que vaya más allá de lo referente a la relación de las enfermeras con el dolor humano por el trato con los enfermos, consiguiendo que dicha imagen se proyecte sobre la prestación de cuidados y el apoyo a las personas sanas, a través de la prevención y la promoción de la salud”.

La elección de las manos como imagen representativa de la función enfermera en general se adecuaba perfectamente con el mensaje que se pretende expresar. Las manos acarician, saludan, manifiestan afecto, curan, lavan, masajean, dan o toman, sostienen, levantan, sujetan, aplauden... Gestos gratos y loables, todos

ellos, cuando se trata de manos amigas, manos tendidas, manos afectuosas. En este sentido, toda esta fuerza evocadora, al ser aplicada a la Enfermería, magnifica y engrandece la nobleza y dignidad de su función y del trabajo de quienes son dispensadoras de la misma, las enfermeras. Claro ejemplo de adecuación excelente de significante y significado.



II. Emisiones filatélicas

Una acción singular utilizada universalmente para mostrar reconocimiento público a personajes y acontecimientos relevantes ha sido dedicarles sellos de correo. En España este tipo de homenajes se viene realizando desde 1850, fecha en que se emitió el primer sello. En el caso que nos ocupa, las realizaciones especí-

ficamente creadas otorgando protagonismo a la Enfermería han sido las siguientes:

1.- El 8 de mayo de 2002, en el marco de las XIII Jornadas Nacionales de Supervisión de Enfermería, celebradas en Madrid, el presidente de Correos y Telégrafos, Alberto Núñez Feijoo, hizo la presentación de un sello conmemorativo del 175 aniversario del nacimiento del Dr. Federico Rubio y Galí, presentándolo como un homenaje a la Enfermería porque, según sus palabras, “los sellos tienen que rendir homenaje a las instituciones y a las profesiones, y la Enfermería se ha merecido este reconocimiento social por sus 150 años de historia”².

Con una tirada de 1.200.000 ejemplares, se calculaba que el contacto visual del mismo alcanzara hasta los 9 millones de personas. Además, 200.000 filatélicos lo incluirían en sus colecciones. Es decir que el impacto se preveía como excepcional por su amplia difusión.



Pero ¿cuál era en realidad su mensaje? ¿El señalado por el presidente de Correos? ¿O, tal vez, confundía la realidad con los buenos deseos?

En el análisis semiótico hemos de tener muy en cuenta el diseño, las imágenes y su

²<http://www.medicinatv.com/noticias/correos-presenta-un-nuevo-sello-con-una-tirada-de-1200000-que-homenajea-a-la-enfermeria-espanola-53761> (Consultado el 12 julio 2013)

disposición en el espacio. El primer rango del sello lo ocupa el retrato del Dr. Rubio, a la izquierda y bajo la cifra 0,50 € del franqueo, en primer plano y a gran tamaño; resaltando su traje oscuro sobre el que se escribe en caracteres blancos: “175 Aniv. del nacimiento del D. Federico Rubio”. Ambos elementos, -retrato y leyenda-, y la pose del médico, estática, con la mirada al frente, no dejan duda sobre a quien se pretende homenajear. Su cabeza aparece rodeada por un halo de luz que ensalza y dignifica su figura, como se suele representar a los santos en algunas estampas religiosas.

A la derecha, con menor rango, en plano medio y bajo el rótulo “España, Correos”, se muestra a dos enfermeras anónimas, que mantienen en brazos a un recién nacido, ataviadas con sus cofias y batas blancas.

Cierto que el Dr. Rubio fue el creador en España de la primera escuela de enfermeras laicas (1896), pero esto no es conocido por todo el mundo. Lo que se representa en el sello no puede ser entendido como un homenaje a la Enfermería (como dijo el presidente de Correos, que erró también afirmando que la Enfermería cumplía 150 años). Lo que muestra claramente es el concepto trasnochado de significar a las enfermeras como auxiliares de los médicos, trabajando bajo sus órdenes y supervisión. Así pues, una clara distorsión del mensaje que se pretendía comunicar.

2.- Para mayor difusión de la conmemoración de su 150 aniversario, el Colegio de Enfermeras de Madrid, gestionó la emisión de un sello personalizado, encargando a M^a Teresa Miralles Sangro su diseño. Su emisión fue aprobada el 22 de febrero de 2012, tan sólo seis días después de ser registrada la solicitud del Colegio; la tirada inicial fue de 500 ejemplares, destinados al franqueo nacional, en formato vertical y dentado, con medidas de 28,8 x 40,9,

presentado en pliegos de 25 sellos autoadhesivos troquelados.

La leyenda explícita, destacada y personalizada “Colegio de Enfermería de Madrid. 150 Aniversario. 1862-2012”, que acompaña a la imagen de una enferma uniformada, identifica y prestigia a la institución a quien está dedicada la emisión.



3.- En la misma línea, la Asociación Nacional Enfermería Salud Mental, también encargó a M^a Teresa Miralles la realización de los trámites frente a la sociedad estatal Correos y Telégrafos SA, para la emisión de un sello con motivo del 30 aniversario de la asociación. Así, en 2013 sale a la luz el sello conmemorativo, en el cual se recoge la siguiente inscripción “30 años cuidando”, además de la alusión a la citada Asociación de Enfermería promotora. Los sellos son autoadhesivos y se presentan en pliegos de 25 sellos, producidos por la Fábrica Nacional de Moneda y Timbre. La tirada fue

de 20 pliegos, y las medidas de los sellos son las habituales, 28,8 x 40,9 mm., siendo el valor de franqueo el equivalente a la carta ordinaria de ámbito nacional.



III. Dedicación de espacios públicos

En muchas ciudades españolas, para significar el reconocimiento público de la población a las enfermeras y a la Enfermería, se han rotulado calles u otros espacios públicos. Abundan las calles dedicadas a practicantes y matronas en pueblos y ciudades.

Hemos de señalar como significativo que, tras escrutar la prensa nacional, hemos hallado las siguientes informaciones referidas a la materia de éste nuestro estudio, todas ellas con una base común: haber sido propiciadas por la acción de los Colegios de Enfermería, estimulando a las Corporaciones locales a hacer manifestación pública del estado de opinión favorable y generalizado que la sociedad expresa sobre la calidad profesional de las enfermeras y su reconocimiento hacia la Enfermería, manifestándolo con signos iconográficos visibles en espacios públicos.

1.- Calles dedicadas en la provincia de Alicante

Este reconocimiento popular, por lo que respecta a las enfermeras, ha sido trasladado a las corporaciones y organismos provinciales y

locales por la acción del Colegio de Enfermería alicantino, logrando de ellas que lo hiciera presente con signos iconográficos en espacios públicos de los respectivos municipios. Impulso secundado y potenciado por el CECOVA³. Por ello, a fecha de hoy, pueden los profesionales de Enfermería de la provincia de Alicante presumir de contar con un vasto catálogo de realizaciones que muestran la gratitud y la exaltación de la profesión en general y de los profesionales de las tres ramas que en su larga andadura histórica acabaron por vertebrar la actual Enfermería: practicantes, matronas, A. T. S. y enfermeras.

Una de las iniciativas del Colegio de Enfermería en la conmemoración de su centenario en 2009, fue precisamente la elaboración un callejero enfermero de la provincia. Es decir, identificar las calles que en los municipios alicantinos estaban dedicadas a los/as practicantes, matronas, enfermeras y ATS de todos los tiempos.

Para ello realizó una consulta por escrito solicitando respuesta a todos los Ayuntamientos de la provincia sobre la existencia de alguna calle a nombre de auxiliares sanitarios en sus ciudades, pueblos y pedanías. El censo provincial de municipios alicantinos está actualmente constituido por 141 núcleos de población que cuentan con corporación municipal y ayuntamiento propio, de los que administrativamente dependen en algunos casos numerosas pedanías y partidas.

El resultado que arrojó la encuesta fue de 28 vías urbanas, sean calles, plazas o parques, que llevan el nombre de alguna o alguno de los profesionales colegiados en su tiempo. De ese total, seis pertenecen a la capital, cuyo consistorio

³Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, organismo colegial autonómico en el que se integran los Colegios de Alicante, Castellón y Valencia.

dedicó, a solicitud del Colegio, una plaza y una calle a dos ATS, Juan Pamblanco y Pascual Ruiz Galiano, respectivamente; una a una enfermera, Angelina Cevallos Quintanal; otra a una matrona, María de Gracia Cases, y dos a practicantes, Juan Caturla Gonsálvez y Vicente Blasco.



Años antes Vicente Mojica, poeta y practicante, y José Llopis, concejal y practicante, habían recibido idéntico honor por iniciativa del propio Ayuntamiento. En Santa Pola, merecieron el honor de inscribir sus nombres en el callejero municipal, tres enfermeros: un practicante, una matrona y otra profesional de la que no nos han podido aclarar su especialidad concreta, Margarita Bascuñana. En Crevillent, la calle Doña Pepita, perpetúa la memoria de la matrona Josefa Luna Corbo, queridísima en dicha villa. Un practicante tiene a su nombre en Tibi una calle y un parque, se trata de Miguel Mira Cremades. Y en Granja de Rocamora, se da el caso de que en el rótulo de la calle dedicada al practicante figura también su apodo, que resulta chocante y paradójico: Calle de Antonio Martínez “Boticario”. En Petrel figura la calle de Pepita “La Comare”, que ignoramos si es simple casualidad o se refiere a la misma “Doña Pepita” de Crevillent que hubiera ejercido anteriormente en esta localidad. El practicante Antonio Soriano Bri tiene calle en Daya Vieja y en Daya Nueva.

Por especialidad, se sitúan en cabeza los practicantes con 16 calles; les siguen las ma-

tronas con 9, los A.T.S. con 2 y una enfermera. Vemos reflejada en esta clasificación la especial significación del sentimiento popular hacia la matrona y el practicante, dos figuras tradicionales en los pueblos de España, con su toque un tanto romántico, a los que se han tributado multitud de homenajes por parte de las corporaciones locales y vecinos del medio rural. No sin razón, pues ellos se han ocupado incansablemente de atender las necesidades sanitarias de estas poblaciones con una entrega vocacional de servicio inigualable.

Sobre esta modalidad de reconocimiento público, el Colegio alicantino publicó en 2008 en sus órganos una comunicación animando a sus colegiados a proponer los nombres de compañeros y compañeras que consideren dignos de tal honor, con la siguiente salvedad: “Dichas propuestas deberán realizarse convenientemente razonadas y documentadas con los motivos por los cuales la persona en cuestión es merecedora de dar nombre a una calle y con un currículum de la misma.”

2.- Palmera dedicada a Enfermería (Elche, 2013)

Elche dedicó una palmera a la Enfermería en reconocimiento a su aportación a la sociedad durante un acto celebrado en el marco de las XXIV Jornadas Nacionales de Enfermeras Gestoras/Supervisión de Enfermería, organizadas por la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE), que se celebraron en Alicante del 12 al 14 de junio de 2013. La dedicatoria fue posible gracias a las gestiones hechas ante el Ayuntamiento ilicitano por la presidenta de las Jornadas y vocal de ANDE en la Comunidad Valenciana, Remedios Yáñez, y el presidente del CECOVA, con la inestimable colaboración de Fernando Fernández Candela, subdirector de Enfermería del Hospital General Universitario de Elche.



En Elche, dedicar una palmera a una persona, colectivo, institución o entidad es un acto singular y especialísimo que se remonta al último año de siglo XVIII. En 1900, tuvo lugar en Elche, concretamente en el Huerto del Cura, una reunión de celebres astrónomos europeos con motivo de un eclipse solar total que se produjo el 28 de mayo. Con motivo de tal evento, al día siguiente (29 de mayo) Elche dedicó una palmera al popular astrónomo francés Camilo Flammarion.

A partir de entonces, la ciudad viene otorgando tan alto y exclusivo honor a personajes ilustres, colectivos e instituciones que se han hecho acreedores a tan alto como exclusivo honor por su dignidad y méritos sobresalientes. Así, por ejemplo, José Canalejas, Gregorio Marañón, José María Pemán, Juan de la Cierva, Severo Ochoa, Miguel de Unamuno, Alfonso XIII, los

Reyes de España, el Tribunal de las Aguas de Valencia, entre otros, tienen una palmera dedicada.

Ahora, la profesión de Enfermería, ha quedado incluida en ese grupo notables con dedicatoria. Señalar que no llegan a cien las palmeras dedicadas en el legendario Palmeral ilicitano, el más grande de Europa, con cerca de medio millón de palmeras, solo superado en el mundo por algunos palmerales árabes. En la placa que se ha colocado en la palmera dedicada se puede leer el siguiente lema *“A los profesionales de Enfermería. El valor de los Cuidados”*.



El Palmeral de Elche fue declarado Patrimonio de la Humanidad por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) el 30 de noviembre de 2000. Así pues, en este sentido, Enfermería, en la porción que le corresponde, se señala como parte del patrimonio de la humanidad, símbolo del esfuerzo incansable de los miles de profesionales de Enfermería ilicitanos, alicantinos, valencianos y españoles en general. Hasta le fecha, es la única profesión que alcanza tan distinguida muestra de reconocimiento social en España.

CONCLUSIONES

1. Se han identificado, analizado y catalogado 7 monumentos dedicados a las enfermeras o a la Enfermería, de los cuales 5 no habían

sido estudiados con anterioridad. Por lo que respecta a calles o espacios públicos urbanos dedicados hemos podido enumerar los existentes en la provincia de Alicante, gracias al catálogo realizado por el Colegio de Enfermería de aquella provincia, pero no hemos podido hallar datos a nivel nacional por no haberse realizado hasta la fecha ningún catálogo general que recoja las realizaciones de esta naturaleza existentes en España.

2. La acción de los Colegios de Enfermería para sugerir e impulsar ante las Corporaciones municipales la aprobación de erigir monumentos, dedicar calles o implementar realizaciones en honor de las enfermeras o de la Enfermería se ha acreditado como indispensable y decisiva. La gran mayoría de estas realizaciones se han debido a la iniciativa e impulso de los Colegios.

3. Salvo alguna excepción, desde el punto de vista de la semiótica, los monumentos hasta ahora erigidos en nuestro país comunican de modo coherente y efectivo su mensaje de reconocimiento social hacia la labor profesional de las enfermeras y la gratitud y consideración hacia la Enfermería en general.

4. La dedicatoria de una palmera del mundialmente famoso palmeral de Elche (Patrimonio de la Humanidad), homenaje a la Enfermería de la provincia de Alicante, tiene una especialísima significación al ser la única profesión en España que consigue tal honor.

BIBLIOGRAFÍA

- Ballesteros Álvaro, A. M., (2006) La Enfermería española y su historia en la filatelia. *Temperamentum*, (4): Disponible en <<http://www.index-f.com/temperamentum/tn4/t6245.php>> Consultado el 6 de agosto de 2013
- Calvo Calvo, M.A. (1994) Análisis icnográfico de la pintura de Lucas Valdés "Asistencia a los sacerdotes en la enfermería". *Hiades* (10):403-412
- Casas, M. F. Miralles, M. T. (2001) Monumento a las enfermeras de la Cruz Roja de Astorga. *Enfermería Clínica*

- (4):161-165
- Guerra González, J. E. *Historia de la Enfermería* (2008). *Reflejo de la Filatelia. Hiades* (10): 782-803.
- Luna Gálvez, S. (2004) La Enfermería en la filatelia. *Hiades* (9): 465-499.
- Miralles Sangro, M. T. (2008) *La Enfermería a través de los sellos*. Ediciones DAE. Madrid
- Miralles, M. T.; Duran, M. (2005) *La enfermera en el monumento madrileño (1908-1936)*. *Index de Enfermería* (51):65-69.
- Núñez Del Castillo, M. y Siles González, J. (2004a) *Evolución de los cuidados enfermeros: Análisis icnográfico desde la perspectiva de Virginia Henderson*. *Cultura de los Cuidados*. 1º semestre, (15): 17-25.
- Núñez Del Castillo, M. y Siles González, J. (2004b) *Tras las huellas de nuestros orígenes cuidadores*. *Cultura de los Cuidados*. 2º semestre, (16): 14-19
- Núñez del Castillo, M., Siles González, J., Jurado Moyano, I. (2008 a) *Relación de ayuda a través de la historia: una aportación desde la perspectiva iconográfica*. *Cultura de los Cuidados*. 1er. Trimestre. (23): 27-34.
- Núñez del Castillo, M (2008 b) *Los cuidados de salud a través de la iconografía. Una aportación desde la perspectiva de la enfermería*. Tesis Doctoral
- Santo Tomás, M. et al. (1996) *Iconografía y enfermería: un instrumento para la investigación histórica*. *Index de Enfermería* (16-17): 87-88.
- Santo Tomás, M. et al. (1997) *Iconografía y Enfermería. Un instrumento para la investigación histórica*. *Index de Enfermería* (19):13-16.
- Siles González, J. (1994 a) *Fuentes Etnográficas e Historia de la Enfermería*. *Hiades* (10): 111-137.
- Siles González, J. et. al. (1994 b) *La Enfermería a través del cine: un estudio histórico y transcultural*. *Hiades* (10): 761-780.
- Siles González, J. (1999) *Historia de la Enfermería*. Ed. Aguclara, Alicante:75-76. Alicante
- Siles González, J. (2009) *Origen de la Enfermería en el cine: El género histórico-documental y biográfico*. *Cuadernos de Cine* (4): 57-69.
- Siles González, J. (2011) *Historia de la Enfermería*. Ed. Difusión Avances de Enfermería (DAE, SL): 95. Madrid

Antropología

Relación entre el estilo de vida de una joven deportista de alto rendimiento y los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon

Relationship between the lifestyle of a young sportsman high performance and functional health patterns Marjory Gordon

Relação entre o estilo de vida de um jovem esportista de alto desempenho e padrões funcionais de saúde Marjory Gordon

Juan Manuel Fabra Heredia¹ Lina Casadó Marín²

¹Estudiante de Grado en Enfermería en URV; juanrodiles@hotmail.com; 636308160

¹Estudiante de Grado en Enfermería en URV (Universidad Rovira i Virgili).

²Doctora en Antropología, Departamento de enfermería de la URV (Universidad Rovira i Virgili).

Cómo citar este relato en edición digital: Fabra Heredia, J.M. y Casadó Marín, L. (2014) Relación entre el estilo de vida de una joven deportista de alto rendimiento y los patrones funcionales de salud de Marjory Gordon. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 18, 38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.38.13>

Correspondencia: Correo electrónico: juanrodiles@hotmail.com

Recibido: 20/11/2013; Aceptado: 11/01/2014



ABSTRACT

This case study explores the benefits of Marjory Gordon's health functional patterns in a high performance young athlete lifestyle. Starting from a holistic perspective and through a nursing functional health care plan

in practice, I would like to set the basis for nursing care to high performance athletes.

The results showed that there are some protective factors connected with healthy life patterns as: balanced diet, physical activity and drug use prevention. Moreover, there are some risky behaviour related with the effort and the high dedication in daily life.

Keywords: High performance sport, Functional patterns, Lifestyle, Nursing process evaluation.

RESUMO

Estudo de caso que busca conhecer e aprender a relação que há entre o estilo de vida de um jovem esportista de alto rendimento e os padrões funcionais da saúde, através da avaliação realizada em um jovem atleta de alto desempenho, desde uma perspectiva holística, para adentrar-se nas peculiaridades específicas

deste estilo de vida e criar um ponto de partida com os cuidados da enfermagem dirigidos a esportistas de alto rendimento.

Em este caso, observa-se fatores protetores relacionados com a tendência de hábitos de vida saudáveis (alimentação, atividade física, não consumo de tóxicos) e condutas de risco derivadas do esforço, tempo e dedicação que requer o esporte de alto nível.

Palavras-chave: Esporte de alto rendimento, Padrões funcionais, Estilo de vida, Avaliação de enfermagem.

RESUMEN

Estudio de caso que busca conocer y comprender la relación que hay entre el estilo de vida de una joven deportista de alto rendimiento y los patrones funcionales de salud, a través de la valoración realizada a una joven deportista de alto rendimiento, desde una perspectiva holística, para adentrarse en las peculiaridades propias de este estilo de vida y crear un punto de partida para los cuidados de enfermería dirigidos a deportistas de alto rendimiento.

En este caso, se observaron factores protectores relacionados con la tendencia a los hábitos de vida saludables (alimentación, actividad física, no consumo de tóxicos) y conductas de riesgo derivadas del esfuerzo y tiempo de dedicación que requiere el deporte a alto nivel.

Palabras clave: Deporte de alto rendimiento, Patrones funcionales, Estilo de vida. Valoración enfermería.

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años, se han presentado estudios referentes al deporte de alto rendimiento en los que se relacionaba este estilo de vida con la promoción de la salud o por lo

contrario se daba a entender que este tipo de práctica deportiva era un factor de riesgo para algunas dimensiones de la salud de la persona.

Como pequeño repaso de los estudios relacionados con el deporte de alto rendimiento, podemos resaltar, por ejemplo, el trabajo de de Jonathan Ruiz (2010) en el que se revisan quince estudios que asocian de manera inequívoca la participación en competiciones deportivas con la esperanza de vida. Otro defensor del deporte de alto rendimiento es Alejandro Lucía (2006) llegó a la conclusión que el hecho de ser deportista de alto rendimiento, trae consigo un estilo de vida (hábitos saludables, dieta, actividad) con un pronóstico muy favorable sobre el riesgo en general de enfermedades y muerte. En la misma línea, Ivana Jürgens (2006) nos muestra un claro aumento de la calidad de vida percibida cuanto más alto es el grado de implicación en la práctica deportiva. Siendo los deportistas de alto rendimiento los que obtienen el mejor resultado. La otra cara de la moneda, la encontramos, por ejemplo, en el riesgo de lesiones que conlleva el deporte de alto rendimiento, habiendo autores que consideran la práctica deportiva en sí un factor de riesgo (Amato, R. 2000). A su vez, el carácter competitivo de esta rama del deporte, también puede conllevar a una obsesión desencadenante de problemas de autoimagen o trastornos de la conducta alimentaria (Alonso, J. 2006).

Como hemos podido observar hasta ahora la investigación científica sobre los efectos de la práctica deportiva se ha centrado, principalmente, en las repercusiones fisiológicas (De Gracia, M. y Marcó, M. 2000). No obstante, el interés también se ha extendido a la salud mental (Jiménez, M. 2008).

Varios estudios afirman que el ejercicio físico mejora la salud mental. Entre estos be-

neficios encontramos la reducción de la depresión (Lawlor, D. A. y Hopker, S. W. 2001); la disminución de la reactividad frente al estrés y un aumento de la capacidad de afrontación de este (Holmes, D.S. 1993), y de este modo se reducen los niveles de ansiedad (Akandere, M. y Tekin, A. 2005). ¿Pero pasa lo mismo cuando este deporte, es de alto rendimiento? La principal diferencia del deporte de alto rendimiento frente a la practica de simple actividad física, es el factor competitivo (Muñoz, J. A. 2001).

Los altos valores de competencia percibida en jóvenes deportistas de alto rendimiento, ofrecen altas correlaciones negativas con las dimensiones generadoras de estrés (Arruza, J. A. 2011). Percibidas con frecuencia como causa de amenaza y angustia (Durand, M. 1988). Pero al mismo tiempo, guardaba relación con las dimensiones positivas recuperadoras del estrés (Arruza, J. A. 2011).

A pesar de esta última afirmación, Sara Márquez (2005) afirma que los deportistas que no afrontan el estrés con las estrategias correctas, son incapaces de interpretar de forma adecuada los eventos relacionados con la actividad deportiva y de reaccionar de manera racional. De este modo experimentan un estrés crónico y prolongado, relacionado con el empeoramiento de la capacidad de ejecución, la aparición de burnout (estado de cansancio mental, emocional y físico generado por una dedicación persistente hacia un objetivo, cuyo logro resulta opuesto a las expectativas de la persona (Freudenberger, H. J. y Richelson, G. 1981)).

Este estrés y tensión debidos al carácter competitivo del deporte de alto rendimiento puede llegar a desencadenar en niños y jóvenes desequilibrios psíquicos (García, M. 1990).

Debido al gran numero de posturas sobre la práctica de ejercicio de alto rendimiento, con

este estudio, busco dar una visión global de la vida de un deportista de alto rendimiento y conocer que relación guarda este tipo de práctica deportiva con el estilo de vida de la persona.

Teniendo en cuenta que podemos entender el estilo de vida como *la manera de vivir, una serie de actividades, rutinas cotidianas o hábitos*, (Guerrero, L. R. 2010); dentro de esa “serie de actividades” se puede enmarcar la practica de deporte de alto rendimiento que podríamos definirlo como una actividad física que obedece normas y sus objetivos son la competencia, el máximo rendimiento y el espectáculo (Ortiz, U. 2001) que se realiza de forma organizada y consciente y está diseñado para aumentar el nivel competitivo y el rendimiento atlético, es un proceso organizado, dirigido, orientado, sistemático, planificado y controlado sobre bases metodológicas.(Gómez, O. 2002). Al igual que al deporte de alto rendimiento, al resto de actividades que construyen el estilo de vida, se denominan hábitos o comportamientos sostenidos, de los cuales se distinguen dos categorías: *los que mantienen la salud y promueven la longevidad y aquellos que limitan o resultan dañinos y reducen la esperanza de vida. Estos comportamientos se conocen como factores protectores y conductas de riesgo.* (Jenkins, D. 2005; Barrios, H. A. 2007).

Para comprender mejor si el deporte de alto rendimiento dentro de un estilo de vida actúa como factor protector o conducta de riesgo, he realizado una valoración de los patrones funcionales de M. Gordon.

¿Por qué el modelo de M. Gordon y no otra escala de valoración?

Este modelo de enfermería, ha sido escogido entre otros, porque aporta libertad a la hora de poder realizar preguntas encaminadas hacia un conocimiento concreto, en este caso, la

relación entre el deporte de alto rendimiento y cada patrón funcional de salud, y ofrece la capacidad de investigar abiertamente sobre cada “comportamiento” o patrón.

Esto se debe a que el modelo de valoración de Gordon, expone sus patrones funcionales cómo “comportamientos más o menos comunes a todas las personas” que contribuyen a su salud (Álvarez, J. 2010) a diferencia del modelo de Virginia Henderson, que nos habla de “necesidades básicas que la persona debe satisfacer” para mantener su integridad y promover su crecimiento (García, A., 2004). Y esto se observa en la propia redacción de las necesidades y patrones, mientras que las necesidades de Henderson dan pie a una respuesta de si o no, los patrones de Gordon hacen cuestionarse el cómo y esto ofrece la libertad de investigación comentada con anterioridad. Por lo tanto, el modelo de Gordon, al no hablar de necesidad, nos ofrece un marco de trabajo más amplio que contempla la variabilidad que puede hallarse entre los diferentes estilos de vida de la población, incluyendo el de deportista de alto rendimiento.

Otro aspecto importante que me ha hecho decantarme por el modelo de Gordon, frente a otros cómo el de Henderson, es el hecho de que Gordon plantea un patrón exclusivamente para valorar la actividad física, Patrón 4: Actividad/Ejercicio, comparable a la necesidad 4 de Henderson: Moverse y mantener una postura adecuada. Punto que considero clave a la hora de valorar el estilo de vida de un deportista de alto rendimiento, ya que el primero me permite indagar sobre la cantidad de ejercicio, el tipo de ejercicio, la intensidad..., mientras que la necesidad de Henderson va encami-

nada más hacia la valoración de posibles limitaciones físicas.

Por este motivo considero que, utilizar los patrones funcionales de Gordon, enriquece más los posibles resultados de este trabajo.

A su vez, la forma en la que M. Gordon entiende los patrones funcionales, guarda estrecha relación con el concepto de “estilo de vida”, que es otro de los pilares básicos de este estudio.

¿Qué relación existe entre el estilo de vida de una persona y sus patrones funcionales de salud?

Los patrones funcionales son, de acuerdo con Álvarez Suarez (2010) *una configuración de comportamientos más o menos comunes a todas las personas, que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano; que se dan de manera secuencial a lo largo del tiempo y proporcionan un marco para la valoración con independencia de la edad, el nivel de cuidados o la patología.*

Que junto a lo que entendemos por estilo de vida: conjunto de patrones conductuales individuales (WHO, 1986) que poseen repercusiones en la salud de las personas haciendo referencia a la manera de vivir, a una serie de actividades, rutinas cotidianas o hábitos (Guerrero, L. R. 2010) podemos extraer que un estilo de vida es, básicamente, la manera que la persona tiene de gestionar los patrones funcionales de los que nos habla Gordon. Otra manera de explicar esta estrecha relación, sería diciendo que el conjunto de los 11 patrones funcionales de Gordon, componen el estilo de vida de una persona.

Patrones Funcionales	Estilo de Vida
Configuración de comportamientos	Conjunto de patrones conductuales
Comunes en todas las personas	Particular de cada individuo (WHO)
Contribuyen a la Salud	Posee repercusiones en la Salud

Podemos entender, por lo tanto, que la valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon es una forma de analizar el estilo de vida concreto de una persona, parte por parte

JUSTIFICACIÓN

Este trabajo nace con la perspectiva de que la Ciencia de la Enfermería, no solo se centra en la persona patológica, sino que abarca también los estados de buena salud. Cómo ya lo definió Henderson, V. (1977) en su libro Principios Básicos de Enfermería la enfermería es “la asistencia al individuo enfermo o sano en la ejecución de aquellas actividades que favorecen su salud o la recuperación de la misma... tareas que él podría resolver sin ayuda si tuviera las energías, fuerza de voluntad y conocimientos necesarios”. De este modo, la actuación de enfermería, puede contribuir a un individuo sano (como puede ser un deportista de alto rendimiento) a mantener, favorecer y mejorar su estado de salud. Pero para ello, primero hay que conocer cómo es el estado de salud de las personas con este particular estilo de vida, que se podría mejorar de él y que problemas de salud pueden venir derivados del mismo.

A su vez, durante la realización de este trabajo, he podido observar que la investigación por parte de enfermería dirigida al campo del deporte de alto rendimiento es prácticamente nula y por lo tanto necesaria para la ampliación de conocimientos de la comunidad enfermera y científica en general.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Dada la gran cantidad de puntos de vista diferentes desde los que se puede abordar el deporte de alto rendimiento como factor protector de salud o factor de riesgo, con este estudio nos planteamos los siguientes objetivos:

- Conocer la relación que guarda el deporte de alto rendimiento con cada uno de los patrones funcionales de salud de la persona.
- Obtener una visión más holística de este estilo de vida que nos ayude a entender y dirigir los cuidados de enfermería que un deportista de alto rendimiento pueda precisar.

También nos hemos planteado las siguientes hipótesis:

- No se puede afirmar de forma generalizada que el deporte de alto rendimiento sea promotor de salud o factor de riesgo, ya que este estilo de vida puede afectar tanto positivamente como negativamente a los diferentes patrones funcionales de salud.
- El hecho de ser deportista de alto rendimiento, no tiene porque afectar a todos los patrones funcionales de salud.
- Un patrón funcional concreto puede que se vea favorecido y perjudicado al mismo tiempo por la practica de deporte de alto rendimiento.

METODOLOGÍA

Este trabajo es un estudio de caso que utiliza metodología cualitativa y como técnicas principales, la entrevista en profundidad y una tabla semanal (del 28 de enero al 3 de febrero de 2013) que recoge información relativa a la alimentación y la actividad física en periodo de competición.

La elección de esta metodología se ha realizado teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

Desde la ciencia social que representa la enfermería, la perspectiva cualitativa, nos permite estudiar los fenómenos en su contexto y se les puede encontrar el sentido o la interpretación partiendo del significado que las personas les concedemos. Nos centramos por lo tan-



to en la multidimensionalidad de la realidad social (Calderón, C. 2002). Esto es interesante a la hora de valorar el estilo de vida propio de una persona, dado que esta perspectiva proporciona una visión holística (Burns, N. 2004) del modo de vida del informante. Hecho que enriquece la información que obtenemos y el análisis de la misma.

La investigación cualitativa, ayuda a responder preguntas surgidas desde el significado de la experiencia de vida y de la comprensión de sentimientos de la persona (Orellana, A. 2007). Es fundamental para la valoración de los patrones funcionales tener en cuenta la subjetividad con la que la persona comprende e interpreta su estilo de vida. Esta metodología, nos ayuda a explorar en profundidad, la riqueza y la complejidad inherente a un fenómeno, como es la valoración de los patrones de Gordon. Por lo tanto, la investigación cualitativa es útil para entender las experiencias humanas (Burns, N. 2004).

Para llevar a cabo este trabajo, ha sido necesaria la colaboración de un informante. Los principales criterios de selección, han sido que cumpliera con los requisitos propios del estilo de vida que pretende analizarse, es decir, que sea una persona joven y a su vez realice

una modalidad deportiva de alto rendimiento. (Entendiendo como joven el periodo de edad de entre 20-24 años (OMS, 1986) y como deporte de alto rendimiento la actividad física que obedece normas y sus objetivos son la competencia, el máximo rendimiento y el espectáculo (Ortiz U, 2001) que se realiza de forma organizada y consciente y está diseñado para aumentar el nivel competitivo y el rendimiento atlético, es un proceso organizado, dirigido, orientado, sistemático, planificado y controlado sobre bases metodológicas (Gómez, O. 2002).

Para la localización del informante he decidido buscar en las universidades, ya que es un lugar donde confluyen gran cantidad de jóvenes y la probabilidad de encontrar a alguno que se dedique al deporte de alto rendimiento es mas elevada. Para ello, y por motivos de cercanía que facilitarían la realización de las entrevistas, decidí empezar a buscar en mi propia universidad. Y en caso de no encontrar ningún posible informante, ir expandiendo el perímetro hasta hallar una persona que cumpla los criterios de selección y esté dispuesta a colaborar. En mi propia universidad encontré una chica que, tras explicarle en persona en que consistía el trabajo y de que forma podría ayudarme, aceptó ser mi informante a través de un consentimiento verbal.

Se trata de una chica de 21 años que practica patinaje artístico en su modalidad grupal. Nació en Lleida, pero se trasladó a vivir a Tarragona hace 4 años por motivos universitarios. Lleva patinando desde 1995. Al venir a vivir a Tarragona, en el 2009, se incorporó al equipo de patinaje Reus Deportiu, con el que ha cosechado grandes éxitos profesionales. Entre el palmarés que avala la elección del informante, encontramos: un título de subcampeona del mundo en el Mundial de Alemania en 2009.

Una medalla de bronce en el Mundial de Brasil 2011 y una medalla de oro en el Mundial de Nueva Zelanda en el año 2012. Además de títulos como Campeona de España en 2012 y subcampeona de Europa ese mismo año.

Este estudio ha sido realizado durante el transcurso de noviembre de 2012 a junio de 2013 en la provincia de Tarragona.

Para la consecución de los objetivos, se ha llevado a cabo una entrevista en profundidad dirigida hacia una valoración de los patrones funcionales de Marjory Gordon.

Para el análisis de datos, he utilizado el Manual de Valoración de Patrones Funcionales (2010) realizado por un equipo del Área Sanitaria V de Gijón (Asturias) formado por José Luis Álvarez Suarez, Fernanda del Castillo Arévalo, Delia Fernández Fidalgo y Montserrat Muñoz Meléndez.

A la hora de realizar la entrevista he tenido en cuenta que valora y cómo se valora cada patrón, dirigiendo siempre las preguntas hacia la posible relación que pueda guardar cada ítem de cada patrón funcional con el estilo de vida de un deportista de alto rendimiento.

Para extraer resultados, he elaborado una tabla para cada patrón funcional en la que constan todas las acciones, signos, síntomas y estados (ítems) que, según el Manual de Valoración de los Patrones funcionales, alteran el patrón en concreto. De cada aspecto que deteriora un patrón, he redactado lo opuesto de tal modo que obtengo el mismo ítem, pero esta vez beneficia al patrón en si. Un ejemplo de esto sería:

En la guía, en el Patrón Funcional 1 (Percepción de la Salud) expone como ítem que altera negativamente el patrón funcional lo siguiente: “Bebe en exceso, fuma y/o consume drogas”. De este ítem he extraído el que beneficia al patrón funcional que sería: “No bebe

en exceso, no fuma ni consume drogas”. Este proceso se ha seguido con todos los ítems que propone la guía para cada patrón funcional.

Una vez realizada la entrevista y las tablas de los ítems (factores protectores o conductas de riesgo) de cada patrón, se procede a la valoración de enfermería en la que se analizan todos los patrones y se escogen los ítems que encajen con el estilo de vida que el informante nos facilitó en la entrevista. Una vez marcados todos, resalto los que tienen que ver con el hecho que el informante practique deporte de alto rendimiento. De este modo obtengo como el deporte de alto rendimiento afecta a cada patrón, justificando cada resultado confrontando cada respuesta del informante que nos lleve a ese resultado con las aclaraciones que nos propone el Manual de Valoración de los Patrones Funcionales para cada ítem.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para presentar los resultados voy a exponer los patrones por orden, uno a uno.

Patrón funcional 1; Percepción/Manejo de salud. En este patrón encontramos dos ítems positivos afectados por el deporte de alto rendimiento, que son, el hecho que tiene un adecuado cuidado de su salud: en este ítem se puede englobar la valoración general de todos los patrones funcionales, que vienen derivados de la gestión de su estilo de vida (que gira alrededor de su condición de deportista de alto rendimiento), que cómo bien puede apreciarse en las tablas de valoración (anexo), nos muestra un buen manejo de su salud. Y segundo, que no bebe en exceso, no fuma y no consume drogas: comenta que no fuma ni consume drogas, y que consume alcohol de manera muy esporádica cuando sale de fiesta (si su ritmo de vida se lo permite). En una semana de

consumo podríamos hablar de 40gr/semana (siendo una vez al mes) Y el consumo excesivo en mujeres se considera a partir de los 168gr/semanales. En la entrevista comenta que *“está claro que el estilo de vida influye ya que el hecho de hacer deporte y juntarte con personas que tienen hábitos de vida saludables te ayuda a mantenerte lejos de ciertos estímulos negativos”*

Patrón funcional 2, Nutricional/Metabólico: en este patrón funcional vemos que el deporte de alto rendimiento afecta de forma directa a un ítem positivo y es que tiene una nutrición equilibrada: Tal cómo se observa en el planning horario semanal (anexos), hay una buena repartición de los nutrientes que consume, siendo una dieta equilibrada, rica en proteínas y baja en grasas. En la entrevista comenta que su condición de deportista de alto rendimiento la condiciona a llevar este tipo de dieta para *“mantener un poco el peso normal para aguantar lo que te exige tu deporte. Nadie te obliga, pero de alguna manera te cuidas para eso, para facilitar el aguantar y el practicar tu deporte”*.

Patrón funcional 3; Eliminación: en este patrón funcional vemos como el deporte de alto rendimiento afecta al mismo ítem de forma positiva y negativa. Presenta un tránsito intestinal regular y sin problemas. Acostumbra a ir al baño una o dos veces al día. Comenta que *“hacer ejercicio mejora la eliminación, porque, quieras o no, es algo que te mantiene continuamente en movimiento y yo creo que lo facilita”*. Pero a su vez, existe estreñimiento y diarrea. En periodos de competiciones y debido a las rivalidades y autoexigencias propias del deporte de alto rendimiento, se ve alterado su ritmo intestinal debido a nervios y estrés. Y esto deriva en *“defecaciones muy fáciles o*

estreñimientos espectaculares”. Aunque son situaciones puntuales que una vez superada la competición dejan paso al ritmo normal.

Patrón funcional 4; Actividad/Ejercicio: Dentro de este patrón, se ven alterados 3 ítems, uno positivo y dos negativos. Como ítems negativos encontramos el riesgo de accidentes/lesiones. En la entrevista comenta una rotura de peroné en 2007 durante una competición además de *“como todo deportista, lo típico, roturas fibrilares, sobretudo en piernas, contracturas, y alguna cosa más sin importancia”*. Por lo tanto, de esta práctica deportiva se deriva un importante riesgo de lesiones. Y por otro lado, un cansancio físico relacionado con exceso de actividad. Esto se ve reflejado en la gran cantidad de horas dedicada al deporte *“mas horas no le puedo dedicar, porque si le dedico mas horas o quito las horas de comer o quito las horas de dormir”*. Acompañado de consumo de suplementos vitamínicos para poder aguantar el ritmo que requiere este tipo de práctica deportiva. El ítem positivo hace referencia a la actividad lúdica y el entretenimiento. No manifiesta aburrimiento, comenta que el hecho de ser deportista de alto rendimiento la ha condicionado a buscar una vida activa y en su tiempo libre le gusta probar deportes nuevos, quedar con amigos, etc.

Patrón funcional 5; Sueño/descanso: El deporte de alto rendimiento afecta directamente dos ítems negativos de este patrón. Por un lado verbaliza dificultad para conciliar el sueño. Comenta en la entrevista *“Estoy muy cansada, pero no tengo sueño, porque llegas a casa con el pensamiento acelerado de todo el deporte que acabas de hacer. Entonces es eso, que estás muy cansada, con muchas ganas de dormir pero me cuesta conciliarlo”*. Y por otro, refiere

cansancio relacionado con falta de descanso. Comenta *“No recupero las horas de sueño, a veces me gustaría dormir mas y poder estar mas horas durmiendo”* aunque comenta dormir unas 7-8 horas diarias, lo recomendado en adultos, la carga física que comporta ser deportista de alto rendimiento puede ser el factor que haga que esas horas sean insuficientes.

Patrón funcional 7; Autopercepción/Autoconcepto: Un ítem negativo de este patrón se ve afectado directamente por la práctica de deporte de alto rendimiento y es que le preocupa su imagen corporal y los cambios de esta. Verbaliza que *“el hecho de estar en la alta competición y querer hacerlo todo perfecto, te hace buscar también la perfección en ti”*. Como comentaba J. Alonso (2006), en los deportes femeninos tales cuales la gimnasia rítmica o el patinaje artístico el componente de la imagen física tiene mucho mas peso que en otros deportes llegando a producir obsesiones y TCA, aunque este no sea el caso de nuestra informante, si que se le da cierta importancia a la imagen física.

Patrón funcional 8; Rol/Relaciones: Cubre correctamente todos los ítems de este rol, pero debido al su vida como deportista de alto rendimiento expresa un ítem negativo; por su ritmo de vida, se siente a veces separada del resto de amigos y compañeros que no practican como ella deporte de alto rendimiento.

Responde en la entrevista a la pregunta ¿Crees que tu estilo de vida ha podido influir en tus relaciones sociales? *“Si, si, totalmente, he ido a Lleida a ver a mis amigos y es como a veces me da la sensación de que ellos están en un mundo y yo estoy apartada [...] Con la gente de patinaje o que hace deporte, no. Pero con la gente que no hace deporte si que ves este distan-*

ciamiento.” Y esto viene dado a que, a muchas de las actividades que realizan los compañeros de la edad del informante como salir de fiesta, quedar con cierta regularidad... mi informante, por su ritmo de vida y su condición de deportista de alto rendimiento no puede acudir.

Patrón funcional 10, Adaptación/Tolerancia al estrés: Dos ítems positivos de este patrón se ven afectados directamente por el deporte de alto rendimiento. Afronta cambios de manera efectiva. Comenta que a la hora de afrontar problemas *“el estilo de vida si que influye, en cualquier modalidad deportiva pueden surgir muchos cambios, sin ir mas lejos, como la propia coreografía, y te vas adaptando.”* Esta actitud de adaptabilidad aprendida en el mundo del deporte, es aplicada en otros ámbitos de su vida. Y no recurre al uso de sustancias para superar problemas. Comenta que el deporte, el patinaje, es una vía de escape *“me pongo los patines y entro en otro mundo.... Me olvido de todo [...] son formas... por eso no he recurrido a medicamentos. Te vas a correr y mañana será otro día.”* En este caso, el deporte es una manera de canalizar los problemas de manera natural y sin perjudicar a la salud.

Podemos resaltar como factor protector, que el hecho de ser deportista de alto rendimiento ha conllevado al informante a desarrollar un patrón de hábitos saludables como son la alimentación, el ejercicio físico regular y han ayudado a alejarse de estímulos nocivos como drogas o tabaco. Este dato está reflejado en las conclusiones del estudio de Alejandro Lucía (2006).

Por el contrario, podemos entender como principales factores de riesgo el hecho que la práctica de deporte (alto rendimiento o no (Amato, R. 2000) conlleva riesgo de lesiones.

Pero al tratarse de deporte de alto rendi-

miento, la persona se ve expuesta una gran cantidad de horas a ese riesgo, y por lo tanto, es relativamente más fácil que sufra algún tipo de lesión a lo largo de su trayectoria.

También, la gran cantidad de horas de dedicación que requiere el deporte de alto rendimiento conlleva dos puntos de relevante interés, que son: el hecho de la falta de tiempo para poder realizar otras actividades de carácter social y el cansancio físico que conlleva un ritmo de vida tan intenso y prolongado en el tiempo. Este segundo aspecto negativo es el responsable del burnout (Marquez, S, 2005) que, durante la entrevista, mi informante comentó que hizo que algunas de sus compañeras de equipo decidiesen abandonar el deporte a ese nivel. Por lo tanto es un factor importante a tener en cuenta a la hora de tratar con deportistas de alto rendimiento.

Aunque a grosso modo, de la valoración realizada a mi informante, se puedan extrapolar varios resultados a otros deportistas de alto rendimiento, cómo pueden ser la conducta relacionada con hábitos saludables o la gran dedicación y esfuerzo que pueden conllevar a un cansancio físico y psicológico crónicos, hay que tener en cuenta que cada persona puede gestionar su estilo de vida de diferente manera y hay variables, como puede ser el grado de dedicación o el tipo de deporte que se practique, que pueden hacer variar los resultados, de tal manera que puedan surgir nuevos factores protectores o nuevas conductas de riesgo en personas que compartan un estilo de vida similar siendo jóvenes deportistas de alto rendimiento.

CONCLUSIONES

Por lo general, el estilo de vida del informante se puede valorar positivamente como puede verse en las tablas de valoración (ane-



xos) que muestran 52 ítems positivos frente a 9 ítems negativos. En lo que refiere al hecho de practicar deporte de alto rendimiento, vemos que esta modalidad deportiva produce alteraciones directas e indirectas a muchos ítems de varios patrones funcionales de salud. De los 52 ítems positivos, 7 son consecuencia directa de la práctica de deporte de alto rendimiento. Y de los 9 negativos, 7 vienen derivados de este tipo de práctica deportiva.

Los patrones alterados (tanto de manera positiva como negativa) por la condición de deportista de alto rendimiento son el 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8 y 10.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Lina Casadó Marín, doctora del Departamento de Enfermería de la Universitat Rovira i Virgili su apoyo y tutorización durante el desarrollo de este trabajo.

Y agradecer también a mi informante su voluntariedad y paciencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Akandere, M. y Tekin, A. (2005). Efectos del ejercicio físico sobre la ansiedad. *PubliCE Standard*; Pid:478.
- Alonso, J (2006) Trastornos de la conducta alimentaria y deporte. *Trastornos de conducta alimentaria 4*. Centro Andaluz de Medicina del Deporte 368-385

- Álvarez Suárez, J. L. del Castillo Arévalo, F. Fernández Fidalgo, D. Muñoz Meléndez, M. (2010) Manual de Valoración de Patrones Funcionales, Dirección de Enfermería de Atención Primaria Área Sanitaria V – Gijón.
- Amato, R. (2000) Deporte competitivo infanto juvenil: ¿promoción de la salud o situación de riesgo? *Adolescencia Latinoamericana*, vol.2, no.1, p.09-15
- Arruza, J. A. Arribas, S. (et.al.) (2011) Percepción de competencia, estado de ánimo y tolerancia al estrés en jóvenes deportistas de alto rendimiento Universidad del país Vasco, vol. 27, nº 2, p.536-543
- Barrios-Cisnero, H. A. (2007). *Estilo de Vida Saludable y Espiritualidad*. Monografía s/p. Mérida, Venezuela.
- De Gracia M. y Marcó M. (2000). Efectos psicológicos de la actividad física en personas mayores. *Psicothema*. 12, 2, 285-292.
- Durand, M. (1988), *El niño y el deporte*, Barcelona, Paidós Ibérica S.A y Centro de Publicaciones del Ministerio de Educación y Ciencia, pp.:113-114.
- Freudenberger, H.J. y Richelson, G. (1981). *Burnout: How to beat the high cost of success*. New York: Bantam Books.
- García Fernando, M. (1990), *Aspectos sociológicos del deporte*. Una reflexión sociológica. Alianza Editorial, Madrid, pp:148-155,202, 204.
- García Suso, A, Francisco del Rey C, Palazuelos Puerta P, de Bustos M. L. (2004) *El modelo conceptual de Virginia Henderson y la etapa de Valoración del Proceso de Atención de Enfermería*. *Educare*21; Nº 9.
- Guerrero Montoya L.R. y León Salazar A.R. (2010) *Estilo de vida e saúde*. Artículos arbitrados, Nº 48, Enero-Junio, p. 13-19
- Gómez Acosta, Oscar *Fundamentos Generales de la Caracterización y Organización del Deporte de Alto Rendimiento Cuba 2002*
- Henderson V. (1971) *Principios Básicos de los Cuidados de Enfermería*. Ginebra: Consejo internacional de enfermeras.
- Holmes, D.S. (1993). *Aerobic fitness and the response to psychological stress*. En P. Seragianian (Ed.), *Exercise psychology. The influence on physical exercise on psychological process* (pp. 39-63). Nueva York: John Wiley
- Jenkins, David. (2005). *Mejoremos la salud a todas las edades. Un manual para el cambio de comportamiento*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.
- Jiménez, M., Martínez, P, Miró, E. y Sánchez, A. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables ¿están asociados a la práctica del ejercicio físico. *Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 185-202.
- Jürgens, I. (2006) *Práctica deportiva y percepción de calidad de vida*. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte* vol. 6 (22) pp. 62-74
- Lawlor, D.A. y Hopker, S.W. (2001). The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: Systematic review and meta-regression analysis of randomized controlled trials. *British Medical Journal*, 322, 763-767.
- Lucía A, (et. Al.) (2006) ACTN3 genotype in professional endurance cyclists. *Int J Sports Med* 2006; 27: 880 – 884
- Marquez, S. (2005) *Estrategias de afrontamiento del estrés en el ámbito deportivo: fundamentos teóricos e instrumentos de evaluación*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol.6, Nº2, pp. 359-378.
- Muñoz Guillén, J. A. (2001) *Definición de Deporte*, *Quincena* 2, Mayo de 2001. Aavailable [http: www.pdf-esmanual.com/books](http://www.pdf-esmanual.com/books) downloaded 10 de diciembre de 2012
- Ruiz, J. (2010) *Strenuous endurance exercise improves life expectancy: it's in our genes* *British Journal of Sports Med* 2011;45:3 159-161 Published Online First: 27 September
- Souto, A. y Fariña, F. (2009, octubre). *Práctica deportiva en la tercera edad y su efecto en la salud física y psicocognitiva*. XI Jornadas Nacionales y I Congreso Internacional de Fisioterapia en la Actividad Física y del Deporte. Madrid.
- WHO (1986). *Life styles and Health*. *Rv.Social Science and Medicine*, 22 (2): 117-124.

Craving por crack: uma revisão da literatura

Craving by crack users: a literature review

Craving de crack: una revisión de la literatura

Daniel Galeno Machado¹, Fernando José Guedes da Silva Júnior²,
Larissa Alves de Araújo Lima³, Claudete Ferreira de Souza Monteiro⁴

¹Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Bolsista Capes.

²Enfermeiro. Mestrando em Enfermagem pela Universidade Federal do Piauí (UFPI). Bolsista Capes.

³Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI). Bolsista Pibic/CNPq.

⁴Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Cómo citar este relato en edición digital: Galeno Machado, D., Guedes da Silva Junior, F.J., Alves de Araújo Lima, L., Ferreira de Souza Monteiro, C. (2014) Craving por crack: uma revisão da literatura. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 18, 38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.38.14>

Correo electrónico: danielgalenoo@hotmail.com

Recibido: 12/10/2013; Aceptado: 04/01/2014



ABSTRACT

This study aimed to raise the scientific literature on the constructs of craving relating it to situations that stimulate the usage pattern of the crack, the repercussions on the lives of users and control strategies. We conducted a review of the literature through databases SciELO, LILACS and MEDLINE, using the keywords: craving, crack cocaine, and drug

dependence. The survey period was from 1996 to 2012, totaling 39 studies. The results demonstrated that the concept of craving (or tear) most used is understood as a strong desire to use a substance, which may influence the user's life in a negative way through relational ruptures and illicit activities. The craving management is through various strategies and techniques ranging from the use of other drugs to drug therapy. It is concluded that the craving because of its multifactorial etiology and on the way management becomes his peculiar understanding to help crack users in a unique way, involving social and psychological peculiarities of each.

Keywords: Crack Cocaine, Craving, Chemical Dependency

RESUMEN

Este estudio tuvo como objetivo revisar la literatura científica sobre las construcciones de deseo en relación a las situaciones que estimulan el patrón de uso del crack, las repercusiones en la vida de los usuarios y las estrategias de control. Se realizó una revisión de la literatura

a través de bases de datos SciELO, LILACS y MEDLINE, usando las palabras clave: Deseo, el crack y la dependencia de drogas. El período de estudio fue de 1996 a 2012, un total de 39 estudios. Los resultados demostraron que el concepto de deseo (o desgarro) más utilizado se entiende como un fuerte deseo de utilizar una sustancia, que puede influir en la vida del usuario de una manera negativa a través de rupturas relacionales y actividades ilícitas. La gestión deseo es a través de diversas estrategias y técnicas que van desde el uso de otros fármacos para la terapia con medicamentos. Se concluye que el ansia por su etiología multifactorial y sobre la forma de gestión se convierte en su peculiar entendimiento para ayudar a los consumidores de crack de una manera única, con la participación peculiaridades sociales y psicológicas de cada uno.

Palabras clave: Cocaína Crack, Deseo, Dependencia Química

RESUMO

Este estudo objetivou levantar na literatura científica os constructos acerca do craving relacionando-o às situações que estimulam o padrão de uso do crack, as repercussões na vida dos usuários e as estratégias de controle. Realizou-se uma revisão narrativa da literatura por meio das bases de dados SciELO, LILACS e MEDLINE, utilizando os descritores: craving, cocaïne crack, dependence e drug. O período pesquisado foi de 1996 a 2012, totalizando 39 estudos. Os resultados demonstraram que o conceito do craving (ou fissura) mais utilizado é entendido como um forte desejo de utilizar determinada substância, o qual pode repercutir na vida do usuário de forma negativa por meio de rupturas relacionais e atividades ilícitas. O manejo do craving se dá por meio de

várias estratégias e técnicas que incluem desde o uso de outras drogas até a terapia medicamentosa. Conclui-se que o craving por conta de sua multifatorialidade quanto à etiologia e forma de manejo torna-se peculiar o seu entendimento para ajudar os usuários de crack de modo singular, envolvendo peculiaridades sociais e psicológicas de cada um.

Palavras-chave: Cocaína Crack, Craving, Dependência Química

INTRODUÇÃO

Profissionais da área da saúde voltam seu olhar em busca de compreenderem fatores que estimulam o consumo de crack em adolescentes e jovens em todo o mundo. O crack torna-se uma das drogas mais procuradas, consumidas e de difícil tratamento. Considerar o desejo, incontrolável, de consumir crack, é hoje um dos fatores que ainda necessita de conhecimento – que desejo é este? Como se chama? Que estratégias já despontam para diminuir esta vontade? Questões como estas são abordadas neste estudo mostrada por meio das experiências de alguns profissionais e já apontadas como caminhos no tratamento do crack.

Este desejo, cada vez mais crescente pelo crack e outras drogas, entre seus usuários é conhecido em algumas literaturas por craving e ainda não traz uma definição consensual fazendo com que os pesquisadores da área de dependência química não se limitem a uma só designação (Araújo et al., 2008). Entretanto, àquela mais comumente utilizada é a de que o craving é um impetuoso desejo de utilizar determinada substância (Kozłowski et al., 1996).

Outros pesquisadores, também, definiram o craving como um pensamento obsessivo, um forte desejo de experimentar os efeitos adquiridos após o uso de uma substância específica,

um insuperável impulso para utilizar a droga, uma necessidade para saciar os sintomas de abstinência, uma esperança de resultado positivo e um incentivo para utilizar a substância (Araújo et al., 2008; Singleton; Anderson; Heishman, 2003).

O craving, também conhecido como “fissura” – termo popularmente utilizado pelo usuário de drogas no Brasil – é uma variável importante a ser analisada, sobretudo, no tratamento da dependência do crack devido a vulnerabilidade do usuário exposto à momentos de recaída e/ou abandono da terapêutica utilizada (Chaves et al., 2011).

Na dependência do crack, o craving torna-se ainda mais peculiar por conta da descrição dada pelos usuários de incontrolável e com uso repetitivo e compulsivo levando-os à um padrão de consumo torrente em vários dias subsequentes até o alcance do seu próprio esgotamento biopsicossocial (Ribeiro; Sanchez; Nappo, 2010). Este tipo de consumo descomedido e contínuo é denominado de binge e pode permanecer até que o suprimento de crack cesse ou que haja exaustão do usuário (Nappo; Sanchez; Oliveira, 2011).

Diante dessa problemática e da importância da compreensão do craving como fator que irá contribuir para adesão ao tratamento do consumo de crack entre seus usuários, este estudo objetivou levantar na literatura científica os constructos deste fenômeno relacionando-os às situações que estimulam o padrão de uso, as repercussões na vida dos usuários e as estratégias de controle apontadas.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão da narrativa e compreensiva de estudos e pesquisas sobre craving. Considerou-se a busca recente da força da evidencia em estudos com diferentes

abordagens, haja vista que o fenômeno pesquisado parte tanto da objetividade quando da subjetividade do sujeito.

Foram acessados as bases de dados SciELO, LILACS e MEDLINE, por meio dos descritores: “craving”, “cocaína crack”, “dependência”, “drug”. O estudo abrangeu publicações a partir dos anos de 1996 a 2012, sendo incluídas aqueles que atendiam ao tema e discorriam sobre o craving, totalizando 39 estudos.

Os eixos temáticos principais apresentados se referiam a conceitos, estímulos, repercussões e estratégias sobre o craving por crack. Assim, buscou-se destacar a força destes eixos sistematizados em três categorias: bases conceituais, repercussões sociais e estratégias para manejo do crack.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Craving e suas bases conceituais

O conceito mais utilizado de craving atribui ser um forte desejo para consumir uma substância específica (Kozlowski et al., 1996). Entretanto, Sayette et al. (2000) o definem de forma mais ampla, abrangendo não somente o desejo, mas também como a intenção de utilizar a droga para satisfazer este desejo, antecipando desse modo os efeitos positivos associados ao seu uso e a diminuição do afeto negativo e dos sintomas relacionados à abstinência.

Porém, Kozlowski et al. (1996) afirmam que a intenção de utilizar a droga para satisfazer o desejo intenso, as expectativas de resultado quanto aos seus efeitos e o craving pela droga não são termos que podem ser definidos em uma mesma classificação, pois são conceitualmente diferentes, sendo, a intenção e as expectativas consequências posteriores do próprio craving.

O craving pode ocorrer tanto na fase de consumo quanto no início da abstinência da droga, ou mesmo após um longo tempo sem sua utilização, que pode ser desencadeado através de momentos, imagens, sons e odores – estímulos externos – ou emoções e estados de humor – estímulos internos – que remetam às situações de uso; isto se dá com o uso repetido, fazendo com que esses estímulos condicionados ao uso da droga passem a construir uma teia associativa acumulada na memória (Araújo et al., 2004; Zeni; Araújo, 2011).

Ambos os estímulos – externos ou internos –, também são conhecidos como gatilhos que, poderão ativar o craving, quando o usuário de crack é exposto aos mesmos, desencadeando, assim, um desejo intenso de procurar a droga e seu consumo (Conklin; Tiffany, 2002). Zeni e Araújo (2009) ressaltam que a ativação por esses estímulos dependem do histórico de uso individual do crack de cada paciente, como demonstra sua pesquisa, na qual os usuários afirmaram despertar esses gatilhos quando sentiram algum tipo de emoção (raiva tristeza, alegria), ou por estímulos provenientes do ambiente como uso do álcool, dinheiro em mãos, ou mesmo em ver usuários de crack.

Zeni e Araújo (2011) expuseram aos usuários de crack oito imagens fotográficas, durante um minuto, as quais remetessem ao uso do crack – como “pedras”, cachimbos e latas – afirmando que o craving fosse induzido. Além desta tentativa de indução, os comportamentos e trejeitos peculiares dos próprios usuários, quando foram apresentadas as fotografias, também emergiram de forma a contribuir a ativação dos gatilhos preservados em suas memórias.

Em outro estudo de Zeni e Araújo (2009), usando a mesma exposição de imagens feita anteriormente, observaram que alguns usuá-

rios de crack negaram indução do craving, devido ao fato da dificuldade de reconhecimento do craving em si e/ou pelo temor que, ao relatarem esse desejo, tenham suas altas adiadas. Outros também afirmaram que não sentiam esse desejo, pois estavam em ambiente isolado do mundo exterior, consequentemente, afastado da possibilidade de acesso à droga.

Os sintomas de ansiedade, também, devem ser variáveis relatadas na indução do craving, tendo este uma correlação positiva quando os níveis de sintomas ansiosos aumentam, e vice-versa (Almeida; Araújo, 2005). Além de ansiedade, os sintomas depressivos, também configuram como indutores da elevação de craving como apresentam Araújo et al. (2007), indicando a quantidade de cigarros consumida por dia com a gravidade do desejo por tabaco e com sintomas de depressão e ansiedade.

Cavallo e Pinto (2001) e Delfino, Jamner e Whalen (2001) analisaram a intensidade dos sintomas ansiosos e depressivos e o consequente aumento do craving em usuários de nicotina através da privação de dieta e da diferença entre gêneros, respectivamente. Os mesmos achados Castro et al. (2008) encontraram ao analisarem a gravidade do nível de fissura em mulheres tabagistas deprimidas, impulsionadas pela tentativa de aliviar seu afeto negativo.

Field e Duka (2004) observaram que as mulheres tinham um craving mais intenso do que os homens ao serem apresentados aos estímulos relacionados ao tabaco. Quanto ao craving pela Cannabis, não foi encontrada diferença significativa entre sua severidade por Cannabis e os sintomas de ansiedade e depressão (Polese et al., 2011). Resultado contrário ao obtido na revisão feita por Andrade e Argimon (2008) que constataram uma maior associação entre sintomas ansiosos e depressivos

naqueles adolescentes cujo uso de Cannabis era intenso e regular.

Referente ao craving no início da abstinência de crack, Balbinot et al. (2011) conferem que a intensidade do mesmo não está relacionada à quantidade de substância utilizada pelo usuário, mas com o tempo de abstinência da mesma. Isto implica que quanto mais recente for o último uso de crack, maior é a necessidade avaliada.

Repercussões sociais dos efeitos do craving na vida dos usuários de crack

A obsessão gerada pelo craving por crack desnorreia o indivíduo em suas condutas e fazem com que a capacidade de discernimento e autonomia de seus atos diminuam, focando suas atitudes, tão somente, no desejo de consumir mais crack, apesar do desgaste físico, psíquico e moral (Chaves et al., 2011).

Esse comportamento compulsivo se faz mediante o padrão de consumo intenso, contínuo e repetitivo de crack, denominado binge, que por sua vez, é provocado pelo craving e pode durar dias até que o suprimento de droga finde, ou que haja a exaustão do usuário através do seu mal-estar físico e psicológico (Nappo; Sanchez; Oliveira, 2011).

Uma vez que o crack adquiriu lugar de extrema importância na vida do indivíduo são realizadas por este, atividades que põe em risco sua integridade física e moral. Assim, com os valores rebaixados, o indivíduo amplia as possibilidades de obtenção de crack e/ou dinheiro para comprá-lo, incluindo atividades ilícitas (Chaves et al., 2011).

Dessa forma, a urgência pelo uso do crack por meio desse padrão compulsivo e a falta de condições financeiras para suprir sua demanda expõem o usuário em situação de fragilidade, levando-o à estratégias arriscadas para

obtenção de drogas e a violência intrafamiliar (Oliveira; Nappo, 2008).

Em relação à presença de violência, Selegim et al. (2011) em sua pesquisa realizada com usuários de crack do interior do Paraná, constata a frequência de eventos agressivos como brigas e discussões entre os familiares e o usuário acarretando em atitudes repressivas de encarceramento domiciliar e denúncia à polícia contra o usuário.

Elegim et al. (2011) ainda evidenciam, além da ruptura familiar, a ruptura conjugal, quando relatos de ex-cônjuges comprovam conflitos relacionais, caracterizados por desentendimentos e divergências, e constantes cobranças para cessar o uso da droga. Desta forma, alguns usuários relataram o fim do relacionamento em decorrência do consumo intenso de crack.

Quanto a obtenção de crack por meio de atividades ilícitas, Guimarães et al. (2008) apontam que grande parte dos seus sujeitos pesquisados possuíam antecedentes criminais alegando o crime por motivação de uso da droga. Isto se dá por conta da necessidade que acarreta a busca incessante pela droga, facilitando assim, a prática de atividades ilegais para a maior obtenção do crack.

Essas são condutas que podem ocasionar homicídios na população de usuários como revela o estudo de Sant'anna, Aerts e Lopes (2005) sobre a situação de vulnerabilidade de morte em adolescentes de Porto Alegre, apontando que dentre as principais causas desses homicídios, destacava-se a vingança, participação em assaltos ou queima de arquivo e envolvimento com drogas.

Outro estudo revela que não somente adolescentes, como também, adultos jovens denotam uma população exposta ao risco de morte por homicídios, devido o uso de crack levar ao



roubo, violência e, inclusive, endividamento com traficantes (Chesnais, 1999).

Cross et al. (2001) estudaram quais os hábitos mais utilizados pelos usuários de crack norte-americanos para manterem o uso contínuo da droga, dentre eles a realização de tráfico do próprio crack, roubos motivados pelos efeitos da droga, sequestros, venda de pertences próprios e de familiares, golpes financeiros de maneiras diversas e prostituição.

Essa última fora relatada por Oliveira e Nappo (2008) como prática para obtenção de crack, tanto de mulheres quanto de homens. Neste estudo, foi visto que metade das mulheres praticavam a prostituição para a aquisição de dinheiro e a posterior compra da droga; entretanto, é visto a prostituição compulsória, em que casais de usuários pactuavam um acordo com traficantes, no qual consistia na permissão dos homens para o uso sexual de suas parceiras, fazendo com que os homens consentissem o uso de suas parceiras por outrem.

Além dessa nova modalidade de prostituição, esta atividade tem deixado de ser exclusivamente feminina. Os homens, também,

já trocaram sexo por crack com a prática no mesmo sexo, apesar de não se declararem homossexuais (Chaves et al., 2011; Oliveira; Nappo, 2008).

Com estudo executado na população norte-americana Maranda, Han e Rainone (2004) verificaram a prostituição de ambos os sexos, entretanto, com ressalvas no intuito do seu objetivo. Os mesmos sugerem que enquanto a prostituição feminina seria impulsionada somente pela fissura por crack, a masculina se contrapõe, além de ser praticada devido ao forte desejo pela droga, haveria a ocorrência de aumento da libido sexual induzido pelo efeito da droga.

Entretanto, a prática da prostituição pode ser feita de forma negligenciada através do não uso de preservativos, visto que este tipo de proteção é tido de forma secundária, visando apenas o lucro desta atividade (Chaves et al., 2011). Em pesquisa realizada por Schönnesson et al., (2008), houve uma correlação positiva direta com um grupo de usuários de crack que mantém comportamento sexual de risco e altas taxas de execução de meios ilegais para obtenção de dinheiro e maior prevalência de padrão binge de uso de crack.

Além da prostituição, Chaves et al. (2011), também investigaram outras ocorrências na vida do usuário devido ao craving, como a manipulação de pessoas, na qual o usuário lança artifícios como a mentira e dissimulação mudando, muitas vezes, sua personalidade e perdendo a confiança de pessoas significativas e ainda proporcionado a exposição do usuário de crack ao frequentar lugares violentos, como favelas e bocas de fumo.

Estratégias e técnicas no manejo do craving

Ribeiro, Sanchez e Nappo (2010) registraram nove diferentes estratégias elaboradas

por usuários de crack no controle do craving. Dentre elas, pode-se destacar a associação com outras drogas como maconha e álcool. Os usuários descrevem que a substituição do crack pelo mesclado, contribui diminuindo assim seus efeitos, além de gerar padrão compulsivo menos intenso.

Já o álcool, é mais utilizado para amenizar o medo e a agressividade, decorrentes do craving, além de aliviar o próprio desejo incontrolável. Com essa conduta os usuários relataram cessar a vontade constante de uso do crack em detrimento ao consumo de bebidas alcoólicas, fazendo com que este sirva de “calmante”, reduzindo a energia para a busca de dinheiro e/ou droga, e como consequência, servindo de controle para o intenso desejo (Ribeiro; Sanchez; Nappo, 2010).

Desviar o pensamento do desejo pelo crack é importante para seu enfrentamento. Assim, ocupar-se com outras formas de sentir prazer constitui como uma estratégia eficaz para diminuir o pensamento obsessivo pela droga. Atividades como trabalhar, estudar, frequentar uma religião, praticar esportes, dormir e ter relação sexual são alternativas para diminuir a fissura por crack (Chaves et al., 2011).

Segundo Chaves et al. (2011), alguns usuários quando sentem a necessidade de cessação do uso de crack, empregavam estratégias focadas na mudança de comportamento como medidas de redução de danos. Assim, evitar o contexto social de uso do crack, afastar-se do local e dos amigos de consumo e até procurar uma internação em leitos psiquiátricos configuravam-se como estratégias de controle para a interrupção do craving.

Além disso, pesquisadores na área da dependência química estão desenvolvendo técnicas para a diminuição do craving, logo nos primeiros dias de interrupção de uso da dro-

ga. Agentes farmacológicos como a pergolida foram utilizadas em ensaios clínicos abertos com usuários de cocaína concomitante á grupos controlados de placebo. Contudo, o efeito placebo comparado aos efeitos do fármaco mostrou-se igual quando mensurado antes e depois da intervenção farmacológica (Focchi; Leite, 2001).

Reis, Castro e Laranjeira (2008) constataram que mais da metade de sua população pesquisada, também usuários de cocaína, não houve redução da intensidade e duração do craving com a utilização do topiramato. Entretanto, esta mesma droga mostrou-se bastante eficaz no controle do craving por álcool apresentando um fármaco promissor no tratamento da dependência de bebidas alcoólicas (Castro; Baltieri, 2004; Johnson et al., 2003). Já, em relação à nicotina o uso da bupropiona é mais utilizado a fim de diminuir o craving em pacientes abstinentes (Balbani; Montovani, 2005).

Outras técnicas, também, podem ser citadas, ainda que suas bases científicas estejam sendo pesquisadas em populações específicas de usuários de droga, como o uso de alimentos ricos em carboidratos como a glicose e sacarose para aplacar o desejo intenso nos primeiros dias de abstinência de bebidas alcoólicas (Toffolo et al., 2011; Krahn et al., 2006; Cowan; Devine, 2008).

Em usuários de crack, o emprego de modalidades terapêuticas como, jogos cooperativos, desenvolvimento de habilidades para o domínio e adaptação das situações de estresse (denominado de coping) e o trabalho das funções musculoesqueléticas que reforcem as atividades de relaxamento respiratório propicia; a ampliação de técnicas e estratégias para o controle do craving (Alves; Araújo, 2012; Araújo; Oliveira; Cemi, 2011; Araújo et al., 2010).

Estas inúmeras estratégias e técnicas de manejo do craving vem sendo desenvolvidas na perspectiva de contribuir para redução dos sintomas da abstinência, adesão ao processo terapêutico e, sobretudo, para prevenção da recaída.

CONCLUSÃO

Por conta da multifatorialidade quanto a sua etiologia, o craving requer novas reflexões embasadas em novas pesquisas a fim de se buscar outras formas de entendimento do seu manejo tanto para lidar com as repercussões na vida dos usuários quanto nas estratégias de controle de uso.

Quanto às estratégias, devem ser peculiares de cada usuário pesquisado e do contexto em que o mesmo se insere. Padronizar estratégias pode não funcionar com todos os usuários. Essas condições são particulares dependendo da experiência que cada um possui sobre seu fenômeno e sua relação com os valores morais e momentos de vida de cada indivíduo.

Mesmo que a utilização de fármacos, o uso de alimentos ricos em carboidratos e outras modalidades de manejo do craving estejam sendo empregadas em pesquisas com populações específicas de usuários de drogas, ainda faz-se necessário novos estudos com delineamentos metodológicos específicos que subsidiem a avaliação das técnicas de controle do craving em usuários de crack.

Ainda assim, valorizar o entendimento da dinâmica de vida do usuário de crack, tais como as questões que os permeiam – violência, situações de risco, eventos criminais e prostituição – tem papel fundamental no entendimento do contexto social que cerca estes usuários com a finalidade de uma assistência integral para essa população e estimular mudança de comportamento e de ideias em busca do consumo de crack.

REFERÊNCIAS

- Almeida, S.C., Araújo, R.B. (2005) Avaliação da efetividade do relaxamento na variação dos sintomas da ansiedade e da fissura em pacientes em tratamento de alcoolismo. *Boletim Saúde*. 19(2):135-42.
- Alves, G.S.L., Araújo, R.B. (2012) A utilização dos jogos cooperativos no tratamento de dependentes de crack internados em uma unidade de desintoxicação. *Rev Bras Med Esporte*. 18(2):77-80.
- Andrade, T.M.R., Argimon, I.I.L. (2008) Sintomas depressivos e uso de cannabis em adolescentes. *Rev Psicol Estud*. 13(3):567-73.
- Araújo, R.B., Oliveira, M.M.A., Cemi, J. (2011) Desenvolvimento de Role-Playing Game para prevenção e tratamento da dependência de drogas na adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 27(3):347-56.
- Araújo, R.B., Oliveira, M.S., Moares, J.F.D., Pedroso, R.S., Port, F., Castro, M.G.T. (2007) Validação da versão brasileira do Questionnaire of Smoking Urges-Brief. *Rev Psiquiatr. Clín*. 34(4):166-75.
- Araújo, R.B., Oliveira, M.S., Nunes, M.L.T., Piccolotto, L.B., Melo, W.V. (2004) A avaliação do craving em alcoolistas na síndrome de abstinência. *Psico-USF*. 9(1):71-6.
- Araújo, R.B., Oliveira, M.S., Pedroso, R.S., Miguel, A.C., Castro, M.G.T. (2008) Craving e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. *J Bras Psiquiatr*. 57(1):57-63.
- Araújo, R.B., Pansard, M., Boeira, B.U., Rocha, N.S. (2010) As estratégias de coping para o manejo da fissura de dependentes de crack. *Rev HCPA*. 30(1):36-42.
- Balbani, A.P.S., Montovani, J.C. (2005) Métodos para abandono do tabagismo e tratamento da dependência da nicotina. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 71(6):820-7.
- Balbinot, A.D., Alves, G.S.L., Amaral Junior, A.F., Araújo, R.B. (2011) Associação entre fissura e perfil antropométrico em dependentes de crack. *J Bras Psiquiatr*. 60(3):205-9.
- Castro, LA; Baltieri, DA. (2004) Tratamento farmacológico da dependência do álcool. *Rev Bras Psiquiatr*, São Paulo, 26(Supl):43-6.

- Castro, M.G.T., Oliveira, M.S., Araújo, R.B., Pedroso, R.S. (2008) Relação entre gênero e sintomas depressivos e ansiosos em tabagistas. *Rev Psiquiatr RS*, 30(1):25-30.
- Cavallo, D.A., Pinto, A. (2001) Effects of mood induction on eating behavior and cigarette craving in dietary restrainers. *Eat Behav*. 2(2):113-27.
- Chaves, T.V., Sanchez, Z.M., Ribeiro, L.A., Nappo, S.A. (2011) Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. *Rev Saúde Pública*. 45(6):1168-75.
- Chesnais, J.C. (1999) A violência no Brasil: causas e recomendações políticas para a sua prevenção. *Ciênc Saude Coletiva*. 4(1):53-69.
- Conklin, A.C., Tiffany, S.T. (2002). Applying extinction research and theory to cue-exposure addiction treatments. *Addiction*. 97:155-67.
- Cowan, J., Devine, C. (2008) Food, eating, and weight concerns of men in recovery from substance addiction. *Appetite*. 50(1):33-42.
- Cross, J.C. Johnson, B.D., Davis, W.R., Liberty, H.J. (2001) Supporting the habit: income generation activities of frequent crack users compared with frequent users of other hard drugs. *Drug Alcohol Depend*. 64(2):191-201.
- Delfino, R.J., Jamner, L.D., Whalen, C.K. (2001) Temporal analysis of the relationship of smoking behavior and urges to mood states in men versus women. *Nicotine Tob Res*. 3(3):235-48.
- Field, M., Duka, T. (2004) Cue reactivity in smokers: the effects of perceived cigarette availability and gender. *Pharmacol Biochem Behav*. 78(3):647-52.
- Focchi, G.R.A., Leite, M.C. Scivoletto, S. (2001) Utilização do agonista dopaminérgico pergolida no tratamento da "fissura" por cocaína. *Rev Bras Psiquiatr*. 23(4):188-94.
- Guimarães, C.F., Santos, D.V.V. Freitas, R.C., Araújo, R.B. (2008) Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). *Rev Psiquiatr RS*, 30(2):101-8.
- Johnson, B.A., Ait-Daoud, N., Bowden, C.L., DiClemente, C.C., Roache, J.D., Lawson, K., Javors, M.A. (2003) Oral topiramate for treatment of alcohol dependence: a randomized controlled trial. *The Lancet*. 36(1):1677-85.
- Kozlowski, L.T., Pillitteri, J.L., Sweeney, C.T., Whitfield, K.E., Graham, J.W. (1996) Asking questions about urges or cravings for cigarettes. *Psychology of Addict Behav*. 10(4):248-60.
- Krahn, D., Grossman, J., Henk, H., Mussey, M., Crosby, R., Gosnell, B. (2006) Sweet intake, sweet-liking, urges to eat, and weight change: relationship to alcohol dependence and abstinence. *Addict Behav*. 3(4):622-31.
- Maranda, M.J., Han, C., Rainone, G.A. (2004) Crack cocaine and sex. *J Psychoactive Drugs*. 36(3):315-22.
- Nappo, SA; Sanchez, ZVDM; Oliveira, I.G. (2011) Crack, AIDS, and women in São Paulo, Brazil. *Subst Use Misuse*. 46(4):476-85.
- Oliveira, L.G., Nappo, S.A. (2008) Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Rev Saúde Pública*. 42(4):664-71.
- Polese, G.P., Zardo, E., Bertão, E.S., Gonçalves, P.C., Pedroso, R.S., Castro, M.G.T., Araújo, R.B. (2011) O craving, sintomas de ansiedade e depressão em usuários de Cannabis. *Revista HCPA*. 31(3):303-10.
- Reis, A.D., Castro, L.A., Laranjeira, R. (2008) Craving decrease with topiramate in outpatient treatment for cocaine dependence: na open label trial. *Rev Bras Psiquiatr*. 30(2):132-5.
- Ribeiro, L.A., Sanchez, Z.M., Nappo, A.S. (2010) Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. *J Bras Psiquiatr*. 59(3):210-8.
- Sant'Anna, A., Aerts, D., Lopes, M.J. (2005) Homicídios entre adolescentes no Sul do Brasil: situação de vulnerabilidades segundo seus familiares. *Cad Saude Publica*. 21(1):120-9.
- Sayette, MA; Shiffman, S; Tiffany, S; Niaura, R; Martin, CS; Shadel, W. (2000) The measurement of drug craving – methodological approaches to craving research. *Addiction*. 95(2):189-210.
- Schonnesson, L.N., Atkinson, J., Williams, M.L., Bowen, A., Ross, M.W., Timpson, S.C. (2008) A cluster analysis of drug use and sexual HIV risks and their correlates in a sample of African-American crack cocaine smokers with HIV infection. *Drug Alcohol Depend*, Nova York, 97(2):44-53.

- Selegim, M.R., Marangoni, S.R., Marcon, S.S. Oliveira, M.L.F. (2011) Vínculo familiar de usuários de crack atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. Rev Latino-Am. Enfermagem. 19(5):118-25.
- Singleton, E.G., Anderson, L.M., Heishman, S.J. (2003) Reliability and validity of the tobacco craving questionnaire and validation of craving-induction procedure using multiple measures of craving and mood. Addiction. 98(3):1537-46.
- Toffolo, M.C.F., Pereira, I.S., Silva, K.A.L., Marlière, C.A., Nemer A.S.A. (2011) Escolha de alimentos durante a abstinência alcoólica: influência na fissura e no peso corporal. J Bras Psiquiatr.60(4):341-6.
- Zeni, T.C., Araújo, R.B. (2009) O relaxamento respiratório do manejo do craving e dos sintomas de ansiedade em dependentes de crack. Rev Psiquiatr RS, 1(2):116-9.
- Zeni, T.C; Araújo, R.B. (2011) Relação entre o craving por tabaco e o craving por crack em pacientes internados para desintoxicação. J Bras Psiquiatr. 60(1):28-33.



Teoría y Método

La débil apropiación de la competencia cultural en el cuidado al adulto mayor se expresa en las evidencias científicas

Weak appropriation of cultural competence in caring for the elderly is expressed in scientific evidence

A apropriação débil de competência cultural em cuidar do idoso é expressa em evidências científicas

Liliana Marcela Reina Leal¹ y María Nubia Romero Ballén²

¹Enfermera. Grupo de Investigación Exclusiones y Resistencias en el Cuidado de la Salud (GERCUS) de la Escuela de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC), Tunja, Boyacá, Colombia/ Joven Investigadora. Fundación Index, Granada, España. E-mail: liliana.1722@gmail.com

²Enfermera Magister en Salud Pública, Docente Titular, Coordinadora del Grupo de Investigación Exclusiones y Resistencias en el Cuidado de la Salud (GERCUS) de la Escuela de Enfermería de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC), Tunja, Boyacá, Colombia.

Cómo citar este artículo en edición digital: Reina Leal, L.M. y Romero Ballén, M^a. N. (2014) La débil apropiación de la competencia cultural en el cuidado al adulto mayor se expresa en las evidencias científicas. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)* 18, 38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.38.15>

Correspondencia: María Nubia Romero Ballén. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (Colombia).
Correo electrónico: mnromero@gmail.com
Recibido: 09/10/2013; Aceptado: 07/01/2014



ABSTRACT

Introduction: The elderly population in the world, a growing trend in the demographic dynamics, for this reason, nursing care practices require the systematization and synthesis of the scientific evidence about cultural competence and transcultural nursing to improve the quality of care to this

population. We ask ourselves: what are and what is the validity and usefulness of existing evidence about the practices of care to the elderly taking into account cultural competence and transcultural theory? Objective: Synthesize qualitative scientific evidence in nursing with cultural competence care for older adults, in order to recover and to describe the best evidence. Methods: Systematic review of the literature in the Iberoamerican Scientific Space, following a protocol in seven phases of execution restarts from proposed by Guerra, Muñoz and Santos Lozano (2003). Results: 20 studies were selected in which, without being its objective, elements of cultural competence were addressed. Conclusion: There is evidence in

the study topic, but in response to the question are fragmented evidences that limit the total concept of cultural competence, therefore, recognizes the importance of addressing the primary research approach enabling comprehensive and explicit to cultural competence and transcultural nursing.

Keywords: Transcultural Nursing/ Cultural Competency/ Aged/ Nursing Care.

RESUMO

Introdução: A população idosa no mundo, uma tendência crescente na dinâmica demográfica; por esta razão, as práticas de cuidados de enfermagem fazem necessária a sistematização e síntese das evidências científicas sobre a competência cultural e de enfermagem transcultural para melhorar a qualidade do atendimento a esta população. Perguntamos: quais são e qual é a validade e a utilidade de evidências sobre as práticas de cuidados aos idosos, considerando a competência cultural e a teoria transcultural? Objetivo: Sintetiza evidências científicas qualitativa na assistência de enfermagem com competência cultural para idosos, a fim de recuperar e descrever a melhor evidência. Metodologia: Revisão sistemática da literatura no Espaço Científico Iberoamericano, seguindo um protocolo em sete fases de execução reiniciada a partir do proposto por Guerra, Muñoz e Santos Lozano (2003). Resultados: 20 estudos foram selecionados em que, sem ser o seu objetivo, foram abordados elementos da competência cultural. Conclusão: Há evidências sobre o assunto de estudo, mais, como resposta à questão são evidências fragmentadas que limitar o conceito integral de competência cultural, portanto, reconhece a importância de abordar a pesquisa primária que permitem abordagem abrangente e explícita para a competência cultural e da enferma-

gem transcultural.

Palavras chave: Enfermagem Transcultural/ Competência Cultural/ Idoso/ Cuidados de Enfermagem.

RESUMEN

Introducción: La población de adultos mayores en el mundo registra una tendencia creciente en la dinámica demográfica; por ello, las prácticas de cuidados de enfermería hacen necesaria la sistematización y la síntesis de las evidencias científicas acerca de la competencia cultural y la enfermería transcultural para mejorar la calidad de los cuidados a esta población. Nos preguntamos: ¿Cuáles son y cuál es la validez y utilidad de las evidencias existentes acerca de las prácticas de cuidados al adulto mayor teniendo en cuenta la competencia cultural y la teoría transcultural? Objetivo: Sintetizar las evidencias científicas cualitativas en el cuidado de enfermería con competencia cultural para adultos mayores, con el fin de recuperar y describir las mejores evidencias. Metodología: Revisión sistemática de la literatura en el Espacio Científico Iberoamericano, siguiendo un protocolo en siete fases de ejecución retomadas a partir de lo propuesto por Guerra, Muñoz y Santos Lozano (2003). Resultados: Se seleccionaron 20 estudios en los cuales, sin ser su objetivo, se abordaron elementos de la competencia cultural. Conclusión: Existen evidencias en el tema de estudio, pero como respuesta a la pregunta planteada resultan evidencias fragmentadas que limitan el concepto integral de la competencia cultural; por tanto, se reconoce la importancia de plantear investigaciones primarias que permitan el acercamiento integral y explícito a la competencia cultural y la enfermería transcultural.

Palabras clave: Enfermería Transcultural/ Competencia Cultural/ Anciano/ Cuidados de Enfermería.

INTRODUCCIÓN

Con el propósito de conocer las evidencias disponibles en el Espacio Científico Iberoamericano (ECI) relacionadas con la enfermería transcultural y la competencia cultural en el cuidado de enfermería al adulto mayor, se adelantó una revisión sistemática de la literatura, cuyos resultados son presentados en este artículo. Para desarrollar la investigación se tuvo en cuenta que la población de adultos mayores registra una tendencia al aumento progresivo en la dinámica demográfica a nivel mundial; en Colombia, según el Departamento Nacional de Estadísticas (DANE), la población mayor de 65 años representa el 6.3% del total de la población, y para el 2025 se calcula que va a corresponder al 10.5% (Dane, 2009). Por otra parte, en nuestro sistema de cuidados se observa claramente el enfoque biomédico de atención en salud, que riñe con el enfoque integral de cuidado culturalmente competente, debido a que este enfoque biomédico, cuyo fundamento epistémico está en la ciencia positiva, considera la cultura como un ‘agregado más’, que puede ser eliminado o simplificado para dar explicación a los problemas de salud; mientras que el cuidado culturalmente competente tiene en cuenta que la cultura es un determinante social en el proceso salud-enfermedad (Ibarra y Noreña, 2009), por lo que la atención en salud y el cuidado de enfermería no pueden reducirse a una visión simplificadora de la realidad.

En la cotidianidad de las prácticas de cuidado, las y los profesionales de enfermería interpretan los síntomas del sujeto de cuidado y sus prácticas cuidadoras traduciendo “las tradiciones y las diferentes formas de cuidado cultural para asimilarlas e incorporarlas, como prerrequisito de una supuesta integración o legitimación exitosa, al concepto moderno de

cuidados profesionales” (Romero, 2009b, p. 4). Esta postura no tiene en cuenta al anciano, quien debido a su cultura tiene sus propias concepciones que dan sentido a cada fenómeno vinculado a su proceso salud-enfermedad (Escobar, 2003; Yamada, 2006). También debe reconocerse que la atención tanto a los individuos como a los colectivos en los sistemas de salud ha sido planteada desde un nivel político y organizacional que limita la generación de espacios que promuevan el diálogo y la inclusión del conocimiento cultural en el cuidado (Ibarra y Noreña, 2009).

Conocer las evidencias científicas existentes acerca de la competencia cultural en el cuidado de enfermería, como concepto integral que incluye las cinco dimensiones planteadas por Campinha-Bacote (2002) –1. Conciencia cultural, 2. Conocimiento cultural, 3. Habilidad cultural, 4. Encuentros culturales, 5. Deseo cultural–, es importante para reconocer la pertinencia de este tipo de cuidado para el adulto mayor, como elemento indispensable que debe formar parte del conocimiento de la enfermera, pues no se puede homogeneizar el cuidado, pensando que los cuidados para una cultura sean válidos para otra (Muñoz de Rodríguez y Vásquez, 2007).

Que la enfermería tenga conocimientos acerca de la teoría de la enfermería transcultural y de la competencia cultural, le permite ejercer el rol de cuidadora con responsabilidad social, compromiso y tolerancia, respetando la singularidad, con necesidad de crecimiento personal y profesional por medio de la búsqueda, del encuentro y la apertura a la libre expresión del sujeto de cuidado (Tobón, 2003). La comprensión de la salud y los cuidados en diferentes culturas, según Leininger, puede proporcionar una base para la planificación y ejecución eficiente de cuidados específicos, te-



niendo en cuenta cada cultura, ya que al brindar cuidados culturalmente coherentes, los pacientes consideran que reciben una buena atención, que les va a permitir sentirse satisfechos y adquirir una fuerza para recuperar su salud (Marriner y Raile Alligood, 2002). Además, es necesario también comprender que “la diversidad y la riqueza local de las prácticas de cuidados basados en evidencias pertinentes han de enriquecer, con su juicio crítico, no sólo la creciente literatura científica de enfermería en español, [...] sino también la generación de conocimiento contextual y pertinente, otorgando autoridad a la vivencia y al saber local” (Romero, 2009a).

El cuidado de enfermería, como base y esencia de la profesión, requiere de la sistematización del conocimiento para la consolidación de la disciplina enfermera, lo cual es posible mediante el movimiento de la Enfermería Basada en Evidencias, cuya metodología permite reconocer, evaluar críticamente y sintetizar las evidencias pertinentes útiles a las prácticas de los cuidados (Gálvez, 2007). Debido a que tales evidencias se actualizan, se renuevan o se cuestionan de acuerdo con la frecuencia con que se dan a conocer las publicaciones periódicas (Gálvez, 2007), y dada la necesidad de adquirir conocimientos actualizados que permitan realizar cambios en la práctica, se realizó este proceso de investigación secundaria.

METODOLOGÍA

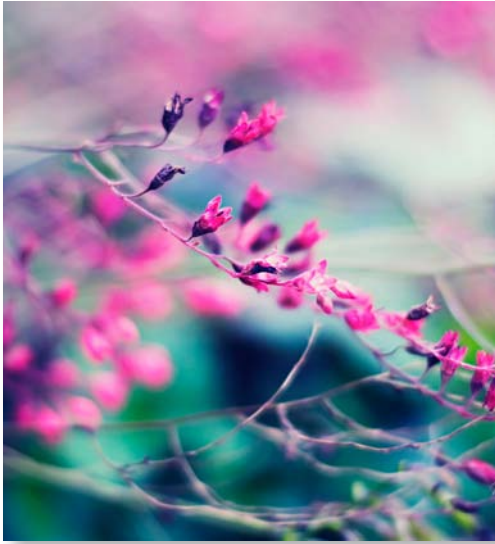
Se adelantó una revisión sistemática de literatura científica (RS) que permitió recopilar y evaluar las evidencias disponibles en el Espacio Científico Iberoamericano (ECI) a partir de resultados de investigaciones primarias. Las RS “son estudios pormenorizados, selectivos y críticos que tratan de analizar e integrar la información esencial de los estudios primarios de investigación sobre un problema de salud específico, en una perspectiva de síntesis unitaria de conjunto” (Ibarra y Noreña, 2009). La técnica utilizada fue un protocolo de revisión en siete fases de ejecución retomadas a partir de lo propuesto por Guerra, Muñoz y Santos Lozano (2003) así: 1. Definición de las preguntas; 2. Especificación de los criterios de inclusión y exclusión de los estudios; 3. Formulación del plan de búsqueda de la literatura; 4. Selección y recuperación de los estudios que cumplen los criterios; 5. Valoración crítica de la calidad científica de los mismos; 6. Combinación de los resultados –que para la presente investigación fue denominado análisis crítico, clasificación y síntesis de evidencias-, y 7. Formulación de las conclusiones y recomendaciones.

FASE I: Pregunta de investigación

¿Cuáles son y cuál es la validez y la utilidad de las evidencias existentes acerca de las prácticas de cuidados al adulto mayor teniendo en cuenta la competencia cultural y la teoría transcultural?

FASE II: Definición de criterios de inclusión

Artículos producto de investigaciones originales de metodología cualitativa, cuya temática fuese o estuviese relacionada con la teoría de enfermería transcultural o con la aplicación de la competencia cultural de enfermería en la



atención a adultos mayores. De igual forma, artículos escritos en idioma: español, portugués e inglés, publicados a partir de enero de 2006 hasta junio de 2009 y recuperables a texto completo.

FASE III: Plan de búsqueda de la literatura

Se realizó una búsqueda exhaustiva, objetiva y reproducible de los trabajos originales sobre el tema, en la base de datos electrónica CUIDEN Plus, por ser esta la que genera más resultados y la más exhaustiva en contenidos relacionados con enfermería, cubriendo el contenido de las bases de datos ENFISPO, CUIDATGE y BDEFN (Mesa et al, 2007). En la búsqueda se usaron los siguientes descriptores: competencia cultural, enfermería transcultural, cuidado cultural, anciano, adulto mayor, tercera edad, abuelo y geriatría, y, partiendo de estos, se elaboraron treinta ecuaciones de búsqueda, combinando los descriptores con los operadores booleanos and y or. La selección de los documentos se hizo teniendo en cuenta los criterios de inclusión previamente establecidos. La búsqueda se realizó entre agosto de 2009 y enero de 2010.

FASE IV: Selección y recuperación de los estudios

La búsqueda con las ecuaciones propuestas y con el operador booleano and generó 64 resultados; con estas ecuaciones y con el operador booleano or arrojó un total de 20.168, se refinó la búsqueda mediante la búsqueda avanzada con las mismas ecuaciones, limitándola a artículos publicados entre 2006 y 2009, y después de sumar los resultados arrojados por la base de datos para cada una de las treinta ecuaciones, se identificaron 6.474 títulos y abstracts. Para el proceso de selección se confrontaron los criterios de inclusión con los textos completos (University of York, 2009) y quedaron 474 artículos recuperados elegibles para la revisión. Luego de la revisión de estos textos completos y de la aplicación rigurosa de los criterios de inclusión fueron seleccionados 96 estudios, a los cuales se les hizo una primera evaluación para la preselección de los estudios por incluir como parte de la revisión, teniendo en cuenta la “Check- List Abreviada de Validez y Utilidad Aparentes” propuesta por Gálvez (2007), y como resultado de este proceso se seleccionaron 20 estudios.

FASE V: Valoración crítica de los estudios

Se realizó otra evaluación a los 20 estudios incluidos en la revisión, teniendo en cuenta los criterios de lectura crítica para estudios descriptivos (Gálvez, 2003a) e interpretativos (Gálvez, 2003b); aplicando las listas de chequeo correspondientes para cada metodología, se encontraron 12 estudios descriptivos y 8 interpretativos. La lectura crítica a cada uno de los artículos permitió realizar un análisis profundo tanto a los hallazgos como al proceso metodológico. Para clasificar los hallazgos según el diseño y para determinar el nivel de utilidad de los hallazgos se usó lo propuesto por Gálvez (2007).

FASE VI: Análisis crítico, clasificación y síntesis de evidencia

La síntesis de la literatura se realizó mediante un texto descriptivo, partiendo de la lectura crítica de cada uno de los estudios, en el que se muestran las fortalezas y debilidades de los documentos de manera individual y conjunta. Se otorgó un nivel de validez a cada estudio y se expresaron las evidencias más pertinentes y relevantes para las prácticas de cuidado.

De los enfoques teóricos y diseños metodológicos

En aquellos artículos en que los autores describen detalladamente los referentes o enfoques teóricos que usaron, se encontraron cuatro enfoques, así: el Interaccionismo Simbólico, las Representaciones Sociales, el Análisis Secundario de Datos y la Teoría de Acción. Como estrategias metodológicas cualitativas reportadas en los 20 artículos revisados, usaron ocho tipos de estrategias, así: la historia oral, la etnografía, la observación participante, la entrevista etnográfica, la investigación convergente asistencial, la teoría fundamentada, la fenomenología y la técnica de los incidentes críticos. Otras técnicas y estrategias utilizadas solo fueron mencionadas.

En cuanto al rigor metodológico de lo cualitativo, solo en cuatro estudios se manifiesta el uso del muestreo teórico y la saturación teórica de los datos, pero solo en tres de ellos se hace referencia a algún autor. Son múltiples las estrategias utilizadas por los autores para el análisis y la organización de los datos; se encuentran como punto de partida: el análisis de contenido, el análisis temático, la categorización, la indización coordinada para la codificación fraccionando unidades temáticas, las categorías de análisis, análisis de dominios

taxonómicos y temáticos, el discurso del sujeto colectivo y la técnica de los incidentes críticos.

En gran parte de los estudios se citan a autores que sustentan teóricamente el uso de cada una de las estrategias metodológicas de análisis y organización conceptual, y la forma de realizarla, pero se encuentra una gran dificultad con esto, pues si bien se referencia a algún autor, se observan algunas inconsistencias en el desarrollo metodológico de los estudios, que pueden afectar la calidad o sesgar los hallazgos. Además, en la mayoría de estudios se observa que las categorías están nominadas de una forma muy general; parecieran deductivas, aunque los investigadores no lo refieren, lo cual lleva a pensar en que fueron establecidas previamente y lo que se hizo fue “adaptar” los datos a la categoría correspondiente.

El último elemento evaluado está relacionado con los hallazgos de los estudios seleccionados, cabe destacar que algunos estudios tienen como objetivo conocer las percepciones del anciano y, en algunos casos, de los cuidadores acerca de su proceso salud-enfermedad, pero no se hace referencia al contexto cultural de los sujetos participantes.

De la Competencia Cultural en los hallazgos

Esta descripción se hace de forma particular, es decir, separando analíticamente cada uno de los elementos de la competencia cultural, debido a que en la mayoría los 20 artículos seleccionados en la revisión no se habla explícitamente de la competencia cultural, ni se integran en un todo los elementos constitutivos.

Conciencia cultural

Se hace referencia a cómo las instituciones de salud tienen una visión estereotipada, excluyente y prejuiciosa acerca del envejecimiento, que en muchas ocasiones es impuesta por

la sociedad y lleva a atender las necesidades de los pacientes como las entienden, limitando la satisfacción de las necesidades del paciente; por lo tanto, tal visión debe ser modificada (Vargas et al., 2009; Medeiros et al., 2008; Varela, 2008; Lenardt et al., 2008). Con tal fin, las profesionales de enfermería deben reconocer que los ancianos portan diversidad de conceptos e identidades culturales acerca de la salud-enfermedad, los cuales dependen de los contextos culturales y sociales (Silva y Bessa, 2008), y reflexionar acerca de la propia cultura y de las conductas, cuestionando los propios valores (Lenardt et al., 2007), para así respetar al anciano como un ser humano.

Conocimiento cultural

El conocimiento cultural y los encuentros culturales constituyen los elementos de la competencia cultural más referidos en los estudios incluidos en la revisión. Los diferentes autores destacan la necesidad de la comprensión y el conocimiento del universo cultural de los ancianos, de sus concepciones, significados, valores y lenguaje, así como de sus saberes y prácticas, por parte del profesional de enfermería (Acioli, 2006). Concluyen también los autores que el desconocimiento de los profesionales de salud acerca de la subjetividad y el contexto que constituyen el proceso salud-enfermedad en el anciano dificulta la interacción profesional-anciano, pero con el conocimiento se puede contribuir a re-pensar al anciano y su envejecimiento, así como a hacer eficaces y optimizar sus cuidados (Santos et al., 2009; Vargas et al., 2009; Júnior et al., 2008; Vieira y Marcon, 2008; Lenardt et al., 2008).

Habilidad cultural

En los estudios seleccionados no se hace referencia explícita a la habilidad como habi-

lidad cultural, pero implícitamente los autores se acercan a ella; las evidencias encontradas, a pesar de centrarse más en lo biomédico, toman lo cultural como parte importante de estas habilidades, pues refieren que el cuidado constituye un proceso dinámico que depende de la interacción y de acciones que se delimitan a partir del conocimiento de la realidad del anciano y su familia (Leite y Gonçalves, 2009). Además, por medio de la escucha, de la valoración del ambiente familiar, del saber popular y del involucramiento, se genera atención y respeto para con el sufrimiento del otro, y las alternativas que se identifican contribuyen para los cambios en los modelos de cuidado (Budó et al., 2008).

Encuentros culturales

Los procesos de cuidado son considerados simples y rutinarios para el profesional, y puede tener este significado para el paciente anciano, lo cual permite decir que en este proceso interpretativo que se genera en la interacción del proceso de cuidado, los significados son manipulados y modificados (Varela, 2008; Lenardt et al., 2007). La comunicación en los encuentros culturales se ve afectada cuando las concepciones de los profesionales se limitan a lo biológico, lo cual se refleja en sus posturas y en los tratamientos que proponen, y dificulta la comunicación y, con ello, el encuentro, porque en lugar de los diálogos interculturales están los exámenes (Souza y Lopes, 2007); pero el abordaje al anciano debería realizarse considerando las especificidades relacionadas con el envejecimiento, con sus necesidades y deseos (Carvalhois y Sousa, 2007).

Deseo cultural

Es poco explícito en los estudios seleccionados, sin embargo, en algunos de ellos se re-

fiere que para desempeñar acciones de cuidado a los ancianos, las profesionales, más allá de tener los conocimientos, deben tener una competencia específica relacionada con atributos como la vocación, la predisposición, la voluntad y el gusto por trabajar con estos individuos, así como la humildad y motivación para aprender con el anciano (Leite y Gonçalves, 2009; Lenardt et al., 2007). Estas características demuestran que las enfermeras tienen una motivación desde el querer, más que desde el tener, las dos dimensiones básicas diferenciales del deseo cultural, que acompaña los demás elementos constitutivos de la competencia cultural que deben tener las profesionales de enfermería, para que con sensibilidad y mente abierta vean al otro en su integralidad, no como un acto meramente biologicista, y desde el respeto por los saberes tradicionales en salud generen la confianza y la aproximación entre el profesional y el individuo, creando o reforzando lazos de reciprocidad necesarios en el cuidado (Budó, 2008).

DISCUSIÓN

La búsqueda de los artículos fue compleja, y una de sus limitantes fue no poder acceder libremente al texto completo de algunos de estos. De la lectura de los resúmenes de los estudios a los que no se tuvo acceso al texto completo se desprende la posibilidad de que hubiesen aportado evidencias valiosas para el tema de estudio. Como resultado de la revisión sistemática, puede decirse que a pesar de que no se encuentran estudios que aborden específicamente la competencia cultural en el cuidado de enfermería al adulto mayor, en su concepto integral, como tampoco la enferme-

ría transcultural, sí se encontraron estudios que implícitamente hicieron referencia a la primera, más no a la segunda, a pesar de que algunos estudios partieron del concepto de cultura propuesto por Leininger.

Tras la revisión cabe resaltar que se encuentra gran diversidad de intervenciones de enfermería en el cuidado al adulto mayor, y aunque no mencionan específicamente la competencia cultural, las evidencias y recomendaciones que surgen en cada uno de los estudios seleccionados acerca de los elementos de esta para el cuidado de enfermería al adulto mayor son las siguientes:

Recomendación	Evidencias atendiendo a su utilidad	Hallazgos según el diseño
<i>Conciencia cultural en el cuidado</i>	Alfa: Seguiría la recomendación (n=3 estudios) Beta: La tendría en cuenta como una alternativa útil (n=8 estudios)	Nivel 2 (n=5 estudios interpretativos) Nivel 3 (n=6 estudios descriptivos)
<i>Conocimiento cultural en el cuidado</i>	Alfa (n=3) Beta (n=16)	Nivel 2 (n=7) Nivel 3 (n=12)
<i>Habilidad cultural en el cuidado</i>	Alfa (n=2) Beta (n=5)	Nivel 2 (n=3) Nivel 3 (n=4)
<i>Encuentros culturales en el cuidado</i>	Alfa (n=3) Beta (n=17)	Nivel 2 (n=8) Nivel 3 (n=12)
<i>Deseo cultural en el cuidado</i>	Alfa (n=1) Beta (n=6)	Nivel 2 (n=2) Nivel 3 (n=5)

Tabla 2. Evidencias y recomendaciones del uso de la competencia cultural en el cuidado de enfermería al adulto mayor.

Esto permite discutir que en los estudios seleccionados los investigadores no hacen el abordaje con la intencionalidad de analizar la aplicación de la competencia cultural en el cuidado de enfermería al adulto mayor como objeto de estudio; sin embargo, se reconoce que los investigadores se encuentran con algunos elementos constitutivos de la competencia cultural, que emergen en su gran mayoría, lo cual explica por qué estos elementos surgen de manera fragmentada. Un problema que surge es que la mayoría de los estudios son descripti-

vos, que poco aportan a la fuerza de las evidencias, pues no exploran lo significados profundos de las experiencias de vida de los sujetos y se quedan en las descripciones de los hechos, los procesos y las experiencias, con una mínima interpretación y conceptualización, por lo cual los lectores son los que pueden extraer sus propias conclusiones y generalizaciones; sin desconocer que estas investigaciones contribuyen a la sensibilidad de las profesionales de enfermería por indagar en lo cualitativo (Amezcuá y Gálvez, 2002). Esto demuestra la necesidad de realizar investigaciones primarias cualitativas en las que se aborden los problemas del cuidado utilizando enfoques teóricos de enfermería como el de la competencia cultural o la enfermería transcultural para el cuidado al adulto mayor, con el fin de contribuir a la consolidación teórica o la contraargumentación de estos modelos de cuidado desde la perspectiva latinoamericana.

Además, para brindar un cuidado consciente culturalmente e integrado con los demás elementos para que tal cuidado sea culturalmente competente, se considera ideal que las enfermeras tengan una perspectiva antropológica del cuidado, que les permita comprender la diversidad de construcciones en la contextualización y dimensionamiento del “cuidado de la salud”, que intrínsecamente se ligan a lo cultural, y por lo cual se debe partir de un concepto cultural que ayude a comprender el proceso salud-enfermedad-atención y la apreciación que el anciano hace del cuidado (Ibarra y Noreña, 2009). También es necesario que las cuidadoras dejen de lado la arrogancia del modelo biologicista, causante de la actual deshumanización asistencial, para basar las prácticas de cuidado en un modelo holístico que tenga en cuenta al anciano sujeto de cuidado como un ser integral para orientar un

cuidado más acorde con las actuales demandas sociales, desde la complementariedad y la concertación (Moreno, 2006).

CONCLUSIONES

Las evidencias en cuanto a la competencia cultural en el cuidado de enfermería al adulto mayor, como respuesta para la pregunta clínica, son fragmentadas, es decir, se encontró tanto implícita como explícitamente referencia a elementos como la conciencia cultural, el conocimiento cultural, la habilidad cultural, los encuentros culturales y el deseo cultural; elementos que no aparecen juntos en la mayoría de los estudios, pues en cada uno aparecen dos, tres o cuatro, mientras que tan solo en dos estudios se hace referencia a los cinco elementos de la competencia cultural; sin embargo, se recomienda la aplicación de las evidencias encontradas, con su consiguiente evaluación.

Teniendo en cuenta que los cinco elementos de la competencia cultural se interrelacionan íntimamente entre sí para brindar un cuidado de enfermería culturalmente competente, es fundamental tenerlos en cuenta como un todo, reconociendo al anciano como sujeto socio-cultural con creencias, concepciones, significados, saberes y prácticas de cuidado y autocuidado propias.

REFERENCIAS

- Acioli, S. (2006) Sentidos e práticas de saúde em grupos populares e a enfermagem em saúde pública. *R Enferm UERJ*. 14(1): 21-6.
- Amezcuá, M; Gálvez Toro, A (2002). Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: Perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*. Vol. 76, n.º 5, p. 426-36.
- Budó, M.L., Resta, D.G., Denardin, J.M., Ressel, L.B. Borges, Z.N. (2008) Prática de cuidado em relação à dor - a

- cultura e as alternativas populares. Esc. Anna Nery R Enferm. Vol. 12, n.º 1, p. 90-6.
- Campinha-Bacote, J. (2002) The Process of Cultural Competence in the Delivery of Healthcare Services: A Model of Care. *Journal of Transcultural Nursing*. 13:181-84. Disponible en: <http://tcn.sagepub.com/content/13/3/181.full.pdf+html> [Consultado el 12 febrero de 2010].
 - Carreira, L., Rodrigues, R.A.P. (2006) Estratégias da família utilizadas no cuidado ao idoso com condição crónica. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 5 (Supl): 119-26.
 - Carvalhais, M., Sousa, L. (2007) Comportamentos dos enfermeiros e impacto em doentes idosos em situação de internamento hospitalar. *REE -Bra-*. 9(3):596-616. Disponible en: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a04.htm> [Consultado el 14 de diciembre de 2009].
 - DANE (2009) Colombiastad [En línea]. Disponible en: http://www.colombiastad.gov.co/index.php?option=com_content&task=view&id=374&Itemid=90 [Consultado el 27 de julio de 2009].
 - Escobar Vekeman, C.L. (2003) Antropología médica: Una visión cultural de la salud. *Hacia la promoción de la salud*.8: 51-7.
 - Gálvez Toro, A. (2003a) Lectura Crítica de un Estudio Cualitativo Descriptivo. *Index Enferm.* 40-41: 51-7.
 - Gálvez Toro, A (2003b). Lectura Crítica de un Estudio Cualitativo Interpretativo. *Index Enferm.* n.º 42, p. 39-43.
 - Gálvez Toro, A. (2007) Enfermería Basada en la Evidencia. Cómo incorporar la Investigación a la Práctica de los Cuidados. Segunda Edición. Cuadernos Metodológicos Index. , Granada.
 - Guerra, J.A., Muñoz, P.M., Santos Lozano, J.M. (2003) Las revisiones sistemáticas, niveles de evidencia y grados de recomendación. *MBE: Las revisiones sistemáticas. Fistera.com. Atención Primaria en la Red*. Disponible en: <http://www.cenetic.salud.gob.mx/descargas/gpc/archivos/Lectura19.pdf> [Consultado el 3 de marzo de 2010].
 - Ibarra Mendoza, T.X., Noreña Peña, A.L.,(2009) Reflexiones sobre la práctica enfermera: una aproximación teórica-vivencial desde la perspectiva de la interacción intercultural. *Index Enferm.* 18(2): 116-20.
 - Júnior, D.P.L., Marques, T.C., Miasso, A.I., Cassiani, S.H.B. (2008) Compreendendo os significados das interações entre profissionais de saúde e idosos usuários de medicamentos. *REE -Bra-*. 10(3): 591-99. Disponible en: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a05.htm> [Consultado el 14 de diciembre de 2009].
 - Leite, M.T., Gonçalves, L.H.T. (2009) A enfermagem construindo significados a partir de sua interação social com idosos hospitalizados. *Texto Contexto Enferm.* 18(1): 108-15.
 - Lenardt, M.H., Hammerschmidt, K.S.A., Modesto, A.P., Borghi, Â.C.S. (2008) O sistema de conhecimento de cuidado dos idosos em hemodiálise concernente a terapia medicamentosa. *Cogitare Enferm.* 13(2):165-72.
 - Lenardt, M.H., Hammerschmidt, K.S.A., Borghi, Â.C.S., Vaccari, E., Seima, M.D. (2008) O idoso portador de nefropatia diabética e o cuidado de si. *Texto Contexto Enferm.* 17(2): 313-20.
 - Lenardt, M.H., Hammerschmidt, K.S.A., Pivaro, A.B.R., Borghi, Â.C.S. (2007) Os idosos e os constrangimentos nos eventos da internação cirúrgica. *Texto Contexto Enferm.* 16(4): 737-45.
 - Lenardt, M., Wiling, M.H., Silva, S.C., Yoshio Shimbo, A., Tallman, A.E.C., Maruo, G.H. (2006) O idoso institucionalizado e a cultura de cuidados profissionais. *Cogitare Enferm.* 11 (2): 117-23.
 - Marriner Tomey, A., Raile Alligood, M. (2002) Modelos y teorías en enfermería. Quinta edición. Elsevier, Madrid.
 - Medeiros, F.A.L., Araújo, D.V., Barbosa, L.N.S. (2008) Percepção de acadêmicos de enfermagem sobre o cuidar de idosos. *Cogitare Enferm.* 13(4): 535-41.
 - Mesa Melgarejo, L., Cenit García, J., Galindo Huertas, M., Vico Arrabal, A., Mesa Hernández, M.T. (2007) Cobertura y caracterización de las bases de datos bibliográficas de enfermería del espacio científico iberoamericano. *Desarrollo Científ Enferm.* 15(3): 122-30. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/15pdf/15-122-0504.pdf> [Consultado el 18 de abril de 2010].
 - Moreno Preciado, M. (2006) Del cuidado de la diversidad a la diversidad del cuidado. *Index Enferm.* 15(55): 7-8.

- Muñoz de Rodríguez, L., Vásquez, M.L. (2007) Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. *Colombia Médica*. 38 (4) (Supl. 2): 98-104.
- Rodrigues, S.L.A., Watanabe, H.A.W., Derntl, A.M. (2006) A saúde de idosos que cuidam de idosos. *Rev Esc Enferm USP*. 40 (4): 493-500.
- Romero, B., M.N. (2009a). La práctica basada en evidencias en América Latina, ¿realidad o utopía? *Index Enferm*. 18(1): 2-4.
- Romero B., M.N. (2009b) Investigación, cuidados enfermeros y diversidad cultural. *Index Enferm*. 18 (2):1-7.
- Santos, I.S.C., Menezes, M.R., Souza, A.D.S. (2009) Concepções de idosos sobre a vivência com a doença de parkinson. *R Enferm UERJ*. 17 (1): 69-74.
- Silva, E.V., Martins, F., Bachion, M.M., Kyosen Nakatani, A.Y. (2006) Percepção de idosos de um centro de convivência sobre envelhecimento. *Reme –Bra–*.10(1): 46-53.
- Silva, M.J., Bessa, M.E.P. (2008) Conceitos de saúde e doença segundo a óptica dos idosos de baixa renda. *Cienc enferm*. XIV(1): 23-31.
- Silva, T.M., Nakatani, A.Y.K., Souza, A.C.S., Lima, M.C.S. (2007) A vulnerabilidade do idoso para as quedas: análise dos incidentes críticos. *REE –Bra–*. 9(1): 64-78. Disponible en: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/pdf/v9n1a05.pdf> [Consultado el 14 de diciembre de 2009].
- Souza, A.C., Lopes, M.J.M.(2007). Práticas terapêuticas entre idosos de Porto Alegre: uma abordagem qualitativa. *Rev Esc Enferm USP*. 41(1): 52-6.
- Tobón Correa, O (2003). El autocuidado una habilidad para vivir. *Hacia la promoción de la salud. Revista Hacia la Promoción de la Salud*. N°8, p. 37-49.
- University of York, Centre for Reviews and Dissemination (2009) *Systematic Reviews. CDR's guidance for undertaking reviews in health care*. Layerthorpe, York: York Publishing Services.
- Varela Londoño, L.E. (2008) Trayectorias de vida: experiencias de un grupo urbano de adultos mayores. *Invest Educ Enferm*. 26(1): 48-58.
- Vargas Daza, E.R., Galicia Rodríguez, L., Turnbull Plaza, B.E. (2009) Necesidades sentidas de los adultos mayores derechohabientes de unidades de medicina familiar. *Rev ENE Enferm*. 3(1): 32-41. [Consultado el 14 de diciembre de 2009]. Disponible en: <http://enfermeros.org/revista/ENE-RevistaDeEnfermeria-Vol3-Num1-abril2009-pags-32-41.pdf>
- Vieira, M.C.U., Marcon, S.S.(2008) Significados do processo de adoecer: o que pensam cuidadoras principais de idosos portadores de câncer. *Rev Esc Enferm USP*. 42(4): 752-60.
- Yamada, K.N., Delarrosa, MS..G., Siqueira, J.E. (2006) Aspectos éticos envolvidos na assistência a idosos dependentes e seus cuidadores. *O Mundo da Saúde*. 30(4): 667-72.



Miscelánea

Biblioteca comentada

“DIARIO DE UNA REBELDÍA”

Cristina de Areilza

ESPASA-CALPE. SELECCIONES AUSTRAL.
MADRID, 1983. Isbn: 84-239-2118-2

Autor del comentario:

Francisco Herrera Rodríguez (Universidad de Cádiz) Facultad de Enfermería y Fisioterapia (Universidad de Cádiz)

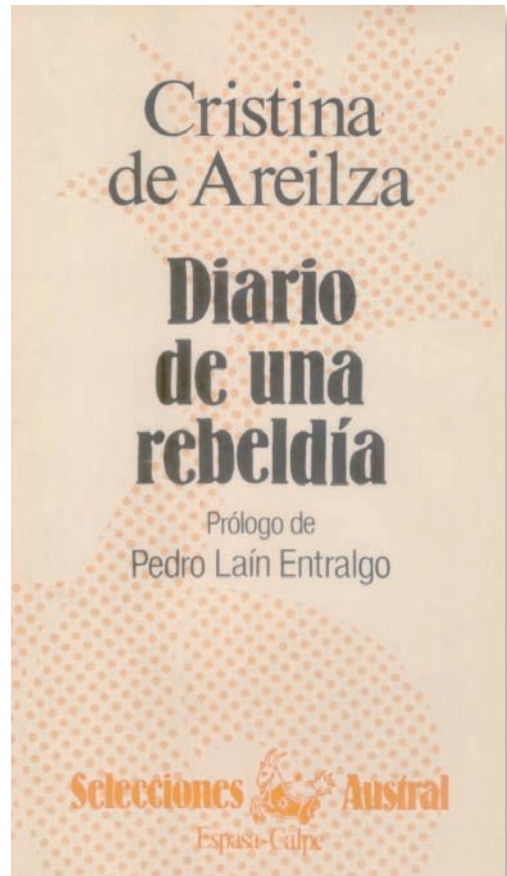
Cómo citar este comentario de textos en edición digital: Herrera Rodríguez, F. Cristina de Areilza: *Diario de una Rebeldía*. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital) 18, 38.

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.38.16>>

Correspondencia: Francisco Herrera-Rodríguez. Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Avda. Ana de Viya, 52. 11009-Cádiz.

Correo electrónico: francisco.herrera@uca.es.

En agosto de 1989 a Anatole Broyard, crítico literario en el prestigioso suplemento cultural de “*The New York Times*”, le diagnosticaron un cáncer metastásico de próstata; luchó contra la enfermedad durante más de un año, una de las formas en que le hizo frente fue con la escritura de algunos relatos autobiográficos e incluso un diario que abarcó de mayo a septiembre de 1990; en la década de los cincuenta ya había escrito sobre la enfermedad y la muerte de su padre como consecuencia de un cáncer de vejiga, el relato lleva por título “*Lo que dijo la citoscopia*”. Todos estos escritos, los de su enfermedad y el de la enfermedad de su padre, han sido publicados en castellano en 2013 con el título “*Ebrio de enfermedad y otros escritos de la vida y la muerte*”. Su esposa, Alexandra, manifestó que cuando Anatole supo



que tenía un cáncer se entregó a la tarea de escribir sobre su experiencia de enfermo y sus relaciones con los médicos. La escritura, pues, como fuente de conocimiento personal y a la vez como testimonio para los demás; introspección y proyección, que tienen mucho de terapia, de catarsis, sí, pero también de afán comunicador de la experiencia personal, en este caso de la enfermedad, con el resto de los hombres. Como supo ver Vicente Aleixandre la comunicación es uno de los pilares que dan sentido a la vida y también cómo no en este asunto de la salud y de la enfermedad.

Oliver Sack escribe en el prólogo de “Ebrio de enfermedad” que:

“...nunca he visto ningún escrito sobre la enfermedad que sea más directo, más franco: a nada se le resta importancia, no se rehúye nada, nada se pasa por alto, no se da a nada un trato sentimental, ni se apiada gratuitamente de nada; nunca he visto ningún escrito de estas características que sea al mismo tiempo más profundo, más inteligente, más reflexivo, más resonante...; se aprecia cómo empuña la pluma con una potencia sin precedentes, resuelto a desafiar su enfermedad, entrar en las fauces de la muerte y lo hace pleno de vida, pluma en mano, reportero, analista hasta el final. Va con la pluma casi hasta las tinieblas”.

Todo esto es cierto, Oliver Sack lleva razón, el libro de Broyard debería ser leído con pasión y devoción en las Facultades de Enfermería y de Medicina; la inteligencia, la calidad literaria y el fondo humanístico del autor rezuma en todas las páginas del libro, incluso muestra una gran erudición revisando los precedentes literarios relacionados con la enfermedad, conociendo de primera mano claro está a Tolstoi, Kafka, Chejov, Virginia Woolf, Thomas Mann o Susan Sontag, pero también a una pléyade de periodistas y escritores estadounidenses que habían reflexionado con mayor o menor calidad literaria sobre tan importante asunto. Estamos de acuerdo con Oliver Sack, estos textos de Broyard constituyen una gran pieza literaria, es un gran libro, y recomendamos vivamente su lectura; pero hay que manifestar que el afamado médico británico, como todos nosotros, estaba limitado en sus lecturas, no podía haber leído todo lo que sobre esta cuestión se había publicado y menos si se había hecho en una lengua diferente al inglés; por eso, aunque compartimos sus ideas sobre el libro, nos ha llamado la atención esa afirmación de que nunca había visto un libro sobre la enfermedad que sea más directo y más franco; nosotros, en cambio, sí hemos tenido la fortuna de leer en castellano un

libro tan directo y tan franco como el de Broyard; un libro que en 2013 ha cumplido el trigésimo aniversario de su publicación; un libro olvidado, poco leído y que lamentablemente ha sido poco estudiado; nos estamos refiriendo a “Diario de una rebeldía” de la periodista Cristina de Areilza, que cuando supo que estaba muy enferma aplicó la fórmula de Goethe, “*si llevas un monstruo dentro, ¡redáctalo!*”. O como decía Shakespeare en “Hamlet”: “*los males desesperados exigen desesperados remedios, o jamás se curan*”. No cabe duda de que la escritura y las palabras son terapias más radicales de lo que pensamos, en el caso de Cristina de Areilza un esperanzado remedio, hasta el punto de que lo subraya desde la elección de la frase cervantina que sirve de proemio al Diario: “*Llevo la vida sobre el deseo que tengo de vivir*”.

No vamos a discutir aquí si el diario personal es un género literario o no, cuando menos se acepta que es un subgénero de la autobiografía, algunos no dudan en incluirlo como literatura cuando supera el mero testimonio con estilo y con la calidad de la escritura; en general, como apunta Amelia Cano, no han sido considerados como obras de carácter creativo, pero está claro que “*desde que el hombre sintió la necesidad de enfrentarse con su propia vida a través de la escritura de forma periódica, los diarios han sido una constante en la Literatura Universal a lo largo de los siglos*”. En las últimas décadas este género o subgénero se valora más ya que se encuentran testimonios, desahogos e incluso datos históricos; aunque, en los Diarios puede suceder a veces, como en ciertas Memorias, que primen más la autojustificación y el oportunismo; pero no es este el caso del libro de Cristina de Areilza, periodista e hija del afamado conde consorte de Motrico, ya que en sus páginas encontramos su crónica personal de los días que transcurren entre el 27 de febrero y el 14 de mayo de 1982, fechas que marcan el comienzo de la enfermedad y su ingreso y vida en una cámara de aislamiento de un

hospital parisino para luchar y tratar de vencer una enfermedad, concretamente una “leucemia mielítica aguda”. Una narración intensa, escrita con la velocidad de una periodista, que no hace concesiones a la lírica, pero que alterna la causticidad con la ternura, todo depende del estado físico y anímico en que se encontrara.

Ya tenemos en escena la temida palabra, leucemia; cuando la nombramos vienen a nuestra mente los estudios que llevaron a cabo en la década de los cuarenta del siglo XIX médicos como John Bennett o Ruldolf Virchow; el primero de ellos entendía la enfermedad como una supuración de la sangre y el segundo acuña el término leucemia en alemán (*leukämie*) y se esfuerza por diferenciar el significado de hipertrofia y de hiperplasia, influyendo de tal manera en los estudios sobre el cáncer que en la década de los ochenta de esa centuria consideraban que la leucemia no era una supuración sino una neoplasia de la sangre. En la segunda mitad del siglo XIX y a principios del siglo XX se avanzó en los estudios clínicos distinguiéndose una forma crónica y una forma aguda, luego vendrían los matices, las clasificaciones y los estudios farmacológicos que conducen a la aplicación clínica de los citostáticos que todos conocemos; pero como telón de fondo al nombrar la palabra leucemia resuena de forma poderosa la palabra cáncer, sobre la que ha escrito brillantes y conocidas páginas Susan Sontag y sobre la que Cristina de Areilza manifiesta:

“La palabra cáncer hoy día asusta y hasta está mal vista como un vocablo tabú. Pocos quieren hablar de su enfermedad por temor a afrontarla. No es en muchos casos una enfermedad incurable. Yo misma sigo luchando y no pienso abandonar nunca la contienda”.

Si se ha leído con atención el párrafo anterior se aprecian términos que poseen un sentido metafórico, en este caso dentro de las metáforas de la enfermedad como enemigo: lucha y contienda. Sobre esta cuestión son clásicos los trabajos de

la ya citada Susan Sontag, pero quizás sea menos conocida por lo reciente la interesante tesis doctoral de Natalia Fernández Díaz titulada *“Metáforas sobre la leucemia en los discursos científicos, en los mediáticos y en las narrativas personales”*. En este estudio la autora dedica un apartado a *“Diario de una rebeldía”* y muy especialmente a su producción metafórica resaltando, por ejemplo, expresiones como ganar la batalla, no abandonar la contienda, seguir luchando, no poder luchar, estar amenazada; también se pueden incluir otras como invasión, aniquilar o disparar. Resultan muy iluminadores también los agudos comentarios de Fernández Díaz al analizar el texto de Cristina de Areilza en lo referente a la enfermedad como prisión, abundando los ejemplos ya que el tratamiento lo recibe durante más de dos meses en un riguroso aislamiento, *“una especie de UVI enteramente estéril”*, comunicándose con el exterior por un interfono y a través de un cristal, por eso encontramos palabras como encierro, cárcel, celda, secuestro, cápsula, capilla, incubadora, ciudadela encantada, jaula, etc: *“Mi celda es ahora mi casa, y sólo puedo percibir la vida a través del cristal exterior por el cual me comunico con el mundo”*. Con el sentimiento además de que está condenada a muerte, *“esperando que llegue el verdugo”*. La angustia, pues, del encierro, de la soledad, pero paradójicamente también sin intimidad: *“No hay siquiera dentro de esta inmensa soledad un momento de intimidad, siempre hay alguien que entra a verificar el catéter, las botellas, etc.”*.

Este Diario está lleno de reflexiones sobre la vivencia personal de la enfermedad grave y sobre lo que supone padecerla: *“Estar enfermo no es sólo atravesar una situación patológica del organismo, sino también vivir, en un clima psicológico de alta tensión”*. En un clima de suspicacia en que se necesita saber la verdad y se siente que todo el mundo engaña, un clima en que la palabra *“urgente”* puesta en la documentación de una anali-

tica puede provocar un tumulto de emociones y de intranquilidad en la persona; un clima de alta tensión psicológica en el cual la propia enferma se culpa de estar haciendo daño a los demás, a la vez que tiene la necesidad de demostrar que es distinta, aunque le duela *“la médula y el alma”* o empiece *“a oler yo misma a enferma”*; o note *“la lucha de mis glóbulos contra las células envenenadas”*.

Los cambios en el ánimo. De pronto el hospital es una *“fábrica de esperanzas”*, estalla la risa con una película, *“La pantera rosa”*, y al día siguiente es una cárcel oscura de la que no se va a salir nunca (*“...no me dejen morir en esta cama. Todo el mundo tiene derecho a volver a casa”*). Noches de plomo en que se tiene la certidumbre de estar viviendo la última primavera, cuando la misma pregunta resuena en la mente una y otra vez: *“por qué me ha venido a mí esta enfermedad”*. *Es el momento de plantearse que la medicina oficial aún no sabe si la produce un virus, unas radiaciones o si quizás sea de origen genético, pero también de acordarse del “nefasto viaje a Guinea” en el que “me picaron diversos insectos”, y el convencimiento a pesar de ser una mujer racional y muy inteligente “de que algún maleficio me hicieron allí”*.

El enfermo, pues, es protagonista de la enfermedad, pero también *“espectador de su propio sufrimiento”*; espectadora, en este caso, muy consciente de que cuando esté fuera del hospital no soportará la mirada inquisidora del que se considera supuestamente sano: *“Como decía el otro día, no soporto la compasión. Si a mi regreso me miran con lupa, ya pueden despedirse de mí. Sé que para una parte de la sociedad te conviertes en un ser marginado. Como si fuese vergonzoso tener una enfermedad. A mí no me da ninguna vergüenza decirlo”*. Y es que con una enfermedad grave las personas se suelen abrir: *“...me ha servido para romper con muchas cosas que me atormentaban y que ahora ya carecen de importancia”*.

Los recuentos de glóbulos blancos y de plaquetas, la anemia, los hematomas, las metrorragias, la depresión, las infecciones de las vías urinarias, la fiebre, la pérdida del pelo (*“tortura visual”*), el encierro, las punciones dolorosas, las venas destrozadas por los pinchazos, la *“carga venenosa”* de los tratamientos con la *“andramicina”* (*“ese líquido rojo tan desagradable”*) y el *“racityme”*, el no poder ducharse o lavarse la cabeza, el no poderse depilar, los familiares que hablan a sus espaldas con los médicos, sus propias inseguridades, el antes y el después de la enfermedad y tantas cosas más hacen que la protagonista de la enfermedad sienta que *“llegué a las fronteras de la vida y he vuelto al centro de la vida”*. La enfermedad metafóricamente sentida como un viaje interior, que conlleva el reconocimiento de estar condenada a muerte a los 33 años y que la lucha por sobrevivir cambiará su carácter: *“no seré la misma”*.

Una espectadora de su propio sufrimiento, sí, pero a la par una observadora que mira a través del cristal de su cárcel todo cuanto acontece, el ir y el venir de los que allí trabajan, a los que demanda afecto, una caricia y una atención especial, sobre todo a algunos de los médicos que la tratan; es mucho mejor una buena conversación con el médico que una transfusión o una visita del capellán: *“Hoy no ha venido ni Claude ni el otro; debe ser su día libre (...). Si yo fuera médico, me pondría (o al menos trataría de ponerme) en la piel del enfermo. Pero, sobre todo, no le dejaría nunca abandonado moralmente. ¡Si estoy diciendo a gritos que no aguanto la carencia afectiva y nadie me hace caso!”*. Y es que estos sabios doctores no terminan de comprender *“que pararse dos minutos para hablar conmigo es el mejor de los medicamentos”*. Anatole Broyard en cambio lo expresó así: *“...a mí me gustaría hablar de mi próstata con mi urólogo no como si fuese un órgano enfermo, sino como si fuera la piedra filosofal”*. El médico, pues, para Cristina es *“el piloto mayor*

de una navegación sombría y cargada de riesgos”. Nueva metáfora viajera y marinera.

Pero el grado de exigencia no es solamente con los médicos que no la visitan, “*estará jugando al tenis*”, o con los que tienen manos torpes en las exploraciones o no tienen “*carisma magnético*”: “*Sufro de falta de afecto, cosa que he padecido toda mi vida. Pero estando aquí dentro, puedo decir por experiencia que necesitas una caricia humana; una mirada; un beso en el aire para sentirte viva. Si un médico no comprende esto, que es importantísimo incluso para la curación del enfermo, es que no conoce la psicología del enfermo*”. Por eso mismo es exigente con las enfermeras y valora tanto a una de ellas: “*Esta mañana, Annie la enfermera me ha traído de estraperlo dos croissants au chocolat para desayunar. Ya he llenado mi cupo de afecto. Además, me ha despertado con un beso esterilizado a través de su máscara, pero al fin y al cabo un beso. Desde luego, es la que más psicología tiene de todas las que están aquí dentro. No sé si es porque es gordita y está separada de su marido por lo que desborda afecto a los demás, pero es un encanto de mujer*”.

“*Diario de una rebeldía*” está prologado por Pedro Laín Entralgo, resultando muy curioso el contraste de los discursos narrativos: el de Cristina de Areilza veloz, radical, sincero y directo, propio de la persona que está viviendo el drama pero que a la vez es periodista de profesión, y el tono profesoral y académico del historiador y antropólogo de la medicina, que analiza y ayuda a interpretar el drama apelando al célebre poema de Luis Rosales: “*Como el náufrago metódico que contase, una a una, las olas que faltan para ahogarle...*”; efectivamente hay momentos en “*Diario de una rebeldía*” que se aprecia un afán de método para programar su vida, aunque de pronto el náufrago golpea con furia el oleaje y exclama: “*Estoy tan cabreada, que rompería en mil pedazos el cristal y saldría por la poubelle ahora mismo dejando a todos los sabios con sus teoría aquí dentro*”. Y es que como indica

Laín en este libro hay vivencia del cuerpo (“*succión por el cuerpo*”); desesperación y esperanza; desnudación del propio yo (“*cuando la muerte parece próxima, una solemne soledad y una profunda autenticidad se adueña (...) de quien a ese trance llega*”) y transferencia afectiva entre el enfermo y el médico (“*transferencia cambiante en el curso del tratamiento*”), subrayando además la necesidad de ayuda y apoyo que la “*infantilización del paciente*” “*lleva siempre consigo*”. Precisamente hemos señalado, con cierta insistencia, la demanda constante de Cristina de Areilza de afecto hasta el extremo de valorar más un beso, una caricia o una charla que un medicamento o una transfusión; a lo largo del Diario encontramos continuas referencias a eso que apunta Laín de la infantilización del enfermo, por ejemplo: “*Lo del afecto lo ha comprendido muy bien. También le he dicho que durante la enfermedad hay una parte en mí que madura rápidamente, y por el contrario, hay otra infantil que se acentúa*”. O bien: “*...y, sin embargo, necesito el cariño y la ternura que recibe, por ejemplo, un niño pequeño para que su desarrollo psíquico sea normal*”. A veces Cristina se siente como Alicia en el país de las maravillas, en un mundo mágico, o se mancha la ropa como un niño con la comida, o siente la imperiosa necesidad de que le den las buenas noches y que la cojan en brazos hasta que se quede dormida.

Hay otro aspecto en el libro que se debe comentar, nos referimos a la presencia de los deseos sexuales en determinados momentos del curso de una enfermedad grave; explórese en el texto, por ejemplo, la alusión a sueños eróticos, a la valoración de un piropo por llevar puesta una determinada camiseta o la necesidad de que se le reconozca una cierta capacidad de seducción, en el fondo como una manifestación más de atención y afecto; precisamente dedicamos algunos comentarios a esta cuestión en “*Las enfermedades de Sísifo*” al estudiar “*Monte Sinaí*” de José Luis Sampedro.

El día 14 de mayo de 1982, Cristina de Areilza escribió en su Diario que el veredicto médico era favorable y que quedaba en libertad vigilada: “Hoy termina mi encierro, pero no mi enfermedad”. Falleció en octubre de 1985. No caeré en la tentación de decir sobre “*Diario de una rebeldía*”, como nuestro admirado Oliver Sack con respecto a “*Ebrio de enfermedad*” de Anatole Broyard, que nunca he visto un libro sobre la enfermedad más directo y más franco, pero sí diré que es tan directo y tan franco como el libro del escritor estadounidense o como “*Crónicas del linfoma*” de José Comas, periodista de “*El País*” que narró de forma intensa su particular vivencia de la enfermedad entre 2004 y 2008; o como ese otro libro que fue dictado por Jean-Dominique Bauby, desde su cautiverio, titulado “*La escafandra y la mariposa*”. No se trata ahora de hacer un ranking con los mejores libros sobre este tema porque no agotaríamos la nómina, pero convendría repasar también “*Esta salvaje oscuridad*” de Harold Brodkey y “*Bajo el signo de Marte*” de Fritz Zorn.

“*Diario de una rebeldía*” sigue tan vigente y vigoroso como cuando se publicó en 1983, y ahí está en los anaqueles de las bibliotecas esperando que médicos, enfermeras y estudiantes de medicina y de enfermería, lo abran y lo lean de una tacada en cualquier momento y lugar; leyéndolo podrán aproximarse a un punto de vista muy importante, el punto de vista del enfermo, tan poco considerado en esta medicina cada vez más tecnocrática e insolidaria que padecemos. Es imprescindible que se dé más valor en las Facultades, junto a las enseñanzas de los fundamentos clínicos y terapéuticos, a la voz de los pacientes y, sin duda, libros como el que hemos glosado ayudarán a conseguirlo.

BIBLIOGRAFÍA

- Areilza, C. (1983): *Diario de una rebeldía*. Selecciones Austral, Espasa-Calpe, Madrid.
- Bauby, JD. (2009): *La escafandra y la mariposa*. Booket, Editorial Planeta, Barcelona.
- Broyard, A. (2013): *Ebrio de enfermedad y otros escritos de la vida y la muerte*. Ediciones La uña rota, Segovia.
- Cano, A. (1987): “El diario en la literatura. Estudio de su tipología”. *Anales de Filología Hispánica* 3: 53-60.
- Chacón, I. (2008): “El cáncer y sus metáforas”. *Eidon*. Revista de la Fundación de Ciencias de la Salud 28: 40-46.
- Darriba, P. (1999): “Las metáforas en el lenguaje hospitalario”. *Cultura de los Cuidados* 6: 54-58.
- Fernández-Díaz, N. (2012): *Metáforas sobre la leucemia en los discursos científicos, en los mediáticos y en las narrativas personales*. Tesis doctoral. UNED, Facultad de Filosofía. Disponible en <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=tesisuned:Filosofia-Nfernandez&dsID=Documento.pdf> (Consultado el 23 de diciembre de 2013).
- Herrera, F. (2011): *Las enfermedades de Sísifo. Reflexiones sobre literatura, medicina y enfermedad*. Imprenta Rimada, Cádiz.
- Mukherjee, S. (2011): *El emperador de todos los males. Una biografía del cáncer*. Taurus, Madrid.
- Sontag, S. (1980): *La enfermedad y sus metáforas*. Muchnik editores, Barcelona.
- Zorn, F. (2002): *Bajo el signo de Marte*. Anagrama, Barcelona.

**LA REVOLUCIÓN DE LAS BATAS
BLANCAS. LA ENFERMERÍA ESPAÑOLA
DE 1976 A 1978.**

Germán Bes, C. (2014)

Prensas de La Universidad de Zaragoza,
Zaragoza. 282pp.

Cómo citar este comentario de textos en edición digital: Siles González, J. (2014) Germán Bes, C. (2014) La revolución de las batas blancas. La enfermería española de 1976 a 1978. Prensas de La Universidad de Zaragoza, Zaragoza. 282pp. Cultura de los Cuidados (Edición digital) 18, 38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.38.17>>
Correspondencia: José Siles González. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante. 03080 Alicante. Correo electrónico: José Siles González.

Por fin estamos estrechando las cuadrículas de la ciencia histórica, la red de la historia de la enfermería se tensa cada vez más –como diría Kuhn- gracias a aportaciones como la del presente estudio, obra de la profesora Concha Germán Bes (universidad de Zaragoza).

En efecto, se trata de un estudio meticuloso y profundo sobre una franja temporal tan estrecha como intensa: los años en los que la enfermería española, coincidiendo con el proceso de democratización, inició su proceso de transformación a nivel profesional y científico. La autora analiza los retos de la enfermería española en 1978 y los factores que incidieron en la movilización del variopinto y poco cohesionado colectivo que engrosaba la enfermería de la época y que iban a desembocar en fenómenos de la envergadura de la unificación de los colegios profesionales masculino y femenino y, tras un convulso y largo proceso colmado de desencuentros y dificultades el ingreso en la universidad con el “polémico” y “discutido” título de diplomado universitario en

CONCHA GERMÁN BES

**La
revolución
de las
batas blancas**



enfermería en las nuevas escuelas universitarias de enfermería. Felicitamos desde aquí a la autora y recomendamos la lectura de su libro a todos aquellos interesados por la enfermería y su historia.

José Siles González

ÁRTICO

Juan de Dios García (2013)

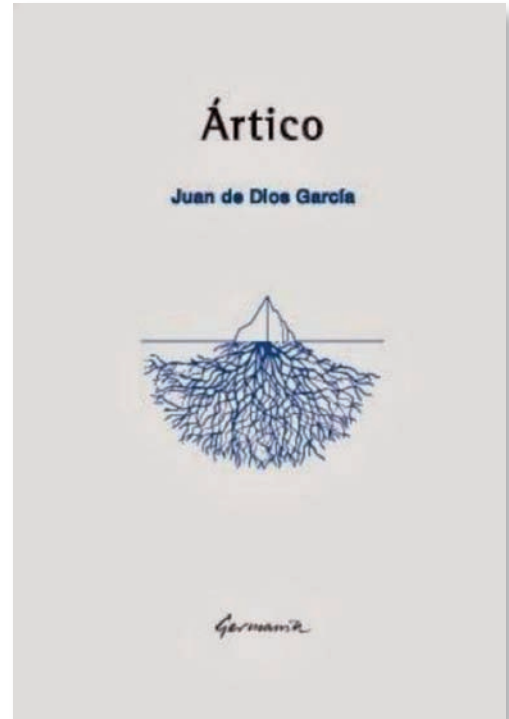
Germania, Valencia. 62 pp.

Cómo citar este comentario de textos en edición digital: Siles González, J. (2014) Juan de Dios García (2013) *Ártico*. Germania, Valencia. 62 pp. *Cultura de los Cuidados* (Edición digital) 18, 38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.38.18>

Correspondencia: José Siles González.
Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante. 03080 Alicante.
Correo electrónico: jose.siles@ua.es

Juan de Dios García (Cartagena, 1975) es un joven profesor y poeta cartagenero que ha publicado ensayos y poesía: *Alejandro Casona: la poesía de la muerte* (2001), *las plaquetas*, *El calor de la medicina* (2006), *Heptágono* (2006), *Infinitivo*(2009) y los poemarios *Nómada* (2008) y *Ártico*(2014). Desde 2000 dirige, junto a Ángel M. Gómez Espada, la revista digital de literatura *El coloquio de los perros*.

En una entrevista en un periódico, el autor describe las sensaciones que le provocaría al lector la lectura de su poemario: “Le preguntaría si conoce la sensación de la ginebra helada pasando por la garganta, calentando el pecho y el estómago mientras se contempla un paisaje hermoso y salvaje. Pues bien, si la respuesta fuera sí, le diría que esa es la sensación que he querido dejar en el cuerpo del lector en la mayoría de los poemas de *Ártico*” “*La Opinión*” (02.03.2014). Sin duda, esta sugestiva descripción hace honor a la naturaleza helada de “*Ártico*”, una poesía gélida que salva la memoria de momentos que han sido vividos en otra dimensión, en otro mundo donde ante la insurgencia de lo inmediato –por la intensidad del sentimiento que suscita- todo lo cotidiano adquiere otro sentido porque el “día a día” ha sido invadido por una intensa ola fría



que ha arrollado el sosiego aparente que acompaña nuestra apacible monotonía. El dolor y el amor encaramados en un iceberg donde lo sublime licua todo lo demás porque lo transforma en accesorio. A través de “palabras madre” que han sido conservadas bajo enormes bloques de hielo, Juan de Dios García reinterpreta el impacto que la tempestad ha provocado en su alma y, paradójicamente, contempla un paisaje –como él mismo señala aludiendo a la ginebra helada- “hermoso y salvaje”. Un poemario de gran belleza y sobriedad que refleja la condición humana en momentos en los que ésta adquiere todo su protagonismo.

UN CUENTO DE ENFERMERA

Louisa May Alcott (2014)

Ed. Funambulista, Madrid.

Cómo citar este comentario de textos en edición digital: Siles González, J. (2014)

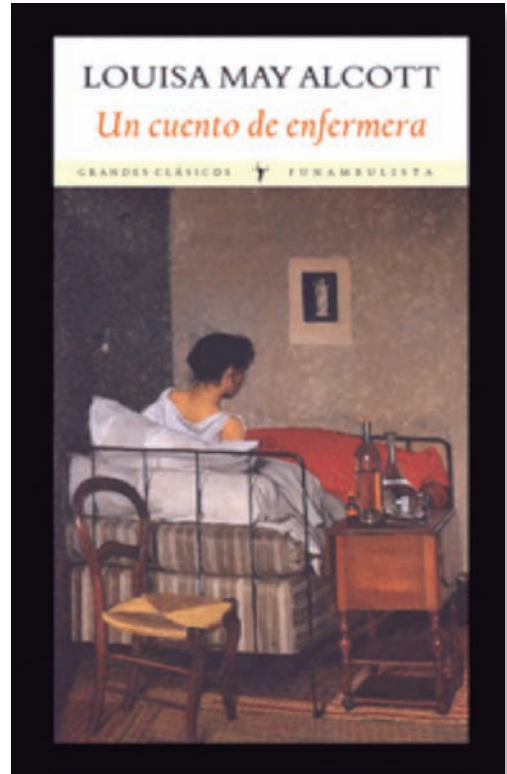
Louisa May Alcott (2014) Un cuento de enfermera. Ed. Funambulista, Madrid. Cultura de los Cuidados (Edición digital). 18, 38.

Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.38.19>>

Correspondencia: José Siles González. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante. 03080 Alicante. Correo electrónico: José Siles González.

Kate Snow, narradora de esta novela, es una enfermera (como lo fue la propia autora) contratada para ocuparse de Elinor, la hija pequeña de la familia Carruth, aquejada de una extraña enfermedad mental. Kate intentará desde el primer día entender por qué el joven Robert Steele, supuesto amigo de la familia, mantiene un control absoluto sobre todo lo que ocurre en casa de los Carruth. Auténtico laberinto de engaños, misterios y pasiones, con un sorprendente final, esta novela de intriga cuasi policial sobre la maldición de una estirpe recuerda algunas de las mejores páginas de Wilkie Collins, las hermanas Brontë o Jane Austen.

Louisa May Alcott (1832, Germantown, Pennsylvania) fue la segunda hija del filósofo y educador trascendentalista Amos Bronson Alcott. En 1843, Louisa se fue a vivir a Fruitlands, una comunidad utópica que el padre había fundado; sin embargo, al poco, la comunidad fracasó y esto hundió en la miseria a toda la familia Alcott. Durante estos años difíciles, escribió su primera colección de cuentos titulada *Flower Fables* y empezó una colaboración literaria con la revista *The Atlantic Monthly*. Fue una gran partidaria de las causas sociales: escribió artículos para el



periódico feminista *The Woman's Journal*, luchó por el sufragio universal; apoyó el movimiento por la abolición de la esclavitud y, durante la Guerra de Secesión, ejerció como enfermera voluntaria en el hospital de Georgetown. Las cartas en que refería sus experiencias como enfermera, publicadas con el título de *Apuntes del hospital*, la consagraron como escritora. En 1864 publicó su primera novela, *Moods*, y, en 1868, la obra semiautobiográfica *Mujercitas* que la hizo mundialmente famosa. También escribió con el seudónimo A. M. Barnard novelas psicológicas y de intriga.

**HISTÓRIAS DA ENFERMAGEM
NO UNIVERSO DE CORDEL**

Onã Silva (2013)

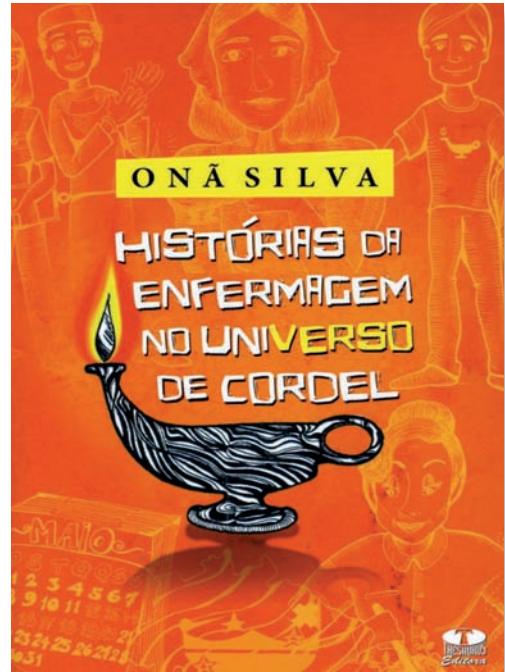
Brasilia, Thesaurus. 324 p/il.

Cómo citar este comentario de textos en edición digital: Siles González, J. (2014) Onã Silva (2013) Histórias da enfermagem no universo de cordel, Brasilia, Thesaurus. 324 p/il. Cultura de los Cuidados (Edición digital). 18, 38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.38.20>

Correspondencia: José Siles González. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante. 03080 Alicante. Correo electrónico: José Siles González.

Nos encontramos con la sorprendente y grata aparición de un libro de la escritora, enfermera, posgraduada en salud pública, educación y artes escénicas, Onã Silva; un texto dedicado a la historia de la enfermería en el que se describe y explica de forma magistral y didáctica la historia de la profesión. Pero lo más original reside en su manera de construirlo a golpe de versos; sí, he escrito y han leído ustedes bien, se trata de un libro de historia de la enfermería escrito en verso, más exactamente en “sextillas” o estrofas de seis versos con palabras de siete sílabas (con rimas en el segundo, cuarto y sexto verso). Tenemos, por tanto, un híbrido entre la actividad investigadora y la poesía (que además cuenta con las ilustraciones de Silvana de Paula) que la autora ha elaborado minuciosamente durante cinco años produciendo, finalmente, un libro que ella misma considera como perteneciente a la tradición de la denominada “literatura de cordel”

La literatura de cordel es de origen oral. Posteriormente se escribía en los denominados pliegos de cordel puestos en venta en tendedores de cuerdas, de ahí su nombre. Fueron típicas en España y Portugal, pero tuvieron su gran



éxito en Brasil. La literatura de cordel constituye una forma de comunicación saturada de folklore y cultura; sigue siendo muy característica de algunas regiones como es el caso del Nordeste de Brasil. Veríssimo de Melo, entre otros, ha estudiado profusamente este género en su “Literatura de cordel-visão histórica e aspectos principais”; asimismo este mismo fenómeno ha sido estudiado por Julio Caro Baroja en su clásico “Ensayo sobre la literatura de cordel”. Es decir, se trata de un género con el potencial suficiente como para conferirle una más que merecida importancia y que tiene la particularidad de armonizar lo popular con lo culto y lo profesional. En este camino de rescatar este género de cordel, Onã Silva realiza un trabajo extraordinario que es solo una muestra de lo que puede ir desarrollando con el tiempo y del que tan necesitada está la enfermería: humanización de cuidado, estética enfermera, síntesis holística que permite mediante la poética la armonización de la técnica con el humanismo; este es, tal vez, la aportación

fundamental del camino iniciado con la autora con esta obra.

Al igual que en la vieja Europa, en Brasil, era utilizada como mecanismo de memorización y transmisión de conocimientos populares de generación en generación

El libro se vertebra en cuatro capítulos: en el primero titulado: “Historia de personajes/ actores de enfermería“(en el que se glosa en verso la vida de Nightingale, Anna Nery, Rachel Haddcock, etc.); en el segundo capítulo: “Historias de luchas y conquistas de enfermería” (se versan las pugnas de Anna Nery o Alfredo Pinto para becar a las enfermeras); en el tercer capítulo: “Historias sociales, educativas y políticas”, se versifican los procesos de constitución del consejo de enfermería y la reivindicación de enfermeras en el contexto social, político y educativo; en el último y cuarto capítulo, titulado: “Historias diversas sobre fechas conmemorativas, simbología y educación en enfermería” nos encontramos con versos en los que se describen fechas en las que se celebran festividades de enfermería o de tal o cual acontecimiento de gran relevancia, las tradiciones respecto a tal o cual práctica de cuidados y los símbolos que han socializado a la enfermería.

Sin duda, nos hallamos ante una brillante y fundamental aportación al conocimiento de la historia de la enfermería, pero también al conocimiento estético de la disciplina. Nuestra más sincera felicitación a la autora y, por supuesto, recomendamos vivamente su lectura.

Onã Silava: <http://www.onasilva.com.br/perfil.php>

**LA ESTIRPE DEL AIRE: PROMETEO
ANTE EL ESPEJO**

Bartolomé Nieto Munuera

Ed. Alhulia.

Cómo citar este comentario de textos en edición digital: Ávila Cabezas, M. (2014) La estirpe del aire: Prometeo ante el Espejo. Ed. Alhulia. Salobreña. Cultura de los Cuidados (Edición digital). 18, 38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2014.38.21>>

El poeta, fiel a insomne costumbre, se contempla a sí mismo en el retiro de su habitación, en ese instante sin tiempo de la noche en que los demás duermen, para aprehender la luz del conocimiento con el único reclamo de su soledad encendida permanentemente en la palabra. No es cierto, Valéry, que los dioses faciliten a los poetas, a los verdaderos poetas que aún permanecen en pie sobre la tierra, el primer verso y que los demás versos que hayan de acudir a su reclamo sean tan sólo asunto suyo, oficio y cosa de coser, pescar y cantar, sino que es el poeta -el hombre, la mujer poeta- quien ha de adentrarse en la intrincada y caótica selva del lenguaje para, en su fondo y por sí mismo, buscar en la naturaleza del ser (agua, tierra, fuego, luz) la plenitud del poema, reconociéndose desde el primero al último de los versos, esto es, en la razón de su existencia: tanto la propia como la de todo el universo habido y por haber que él también hace suya, tal un combatiente irreductible frente al tiempo y sus conjuras. ¿Qué hacemos aquí?, se pregunta el poeta. ¿Y cuál es el propósito? ¿Hay acaso un propósito? ¿Y cómo y dónde descubrirlo? ¿Existe en verdad dios? ¿Y esos tales dioses que conceden versos como un maná bíblico y espiritual acaso existen? ¿Y para qué? Desde que el mundo es mundo y desde que el hombre desmesuradamente lo habita, deslumbrado por el ansia primigenia, asediado por las sombras de una concien-



cia enajenada frente al espejo cóncavo de la vida y sus misterios, el hombre, con el poeta siempre en primera línea, se pregunta a sí mismo y a un dios eternamente ausente le pregunta, desatando con rabia el grito de Dámaso Alonso, por qué se pudre tan lentamente su alma y por qué también la humanidad, nuestra humanidad en pleno, se pudre irremediabilmente en el fondo de esta prisión en la que todos purgamos condena y luchamos por salir al precio terrible de la angustia, la desesperanza, la locura y el miedo. ¿Qué nos queda entonces como recurso posible de supervivencia? La palabra, sin duda. Siempre nos quedará la palabra para afrontar el castigo de Sísifo y el tormento de Prometeo, nuestra condena por haber pretendido saber. Parafraseando a otro gran poeta, yo digo que podemos perder la vida, el tiempo, la voz en la maleza y también el amor,

que es al cabo sublimación de nuestra soledad proyectada en el otro, pero siempre, siempre, nos quedará la palabra. La palabra limpia, la palabra clara y solidaria, la palabra que rompe fronteras y barre mentidas conciencias. Y sin embargo... ¡ay, la palabra, la pobre palabra tan manipulada hoy, tan mortificada, asediada, malversada y prostituida por el podrido interés y la infamia de políticos sin nombre ni ojos, por tantos periodistas cínicos y otros adláteres intelectuales de la cosa suya que no hacen otra (cosa) que reproducir en forma de edulcorados argumentos la voz de su amo, el que les da de comer con las manos manchadas en la codicia con la sangre, la ruina y la miseria ajenas!

Bartolomé Nieto Munuera, Tolo, es, por encima de cualquier otra condición, poeta, y no precisamente lo es porque él afirme que la poesía es “la línea más corta entre dos puntos” (entre el alfa y el omega, habrá querido decir) sino porque, a pesar de su escasa producción, con títulos como *Ribera de la entropía* y *Del laberinto al treinta*, ha conseguido lo que otrora consiguiera Juan Rulfo con su *Pedro Páramo*: escribir la obra, singular y única que, por más que la buscarse, él nunca encontraba en las estanterías de su poblada biblioteca. De ahí que terminara por escribirla. En la cantidad, ciertamente, no está el gusto ni aun menos la excelencia. Bartolomé Nieto, Tolo, es poeta y por ello a los que nunca hemos dejado de leerlo, a quienes rastreamos siempre sus huellas de luz, él nos coloca desnudos frente al espejo para que, por todos y en cada de sus versos, nos sintamos reflejados como lo que en verdad somos (¿y volveremos acaso a ser?): criaturas del aire condenadas a satisfacer en la tierra la deuda contraída con el tiempo, el único dios verdadero, el que da y el que quita, el que ha de venir y no tardará (aunque siempre está), el que nunca nos abandona ni siquiera más allá de la muerte, que no es nostalgia juanramoniana de la vida sino verdad de otra vida verdadera repetida hasta el infinito

en la conciencia (¿en la memoria?) del cosmos. Somos de la estirpe del aire y al aire (¿contaminado aquí, en la Tierra?) hemos por tanto de regresar. ¿Dónde buscar entonces a Dios que no sea en nosotros mismos? ¿No es acaso Dios una proyección del hombre, de su fragilidad, de sus anhelos, de su abnegado sueño de inmortalidad? En el despertar, Dios, los dioses (el hombre, digo) ya van al encuentro de los álamos... Así el poeta nos abre de par en par las puertas de su alma, así nos franquea el paso hacia el interior de La estirpe del aire. Estructurado, pues, en un “Introito”, dos actos (“Prometeo encadenado” y “Arquitecto de sombras”, en este orden) y un “Epílogo”, el libro se concibe como un drama al que parezca que el autor le haya amputado el desenlace, su final (acto 3°), para incumplir fielmente con la clásica regla de las tres unidades. Pero eso le importa, valga la expresión, una figa al bueno de Bartolomé Nieto, porque a él de sobra le consta que el hombre, y sus obras, no son en sí unidad ensimismada, no son la imagen del parónimo ni aun menos de la aliteración, sino diversidad y cambio constante, lucha sin tregua por ser algo más que el destello, y corolario, de un loco obediente, de un pez esclavo en la pecera de la existencia o bien por ser el mismo delirio del cartógrafo del miedo, según delata el poeta en versos respectivos de una contundencia tan poderosa que nos cortan, cuanto menos, la complaciente respiración de las emociones, tan hipersensibles y livianas ellas.

Es La estirpe del aire un poemario que supone otra vuelta de tuerca en la percepción de la realidad humana, con una carga lírica de tal intensidad, con tanta fuerza visual en todos y cada uno de sus versos que los mismos devienen en la forma de un aleph a través del cual se puede contemplar la “traición de destinos” que son nuestra cruz, la jarra de todas nuestras desgracias y también el águila implacable que, al despertar a la luz artera, cada día nos arranca el hígado, el que en el principio fuera genésico núcleo del fuego puri-

ficador. Por todo ello, no resulta nada arriesgado (ni petulante) afirmar que La estirpe del aire no solo se lee sino que también se visiona, como una serie de fotogramas desplegados en el espectro de la luz vencida, como marcas y signos de un tiempo del que inútilmente pretendemos despojarnos por nuestro desdoblamiento en esencia natural, arrancada del Alma Absoluta, y, a la vez, en cosa emponzoñada por la ignorancia y el dolor rube-niano de ser vivo.

¿Y entonces? Entonces nada. Relajémonos y pensemos. Aún nos queda mucho camino por recorrer, si es que antes el espejo no se rompe en mil pedazos.

*Miguel Ávila Cabezas.
Ceuta, febrero de 2014*



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