

CULTURA DE LOS CUIDADOS

3^{er}. Cuatrimestre 2012 • Año XVI - N.º 34

SUMARIO

EDITORIAL

- La formación clínica de las enfermeras y la figura del tutor en el siglo XXI, un reto para los docentes

FENOMENOLOGÍA

- La influencia de la cultura occidental en los cuidados del cuerpo relativos a la estética, a la actividad física y a la alimentación
- Guerra, hambre y aventura en la vida de Cándida Sala, enfermera de Cruz Roja
- Ser Mujer Hipertensa: una experiencia silenciosa en la familia y en la sociedad

HISTORIA

- Hospital de San Lázaro de Granada: 470 años de historia, asistencia sanitaria y vida de los leprosos en el hospital
- Autobiografías de enfermeras: la profesionalización de enfermería durante las guerras
- La construcción social de las oligarquías sanitarias en una ciudad del mediterráneo occidental. El kairós de una clase dominante. Elementos de cambio de sociedad en Elche, 1884-1903
- Los cuidados intensivos en el Antiguo Egipto a través de los textos

ANTROPOLOGÍA

- La salud y las creencias del pueblo gitano en Europa: revisión bibliográfica

TEORÍA Y MÉTODO

- Proceso de enfermagem aplicado a um paciente com síndrome de marfan associado a aneurisma aórtico
- La preservación del acervo histórico del centro académico XXXI Octubre, la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo

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

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

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

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

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

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

COMITÉ CIENTÍFICO O ASESOR

Manuel Amezcua Martínez

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

Carmen Chamizo Vega

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

César Hueso Montoro

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

Manuel García Martínez

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

Guillermo Silva Magaña

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

Carlos Lousada Lopes Subtil

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

Antonio C. García Martínez

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

María Elisa Moreno-Fergusson

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

Esperanza de la Peña Tejero

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

Cecilio Eserverri Cháverri

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

Francisca Hernández Martín

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

Francisco Herrera Rodríguez

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

Amparo Nogales Espert

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

Natividad Sánchez González

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

Francisco Ventosa Esquinaldo

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

Marilyn Douglas

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

Fernando Porto

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

Beatriz Morrone

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

Ximena Isla Lund

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

Raquel Spector

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

Rick Zoucha

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

Taka Oguiso

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

Genival Fernandes de Freitas

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

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

INDIZADA E INSCRITA EN:

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

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

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

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

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

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

Coordinadora RUA. Ana L. Noreña

SUSCRIPCIONES:

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

Alumnos Enfermería: 7,21 euros

Extranjero: 18,03 euros

CORRESPONDENCIA:

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

Ap 99. E-03080 Alacant - Alicante

Revista «on line»:

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

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

Título clave: Cultura de los Cuidados

Título abreviado: Cul. Cuid.

Tirada/ Producción: 3.000 ejemplares

IMPRESIÓN Y ACABADO:

Edita: Consejo de Enfermería Comunidad Valenciana (CECOVA)

Diseño editorial, maquetación e impresión:

AROA Diseño y Comunicación. Alicante (España)

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

SUMARIO

NORMAS DE PUBLICACIÓN	4
Criterios de evaluación y selección de artículos.....	7
EDITORIAL	
La formación clínica de las enfermeras y la figura del tutor en el siglo XXI, un reto para los docentes	9
M ^ª CARMEN SOLANO RUIZ	
FENOMENOLOGÍA	
La influencia de la cultura occidental en los cuidados del cuerpo relativos a la estética, a la actividad física y a la alimentación	11
CELIA BELTRÁN BELTRÁN	
Guerra, hambre y aventura en la vida de Cándida Sala, enfermera de Cruz Roja.....	20
CARMEN TORRES PENELLA; ANA RAMIÓ JOFRÉ; ROSER VALLS MOLIN	
Ser Mujer Hipertensa: una experiencia silenciosa en la familia y en la sociedad	32
MÓNICA MARGARITA BARÓN CASTRO; MERCY SOTO CHAQUIR	
HISTORIA	
Hospital de San Lázaro de Granada: 470 años de historia, asistencia sanitaria y vida de los leprosos en el hospital.....	44
JESSICA MEDINA GARCÍA	
Autobiografías de enfermeras: la profesionalización de enfermería durante las guerras	51
ANA CHOPERENA ARMENDÁRIZ	
La construcción social de las oligarquías sanitarias en una ciudad del mediterráneo occidental. El kairós de una clase dominante. Elementos de cambio de sociedad en Elche, 1884-1903	56
MARIANO MONGE JUÁREZ	
Los cuidados intensivos en el Antiguo Egipto a través de los textos.....	64
FERNANDO GIL GONZÁLEZ	
ANTROPOLOGÍA	
La salud y las creencias del pueblo gitano en Europa: revisión bibliográfica	71
MARÍA GEMMA Tuset-Garijo; ALBA ROCA-Biosca; Pilar Alamillo Pérez- Grueso; MARÍA ANTONIA Martorell-Poveda	
TEORÍA Y MÉTODO	
Processo de enfermagem aplicado a um paciente com síndrome de marfan associado a aneurisma aórtico.....	81
MARIA ISABEL DA CONCEIÇÃO DIAS FERNANDES; LUCÉLIA MARIA CARLA PAULO DA SILVA DUARTE; ISADORA COSTA ANDRIOLA; KÉSSYA DANTAS DINIZ; CÍCERA MARIA BRAZ DA SILVA; ANA LUISA BRANDÃO DE CARVALHO LIRA	
La preservación del acervo histórico del centro académico XXXI Octubre, la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo	91
JAQUELINE DE ANDRADE OLIVEIRA; GENIVAL FERNANDES DE FREITAS	
MISCELÁNEA	
BIBLIOTECA COMENTADA.....	108

ESTRUCTURA DE LA REVISTA Y NORMAS DE PUBLICACIÓN

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

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

PRESENTACIÓN DE LOS TRABAJOS

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

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

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

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

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

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

Para citar documentos/ artículos “on line”:

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

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

STRUCTURE OF JOURNAL AND NORMS OF PUBLICATION

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

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

PRESENTATION OF WORK

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

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

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

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

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

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

To cite documents / articles "on line":

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

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

ESTRUTURA DA REVISTA E NORMAS DE PUBLICAÇÃO

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

- Editorial.
- A secção dedicada à Fenomenologia da publicação do original e / ou opiniões da fenomenologia clínica. Eles também serão realizados nesta secção, a 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: Cibana, I. L.. ed. Os espanhóis periódicos de enfermagem Síntese, Madrid. 88-102 (Capítulo de Livro).

Para citar documentos / artigos “on line”:

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

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

CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS

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

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

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

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

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

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

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

EVALUATION CRITERIA AND SELECTION OF ARTICLES

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

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

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

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

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

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

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

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO E SELEÇÃO DE ARTIGOS

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

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

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

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

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

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

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

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

Editorial

La formación clínica de las enfermeras y la figura del tutor en el siglo XXI, un reto para los docentes

The clinical training of nurses and the tutor in the XXI century, a challenge for educators

O ensino clínico de enfermagem eo tutor no século XXI, um desafio para os professores

M^a Carmen Solano Ruiz¹

¹Profesora Titular Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad de Alicante.

Cómo citar esta editorial en edición digital: Solano Ruiz, M^a C. (2012) La formación clínica de las enfermeras y la figura del tutor en el siglo XXI, un reto para los docentes. 16, 34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.34.01>

*Correspondencia: Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante. 03080, Alicante. España.
e-mail: Carmen.solano@ua.es.*

En la actualidad, nos encontramos sin duda alguna, en un momento de gran fervor en lo concerniente a la universidad europea ocasionado principalmente por la confluencia simultánea de dos cambios sociales de gran calado; por un lado, la participación en el Espacio Europeo de Educación Superior (más conocido como tratado de Bolonia) y por el otro lado, por la creciente presión ejercida por la sociedad y sus instituciones sociales y políticas para que la universidad se convierta en el organismo impulsor de los distintos tipos de cambios a los que la sociedad actual debe hacer frente. Con el establecimiento de la Declaración de Bolonia (1999) se sentaron las bases para la construcción de un “Espacio Europeo en Educación Superior”; un espacio compartido y organizado de acuerdo a unos principios basados en la calidad de la enseñanza, la movilidad tanto del profesorado como del alumnado, el respeto a la diversidad cultural en las aulas y la competitividad de mercados.

Los principales cambios propuestos se cen-

tran en tres pilares básicos: modificación de las metodologías docentes, revisión y adaptación de los contenidos de las titulaciones y definir claramente el perfil u orientación de los nuevos titulados (Maciá et al, 2006). En definitiva, se trata de un cambio de paradigma educativo, una nueva reconceptualización que debe realizar un giro en el enfoque educativo tradicionalmente orientado a los docentes hacia un enfoque más participativo y responsable de los estudiantes universitarios. Esta forma de entender la enseñanza condiciona de una manera directa tanto la formación teórica como la formación práctica impartida en las distintas titulaciones, sobre todo y de manera muy especial en aquellas titulaciones vinculadas al área de ciencias experimentales donde las instituciones sanitarias juegan un papel primordial.

La formación de enfermeras no supone una práctica sencilla, debido principalmente a las peculiaridades del contexto social y sanitario donde se desarrolla. Dada la complejidad del

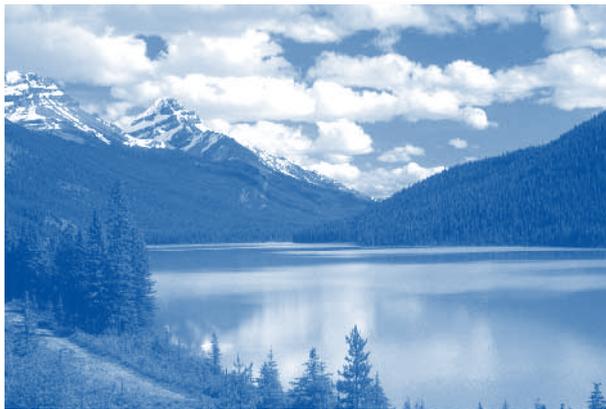
proceso, las enfermeras asistenciales deben asumir un rol preponderante en la formación de alumnos, siendo imprescindible dotarles de voz y autoridad durante todo el proceso de formación llevado a cabo, estableciendo de esta manera la visibilidad de las mismas que hasta estos momentos ha sido escasamente reconocida (Pérez et al, 2002)

Son muchas las denominaciones que se le atribuyen a esta labor en función de su cometido, términos como mentor, counselling, coaching y tutor han sido utilizados de manera indiscriminada en la literatura enfermera. Siendo el vocablo “tutor” el término más empleado para definir las funciones que se le atribuyen a las personas implicadas en el acompañamiento, consejo, orientación y evaluación de los alumnos durante sus prácticas clínicas.

Si la figura de tutor es diversa mucho más difícil se hace la identificación de sus funciones y el rol a desempeñar, entendiendo ésta como el conjunto de fases que debe de cumplir el profesional de enfermería en relación al

aprendizaje práctico del estudiante. Dentro de las funciones que se le asignan, el tutor debe estar preparado para afrontar y reconducir todo tipo de situaciones que se les planteen a los alumnos, desde las más convencionales y rutinarias, hasta las emergentes más inadvertidas e imprevisibles invitando a la reflexión del proceso. El tutor no sólo tiene funciones evaluadoras, también debe orientar la acción de los alumnos mediante el establecimiento de un clima educativo donde la comunicación fluya sin problemas.

En este sentido, se hace necesario la creación de un compromiso firme por parte de las distintas instituciones que entran en escena, como son las sanitarias y académicas, potenciando sus fortalezas y profundizando en la relación de pertenencia e identificación entre docentes y profesionales asistenciales, con la finalidad de garantizar unas altas cotas de calidad en la enseñanza de los alumnos para la obtención del título de Grado en Enfermería.



Fenomenología

La influencia de la cultura occidental en los cuidados del cuerpo relativos a la estética, a la actividad física y a la alimentación

The influence of western culture in the care of the body relative to aesthetics, physical activity and food

A influência da cultura ocidental no cuidado do corpo em relação à estética, atividade física e alimentação

Celia Beltrán Beltrán.

Graduada en Enfermería, Universitat de València.

Cómo citar este artículo en edición digital: Beltrán Beltrán, C. (2012) La influencia de la cultura occidental en los cuidados del cuerpo relativos a la estética, a la actividad física y a la alimentación.16, 34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.34.02>

Correspondencia: Avenida Blasco Ibáñez, 13; 46010, Valencia, Spain. e-mail: celiabeltrandue@gmail.com

Recibido 20/03/2012/ Aceptado: 17/06/2012



ABSTRACT

The body is part of the personal identity of each individual, and as identity does, it changes along lifetime, so it is perceived differently in each life phase and it is used by the indi-

vidual to express their own identity. The body is something more than a set of differentiated cells and it is highly valued in every society. Thus, different patterns of body care represent each culture. In this sense, we are asking how western culture is conditioning body care behaviors relative to aesthetics, physical activity and alimentation. These care behaviors vary among populations according to the values that they associate to body image. In the same way, they also differ within each population, as these values evolve over time. Ultimately, culture is generating a series of behaviors that can become risk factors for some diseases. Thus, nurses will have to identify those potentially harmful body care behaviors to encourage alternative healthy behaviors, focusing on evaluations, availability, motivations, rewards, preferences, aversions and self-concept of each individual in each age group.

Key words: Culture: Body Image, Body Care, Prevention, Nursing.

RESUMO

O corpo forma parte da identidade pessoal de cada individuo, ao igual que ela muda ao longo da vida por o que em cada etapa percebe-se de diferente maneira e com ele expressa-se a própria identidade. O corpo é algo mais que um conjunto de células diferenciadas e em todas as sociedades tem-se em alta estima pelos cuidados corporais representam a cada cultura. Portanto, nos representamos como a cultura ocidental condiciona os cuidados do corpo relativos à estética, a actividade física e a alimentação. Ditos cuidados variam entre as povoações segundo os valores que nelas se associam com a imagem corporal, da mesma maneira, também variam dentro da mesma povoação, pois estes valores evolucionam com o passar dos anos. Em definitiva a cultura está gerando una serie de condutas que podem chegar a constituir factores de risco de algunas doenças. De maneira que o pessoal de enfermaria identificará os cuidados corporais prejudiciais para promover condutas saudáveis atendendo as valorizações, a disponibilidade, as motivações, os esforços, as preferências, as adversões e auto-conceito de cada individuo em cada grupo de idade.

Palavras chave: Cultura, Imagem Corporal, Cuidados Corporais, Prevenção, Enfermaria.

RESUMEN

El cuerpo forma parte de la identidad personal de cada individuo, al igual que ella cambia a lo largo de la vida por lo que en cada etapa se percibe de diferente manera y con él se expresa la propia identidad. El cuerpo es algo más que un conjunto de células diferenciadas y en todas las sociedades se tiene en alta estima por lo que los cuidados corporales representan a cada cultura. Por lo tanto, nos planteamos cómo la cultura occidental condiciona los cui-

dados del cuerpo relativos a la estética, la actividad física y la alimentación. Dichos cuidados varían entre las poblaciones según los valores que en ellas se asocian con la imagen corporal, de la misma manera, también varían dentro de la misma población, pues estos valores evolucionan con el paso de los años. En definitiva la cultura está generando una serie de conductas que pueden llegar a constituir factores de riesgo de algunas enfermedades. De manera que el personal de enfermería identificará los cuidados corporales perjudiciales para fomentar conductas saludables atendiendo a las valoraciones, la disponibilidad, las motivaciones, los refuerzos, las preferencias, las aversiones y el autoconcepto de cada individuo en cada grupo de edad.

Palabras clave: Imagen Corporal, Cuidados Corporales, Prevención, Enfermería.

INTRODUCCIÓN

El cuerpo es un vehículo de expresión de la personalidad, por ello se busca alcanzar una imagen corporal representativa. Hoy en día, la imagen corporal es muy valorada en nuestra sociedad por lo que los cuidados corporales tienen especial importancia para todos los individuos en todas las etapas de la vida. Concretamente los cuidados corporales relativos a la estética, la actividad física y la alimentación representan una forma de vida y son la inmediata expresión de la personalidad, un conjunto de rutinas que pueden ser más o menos visibles, de manera que los cuidados corporales, la salud, la vida sana –sin tabaco, naturalmente-, la alimentación equilibrada, el aeróbic, la musculación, la moda vestimentaria, la belleza, la cirugía estética y un largo etcétera de prácticas y de inversiones económicas- referidas al cuerpo se nos proponen como las técnicas más

adecuadas para lograr que éste exprese nuestra auténtica identidad como seres únicos, irrepetibles (Méndez, 2002).

Generalmente son repetitivos y se convierten en rutinas hasta finalmente constituir un estilo de vida. Los cuales pueden ser más o menos saludables, ya que dependiendo del contexto social y personal pueden facilitar, o no, el desarrollo biopsicosocial. Como decíamos, existen muchos y variados cuidados del cuerpo, pero aunque algunos sean más visibles que otros, todos son apreciables, pues repercuten en la apariencia física, en la psicología individual y en las relaciones sociales y pueden representar factores de riesgo para determinadas enfermedades. Además, hay que resaltar, que en cada cultura, están condicionados por los valores de la misma. Ello se refleja claramente en los roles de género porque la sociedad espera que el género masculino se comporte de un modo, mientras que el género femenino, de otro distinto.

Esos comportamientos, forman parte de la identidad de manera que los cuidados corporales también serán diferentes en cada género ya que cada grupo concibe y valora su propio cuerpo de diferente forma.

DESARROLLO

Con todo ello, podemos adivinar que existe una gran diversidad dentro del mundo de los cuidados corporales. Entre los cuales destacan los que se engloban en la estética corporal, en la actividad física y en la alimentación. Concretamente la importancia de la estética ha estado creciendo los últimos años, tanto en hombres como en mujeres y ello se ha extendido a todas las edades.

Dentro del contexto occidental, la estética en la adolescencia juega un papel importante porque es una forma de expresión personal ya



que en: “el contexto de las culturas juveniles urbanas, las prácticas del tatuaje y en general de las perforaciones corporales, se nutren también de las construcciones sociales que las diferentes épocas realizan sobre los cuerpos” (Ganter, 2006). En éste periodo de transición hacia la edad adulta, el cuerpo les ayuda a encontrar su identidad personal así como su identidad grupal, pues la pertenencia a un grupo les aporta seguridad en un mundo de cambios.

Un modo de sentimiento de pertenencia a un grupo es mediante similitudes en sus cuidados corporales, por lo que los cuidados estéticos entre los miembros de un mismo grupo de amistades serán parecidos. Es decir, las tendencias acerca de la imagen corporal, como por ejemplo el corte de pelo, las perforaciones corporales, el uso de cosméticos, los tintes del pelo, el bronceado de la piel,... y sus respectivos cuidados o ritos para conseguir una determinada apariencia, valorada y aceptada por el grupo, serán similares.

Sin embargo, con la incorporación al mercado laboral, muchos cuidados cambian, pues la apariencia del cuerpo se percibe de otra manera, y como consecuencia, los cuidados estéticos cambian. Ello no significa que la imagen corporal deja de ser importante, pues ésta preocupa en todas las edades y a ambos sexos. Sin embargo, durante mucho tiempo en

la sociedad occidental en la que vivimos se ha adjudicado exclusivamente a las mujeres el estereotipo según el cual el cuidado corporal es sinónimo de belleza. Pero ya va quedando en desuso, pues actualmente se relaciona también con los hombres. La realidad es que cada vez existen más cosméticos para sus cuidados diarios después de afeitado, el contorno de ojos para disimular la apariencia cansada, depilaciones corporales e incluso cirugía estética.

Por lo que respecta a la vejez, nos cuesta asociarlo con estética, ya que automáticamente relacionamos este periodo con el deterioro físico, mental y social (Sarabia, 2012). Sin embargo, en el mundo occidental nos resulta muy común el uso de prótesis dentales en toda la población anciana. “Para el paciente anciano la prótesis dental es una integradora familiar, social, mantenedora de la salud general y elevadora de la expectativa de vida” (De Almeida, 2007) ya que mejora su imagen corporal y por tanto su autoconcepto y autoestima además de mejorar una actividad fisiológica muy necesaria como es comer. Al igual que en las etapas anteriores, en la vejez siguen buscando una imagen corporal que sea aceptada y valorada por el grupo al que pertenecen. Es decir, la apariencia sigue siendo una forma de expresión de la personalidad y está condicionada por los valores que se le adjudican al cuerpo.

Como ya habíamos dicho, además de los cuidados estéticos que son fácilmente visibles (peinados, cirugía estética, prótesis dentales) también hay otros que a la larga se aprecian y constituyen factores de riesgo de algunas enfermedades. Éstos cuidados se reflejan en el estilo de vida y son los relacionados con la actividad física y con la alimentación.

Respecto al ejercicio físico en los países occidentales, generalmente se priorizan las circunstancias personales como el trabajo o

los estudios en determinados momentos por encima de la actividad física. También influyen en esta sociedad la facilidad de acceso a los recursos materiales y un fuerte entorno social donde están presentes los hábitos de vida saludables para realizar una mayor actividad física o deportiva. Además, existe una clara <<relación del autoconcepto físico con diferentes variables sociodemográficas como la edad, el género y la práctica físico-deportiva extraescolar>> (Moreno, 2008). La autoestima alta es un factor que predispone a la vida activa respecto al ejercicio, el cual se ve reforzado por dicha actividad física así como por las interacciones sociales que le permite desarrollar. Sin embargo, el factor más importante es la motivación, ya que si la persona carece de ella, difícilmente se iniciaran cuidados de la actividad física y mucho más complicado será mantenerlos en el tiempo.

Dentro de la sociedad occidental, en edades tempranas, se asocia el ejercicio físico con la diversión y es su método para entablar relaciones sociales, es decir, los niños lo perciben como un juego que les permite hacer amigos y pasárselo bien. Por ello, es fácil inculcar éstos hábitos deportivos en la infancia, pues parten de su propia iniciativa. Sin embargo, durante la adolescencia prima la competición pues quieren destacar y ser realmente buenos en algún deporte, así mismo, el refuerzo de las amistades es importante por la relevancia que tienen las relaciones sociales en esta etapa de la vida. Los universitarios que eligen hacer alguna actividad física se deciden por aquello que les aporta mayor diversión. La motivación cambia totalmente en la edad adulta en la que de alguna manera se obligan a realizar ejercicio de forma regular, pues lo empiezan a relacionar con la salud. Ello es totalmente evidente en la vejez, quienes mayoritariamente con-

ciben el ejercicio como una parte más de su mantenimiento físico pues se manifiestan los beneficios relacionados con la salud, además de favorecer sus redes sociales. (Garita, 2006).

La adolescencia es una etapa difícil en la que debido a los cambios físicos, psicológicos y sociales que en ella se producen, existe una mayor facilidad para adoptar hábitos de vida perjudiciales. Por lo general, tal como señala Castillo (2007): “Aquellos jóvenes físicamente activos consumen menos tabaco y menos alcohol, desayunan con mayor frecuencia y poseen hábitos de alimentación más saludables”. Ahora bien, la motivación para hacer ejercicio durante la adolescencia cambia con el género. Así pues, cabe destacar que los chicos hacen ejercicio con fines lúdicos, recreativos y sociales principalmente, mientras que las chicas inician ésta actividad impulsadas por la mejora de su imagen personal y de su salud. Con lo cual, es importante vincular a los adolescentes con el ejercicio para favorecer ciertas actitudes frente a factores de riesgo de futuras enfermedades. Otro factor a considerar es la falta de tiempo debido a las exigencias académicas, por lo que se produce un evidente “Cambio estacional: el número de horas de actividad física aumenta durante los meses de vacaciones” (Blasco, 1996).

De los factores anteriormente mencionados como la disponibilidad, la motivación y el autoconcepto, en la edad adulta éste último adquiere especial relevancia pues si tienen en consideración factores personales como la habilidad para practicar un u otro deporte, la condición física más o menos adecuada para un deporte según sus exigencias, la fuerza o resistencia haciendo actividad física y el autoconcepto físico general para desarrollar una actividad física determinada. Pues como reflejó Guillermo Infante en un artículo: “La mayor

cantidad de actividad físico-deportiva corresponde una mejor autopercepción del sujeto en cada uno de estos cuatro componentes del autoconcepto físico” (Infante, 2009) de manera que ambos se condicionan: las personas activas tienen un autoconcepto superior a las sedentarias. De ellos depende en esta etapa su motivación para iniciarse en el deporte, por lo que los hombres practican más ejercicio al tener el autoconcepto más vinculado con la actividad. Esto ha sido producido por una actitud enraizada por la sociedad.

A pesar de que la actividad física, tal como señala Paglilla (2001) “Demora el envejecimiento y aumenta el periodo productivo de la vida”; no es lo más común encontrar a personas de la tercera edad practicando actividad física. Aunque en el periodo de jubilación pueden gozar de tener todavía buena salud y que tienen una gran disponibilidad de tiempo, en esta sociedad no se motiva a los ancianos para hacer deporte. Sin embargo, mejorarían sus condiciones físicas, psíquicas y sociales. Pues la práctica de deporte retrasa el envejecimiento tanto físico como psíquico y enriquece la sociabilidad de las personas. No obstante, en los países occidentales, la tercera edad contrasta con las anteriores etapas porque son las mujeres las que incorporan el ejercicio físico a su estilo de vida. Ello se debe a su mayor facilidad para adaptarse a los cambios que se van produciendo y a su entorno. Martínez (2009) ha estudiado el fenómeno por el cual: “Las mujeres parecen preferir en mayor medida que los varones una práctica de actividad física no deportiva y en espacio cerrado y cubierto, más que en espacio abierto y público”; por lo que en la medida de sus posibilidades personales y sociales, aumentan el ejercicio con el fin de conseguir beneficios para su salud.

Los cuidados respecto a la actividad física

que cada persona realiza a lo largo de su vida se puede decir que varían en función de su disponibilidad, de su autoconcepto y de sus motivaciones. Por los beneficios que representa el realizar actividad física en cualquier etapa de la vida, hay que considerar las circunstancias personales y sociales de cada grupo para inculcarles dicha actividad y los valores que de ella se derivan.

En cuanto a la alimentación, sabemos que en cualquier contexto cultural es algo más que la nutrición para la supervivencia. Pues todos los cuidados que las personas realizan y están relacionados con la alimentación se vinculan, consciente o inconscientemente, con diferentes creencias o tareas estipuladas a lo largo de la evolución histórica de la sociedad. Por lo que cabe recordar que alimentar, tal como señala Gracia (2009) es algo más que sustentar: “Alimentar es intercambiar, nutrir, cuidar, comunicar”.

La alimentación está estrechamente vinculada con la formación de las relaciones personales porque es, principalmente, en eventos sociales que giran alrededor de comidas (a veces, sin importar su calidad) donde surgen dichos nexos. Además, para mantener esos vínculos y en definitiva sociabilizarse, las reuniones que se acuerdan para ello se suelen diseñar en base a un momento del día en el que hay que comer. Puesto que comer, supone un paréntesis en la rutina diaria y como tal, representa un tiempo de comunicación, de distracción, de solicitar consejo. De manera que las relaciones humanas se fortalecen y evolucionan en torno a la alimentación.

Además contribuye a la jerarquización de los roles dentro de la familia, así pues, a la mujer se le asigna el rol de madre. Como tal, en un principio, la sociedad solo esperaba de ella que fuera capaz de preparar comidas muy ela-

boradas pero con poco dinero, como muestra continua del rol de madre que desempeña bajo las capacidades de entrega y de sacrificio por su familia, anteponiéndola a sí misma. Es por todo ello que la alimentación contribuye a la separación de géneros y condiciona los cuidados que cada uno ejercen respecto a la misma. Sin embargo, con la evolución de la sociedad, también ha cambiado el rol de madre, pues ahora se espera que trabaje fuera de casa además de hacer las actividades domésticas, aunque modificadas. Por ejemplo, con este nuevo rol es socialmente aceptable que se recurra en algunos casos a la comida preparada. De tal manera que, actualmente madre representa a una mujer empresaria capaz de administrar y gestionar su domicilio sin delegar tareas. Con lo cual, el cuidado familiar sigue estando más vinculado a la mujer (Martín, 2004). Sin embargo, el rol de padre respecto a la alimentación, se relaciona con otras tareas que también conforman esta actividad. Para Arés (1996), el rol masculino consiste en: “Saber, poder y tener para ser proveedor, protector, sostenedor de la familia”; por lo que se le relaciona con trabajos remunerados fuera de casa para conseguir dinero y mantener a la familia. Sin embargo, actualmente, ambos roles se entremezclan en nuestro contexto social. Cuando hablamos de género pensamos en las diferencias biológicas, sin embargo, ésta palabra engloba mucho más que eso, pues existen condicionantes sociales y culturales (que) se relacionan con las oportunidades de la mujer (y del hombre) de acceder a la educación, la alimentación y los servicios de salud. Los comportamientos y modos de vida de cada uno de los sexos relacionados con la salud, también son elementos centrales de la teoría de género (Pérez, 2007).

Estos condicionantes marcan las etapas de la vida en ambos géneros y, por supuesto, la

alimentación también varía. En el mundo occidental, se ha visto reflejado en algunas encuestas que durante la crianza de niños y niñas no se hacen distinciones en la manera de alimentarlos. Pero según parece, en algunas etapas de vida adulta, posiblemente en las no relacionadas con la reproducción, hay una disminución de los cuidados en la alimentación de las mujeres (Pérez, 2007). Esto se debe a que cuando se la relaciona con la reproducción, los cuidados en su alimentación se ponen en alza, pero cuando esta relación se extingue, la mujer prioriza el cuidado de su familia sobre el suyo y el desequilibrio nutricional, sobretodo el sobrepeso en nuestra sociedad destaca más en mujeres que en hombres. Ellos, sin embargo no sufren alteraciones tan marcadas en las diferentes etapas de sus vidas. No obstante, en la etapa estudiantil (especialmente en la universitaria) se adoptan hábitos de vida no saludables y constituyen la base para adoptar a largo plazo conductas que suponen factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, HTA...). Entre estos malos hábitos destacan el sedentarismo y el consumo de dietas desequilibradas (comer entre horas, dietas milagro,...), los cuales surgen en ambos sexos pero son más acentuados en mujeres. La causa la atribuyen a la falta de tiempo de forma generalizada (Norman, 2007).

Sabemos pues, que muchas conductas están enraizadas en los roles de género que hombres y mujeres adoptan, y además, están apoyadas por la sociedad de la que forman parte. Por lo que, desde el punto de vista de la enfermería es difícil cambiar los cuidados relativos a la estética, a la actividad física y a la alimentación que sean perjudiciales para la salud. A pesar de ello, se debe promover los hábitos saludables en todas las etapas de la vida. Pero hay que destacar, que el punto de partida será

el respeto hacia el contexto personal y social de hombres y mujeres, por lo que mediante la negociación se tratará de llegar a pactos en los que la salud biopsicosocial del paciente resulte beneficiada.

Con todo ello, nos encontramos ante diagnósticos enfermeros como disposición para mejorar el autoconcepto (00167), por lo que desde la enfermería se debería mejorar la autoconfianza y la autoestima. Ello lo conseguiríamos explorando las razones para la autocrítica, animando a aceptar nuevos desafíos, aumentando sistemas de apoyo y, en definitiva, facilitando el ambiente y las actividades que aumenten la autoestima englobando también los cuidados estéticos. Respecto al posible diagnóstico de sedentarismo (00168) enfermería fomentará el ejercicio determinando la motivación y explorando las experiencias anteriores y las barreras para iniciar una actividad. Además, siempre animará a iniciar o continuar con la actividad física ayudando a desarrollar un programa de ejercicio adecuado al mismo tiempo que ayuda a incorporarlo en la rutina semanal. También podríamos encontrar diagnósticos de desequilibrio nutricional por exceso o por déficit (00001,00002) por lo que les asesoraríamos nutricionalmente desde el respeto identificando conductas que se deseen cambiar y estableciendo metas realistas teniendo en cuenta sus gustos e aversiones (NANDA Internacional, 2009-2011: 181, 130, 75, 76) (Clasificación de Intervenciones de Enfermería, 2009).

Además, hay que tener en cuenta que actualmente se está dando la evidencia de dos fenómenos conjuntamente que comparten la misma motivación. Éste punto de partida es la preocupación por el peso y la realización de dietas específicas y de ejercicio físico intenso. Por una parte encontramos: “Un aumento en

el número de mujeres que realizan actividad física intensa y deporte de competición, (y por otra parte) un incremento en la incidencia de alteraciones del comportamiento alimentario” (Heras, 2004).

CONCLUSIONES

De manera que es especialmente importante enseñar buenos hábitos relacionados con la alimentación y el deporte para tratar de prevenir enfermedades como la anorexia.

Todos los cuidados deben llevarse por igual, es decir, sin detrimento de los demás porque cuando el deseo de una imagen corporal perfecta se convierte en una obsesión, la vida gira en torno a ello y se prima la belleza de la apariencia física por encima del resto de campos. Lo que provoca que estos últimos se desarrollan más deficientemente y a largo plazo, eso deteriora la vida. Un claro ejemplo de ello es una enfermedad conocida como anorexia. Desde enfermería se fomentaran los buenos hábitos de vida y se promocionará la imagen corporal fomentando la autoestima desde una perspectiva socioantropológica. Es decir, contemplando al individuo en su contexto como un ser biopsicosocial y todo ello mediante la negociación. Así se tratará de llegar a acuerdos respecto a las actitudes o a las conductas pero respetando siempre las creencias y los valores.



BIBLIOGRAFÍA

- Arés, P. (1996) Virilidad ¿conocemos el costo de ser hombre? Rev. cuba. psicol. v.13 n.2-3 La Habana 1996. Available: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0257-43221996000200003&script=sci_arttext Downloaded 15th May 2012.
- Blasco, T. y otros (1996) Evolución de los patrones de actividad física en estudiantes universitarios. Revista de psicología del deporte. 51-63. Available: <http://ddd.uab.cat/pub/revpsidep/19885636v5n2p51.pdf> Downloaded 8th May 2012.
- Bulechek, G. (2009) Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Elsevier, Madrid.
- Castillo, I. et al. (2007) Efecto de la práctica de actividad física y de la participación deportiva sobre el estilo de vida saludable en la adolescencia en función del género. - Revista de psicología del deporte, 6 (2), 201-210. Available: <http://ddd.uab.cat/pub/revpsidep/19885636v16n2p201.pdf> Downloaded 15th May 2012.
- De Almeida, E. et al. (2007) Prótesis dental en el paciente anciano: aspectos relevantes. Rev. Estomatol. Herediana, 17 (2),104-107. Available: http://revistas.concytec.gob.pe/scielo.php?pid=S1019-43552007000200010&script=sci_arttext Downloaded 17th May 2012.
- Ganter, R. (2006) De cuerpos, tatuajes y culturas juveniles. Asociación Venezolana de Sociología. Espacio abierto. 14(1), 25-51. Available: <http://www2.scielo.org.ve/pdf/ea/v15n1-2/art22.pdf> Downloaded 17th May 2012.
- Garita, E. (2006) Motivos de participación y satisfacción en la actividad física, el ejercicio físico y el deporte. Revista MHSalud. 3 (1). Available: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2370/237017528002.pdf> Downloaded 10th May 2012.
- Gracia, M. (2009) ¿Qué hay hoy para comer?: alimentación cotidiana, trabajo doméstico y relaciones de género. Caderno Espaço feminino. 1(21). Instituto de Estudos de género. Available: <http://www.seer.ufu.br/index.php/neguem/article/view/3695> Downloaded 8th May 2012.
- Heather, T. (2010) Diagnósticos enfermeros. NANDA Internacional Elsevier, Madrid. Heras, E. (2004) Alteración de la percepción de la imagen corporal en el deporte.

- Monografías de psiquiatría, 16(2), 32-40. Available: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1148349> Fecha consulta: 10/5/2012.
- Infante, G. y Goñi, E. (2009) Actividad físico-deportiva y autoconcepto físico en la edad adulta. Revista de psicodidáctica. 14(1), 49-62. Available: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/175/17512723004.pdf> Downloaded 15th May 2012.
- Martín, E. (2004) El valor de la buena madre. Oficio de ama de casa, alimentación y salud entre las mujeres de clases populares. Revista Española de Sociología. 4. Universidad de Sevilla. Available: <http://www.fesweb.org/publicaciones/res/archivos/res04/04.pdf> Downloaded 8th May 2012.
- Martínez, J. et al. (2009) Los hábitos de actividad física de las mujeres mayores en España. Revista Internacionas de Ciencias del Deporte. 5(14). Available: <http://www.cafyd.com/REVISTA/01407.pdf> Downloaded 10th May 2012.
- Méndez, L. (2002) Cuerpo e identidad. Modelos sexuales, modelos estéticos, modelos identitarios. Pensando el cuerpo, pensando desde del cuerpo. 123-138 Universidad de Castilla-La Mancha Available: http://dcsh.xoc.uam.mx/sociales/Documentos/Cuerpo_identidad-Modelo_sexuales.pdf Downloaded 17th May 2012.
- Moreno, J. et al. (2008) Importancia de la práctica físico-deportiva y del género en el autoconcepto físico de los 9 a los 23 años. International Journal of Clinical and Health Psychology, 8 (1), 171-183. Available: <http://www.um.es/univefd/impoauto.pdf> Downloaded 15th May 2012.
- Norman, K. (2007) Valoración de hábitos de alimentación, actividad física y condición nutricional en estudiantes de la pontificia universidad católica de Valparaíso. Rev Chil Nutr 34 (4), Available: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182007000400006. Downloaded 8th May 2012.
- Paghilla, D. (2001) La tercera edad y la actividad física. Revista digital. Buenos Aires. 7, (36) Available: <http://www.efdeportes.com/efd36/3aedad.htm>. Downloaded 10th May 2012.
- Pérez, S. et al (2007) Estudios sobre alimentación y nutrición en México: una mirada a través del género. Salud pública Méx 49(6), Available: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342007000600012&script=sci_arttext Downloaded 8th May 2012.
- Sarabia, C. (2012) La imagen corporal en los ancianos: Estudio descriptivo. Gerokomos 23 (1), 15-18. Available: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2012000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=en Downloaded 17th May 2012.



Guerra, hambre y aventura en la vida de Cándida Sala, enfermera de Cruz Roja*

War, hunger and adventure in the life of Candida Sala, red Cross Nurse

Guerra, fome e aventura na vida de Cándida Sala, enfermeira da Cruz Vermelha

Carmen Torres Penella¹, Ana Ramió Jofré², Roser Valls Molin³.

¹C. Profesora Titular de Universidad. Departamento de Enfermería. Universidad de Lleida.

²Profesora Titular. Escuela de Enfermería de San Juan de Dios Barcelona.

³Catedrática de Enfermería. Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona.

^{1,2,3}Profesoras de "Historia de la Enfermería" y miembros del Grupo FEBE para el estudio y docencia de la Historia de Enfermería.

Cómo citar este artículo en edición digital: Torres, C; Ramió, A; Valls, R. . (2012) Guerra, hambre y aventura en la vida de Cándida Sala, enfermera de Cruz Roja. 16, 34. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.34.03>

Correspondencia: Universitat de Lleida Campus de Ciències de la Salut Av. de l'Alcalde Rovira Roure, 44 E-25198 Lleida.

e-mail: carme.torres@infermeria.udl.cat <carme.torres@infermeria.udl.cat>

Recibido 20/02/2012/ Aceptado: 11/05/2012

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



ABSTRACT

The aim of this work is to highlight the account of Cándida, a volunteer nurse in the Spanish Civil War in Catalonia, near the Segre front, with a view to understanding her nursing contribution in the war.

A qualitative historical study based on oral history, observation and analysis of personal

documents, and on bibliographic texts. Content analysis and progress analysis are conducted.

Notable in her account is the traumatic impact of the war on the young woman, social and family commitment as a source of motivation for her becoming involved in the war, the humanitarian nature of the care she gave, the curative and preventive treatments that she applied to infectious and wounded patients. In the post-war period, hunger accompanied her studies as a Red Cross nurse, professional work as a nurse in various hospital centres and services in Barcelona and abroad. It concludes by stressing her qualities as a "young woman ahead of her time" showing her to be a strong woman, committed to society and family, with a rebellious and adventuring spirit, who was able to understand her professional and personal role well, fulfilling her responsibilities at all times.

Keywords: Nurses, care, Spanish Civil War, Historical Memory.

RESUMO

O objetivo deste trabalho é dar a conhecer o testemunho de Cândida, enfermeira voluntária da Guerra Civil Espanhola no território catalão, perto da frente do rio Segre, para assim percebermos o seu papel como enfermeira no conflito bélico.

É um estudo histórico de conceição qualitativa, realizado a partir da história oral, da observação e análise de documentos pessoais e textos bibliográficos. Adicionalmente, faz-se uma análise de conteúdo e outra de progresso.

Do seu testemunho destaca-se o impacto traumático da guerra na jovem, o compromisso social e familiar como fonte de motivação para o envolvimento na guerra, o carácter humanitário dos cuidados que prestava, os tratamentos curativos e preventivos que aplicava em doentes infecciosos e feridos. Já no pós-guerra, são abordados a fome que acompanhou os estudos de enfermeira da Cruz Vermelha e o trabalho profissional de enfermeira em diversos centros e serviços hospitalares de Barcelona e no estrangeiro. Com a exaltação das qualidades de “jovem à frente do seu tempo”, mostra-se uma mulher forte, comprometida com a sociedade e a sua família, de espírito rebelde e aventureiro, que soube entender bem o seu papel profissional e pessoal e assumir em cada momento as suas responsabilidades.

Palavras-chave: Enfermeiras, cuidados, Guerra Civil Espanhola, Memória Histórica.

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es dar a conocer el testimonio de Cândida, enfermera voluntaria de la Guerra Civil Española en el territorio catalán, cerca del frente del Segre, con el fin de comprender su contribución enfermera en el conflicto bélico.

Es un estudio histórico de diseño cualitativo, a partir de la historia oral, la observación y análisis de documentos personales y textos bibliográficos. Se realiza un análisis de contenido y análisis de progreso. De su testimonio se destaca el impacto traumático de la guerra en la joven, el compromiso social y familiar como fuente de motivación para implicarse en la guerra, el carácter humanitario de los cuidados que dispensaba y los tratamientos curativos y preventivos que aplicaba a enfermos infecciosos y heridos. Ya en la posguerra, el hambre acompañó a los estudios de enfermera de Cruz Roja, el trabajo profesional de enfermera en diversos centros y servicios hospitalarios de Barcelona y en el extranjero. Se concluye, ensalzando las cualidades de “joven adelantada a su tiempo” por mostrarse como mujer fuerte, comprometida con la sociedad y su familia, de espíritu rebelde y aventurero, que supo entender bien su papel profesional y personal asumiendo en cada momento sus responsabilidades.

Palabras clave: Enfermeras, cuidados, Guerra Civil Española, Memoria Histórica.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las dos últimas décadas han sido muy fructíferas en la historiografía de la enfermería en la Guerra Civil española (GCE), (Siles, 1996), (Amezcuca, 1996), (Nash, 1999), (Jackson, 2004), (Díaz, 2005), (Larraz, 2005), (Via, 2006). Cataluña contribuyó en el año 2005 con un proyecto de investigación becado por la “Agència de Gestió d'Ajuts Universitaris i de Recerca” (AGAUR) para dar visibilidad a las enfermeras del territorio catalán durante la contienda bélica. Fruto de este proyecto, realizado por profesoras de enfermería de las Universidades catalanas e integrantes del gru-

po FEBE, publicó la obra *“Infermeras catalanes en la Guerra Civil española”* (Valls, 2008). El texto recoge el testimonio oral y directo de 10 enfermeras. Fue presentado el año 2008 en el Paraninfo de Universidad de Barcelona en presencia de las enfermeras de guerra protagonistas. Así mismo, con anterioridad se celebró un homenaje de reconocimiento a las mismas en la Universidad Ramon Llull de Barcelona.

Oficialmente los proyectos se cierran, pero el ansia de nuevos conocimientos sobre el tema, cuando se trata de la recuperación de la memoria histórica, permanece siempre abierto. La aparición de nuevos testimonios que permitan ampliar el conocimiento histórico sobre la contribución enfermera en la GCE es siempre deseada. ¿Pero es posible? ¿Se ha dicho todo sobre la enfermería catalana en la GCE? Después de 75 años, ¿queda alguna enfermera que pueda contar su experiencia?

Los objetivos de este estudio son dar a conocer el testimonio de Cándida Sala Llanes, enfermera voluntaria de guerra en el frente del Segre, con el fin de comprender su implicación en el conflicto bélico, complementando el estudio de las enfermeras catalanas y aumentar con su visión la contribución enfermera en la GCE.

MATERIAL Y MÉTODO

Se plantea un estudio histórico de diseño cualitativo, a partir de la historia oral, la observación y análisis de documentos personales y textos bibliográficos.

El método de búsqueda es el de proximidad, utilizando la técnica de “bola de nieve” a través de conocidos y entidades. Los contactos previos se hicieron por teléfono, se explicaba el motivo del interés por conocerla, el objetivo concreto del estudio, se pedía su consentimiento y se fijaba día y hora para el primer

encuentro. La recogida de información relativa a sus experiencias de enfermera de guerra, se realizó a través de la entrevista biográfica (Pujadas, 1992) siguiendo un guión previamente validado por expertos. En él se contempla aspectos relacionados con la motivación, la formación de enfermera, el desarrollo de su actividad de enfermera en la guerra, sucesos de este periodo y si continuó de enfermera después de la GCE.

Los tres encuentros para la entrevista se realizaron entre abril y octubre de 2011 en el domicilio familiar. Estos se desarrollaron en un clima respetuoso, de amistad y colaboración a través de un diálogo abierto - de preguntas abiertas basado en el guión - procurando como entrevistadoras obtener respuestas lo más claras y precisas que permitiesen validarlas objetivamente con otras fuentes.

Las conversaciones se registraron con la ayuda de una grabadora digital con el programa Digital Voice. La transcripción y análisis de las mismas para la construcción del relato biográfico, se realiza adoptando las normas de transcripción del fondo “Archivos de la Memoria” (Amezcuca-Hueso 2004). Se ha desestimado información que carecía de capacidad ilustrativa. El análisis del relato se sustenta en el enfoque de análisis de contenido y análisis de progreso. Finalmente se interpretan los resultados del análisis y se formulan las conclusiones (Amezcuca-Hueso 2009). En las revisiones con la entrevistada y su familia se incorporaba todas aquellas modificaciones y notas adicionales que se consideraban oportunas. También se ha llevado a cabo una selección, registro y análisis de documentos personales (títulos académicos, cartas, certificados y fotografías) como evidencias históricas que dan soporte al relato. En este estudio, se implementan los criterios de rigor de la investigación cualitativa

denominados de confiabilidad (Lincoln, Y.S. Guba, 1985).

EXPOSICIÓN DE LOS RESULTADOS

Introducción al relato biográfico

Cataluña fue de las últimas regiones de España en sufrir los efectos directos de la GCE sobre el territorio, sin embargo sus consecuencias se hicieron sentir desde las primeras semanas. La asistencia sanitaria de retaguardia a los soldados heridos y la atención a los refugiados fue constante. La pérdida de vidas humanas y las persecuciones de carácter religioso, político o cultural, sembraron de miedo a ciudadanos del poniente catalán. Con la guerra en el territorio, aumentaron los dispositivos asistenciales y con ellos la necesidad de personas encargadas de atender a la población herida y enferma. Muchas mujeres deseando ser útiles en aquella guerra se ofrecieron como enfermeras voluntarias.

Cándida Sala Llanes, (10 noviembre 1918 - 18 diciembre 2011) fue una de estas voluntarias mujeres. Cándida nació en Tremp, un pueblo del prepirineo de Lleida. Desde muy joven manifestó un espíritu curioso, inquieto y activo, alternaba las tareas de la escuela con la biblioteca y los ensayos de teatro en la sede de Acción Católica. Las primeras experiencias de la GCE en persecución religiosa, la conmovieron profundamente. El miedo y la inseguridad se apoderaron de ella y su familia. En abril de 1938 con la llegada de los nacionales en el pueblo decidió implicarse en la guerra colaborando como enfermera voluntaria. Cuidar de los demás le era familiar, la enfermedad de su hermana pequeña, afectada de meningitis, y la humanidad con la que sus padres la atendían contribuyeron en su motivación por ser enfermera. Por sus 9 meses de servicio como enfermera auxiliar en el hospital de campaña



del Cuerpo del Ejército de Urgell Clínica nº 1, fue distinguida con la Medalla de la Campaña.

Acabada la guerra se graduó como enfermera profesional en la Escuela de la Cruz Roja de Barcelona. Ostenta con orgullo su identidad de enfermera de la Cruz Roja. Su actuación en el primer intercambio de heridos y prisioneros de guerra (alemanes e ingleses) de la II Guerra Mundial, llevada a cabo en el puerto de Barcelona en 1943, fue reconocida y elogiada por los embajadores de España en Inglaterra y Alemania y por la Condesa de Lacambra, Presidenta de la Junta del Hospital de Barcelona.

Durante los seis años que ejerció en Barcelona acaudaló una variada experiencia profesional como enfermera e instrumentista de cirugía neurovascular en diversos hospitales de la ciudad. Su inquietud y avidez de nuevas experiencias profesionales y la amistad que mantenía con Mercedes Milá le permitieron desplazarse a Bélgica a trabajar como enfermera en el Hospital Edith Cavell. Allí conoció al que sería su marido.

Para esta mujer, como muchas otras de su tiempo, educada de modo prioritario para el matrimonio y los hijos, el trabajo de enfermera fue quedando relegado a un segundo plano de su vida social, hasta dejarlo del todo, en beneficio del cuidado de su familia.

Los recuerdos de 15 años de experiencia como enfermera, en una de las épocas más convulsas de Europa, se mantienen muy vivos en la mente de Cándida. Nos los ha ofrecido como un regalo, con una mezcla de cariño y de una profunda emoción, que ni las lágrimas que le brotan muy a menudo la detienen.

A partir de los temas identificados en el texto biográfico, como resultado del análisis se han destacado las siguientes categorías y subcategorías.

Primeros contactos con la GC: acercándonos a las vivencias, experiencias y percepciones

- Violencia
- Miedo
- Creencias religiosas
- Sin olvido
- Ideología política

Implicación en la GC: forjando un carácter

- Motivación por compromiso social
- Acción voluntaria como expresión de altruismo
- Atención en la igualdad
- Creencias - Promesa
- Experiencias que marcan

Postguerra: caminos hacia la profesionalización enfermera

- Adaptación al nuevo contexto
- Inquietudes formativas
- Experiencias que impactan: hambre

Postguerra: estudios de enfermera

- Aprendiendo Enfermería
- Implicaciones personales

Inquietudes profesionales en acción

- Consolidando experiencia profesional
- Práctica profesional en el extranjero

RELATO

El relato se desarrolla a partir de las categorías y subcategorías analizadas.

Primeros contactos con la Guerra Civil: acercándonos a las vivencias, experiencias y percepciones.

Tremp tenía 5.000 habitantes y todos nos conocíamos. Los jóvenes nos divertíamos mucho en el pueblo, éramos jóvenes muy sanos. Las familias católicas disponíamos del *Casal Catòlic Cultural*, un lugar de encuentro con tenis, frontón, gimnasio, biblioteca y sala de cine con películas para todas las edades. Con la guerra se hicieron amos del pueblo los anarquistas de la FAI “*como fieras*” y llevaron a cabo una terrible persecución religiosa, asesinando a sacerdotes, intelectuales y católicos. Nosotros, mi familia, teníamos miedo porque éramos de Acción Católica y vivíamos asustados de lo que pasaba. Iban a buscar a personas que no habían hecho nada más que ir a misa y comulgar cada día, era horroroso. Mataron al notario que era soltero, no se podía casar porque tenía a su cargo tres mujeres en casa, su madre y dos hermanas, recuerdo que tenía una biblioteca fantástica. A mosén Cinto, un sacerdote muy mayor que casi no se aguanta y que vivía en casa de una sobrina que lo cuidaba, se lo llevaron y se les murió. Es inhumano, un pueblo donde todos se conocen, fue terrible. Otros se salvaron... uno de ellos, el que más tarde fue vicario general, le hicieron un proceso y pidió defenderse él mismo “*quiero defenderme yo*” dijo.

Esto no se puede olvidar nunca... Cuando terminó la guerra me dije “*da asco este pueblo y me fui a estudiar a la Cruz Roja de Barcelona*”. Suerte que tuvimos a Franco, no me da vergüenza decirlo, sino Europa hoy sería Rusia... y seríamos todos rusos.

Implicación en la Guerra Civil: forjando un carácter

Me ofrecí como enfermera voluntaria en el hospital de sangre, cerca del frente del Segre, que improvisaron los nacionales en el Colegio de Religiosas de la Enseñanza de María Inmaculada de Tremp donde yo había estudiado. Eso fue cuando el pueblo fue liberado de los rojos por Franco, en abril de 1938. Decidí presentarme de enfermera porque en casa teníamos una enferma crónica, María, una hermana que a los seis años tuvo una meningitis y no pudieron hacer nada por ella. Sin embargo su cuerpo era sanísimo, vivió hasta los cuarenta y tres años, fíjese, era más alta que yo. Imagine lo que supone esto para una familia. De mis padres aprendí la humanidad con que se ocupaban de ella. Yo me dije: *“Si María continúa viviendo, yo me haré enfermera y así tendré más facilidad para saber como cuidarla”*.

Yo era la más joven de las voluntarias en el hospital, me llamaban *“la peque”*. De mi pandilla de amigas había otras voluntarias, Milagros Benet, Pilarín Roses y Pilar Ros Benet. Aprendí pronto a ser enfermera, me fue muy fácil cuidar enfermos viendo como lo hacían las enfermeras, los médicos, practicantes y monjas del formidable equipo sanitario militar. Algunas enfermeras eran de la aristocracia. El equipo llevaba de todo, cocineros, de todo... Atendíamos a soldados rasos, oficiales y a prisioneros, pero a estos últimos no nos era permitido hablarles porque podían ser espías, de hecho, hubo más de un caso. Un día vino de visita al hospital un soldado con la capa y las astas de falangista, se detuvo frente la cama de un enfermo de pulmonía y dijo *“este tío es un espía”*, y sí que lo era, lo descubrió por el color de las espuelas de las botas.

Trabajaba por la tarde hasta las 9 de la noche. La religiosa de las Hijas de Caridad de San

Vicente de Paúl con la que compartí tareas era una excelente profesional y muy buena, los enfermos la abrazaban de tanto que la querían.

Me resulta imposible calcular el número de enfermos que había en el hospital, cambiaban muy a menudo, los más graves, con heridas importantes los trasladaban a Zaragoza, los demás se trataban allí.

Padecían de paludismo, sarna y otras enfermedades corrientes. El paludismo lo provocaba una zona entre los dos frentes (frente del río Segre) que estaba llena de mosquitos. Los dos bandos no se fiaban los unos de los otros, ni se ponían de acuerdo para poner solución al problema de los mosquitos, arrasando con fuego el lugar. El paludismo les daba mucha, mucha fiebre. En cuanto a la sarna, había mucha y era muy contagiosa, con un cepillo se fregaba la piel erosionada, se lavaba bien con agua y les poníamos pomada, al final el tratamiento ya se lo podían hacer solos en el frente, porque sino no quedaba espacio en el hospital para otros enfermos. Los cuidados estaban impregnados de una fuerte humanidad, lo importante para nosotras, las enfermeras, era la persona y su bienestar.

En cuanto a los tratamientos farmacológicos, principalmente eran a base de inyecciones para evitar las gangrenas, pomadas, agua oxigenada, yodo y alcohol. Para curar a los soldados de pulmonía les aplicábamos cataplasmas con mostaza, les daba mucho calor y a menudo me pedían *“sáquemelo ya”* *“que cruel que es usted”* y yo les contestaba *“ahora me dices esto, pero después me lo agradecerás”*. Y así sucedía, una vez estaban recuperados de la afección pulmonar, volvían para verme y darme las gracias de contentos que estaban conmigo.

Había muchos voluntarios del País Vasco, eran muy majos, conocí a 3 hermanos, el menor de ellos con 12 años. El vasco es una

persona muy cuadrada pero muy fantástica. También tuvimos legionarios de la XIII Bandera de la Legión, pobres legionarios, el pueblo se encariñaba con ellos, con gran humanidad, les tricotaban calcetines, jerseys, les lavaban la ropa que estaba llena de piojos, les ayudaban en todo y les hacían sentir como si fueran de la familia. Los enviaron a la Batalla del Ebro, y atravesaron el río Ebro para liberar Belchite. Se despidieron del pueblo diciendo, “*si nos dejan vivos volveremos*”, pero no regresó ninguno, los mataron como moscas, todos murieron.

Franco montó comedores en una de las casas del pueblo para dar de comer a la población y atender a los niños. Algunas jóvenes voluntarias ayudaban y de esta forma obtenían el Servicio Social. Creo que es positivo que las chicas hagan el Servicio Social, hoy deberían hacerlo también, porque se casan y no saben como manejar una criatura. Yo recuerdo que no lo quise hacer, había hecho de voluntaria en la guerra como un soldado, había hecho los tres años de estudios de enfermera sin cobrar un duro, nos lo teníamos que pagar todo, los uniformes, los cuellos, todo... y me dije, “*yo no haré el Servicio Social*”, y pagué cara mi terquedad. Cuando quise salir de España para trabajar necesité el pasaporte y para sacármelo hacía falta el Servicio Social y yo no lo tenía, suerte que en la Cruz Roja encontré personas que me ayudaron. Me dirigieron al jefe de policía, yo no tenía miedo de nada, me dio un abrazo y me dijo “*ven a las 12 a buscar el pasaporte*”. Al recogerlo me dijo “*que tengas suerte*”.

En mi casa de Tremp tuvimos hospedado a un general en las habitaciones que teníamos disponibles. Otro general, Muñoz Grande, estuvo también en Tremp, era majísimo, sencillo, no llevaba nunca la estrella, se mezclaba con los soldados, y hasta comprobaba el rancho. Era gente fantástica. Los soldados salían cada

día a pasear y coqueteaban con las chicas del pueblo.

Viví el tremendo caso de un legionario de la XIII Bandera de la Legión que me impactó fuertemente, estaba enamorado de una chica que no era de su clase, cuyos padres no les permitían casarse. Tenía metralla en las piernas, no se podía curar, el médico y las enfermeras de la sala estábamos pendientes de él porque era un santo de bueno, sin embargo el médico nos dijo que no lo aguantaría. El joven pidió a un amigo que se pusiera en contacto con la chica: “*escríbele y dile [llorando de emoción] que muero pensando en ella; que la he querido siempre y he sido feliz*”.

Posguerra: caminos hacia la profesionalización enfermera

La gente después de la Guerra Civil quedó muy triste en Tremp, muchas personas habían perdido algún familiar. Yo ya no fui más al colegio, ya era demasiado mayor, en cambio era muy inquieta, siempre hacía alguna cosa. Aprendí corte y confección y me hacía unos vestidos muy bonitos. Ya a los 17 años mi madre me dijo, “*si no te haces tu los jerseys, yo ya he terminado de hacértelos*”. Aprendí pronto a tricotar y me hacía unos jerseys preciosos. No había otra en el pueblo que los hiciera mejor que yo. También conseguí una máquina de escribir y aprendí mecanografía con sólo dos dedos.

Con 22 años me fui a Barcelona a estudiar de enfermera a la Cruz Roja. No había estado nunca en Barcelona, pero me la aprendí toda, porque tenía que salir y andar mucho. Lo peor fue el metro, me daba mucho miedo bajar al metro, por lo demás, me lo pasé muy bien, muy bien.

La guerra me impresionó mucho y cuándo finalizó, ya en la Cruz Roja de Barcelona,

lo que más me impactó fue el hambre. Nos daban arroz hervido, si llegabas de las primeras al comedor te lo podías comer, sino lo tirabas contra la pared y se quedaba pegado. Arroz a mediodía y judías por la noche. Mi familia de Tremp me enviaba paquetes y a mi compañera de habitación, Carmen Catalá Lloret, tía de la actual presidenta del Parlamento de Cataluña, Núria de Gisbert, también le mandaban. Yo a veces me iba a comer en la ducha, porque no tenía para dar a todas. Igual hacía para comer los botecitos de arroz con leche que me preparaba una chica del servicio. Un día, un señor muy mayor, que conocí en la Cruz Roja, me llevó a cenar al mejor restaurante de la Barceloneta.

La posguerra fue muy dura. En Europa, en 1948 implantaron el plan Marshal, una organización de ayuda de los Estados Unidos de América para la reconstrucción de los países europeos después de la Segunda Guerra Mundial. A España, como Franco era amigo de Hitler, no querían ayudarnos los americanos, fueron unos “cochinos”, perdone la expresión. Franco fue muy listo. Hitler quería que España entrase en la guerra y él “le hizo la silla”, pero nunca entró en la guerra, imagínese si hubiésemos entrado en guerra... Gibraltar sería... nazi. Mi familia, con mi hermana enferma que comía todo distinto, le hacíamos huevos triturados, con pan, con azúcar, cremas, flanes. El azúcar nos lo daban racionado. No podíamos esperar ayuda de nadie... En cuanto al hambre, se pasó peor en la posguerra que en la guerra.

Posguerra: estudios de enfermera

Trabajábamos 12 horas cada día entre el estudio y las prácticas. Y cuando nos tocaba turno de noche también hacíamos 12 horas. Una tenía 3 dispensarios, otra le tocaba 2 salas generales: una de hombres y una de mujeres,



y había 21 enfermos en cada sala. Solas pasamos mucho miedo y muchas calamidades. Las monjas, déjalas correr, querían las cosas bien hechas, esto es de agradecer..., pero teníamos muchas horas de prácticas. Yo me lo pasé muy bien con los enfermos.

Hice muchas amigas en la Cruz Roja, una de ellas Amparo Pallarés, juntas en la escuela estudiábamos y yo decía: “*primero quiero terminar la carrera, si me tengo que quedar un año más no me importa*”, cómo me gustaba mucho el ambiente de la escuela me daba igual. Las matrículas no me interesaban, lo importante para mi era acabar la carrera.

Íbamos siempre de uniforme, el primer año no llevábamos cofia sino que llevábamos sombrero y en verano en el tranvía con las ventanas abiertas, el sombrero volaba y salía despedido por la ventana, y decíamos al conductor “*pare, pare*” y todo el mundo en el tranvía reía, era divertidísimo. Las enfermeras de la Cruz Roja éramos famosas en el barrio. No nos dejaban salir nunca, pero a la verbena del Poble Nou sí fuimos y reímos mucho.

Participé como enfermera en el primer intercambio de heridos y prisioneros de guerra (alemanes e ingleses) que se hizo durante la Segunda Guerra Mundial en el puerto de Barcelona, el 27 de octubre de 1943. De las 8 de la mañana a la 8 de la noche, ocupándonos de

ellos, ninguno hablaba catalán. Algunos estaban heridos, llevaban muletas, otros estaban muy sanos, había de todo. Nosotros les dábamos pesetas y ellos nos daban dólares, porque querían bajar al puerto a beber cerveza. Nos lo pasamos muy bien. Fue muy agradable. Lo filmaron todo, y yo salgo en el NO-DO, yo lo tengo... no hay que perderlo porque le costó mucho a mi hijo conseguir una copia.

Después de tres años de estudios, en 1946 y en un ambiente de disciplina militar, obtuve mi título de enfermera de la Cruz Roja. También tengo el título por la Facultad de Medicina de Barcelona, porque hubo un momento que el título de la Cruz Roja no era oficial. El hecho de ser voluntaria de guerra no me valió para nada en mis estudios, no me acortaron los estudios.

Inquietudes profesionales en acción

Al finalizar los estudios trabajé de enfermera en el Instituto Neurológico Municipal de Barcelona hasta 1952. Entré a formar parte como instrumentista del equipo del doctor Antonio Rodríguez Arias, médico neurovascular, acompañándolo en las diversas intervenciones que efectuaba en el Hospital Clínico, el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, el Instituto Neurológico y la Clínica Corachán. Durante un tiempo trabajé en el Sanatorio antituberculoso del Montseny, y en el Dispensario de Angiología del doctor Joan Gibert-Queraltó.

¿Quiere saber como me fui a Bélgica? Yo era muy aventurera. Conocí a Mercedes Milá a través de Concha, una prima suya de Barcelona que trabajaba de telefonista en la Clínica. Ellas me facilitaron los papeles y los contactos para salir de España y encontrar trabajo. Me fui acompañada de Teresa Rull, una compañera que había sido secretaria del Presidente de la Cruz Roja, el doctor García Tornel. El título

de enfermera que me valió en Bélgica fue el de la Cruz Roja. Trabajé en el Instituto Edith Cavell - Marie Depage un gran centro hospitalario donde había Escuela de Enfermeras, de Quiroprácticos y otras más... Estuve 5 meses estudiando francés, no sabía nada del idioma. Aprendí muy deprisa porque nadie te hablaba español. Primero trabajé en un servicio de pacientes adultos de muchas nacionalidades, americanos, etc. Allí conocí al que sería mi marido. Los enfermos estaban pocos días, cambiaban a menudo. Después estuve trabajando en la "pouponnière", en pediatría, con bebés en incubadoras, en este servicio estuve 5 meses. Me sirvió de mucho trabajar con bebés, cuando me casé y tuve a mis dos hijos, ya sabía hacer de todo, la ropa, los biberones, todo. En Bélgica, en aquel tiempo, cuando nacía una criatura en una familia, una asistencia social pasaba cada mes para comprobar como se encontraba la madre y su hijo.

Desde 1970 vivo en Lleida. Me quedé viuda en octubre de 2009. No he vuelto más a Tresp, tengo recuerdos demasiado tristes, tengo muchas heridas abiertas. Todas mis amigas han muerto. Teresa Rull, de Bélgica se fue al Canadá, nos escribíamos y nos felicitábamos cada año hasta que un buen día devolvieron la carta que yo le había enviado.

DISCUSIÓN

Interpretando los resultados del análisis vemos que lo que impera en este relato es el espíritu de rebeldía, compromiso, promoción personal y profesional y de aventura de una joven enfermera adelantada a su tiempo. La experiencia de una adolescencia serena y feliz, en un ambiente rural, es el punto de partida de su relato de vida. Una adolescencia truncada brutalmente por la guerra y sus consecuencias. La violencia, persecución y muerte por expre-

sar la fe católica, hacen temer su seguridad y la de los suyos. Su formación intelectual, las actividades culturales y las prácticas religiosas de la joven son desplazadas por el miedo. En la GCE en Cataluña, ambos bandos enfrentados, el republicano y el nacional llevaron a cabo acciones represivas de tipo político, sindical, religioso o cultural sobre determinadas personas o grupos de población. La libertad, y la justicia, para Cándida y su familia, fueron restituidas por los nacionales al ganar la guerra. Su verdad de la historia de la GCE, es tan verdadera, como verdaderas son las verdades de las historias de personas y familias que se vieron privadas de libertad y justicia al perderla.

La rebeldía se refleja en el acento crítico de su discurso al referirse a los acontecimientos adversos que le toco vivir. Aún hoy, después de tantos años, dice *“no se puede olvidar nunca”* manteniendo un profundo resentimiento y defendiendo su postura anticomunista.

El compromiso social se manifiesta al querer ser útil en aquella guerra como voluntaria para ayudar a los demás. Nada ni nadie es más fuerte que una voluntaria. Es el mismo tipo de ejemplo extraordinario de entrega y compromiso que demostraron sus contemporáneas en sus relatos sobre las experiencias de guerra como enfermeras voluntarias (Via, 2006); (Valls, 2008). Un compromiso a la vez motivado por la autopromesa de estudiar enfermera con el fin de ofrecer a su hermana enferma los mejores cuidados de enfermería. Cuidó de los soldados nacionales y de los prisioneros republicanos, era frecuente que estuvieran mezclados unos y otros en la misma dependencia (Jakson, 2004), como otras enfermeras de uno y otro bando, no hacía distinciones partidistas a la hora de cuidar (Amezcuá, 1996), su deber humanitario y profesional era velar por el bienestar de todos. Tuvo una buena maestra

en su compañera de trabajo, la religiosa de San Vicente de Paúl, de todos es bien conocido el reconocimiento social y profesional de esta Congregación por sus aportaciones a la Enfermería (Hernández, 2006) y a la sanidad. Otras congregaciones de religiosas mantuvieron un destacado papel como enfermeras durante el conflicto bélico en ambos bandos (Linage, 1999). Los cuidados y tratamientos que dispensaba Cándida coinciden con los relatados por las demás enfermeras de guerra catalanas (Valls, 2008), cuidados a los heridos y enfermos de afecciones infecciosas causadas por la sarna y aplicación de tratamientos a base de inyectables, pomadas y desinfectantes. Lo más destacado del cuidado era el aspecto humanitario del mismo y la gratitud con que respondían los enfermos y heridos tratados por ella.

La promoción personal la acompaña a lo largo de su vida imprimiendo en ella un fuerte carácter de esfuerzo de superación personal y estímulo profesional que al desarrollarse al amparo del bando vencedor no tuvo grandes impedimentos en canalizar sus aspiraciones profesionales, contrariamente a las enfermeras del bando republicano que encontraron muchas dificultades o les fue imposible formarse para devenir enfermeras profesionales (Torres, 2007). Sin duda, su implicación personal como enfermera contribuyó a hacer visible, el papel de la mujer en la GCE como una forma de participación política (Díaz, 2005). Su testimonio confirma, una vez más, que en la GCE la enfermería fue uno de los ámbitos más importantes de movilización femenina (Nash, 1999) y de promoción de nuevas profesionales, entre las mujeres del ámbito rural y pertenecientes a sectores sociales populares (Larraz, 2005).

Su tesón en cumplir la promesa de estudiar enfermera le permitió sobrellevar el hambre de la postguerra. El mismo tesón demostró en

acabar la carrera, “*las matriculas no me interesaban*” afirma, “*lo importante era acabar la carrera*” de enfermera de Cruz Roja en aquel ambiente de disciplina militar. Los tiempos de guerra y de hambre fueron los que más le impactaron de adolescente y joven estudiante.

Su valía profesional la demuestra siendo enfermera en los más prestigiosos centros sanitarios y equipos de Barcelona. Su espíritu inquieto y aventurero, la llevan más tarde a probar suerte y afianzar su experiencia profesional en el Hospital Edith Cavell de Bélgica, en un tiempo, donde sólo las más comprometidas oficialmente con la profesión enfermera, como su amiga Mercedes Milá, podían salir de España.

En su relato no hay olvido sino memoria. Es la memoria de la más joven de las voluntarias de guerra de su hospital comprometida con el cuidado de los que la necesitaban. Es la memoria de las vicisitudes por formarse profesionalmente. La memoria del hambre. La memoria de sus logros profesionales y familiares. Es también la memoria de “*demasiados recuerdos tristes, ... y de muchas heridas abiertas*” de la GCE, la que le impidió de mayor regresar al Tremp de su adolescencia.

Sus metas, ser enfermera, esposa y madre las alcanza satisfactoriamente.

Han pasado casi dos décadas desde que uno de los pioneros en investigación histórica de la enfermería en nuestro país, animaba a los historiadores de la enfermería de GCE a seguir trabajando a partir de fuentes escritas. Sugería, a la vez, tomar conciencia de la urgencia de la investigación oral a través de las historias de vida de enfermeras de guerra que sobrevivieron al conflicto... “*los documentos pueden aguardar... ellas no*” (Siles, 1996). Pasados tantos años de la GCE, aún es posible para los investigadores de la enfermería encontrar

enfermeras como Cándida que pueden darnos de viva voz su testimonio.

CONCLUSIONES

Después de 75 años de la GCE, ha sido posible sumar una nueva historia de la contribución enfermera en la GCE, desde la mirada de una joven voluntaria en un hospital de sangre del bando nacional, cerca del frente del Segre, en el territorio catalán.

Su motivación por implicarse en el conflicto fue por compromiso social y familiar como persona, y por aspirar a una formación profesional y promoción personal como mujer. Los cuidados que dispensaba estaban impregnados de un fuerte carácter humanitario, recibiendo a cambio gratitud de sus pacientes.

Aplicaba tratamientos curativos a enfermos de pulmonía, sarna y paludismo y tratamientos preventivos contra las infecciones y gangrenas. Fue distinguida por sus servicios de enfermera voluntaria de guerra con la Medalla de la Campaña.

Su vivencia de la guerra y la del hambre de la posguerra, mientras estudiaba enfermería en la Cruz Roja de Barcelona, la impactaron profundamente.

Desarrolló su experiencia profesional de enfermera en diversos centros y servicios de Barcelona y en el hospital Edith Cavell de Bruselas.

A pesar del contexto en que vivió sobresale por sus cualidades de mujer fuerte, comprometida con la sociedad y su familia, de espíritu rebelde y aventurero, que entendió bien su papel profesional y asumió sus responsabilidades. Visualizar su experiencia, en una época difícil especialmente para las mujeres, nos ayuda a reflexionar sobre la asunción de nuestro compromiso social y profesional en el marco de la actual crisis económica que repercute en el sistema sanitario y en nuestra profesión.

BIBLIOGRAFÍA

- Amezcua, M. (1996) Enfermeras en La Guerra Civil Española. Impresiones y testimonios. *Índex de Enfermeria* (15), 9-10.
- Amezcua, M., Hueso Montoro, C. (2006) Cómo elaborar un relato biográfico. *Archivos de la Memória* 1. Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/metodologia.php>. Consultado 15/02/12.
- Amezcua, M., Hueso Montoro, C. (2009) Cómo analizar un relato biográfico. *Archivos de la Memória* 6. Disponible en: <http://www.index-f.com/memoria/6/mc30863r.php>. Consultado 6/02/12.
- Hernández, F. (2006) Las Hijas de la Caridad en la profesionalización de la Enfermería. *Cultura de los Cuidados* (20), 39-49.
- Jackson, A. (2004) Més enllà del camp de batalla. Testimoni, memòria i record d'una cova hospital en la Guerra Civil espanyola. Cossetània, Valls.
- Larraz, A., Ibarrola, C., Pardo, M. (2005) El Hospital Alfonso Carlos de Pamplona (1936-1939): un hito en la promoción de la mujer y el desarrollo de la enfermería en Navarra. *Temperamentum* 2. Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn2/t0125r.php>. Consultado 14/02/12.
- Linage, A. (1999) En torno a las enfermeras de la Guerra Civil. *Híades* (5-6), 169-187.
- Lincoln, Y.S. Guba, E.G. (1985) *Naturalistic Inquiry*. Sage Beverly Hills.
- Nash, M. (1999) *Las mujeres republicanas en la guerra civil*. Taurus, Madrid.
- Pujades, JJ. (1992) *El Método biográfico: El uso de las historias de vida en ciencias sociales. Elaboración de una historia de vida*. (2ª ed.), Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid, 59-84.
- Siles, J. (1996) *Enfermería y conflictos bélicos. Una historia por hacer*. *Índex de Enfermeria* (15), 7-8.
- Torres, C., Valls, R., Ramió, A., Domingo, A., Rodero, V., Vives, C. (2007) *Las enfermeras catalanas en la Guerra Civil española*. *Temperamentum* 6. Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn6/t2707r.php>. Consultado 9/02/12.
- Valls, R., Ramió, A., Torres, C., Roldán, A., Rodero, V., Vives, C. (2007) *Infermeres catalanes a la Guerra Civil*. Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona, Barcelona.
- Via, R. (2006) *Nit de Reis: diari d'una infermera de 14 anys (del setembre de 1938 al juny de 1939)*. Edicions i Propostes Culturals, Vilafranca del Penedès.



Ser mujer hipertensa: una experiencia silenciosa en la familia y en la sociedad

Hypertensive women: a silent experience in family and society

Ser Mulher Hipertensa: uma experiência silenciosa na família e na sociedade

Mónica Margarita Barón Castro¹, Mercy Soto Chaquir².

¹Profesora Titular, Programa de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Fundación Universitaria del Área Andina, Pereira, Colombia. e-mail: momabaca35@hotmail.com

²Coordinadora Académica, Programa de Enfermería, Facultad de Ciencias de la salud, Universidad Libre, Pereira, Colombia. e-mail: mercysotochaquir@hotmail.com

Cómo citar este artículo en edición digital: Barón Castro, M.M; Soto Chaquir, M. (2012) Ser Mujer Hipertensa: una experiencia silenciosa en la familia y en la sociedad. 16, 34. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.34.04>>

Correspondencia: Correspondencia: Mónica Margarita Barón Castro. Facultad de Ciencias de la Salud. Fundación Universitaria del Área Andina, Pereira, Colombia. e-mail: momabaca35@hotmail.com.

Recibido 12/03/2012/ Aceptado: 10/06/2012



ABSTRACT

Introduction: Hypertension has implications for public health indicators and quality of life of people and taking as a principle of autonomy of adults in making decisions against their health, this research seeks to understand the meaning that a group of hypertensive elderly women gave hypertension and their social environment.

Methodology: This is a phenomenological study in the perspective of Merleau Pontí. Six women were interviewed who volunteered to participate signed the informed consent record. Each one was conducted at home, in three depth - interviews.

Results: Two thematic areas were identified for understanding the phenomenon, meaning “living with a silent disease but serious consequences” and “social environment: co-adjuvant or limiting health care.” Hypertension was living with anxiety and concern. The social environment was a horizon of uncertainty, indifference, family, disrespect and abuse, and overload voltage generator, offset in part by support from neighbors and friends. Physical disability, coupled with long waits, alienated women from health institutions. We identified a lack of clarity on the continuing needs for monitoring and control of health.

Conclusions: Social environment and the meaning given the same involved in the lack of adherence to treatment as well as the silent disease, meaning that as the participants gave to it. The connotation of women as caregivers,

the social role ascribed and socially acceptable representations of what is a woman represented a very important role in the low self of the participants.

Recommendations: Transcending the attention of healing attention towards health that provided the specific conditions and social environment is needed to improve health care of people. Develop programs hypertension with home care programs, emerges as an important alternative nursing care to these people.

Keywords: Elderly, Women's health, hypertension, nursing, phenomenology, life-changing events, quality life.

RESUMO

Introdução: A hipertensão arterial tem consequências nos indicadores de saúde pública e na qualidade de vida das pessoas, tendo como princípio a autonomia dos adultos na tomada de decisões com sua saúde. Esta pesquisa pretende compreender a relação da hipertensão e o meio social de um grupo de mulheres hipertensas já com a idade avançada.

Métodos: Estudo fenomenológico na perspectiva de Merleau Ponty, sendo entrevistadas seis mulheres que aceitaram voluntariamente participar, assinando um termo de consentimento. Com cada uma delas foram realizadas três entrevistas com profundidade no domicílio delas.

Resultados: Foram identificadas 2(duas) temáticas que permitiram compreender o fenômeno: significado de *“viver com uma doença silenciosa mas de graves consequências”* e *“meio social: coadjuvante ou limitadora para o cuidado da saúde”*. A hipertensão foi vivida com angústia e preocupação. O meio social mostrou um horizonte de incerteza, indiferença familiar, desconsideração e abuso, gerador

de tensão e sobrecarga, compensado em parte pelo apoio de vizinhos e amigos. A incapacidade física, associada a longas esperas, alijaram as mulheres das instituições de saúde. Identificou-se a falta de instrução sobre a necessidade permanente do seguimento e controle da saúde.

Conclusões: O meio social e o significado dado a ele intervieram na falta de adesão ao tratamento bem como na relação de como a doença foi adquirida de forma silenciosa pelas participantes. A conotação social da mulher como cuidadora, o rol social atribuído e as representações socialmente aceitas do que é ser mulher; representaram um papel muito importante no baixo autocuidado das participantes.

Recomendações: Transcender a atenção de curar a uma atenção em prol da saúde em que contemple as condições particulares e o meio social é necessário para melhorar o cuidado da saúde das pessoas. Desenvolver os programas de hipertensão arterial com programas de cuidado em casa podem alternativas importantes no cuidado que a enfermagem possa proporcionar a estas pessoas.

Palavras-chave: adulto mais velho, saúde da mulher, hipertensão arterial, enfermagem, fenomenologia, acontecimentos que mudam a vida, qualidade de vida.

RESUMEN

Introducción: La hipertensión arterial tiene consecuencias en los indicadores de salud pública y en la calidad de vida de las personas, y teniendo como principio la autonomía de los adultos en la toma de decisiones frente a su salud, esta investigación busca comprender el significado que un grupo de mujeres adultas mayores hipertensas le dio a la hipertensión y a su medio social.

Métodos: Estudio fenomenológico en la perspectiva de Merleau Pontí. Se entrevistaron seis mujeres que aceptaron voluntariamente participar firmando acta de consentimiento informado. A cada una se le realizaron tres entrevistas a profundidad en el domicilio.

Resultados: Se identificaron 2 áreas temáticas que permitieron comprender el fenómeno: significado de “*vivir con una enfermedad silenciosa pero de graves consecuencias*” y “*medio social: coadyuvante o limitante para el cuidado de la salud*”. La hipertensión fue vivida con angustia y preocupación. El medio social mostró un horizonte de incertidumbre, indiferencia familiar, desconsideración y abuso, generador de tensión y sobrecarga, compensado en parte por el apoyo de vecinos y amigos. La incapacidad física, aunada a largas esperas, alejaron a las mujeres de las instituciones de salud. Se identificó falta de claridad en la necesidad permanente del seguimiento y control de la salud.

Conclusiones: El medio social y el significado dado al mismo intervinieron en la falta de adherencia al tratamiento así como el significado que como enfermedad silenciosa dieron las participantes a la misma. La connotación social de la mujer como cuidadora, el rol social atribuido y las representaciones socialmente aceptadas de lo que es ser mujer; representaron un papel muy importante en el bajo autocuidado de las participantes.

Recomendaciones: Trascender la atención del curar a una atención en pro de la salud en la que se contemple las condiciones particulares y del medio social es necesario para mejorar el cuidado de la salud de las personas. Desarrollar los programas de hipertensión arterial con programas de cuidado en casa, surge como una alternativa importante en el cuidado de enfermería a estas personas.

Palabras clave: adulto Mayor, salud de la Mujer, hipertensión arterial, enfermería, fenomenología, acontecimientos que cambian la vida.

INTRODUCCIÓN

El incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles afecta a la población mundial en forma alarmante (Chobanian, et al. 2003); la hipertensión arterial señala la necesidad de nuevas y mejores intervenciones que conduzcan a promover y conservar la salud de las personas (Colombia. Ministerio de la Protección Social, 2000). La Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2003, identificó 700 millones de personas en todo el mundo con cifras tensionales altas, o sea, alrededor del 15% de la población mundial diagnosticada como hipertensa, cerca del 30% de la misma padece esta enfermedad sin saberlo (Rodríguez y Marín, 2007). Para el año 2005, la misma OMS manifestó que tres factores de riesgo de enfermedades crónicas: el consumo de tabaco, la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia, figuran entre las diez causas principales de enfermedad en todas las regiones (OMS, 2005).

La hipertensión arterial afecta principalmente a personas mayores de 45 años y el riesgo se incrementa con la edad, en la mujer mayor de 50 años supera la prevalencia respecto a los hombres (Journal of the American College of Cardiology, 2006). En el 2008, para Colombia, la prevalencia de la hipertensión arterial en la población mayor de 15 años fue de 12,6% (Serpa, 2008).

Entre las barreras más importantes para la prevención y la detección oportuna de la hipertensión arterial están el desconocimiento de los factores de riesgo y su curso asintomático.

co inicial. En Argentina alrededor del 50% de las mujeres de la tercera edad que tuvieron alta prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, los desconocían, evidenciando una falla en el área de prevención cardiovascular en los sistemas de salud (Nigro, 2005). Se calcula que unos 20 millones de personas que tienen hipertensión arterial en los Estados Unidos son ajenas a la peligrosa disfunción que sufren (Chobanian, 2003).

Una vez diagnosticada la hipertensión arterial, el cuidado se convierte en el aspecto más importante para evitar las complicaciones. Entre las medidas de cuidado se destacan: prescripción farmacológica, asistencia a controles, recomendaciones impartidas por el equipo de salud respecto a modificaciones en el estilo de vida tales como una rutina de ejercicios físicos, control de riesgo de sobrepeso, control del estrés y modificación de hábitos alimenticios (Rosano, Vitale, , Tulli, 2007), cuyo incumplimiento genera alto riesgo de complicaciones cardio-cerebro-pulmonares y renales, deteriora la calidad de vida de forma integral y lleva incluso a la muerte. (National Heart Lung and blood Institute), (Braunwald y Harrison, 2005), (Colunga, 2008).

Los estudios citados focalizan la atención en el conocimiento de la experiencia vivida por mujeres adultas hipertensas, para lo cual es necesario explorar la connotación cultural de género. La cultura se entiende como la red o trama de sentidos con que se da significado a los fenómenos o eventos de la vida cotidiana (Geertz, 1987). En Latinoamérica, la identidad de género asignada a las mujeres tiene que ver con el *deber ser*. A ella se le dice cómo tiene que actuar, ser y pensar. Estas órdenes se cumplen a través de un cuerpo, que está en el centro de las definiciones sociales. En este proceso de reproducir la función social del género, las



mujeres aprenden a ser madres, y este ser tiene sus raíces en la otredad. En este “*ser para otros*” las mujeres encuentran su realización, pues a través de la cultura más que mujeres son llamadas a ser madres. Tiene además que ver con la autoidentidad, que es la forma en que ellas se miran y se nombran, ya que ser madre significa ser buena y ser santa (Lagarde, 2004).

El interactuar con la mujer adulta hipertensa y acercarse a su experiencia de salud es identificarse con una forma de conocer emociones, temores, imaginarios, visiones de mundo; es retomar la salud como un valor, desde el sentir propio y la experiencia particular, y no asumirlo únicamente como un referente social de bienestar individual o colectivo.

En la cultura latinoamericana, hablar con propiedad de la salud de las mujeres es también hablar del cuerpo de las mujeres, un cuerpo con tabúes, simbolizado y significado con valores que las alejan de él, un cuerpo ajeno al autoconocimiento, que encierra una vida plena de vitalidad, de fortaleza interior, de preocupaciones y ocupaciones (Palma, 2001). Esta relación con el cuerpo tiene que ver directamente con el cómo las mujeres se ubican en sus espacios inmediatos de interacción social, con una historia particular, con la vivencia de su ser y su enfermedad, cargando con una herencia cultural e histórica. La maternidad forma parte del conocimiento tradicional, con

respecto al cómo debe pensar una mujer, cómo deber actuar y cuáles deben ser sus preocupaciones y ocupaciones (Basaglia y Kanoussi, 1985).

Bajo estas consideraciones, la mujer no crea una conciencia de vida, de cuerpo, de trabajo y de cuidado para sí misma, sino para su aplicación con el otro y se aprecia y califica en función de su capacidad de atender a los demás (Guilligan, 1985). Por lo tanto, la mujer no acepta ni comprende la salud como un valor al que tienen derecho, no existe en ella un referente de autocuidado culturalmente válido.

Ante las implicaciones de la hipertensión y sus consecuencias en los indicadores de salud pública y en la calidad de vida, y teniendo como principio la autonomía del ser humano en la toma de decisiones frente a su salud, se buscó comprender el significado que un grupo de mujeres adultas mayores hipertensas le dio a la hipertensión y a su medio social.

METODOLOGÍA

Estudio cualitativo abordado con fenomenología interpretativa, en la perspectiva de Merleau Ponty (2008). Las participantes cumplieron como criterios de inclusión: sexo femenino, mayores de 50 años, diagnóstico médico de hipertensión arterial, poseer condiciones físicas y mentales para responder a las entrevistas, aceptar participar voluntariamente y firmar el consentimiento informado.

Las participantes fueron contactadas telefónicamente, se les solicitó autorización para ser visitadas en su domicilio, donde se explicó el objetivo del estudio.

Después de realizadas las entrevistas fueron grabadas en audio casetes y transcritas textualmente por las investigadoras, adicionalmente, se analizaron notas observacionales,

metodológicas y analíticas registradas por las investigadoras durante las entrevistas (Carvalho, 1991).

Se realizó muestreo teórico, la saturación de los datos permitió la participación de seis mujeres, a cada una se le realizaron tres entrevistas en profundidad. Las preguntas orientadoras fueron: *¿Qué significa para Usted ser hipertensa? y ¿cómo percibe el medio social frente a su situación de salud?*

El análisis de los datos se hizo siguiendo los postulados de la fenomenología interpretativa descritos por Patricia Benner; para lograr la comprensión de las narraciones se exige la lectura rigurosa del texto (transcripción de las entrevistas en profundidad), lo cual a su vez incluye preguntar, comparar y vivir imaginariamente en las situaciones; este proceso involucra el análisis, la síntesis, el criticismo y la comprensión, como habilidades que permiten articular el significado del texto y generar comentarios interpretativos (Benner Associates, 1991). En el rigor metodológico se tuvo en cuenta los criterios de coherencia, credibilidad, aplicabilidad, transferibilidad y auditabilidad, descritos por Denisse Polit (2000).

RESULTADOS

Participaron seis mujeres de edades entre 55 y 70 años; cinco eran madres cabezas de hogar sin pareja y una vivía con su pareja. En promedio tenían 3 hijos y todas convivían con familiares. Gran parte de los hijos eran mayores de edad que habían formado sus propios hogares y acompañaban a sus madres de manera temporal. Todas procedían de estrato socioeconómico bajo, tenían nivel primario de escolaridad. Sólo dos participantes tenían vivienda propia; las demás, pagaban arriendo o vivían en casa de sus hijos de quienes dependían económicamente.

De las voces de las entrevistadas surgieron dos grandes temas: el significado de vivir con una enfermedad silenciosa pero de graves consecuencias y el medio social como coadyuvante o limitante para el cuidado de la salud.

El significado de vivir como hipertensas se enmarcó en un continuum de lo invisible a lo visible, las mujeres se enfrentaron a un enemigo que inicialmente no se manifestó, no les causó limitaciones para las actividades de la vida diaria, ni deterioró su capacidad de desempeño; esto les permitió seguir *viviendo sin reconocer la enfermedad*, hasta el momento en que se manifestaron las complicaciones, hecho que les condujo al reconocimiento de la hipertensión arterial y a experimentarlas como *“el enemigo silencioso que come por dentro”*, pues generó pérdidas afectivas, sociales y físicas, que significaron *dejar de ser lo que había sido alguna vez*. Las entrevistadas así lo expresaron:

- *“...como nada me dolía, de vez en cuando me dolía la cabeza y me tomaba un ibuprofeno y ya se me pasaba... “...La verdad, durante todo este tiempo no asistí a los controles ni tome pastas porque como no sentía nada, no me dolía nada....no volví al médico porque como nada sentía”*

- *“... Como esa es una enfermedad silenciosa, es callada, esta come por dentro, esa no brota, brota cuando ya está pa’ morirse uno... porque como yo, vea, le dan borracheras, se está cayendo, y vea que se cayó y se cayó de verdad”*

- *“... esta enfermedad me cambió la vida”*

El medio social como *limitante o coadyuvante para el cuidado de la salud* se expresó desde dos perspectivas: la familia y las instituciones de salud. En la dinámica familiar, *su rol social como mujer se antepuso al cuidado de su salud*, predominó su compromiso de cuidadora, que unido a las condiciones de deterioro progresivo

de la salud, les *generó tensión y sobrecarga* manifestada en inasistencia a controles médicos, abandono del tratamiento, aislamiento social; en forma compensatoria, algunas mujeres encontraron refugio en sus *vecinos y amigos que constituyeron un alivio en la dificultad*. Las instituciones de salud fueron percibidas como contextos que dificultaron o limitaron un oportuno y adecuado autocuidado, entre *amabilidad, largas esperas y desinformación*.

El estar enferma, le exigió cuidados especiales, cambios en la rutina, asistencia a controles y medicación, nuevas formas de interactuar con su medio social y de percibir su realidad. Con el paso de los años, las mujeres se enfrentaron a cambios en su rol social y familiar; su rol se invirtió: de cuidadoras pasaron a ser receptoras del cuidado, la transición a la dependencia condujo a experimentar agotamiento de energía, que les generó conflicto, tristeza y culpa, como fue expresado:

“...me siento muy incómoda, pues yo estoy muy bien aquí donde mi hija, pero hay veces que me da como pena de estarle pidiendo a la hija porque uno ya tan enfermo...pues nadie le da trabajo y mi hija también tiene sus obligaciones”

En algunos casos, su situación les permitió sentirse útiles y continuar como eje central de la función familiar pero en otros, les generó tensión y sobrecarga:

“...yo dejo de ir a los controles, de salir con la vecina a caminar, porque...es que es más importante los deberes de la casa que hay que lavar, planchar, que la casa esté presentable y cuidar a mi nieto.”

Los vecinos jugaron un papel significativo, el apoyo social que recibieron de ellos condujo a la mujer adulta mayor en su condición de hipertensa, a sentir que eran amadas, queridas, importantes en la vida de ellos.

“...gracias a Dios tengo a mi vecina que me conoce ya varios años y ella es la que me ha dado la mano cuando la necesito”

Los lazos con sus vecinas se caracterizaron por ser fuertes y frecuentes, adquirieron un sentido de acompañamiento, ayuda y de seguridad. La frecuencia con la cual pudieron recibir ese apoyo social, se hizo posible por la cercanía física, por el mayor tiempo que la mujer hipertensa permanece en el hogar y por darse la condición de vecindad por muchos años.

Por su parte, la relación con los servicios de salud se mostró como una limitante para el cuidado de su salud. El madrugar para solicitar la cita fue considerado como preocupante, y muy peligroso, por las condiciones de inseguridad alrededor de sus residencias, situación que ponía en riesgo su integridad física y, así fue expresado:

“... pero vea que problema, las citas siempre las dan para por la mañana y uno tiene que madrugar mucho y todo este barrio (sector de la Ciudad) es muy peligroso...entonces nooo yo mejor me quedo en la casa”

Adicionalmente, la incomodidad generada por los prolongados tiempos de espera fue otro factor que dificultó la asistencia de las participantes a sus controles regulares. Los trámites administrativos, largas filas y demora para la atención les significaron interferencias en su actividad cotidiana, incumplimiento de compromisos laborales, descuido de la familia. La necesidad de atender a su familia, junto con la de su propio autocuidado por la hipertensión, desencadenó conflicto a las participantes, quienes la mayor parte de las veces optaron por atender los asuntos diferentes a su salud.

“...Allá es muy demorado y aquí me necesitan sea por la mañana o sea al medio día, o sea tendría que ser que no me demoraran tanto porque toca volver a hacer la comida, porque

se venden almuerzos, desayunos y comidas ... o sea, si me voy a las siete de la mañana a las nueve o diez de la mañana tengo que estar aquí y allá no me despachan ligero, y ya a las doce no me alcanza el tiempo para estar aquí...yo tenía mis controles muy al orden del día pero no he vuelto porque es muy aburrido eso de que lo mandan a uno a facturar allí y le toca a uno hacer una cola de veinte metros y llega uno a la ventanilla y que falta un papel y otra vez a hacer la cola por otros veinte metros o si no es que le dicen a uno siéntese allí y es uno espere que espere y nada entonces yo mejor me voy”

A manera de síntesis, las mujeres adultas mayores con hipertensión arterial, entrevistadas para este estudio mostraron una vivencia que las coloca en situación de alta vulnerabilidad en varios sentidos: personal, emocional, cultural, económica y social; vivían con una enfermedad crónica, en algunos casos incapacitante, con una connotación cultural de “ser mujer” con el estigma de cuidadora, preocupadas por no cumplir plenamente con el rol social asignado, con sentido de menoscabo de su vitalidad, un bajo poder adquisitivo, baja escolaridad y dificultades para relacionarse con el medio. En sus quejas, las mujeres evaluaron su propia salud como mala, de manera reiterada se refirieron a la pérdida de la memoria y sus repercusiones en sus actividades cotidianas y la profunda tristeza que sienten en su cotidiano vivir. Aún así, algunas mujeres se mostraron resignadas y con deseos de continuar su vida, pero siempre esforzándose por satisfacer las necesidades de los otros, que se anteponian al cuidado de su propia salud.

DISCUSIÓN

Al expresar la vivencia de la hipertensión arterial, las mujeres adultas orientan su discurso hacia dos momentos concretos que re-

velan la trascendencia que tiene en el cuidado de la salud al reconocer y experimentar la presencia de la enfermedad. De la ausencia de síntomas, una característica clínica del inicio de la hipertensión arterial que la ha llevado a ser denominada por varios autores como enfermedad silenciosa (Iza- Stoll, 2006), pasa a serias manifestaciones clínicas, crisis hipertensivas y complicaciones inesperadas, que expresan la gravedad del problema. Como lo señala la literatura médica, la hipertensión, en sus inicios silenciosa, es una alteración lentamente progresiva que con el paso de 10 a 20 años ocasiona daños significativos en órganos blancos (Colombia. Ministerio de la Protección Social).

El menoscabo de la capacidad física, laboral y recreativa, como consecuencia de la hipertensión arterial y sus complicaciones, contribuye a que las mujeres adultas perciban con claridad sus pérdidas. Su salud ya no es igual, señalan deterioro de sus funciones orgánicas, cambios drásticos en su estilo de vida, en lo laboral, social y emocional; sienten aminorada su energía vital y su calidad de vida. Rengifo y Henríquez (2010) encuentran una relación estadísticamente significativa entre la experiencia de pérdidas físicas y la calidad de vida del adulto mayor, con lo que estos autores denominan la salud social; a su vez, identifican que con la ocurrencia de las pérdidas sociales hay también una disminución en la salud física.

En la situación de la mujer adulta que padece hipertensión arterial confluyen dos fenómenos simbióticos que se expresan en carencias que permiten configurar el significado de la enfermedad como un dejar de ser lo que había sido alguna vez. El ser adulta mayor, acorde con lo expresado por Erickson (Bordignon, 2005), coloca a la mujer en un momento inarmónico de su existencia; de forma progresiva

se debilitan sus virtudes como fuerzas sincrónicas, al tiempo que se agudiza el descontento como fuerza distónica. Por otro lado, la vivencia de la enfermedad inclina en forma negativa la balanza, de un “yo” que se cuida y se cela a un “yo” que se rechaza y, desde la posibilidad de sobrevivencia como una manifestación de fuerza básica, a un menosprecio por sí misma, al ver menguada su capacidad vital.

La estructura económica, política y social ha definido por años el rol de la mujer en la sociedad y en la tradición cultural se ha reconocido a la mujer como cuidadora por antonomasia. El cuidado como actividad informal es realizado por las mujeres desde épocas milenarias, la primacía de las mujeres en el cuidado es evidente y llega a ser una característica que define su identidad; en su rol de cuidadora la mujer toma la responsabilidad de suplir las necesidades de esposo, hijos, adultos mayores, discapacitados y enfermos (Canaval, 2010). Esta es una realidad ampliamente evidenciada en este estudio.

El medio social se percibe como un elemento de apoyo o una limitante para el cuidado de la salud. Las mujeres sienten disminuida su capacidad funcional y productiva, lo que las lleva a incrementar su situación de dependencia; ya no tienen el reconocimiento de otras épocas, se descubren frágiles, limitadas, incapaces e inútiles. Enfrentar el envejecimiento unido a la hipertensión, les reduce así su calidad de vida. Palma Campos (2001) en su estudio sobre la vivencia de la salud, y el autocuidado realizado con mujeres con diabetes mellitus e hipertensión concluye que las acciones de las mujeres con respecto a su salud son un fiel reflejo de la construcción social y cultural de su identidad. Tal como se evidenció en las entrevistas aquí analizadas, el espacio a través del cual se gesta la cultura es



el cuerpo: un cuerpo femenino que se especializa para dedicar tiempo, cuidado y protección a las personas que pertenecen a su entorno, un cuerpo que sufre cambios que deterioran su bienestar, y en el proceso de acomodo de vivir con una enfermedad para toda la vida surge nueva autoconceptualización: se ubican como mujeres que ya no valen, que ya no sirven pues no pueden trabajar, e inclusive, que ya no tienen derechos, al no poder realizar actividades que se les imposibilita por el padecimiento.

La situación de enfermedad crónica se relaciona directamente con su capacidad de autocuidado, esta forma de aprender a estar en el mundo le impide generar cambios sustantivos dirigidos al cuidado de su propia salud. El espacio de autocuidado no es concebido por las mujeres; ellas en su cotidianidad no son capaces de cuidarse a sí mismas. Su nueva ubicación en el espacio familiar las coloca como madres enfermas, pero con las mismas obligaciones-roles a los que están acostumbrados. Este conflicto de ser tildada como buena o mala madre, al verse imposibilitada de cumplir sus funciones, le genera estrés y angustia.

La comprensión del fenómeno que envuelve a las mujeres adultas, inmersas en su medio social, que por diferentes circunstancias, incumplen las medidas de cuidado relacionadas con la hipertensión, son motivo de interés para la ciencia del cuidado. Enfermería como pro-

fesión ocupa un liderazgo dentro del equipo de salud, esto facilita proyectar propuestas de promoción de la salud en todos los niveles de atención que mejoren la calidad de la asistencia brindada, la educación, la administración y la gestión de programas y planes de cuidado acordes a la realidad expresada por las personas que sufren (Durán, 2002). Se invita a entender este ser humano como un todo, que hace parte de un contexto donde permanentemente hay transformación de una realidad compartida, que afecta a favor o en contra el cuidado de la salud

La visión holística del cuidado requiere de un espacio de interacción subjetiva, donde la mujer adulta hipertensa reciba un cuidado comprensivo, en el que a través de la experiencia del diálogo entre Enfermera-paciente se permita la expresión de la vivencia y se facilite la comprensión de los significados que las personas asignan a sus experiencias de salud. En estos significados, como lo expresa Lenninger en su teoría del cuidado transcultural (Lenninger y McFarland, 2002), los valores, creencias y patrones culturales tienen una importancia trascendental cuando se procura fomentar comportamientos y estilos de vida saludables.

Aproximarse a la realidad que vive la mujer hipertensa requiere la aplicación de un cuidado humanizado. Jean Watson (Tomey, 2000) plantea este cuidado en una terapéutica básica relacional, trans-personal e intersubjetiva cimentada en la legitimidad y la sinceridad de la enfermera o enfermero que escucha y brinda el cuidado con autenticidad, como una relación de ayuda y confianza, promoviendo y aceptando la expresión de los sentimientos positivos y negativos de la realidad que acompaña la vivencia de la mujer hipertensa, con el propósito de infundirle fe y esperanza en medio de las dificultades.

La enfermera debe promover el autocuidado basado en la enseñanza y aprendizaje interpersonal y el uso del método de la resolución de problemas para la toma de decisiones acordes a las expectativas y necesidades que las mujeres hipertensas expresan, de tal manera que logren encontrar dentro de sí mismas la riqueza de la paz y la conciliación con su cuerpo y su crecimiento espiritual que las lleve a comprender como relacionarse de una mejor manera con su entorno y lograr transacciones exitosas con sus familiares, vecinos amigos. Como lo manifiesta King (2000), lograr procesos interpersonales para conseguir una vida cotidiana óptima mediante continuos ajustes al estrés en los ambientes internos y externos, es un aporte importante para la vida de las mujeres hipertensas en su relación con su medio social, que les permite lograr las metas para el cuidado de su salud.

La interacción entre el personal de salud y la persona hipertensa exige empatía, confianza, comunicación efectiva, dialogo activo. El equipo de salud, debe aportar el reconocimiento de la persona enferma como ser individual, único y específico con sus características y condiciones particulares de las cuales se supedita la posible autonomía y capacidad de autocuidado (Holguín et al., 2006). La actitud y asistencia amable, empática y moralmente neutra, la pronta disponibilidad, la buena calidad de la comunicación y la interacción son atributos importantes de los profesionales de salud, determinantes para lograr una mayor adherencia de los pacientes a los tratamientos a largo plazo (Rodríguez y Gómez, 2010). Por su parte, la persona hipertensa debe ser miembro activo en la relación de cuidado, debe estar involucrado e informado; la información clara, suficiente, oportuna, ajustada a las necesidades, contribuye a una implicación

activa del paciente en el tratamiento (Adams y Verna, 2004).

CONCLUSIONES

Las condiciones sociales en las cuales esta embebida la persona afectan las posibilidades de cumplimiento al tratamiento y del autocuidado, como son: tener bajo nivel de escolaridad, ser de bajo estrato socioeconómico, no pertenecer un sistema de seguridad e inestabilidad económica, son situaciones que afectan negativamente el cumplimiento al tratamiento, por las limitantes que representan para la comprensión y evolución de este fenómeno llamado hipertensión arterial.

El género femenino emerge como una condición limitante o un obstáculo en el autocuidado y seguimiento de las recomendaciones impartidas por la Institución de Salud, aparece ligado a lo anterior la expectativa sociocultural de "ser mujer": cuidadora por antonomasia, ser sumiso y solícito. Las características definidas por la etapa del ciclo vital, mujer en edad adulta, el ser madres cabeza de hogar fueron elementos que se agregaron a esa limitación. Ellas dieron prioridad o antepusieron la necesidad de garantizar la sostenibilidad económica de la familia, los cuidados del hogar, de los hijos y demás responsabilidades asignadas en su grupo familiar a sus propias necesidades de auto cuidado. Representa esto, una explicación al incumplimiento en el tratamiento y recomendaciones generales para la prevención de complicaciones y el cuidado de su salud.

Teniendo en cuenta que la hipertensión arterial sistémica es considerada el resultado de un proceso multifactorial, es necesario adelantar procesos de formación, motivación y seguimiento en las personas con diagnóstico de hipertensión arterial, en especial acerca de los factores modificables sobre los que puede

actuar la persona enferma, sobre la importancia de modificar estos factores y de su participación activa en su recuperación, aun cuando no experimenten síntomas o alteraciones en su capacidad funcional, como en las fases iniciales de la enfermedad.

REFERENCIAS

- Adams, D; Verna, F; (2004) Su seguridad es importante para nosotros. Educación al paciente Jackson Health System. Disponible en: www.um-jmh.org/body.cfm?id=8676 Consultado 10/03/2011
- Basaglia, F; Kanoussi, D; (1985) Mujer, Locura y Sociedad. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México.
- Benner Associates. An Extended Statement on Narrative Accounts That Illustrate Nursing Practice (1991) [En línea], disponible en: <http://home.earthlink.net/~bennerassoc/further.html>.
- Bordignon, N.A. (2007) Desarrollo psicossocial de Erick Erickson. El diagrama epigenético del adulto. Rev. Lasallista de Investigación. 4(2), 7-16. Available from <http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-44492007000200002&lng=en&nrm=iso>. access on 12 Dec. 2012
- Kasper D.L; Fauci, A.S; Longo, D.L; Braunwald, E; Hauser, S.L; Jameson, J.L. (2005) La práctica de la Medicina. En: Harrison. Principios de Medicina Interna. 16ª edic. Mc Graw Hill, Barcelona, 1-6.
- Canaval, G. (2010) Salud de la mujer: Un desafío para el cuidado y un compromiso de todos. Editorial Universidad del Valle, Cali, 230
- Carvalho, A.S. (1991) Metodología da entrevista: Uma abordagem fenomenológica. Agir, Rio de Janeiro.
- Chobanian, A. et al. (2003) Hipertensión JNC. Seventh report of The Joint National.
- Committee on Prevention, Detection, Evaluation, And Treatment of High Blood Pressure. [En línea], disponible en: <http://www.sld.cu/servicios/hta/doc/copiadevii-jnc.pdf>.
- Colunga, C. (2008) Algunos factores psicossociales en la hipertensión arterial. Universidad de Guadalajara: Departamento de ciencias médicas. [En línea], disponible en: <http://www.tenlow.es/files/estrategia1.pdf>
- Ministerio de la Protección Social. (2000) Programa de Apoyo a la reforma de Salud. Guía de atención de la Hipertensión Arterial. SA. . Ministerio de Salud de Colombia, Bogotá. Disponible en: <http://www.nacer.udea.edu.co/pdf/libros/guiamps/guias13.pdf>.
- Ministerio de la Protección Social (2000) Resolución 00412 de 2000: Guía de atención de la Hipertensión Arterial. Ministerio de Salud de Colombia, Bogotá.
- Durán de Villalobos, M.M. (2002) Marco epistemológico de la enfermería. Rev.Aquichan, Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/Article/17/34>.
- Geertz, C.(1987) La Interpretación de las culturas. Gedisa, México.
- Holguín, L; Correa, D; Arrivillaga, M; et al. (2006) Adherencia al tratamiento de hipertensión arterial: efectividad de un programa de intervención biopsicosocial. Univ. Psychol. Bogotá 5 (3), 535-547. Disponible en: http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672006000300009&lng=es&nrm=iso. ISSN 1657-9267.
- Iza- Stoll, A. (2006) Tratamiento de la hipertensión arterial primaria. 23(2):93.
- Journal of the American College of Cardiology, Riesgo cardiovascular asociado con menopausia a temprana edad. Disponible en: http://www.encolombia.com/medicina/menopausia/Meno12206/Meno12206_Riesgo.html.
- Lagarde, M. (2004) Identidad femenina. Material didáctico de la División de estudios de postgrado de la Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible en <http://www.posgrado.unam.mx/servicios/productos>
- Leininger, M; McFarland, M.R. (2002) Transcultural Nursing. Concepts, theories, research and practice. 3rd edn. McGraw-Hill, New York.
- National Heart Lung and blood Institute. People Science Health. Información para profesionales. Disponible en: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/>

- Nigro, M^aB; Herrera, H.L.; García, G; Raviolo, L; Ledesma, R.E. (2005) Evaluación de factores de riesgo cardiovascular en mujeres de la tercera edad Instituto del Corazón. Rev Rev Fed Arg Cardiol. (34), 358-365. Disponible en: http://www.fac.org.ar/1/revista/05v34n3/art_orig/ar_ori01/nigro.PDF
- Organización Mundial de la Salud (2005) Una nueva publicación de la OMS analiza los factores de riesgo para la salud. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/new/2005/nw04/es/>
- Palma Campos, C. (2001) Mujeres con diabetes mellitus e hipertensión, la vivencia de su salud, y el autocuidado a partir de la construcción de la identidad femenina. Rev. cienc. adm. financ. segur. Soc 9(2). Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-12592001000200009&lng=es
- Polit, D; Hungler, B. (2000) Investigación científica en ciencias de la salud. Evaluación de datos cualitativos. Interamericana. McGraw-Hill, México.
- Ponty, M. (2008) La fenomenología existencial. Disponible en: http://alejandria.nidaval.com/scripts/Editorial.dll?SE=2_1_0_T0_A288_35
- Rengifo, J; Henríquez, E. (2010) Las pérdidas en el adulto mayor y su calidad de vida. Revista electrónica de portales médicos.com. 5(2),:24 Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1985/1/Las-perdidas-en-el-adultomayor-y-su-calidad-de-vida.html>. Consultado 11/04/2011
- Rodríguez, A; Marín, D; (2007) Prevalencia de la hipertensión arterial sistólica aislada y factores de riesgo asociados en dos barrios del Municipio Independencia Estado Tachira. Rev haban cienc méd . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000200020&lng=es.
- Rodríguez, A; Gómez, A. (2010) Factores influyentes en adherencia al tratamiento en pacientes con riesgo cardiovascular. Rev. Av en Enfermería. 28(1), 63-71.
- Rosano, M; Vitale, C; Tulli, A. (2007) Manejo del riesgo cardiovascular en mujeres menopáusicas, Rev. Colombiana de Menopausia. 13(1) , Disponible: http://www.encolombia.com/medicina/menopausia/Meno132007/Manejo_riesgo_actualidad1.htm



Historia

Hospital de San Lázaro de Granada: 470 años de historia, asistencia sanitaria y vida de los leprosos en el hospital*

Saint Lazarus hospital of Granada:
470 years of history, health and life of hospital lepers

San Lazaro Hospital de Granada:
470 anos de história, saúde e vida dos leprosos no hospital

Jessica Medina García¹

¹ *Diplomada en Enfermería, Masterando en la Universidad de Málaga:
Master Nuevas Tendencias en Investigación en Ciencias de la Salud.*

Cómo citar este artículo en edición digital: Medina García, J. (2012) Hospital de San Lázaro de Granada: 470 años de historia, asistencia sanitaria y vida de los leprosos en el hospital.

16, 34. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.34.05>>

*Correspondencia: Jessica Medina García. Calle Alcalá la Real nº 100,
Edf. Jaima, Bloque 11, Piso 2c, CP 18013, Granada (Granada). Correo electrónico: jmg.enfermera@gmail.com*

Recibido 07/02/2012/ Aceptado: 10/07/2012

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



ABSTRACT

The Saint Lazarus Hospital was founded. Poverty and diseases were seen as a problem of public and social order and medical assistance as a state's task. However, the Church still kept an important role. The aim of this study is to present a general overview of the Saint Lazarus Hospital of Granada, from its beginning to its end, and to describe the lives of le-

pers in the hospital, the organization of health care as well as the role of nurses. The material and methods used in this study include an exhaustive bibliography of electronic resources and books. The method consists of gathering documents published from 1996 to 2010, taking into account variables such as the opening date, its demolition, social and historical context of leprosy, medical assistance and the lives of patients. The main conclusions are: - The hospital was the only hospital founded in Granada in the sixteenth century which took care of lepers and aimed at reducing the spread of the disease. - The main figure of the medical assistance was the permanent doctor and the nurses.

Keywords: Saint Lazarus Hospital, Lepers, History, Nursing.

RESUMO

O Hospital San Lazaro foi fundada por causa da pobreza e da doença nesta época começam a ser vistos como um problema de ordem pública e de assistência o trabalho social do Estado. No entanto, a Igreja continuará a manter um papel importante. O objetivo deste estudo é realizar uma visão geral do Hospital San Lazaro de Granada a partir do momento de abertura ao horário de fechamento, preservar a vida dos leprosos no hospital e organização de saúde, descrevendo a figura de enfermagem. Os materiais e métodos utilizados têm sido uma busca exaustiva por meio de recursos eletrônicos e em formato papel. O método consiste em recolher documentos publicados de 1996 a 2010, tendo em conta variáveis como a abertura de datas e demolição do mesmo, contexto histórico e social da doença da lepra no momento, a organização dos cuidados e da vida dos leprosos em o hospital. As principais conclusões são que o San Lazaro Hospital foi o único hospital fundado em Granada, no século XVI e as funções de isolamento de cuidados, como a prevenção da hanseníase, a figura principal do atendimento médico foi a médica permanente e enfermeiros.

Palavras-chave: San Lazaro Hospital, Lepra, História, Enfermagem.

RESUMEN

El Hospital de San Lázaro fue fundado debido a que la pobreza y la enfermedad en esta época empiezan a ser consideradas como un problema de orden público y social, y la asistencia una labor del Estado. No obstante, la Iglesia seguirá manteniendo un papel importante. El objetivo del estudio es realizar una visión global del Hospital de San Lázaro de Granada desde el momento de su apertura hasta su cierre, prescribir la vida de los leprosos en

el hospital y la organización asistencial, describiendo la figura de enfermería. El material y métodos utilizados han sido una exhaustiva búsqueda bibliográfica mediante recursos electrónicos y en formato papel. El método empleado consiste en recopilar documentación publicada desde el año 1996 al 2010, teniendo en cuenta variables como fechas de apertura y demolición del mismo, contexto histórico y social de la enfermedad de la lepra en la época, organización asistencial y vida de los leprosos en el hospital. Las conclusiones más destacadas son que el hospital fue el único fundado en Granada en el siglo XVI con función asistencial y de aislamiento como prevención de la lepra, la figura principal de la asistencia era el médico, dos enfermeros y dos enfermeras.

Palabras clave: Hospital San Lázaro, Leprosos, Historia, Enfermería.

INTRODUCCIÓN

La historia del Hospital de San Lázaro se extiende a lo largo de 470 años desde su inauguración hasta su demolición. Por tanto, es un Hospital que en la actualidad se haya desaparecido, y sólo vivo en los libros y en el recuerdo de unos pocos. En 1502 fue fundado por los Reyes Católicos Don Fernando y Doña Isabel, para recluir en él a los enfermos de lepra (bancillo de Hanse) (Cambil Hernández, 2010), de ahí el nombre que recibió “Hospital San Lázaro”, ya que este es el patrón de los leprosos.

Tuvo varias ubicaciones, la primera fue en el Albaicín, en la casa de un noble árabe en la placeta de las Tomasas, pero al considerarse perjudicial para los vecinos (Barrios Rozúa, 2006), se trasladó cerca del río Genil (Cambil Hernández, 2010). Este lugar tampoco fue definitivo ya que en 1514 se volvió a trasladar, esta vez extramuros frente a la puerta de Elvi-

ra, a un lado del barrio del Albayzín, cerca de la orilla izquierda del río Beiro. El padre de la Chica en el s. XVIII nos habla ya del Barrio de San Lázaro, en la actualidad más conocido como Plaza de Toros, haciendo referencia también a que el hospital estuvo en otros lugares.

Por tanto, el Hospital de San Lázaro quedó definitivamente situado a nivel urbano, en una zona extramuros, que posteriormente daría lugar al nombre del barrio adyacente, Barrio de San Lázaro (Cambil Hernández, 2010). Hay que destacar que el edificio en el que se instaló el hospital decisivamente no fue constituido para su fin, por eso no presenta la estructura de los lazaretos (Cambil Hernández, 2010).

El objetivo general consiste en realizar un estudio global del Hospital de San Lázaro de Granada desde el momento de su puesta en marcha hasta su cierre y el objetivo específico se centra en describir la vida de los leprosos en el hospital, la organización asistencial y, fundamentalmente, la figura de enfermería.

MATERIAL Y MÉTODO

Este trabajo se ha llevado a cabo desde un punto de vista histórico, social y sanitario, mediante una amplia búsqueda bibliográfica donde el *material* utilizado ha sido producto de una exhaustiva búsqueda bibliográfica mediante recursos electrónicos en bases de datos científicas de ciencias de la salud, considerando como principal fuente Pubmed y el catálogo de la Universidad de Granada. En el caso del formato papel, y consultas de tesis doctorales la búsqueda ha sido realizada en la Biblioteca Biosanitaria y en la Biblioteca de Filosofía y Letras de la misma universidad. El método ha consistido en recopilar documentación publicada desde el año 1996 al 2010, teniendo en cuenta variables como fechas de apertura y demolición del mismo, contexto histórico y

social de la enfermedad de la lepra en la época, organización asistencial y vida de los leprosos en el hospital. En función de los objetivos se sitúan las aportaciones de los distintos autores, y se exponen las conclusiones más relevantes.

RESULTADOS Y SU DISCUSIÓN

El Hospital de San Lázaro era un sitio de reclusión de los afectados de lepra, al considerar la enfermedad como un mal contagioso e incurable, por lo que los poderes públicos intervenían directamente en su funcionamiento. En las constituciones del hospital se recogía que sus enfermos podían pedir limosna en los caminos, pero no en las ciudades, para evitar el contagio de la población. Lo curioso de esto es que las limosnas recogidas se distribuían dando un cuarto del total al mendigo y el resto para el hospital (Sánchez Dehesa García & Universidad de Granada, 2003).

Su organización asistencial era bastante precaria, al médico titular era el responsable de la asistencia médica que se le daba al leproso, y era ayudado por un médico decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada, un cirujano titular, dos enfermeros y dos enfermeras (Sánchez Dehesa García & Universidad de Granada, 2003).

El *médico titular* tenía como principal obligación asistir a los enfermos y dependientes del hospital, y reconocerlos para su acogida o alta en el hospital. El *cirujano titular* tenía funciones muy parecidas, ya que ambos visitaban diariamente a los enfermos, en compañía de los enfermeros y les prescribían los medicamentos necesarios. Además realizaba certificados de contagio o de curación a los enfermos que querían entrar o salir del hospital.

El *médico decano* confirmaba la dolencia que expresaba el médico y el cirujano en los certificados de los enfermos admitidos o

despedidos, siendo su informe definitorio si ambos tenían diversidad de opiniones. Los dos enfermeros y las dos enfermeras eran los encargados de cumplir las prescripciones facultativas del médico y cirujano titular. Los practicantes con frecuencia alteraban el orden dietético o farmacológico que había sido prescrito por el médico, lo que hacía que la asistencia médica no fuera la correcta.

Los *dos enfermeros* tenían entre sus funciones atender a los enfermos varones ingresados, limpiar las enfermerías, asistir a los enfermos que estaban en la cama, llevándoles la comida y los medicamentos prescritos por los médicos, hacer la cama de los pacientes postrados, vigilar a los encamados, si había algún enfermo grave, se alternaban los dos enfermeros de día y de noche para atenderlo, y amortajaban cuando alguno moría.

Además debían pasar visita con el médico y llevar un cuaderno para anotar las prescripciones, entre las cuales se incluía la barbería. El enfermero también cuidaba de la botica, ocupándose de traer de fuera lo necesario y preparaba los ungüentos, refrescos, cocimientos, y remedios caseros fáciles. También uno de ellos tenía que acompañar al cirujano con otro cuaderno, en las visitas y curaciones, ayudándole en todo lo necesario, a curar las úlceras comunes de los leprosos, que por estar en cama no lo pudieran hacer ellos mismos. El segundo enfermero además de las tareas propias del enfermero también era barbero, tenía que afeitarles y cortarles el pelo a los leprosos. Las dos enfermeras sin embargo, atendían sólo a mujeres enfermas. Tenían como principal obligación el cuidado a las mujeres encamadas, servirles la comida, la limpieza de la enfermería, llevar a cabo las indicaciones que el médico mandaba, y cuidar del remiendo de toda la ropa de los enfermos.



Estas funciones eran auxiliares, en comparación con las que hacían los enfermeros, e incluso cobraban menos (Sánchez Dehesa García & Universidad de Granada, 2003).

Para la asistencia espiritual a los enfermos y el mantenimiento de la iglesia había un *capellán*, que era ayudado por el sacristán y el mayoral mampastor (Sánchez Dehesa García & Universidad de Granada, 2003), cuyos quehaceres eran decir misa tanto los domingos como los días festivos y viernes de cada semana, además de enseñar la doctrina a los enfermos y ayudarles al buen morir (Cambil Hernández, 2010).

Para conocer mejor la vida de los leprosos en esta época hay que considerarlos dentro de un marco histórico y social. La lepra es una enfermedad infecciosa y crónica que llegó a Europa transmitida por los ejércitos del Imperio Romano. A lo largo de los siglos VII y VIII, se produjo un recrudecimiento de la misma que provocó un internamiento de estos enfermos en hospitales y casas para tratar de evitar el contagio, llamadas leproserías. No obstante, la propagación de esta enfermedad en Europa vino determinada por dos hechos fundamentales: las Cruzadas y el Camino de Santiago. En los siglos XI y XII pasaron a tener un carácter endémico. A comienzos del siglo XV la lepra empezó a disminuir en Europa, aun que de forma más lenta en España y Portugal. Los fac-



tores que influyeron en este descenso fueron la mejora de la política sanitaria, sobre todo en el aspecto de separación de leprosos del resto de la sociedad; los progresos de la higiene y mayor conocimiento sobre el diagnóstico y el contagio. Esta reducción se mantuvo en los siglos XVI, XVII y XVIII, que produjo cierta despreocupación por parte de las autoridades, lo cual produciría un recrudecimiento de la enfermedad a finales del siglo XIX.

También es de destacar la propagación de la lepra por Andalucía, Levante y Extremadura que tuvo lugar hasta el año 750 por los islámicos. En este caso, la propagación en los territorios del Al-Andalus fue tan austera porque los árabes no separaban a los leprosos del resto. Solo hacían tal cosa cuando los leprosos tenían un aspecto desagradable por sus deformaciones y mutilaciones. Por tanto, Al-Andalus padeció una endemia crónica de lepra (Sánchez Dehesa García & Universidad de Granada, 2003).

Los leprosos estaban totalmente rechazados por la sociedad y hasta por sus propias familias, debido al miedo al contagio. Provocaban repulsión por las deformidades físicas que sufrían, las cuales contradecían los cánones de belleza que eran muy valorados desde el punto de vista social.

El estigma de la lepra se origina durante la Edad Media, debido al escaso desarrollo de

la Medicina y por la influencia de explicaciones incoherentes de la Iglesia, el castigo divino. Los leprosos tenían la obligatoriedad de avisar de su presencia y de su existencia. Su vestimenta debía de ocultar las deformaciones físicas, con vestiduras largas hasta los pies, guantes y capuchón o sombrero para cubrirse la cabeza. Esta imposición fue más propia de la Edad Media, pero se mantuvo hasta el siglo XX (Sánchez Dehesa García & Universidad de Granada, 2003).

La vida de los leprosos en el hospital mejoraba, sobre todo en el caso de los pobres. Encontraban en él su segundo hogar, donde eran tratados como personas, al contrario que en la calle donde eran rechazados y eran considerados como los “apestados”. Los leprosos podían realizar trabajos dentro del recinto hospitalario y llevar una vida social restringida (Sánchez Dehesa García & Universidad de Granada, 2003).

El carácter de los enfermos de lepra, debido a la consideración social de su mal, los hacía ser personas introvertidas, tristes y con escasa valoración de sí misma (Sánchez Dehesa García & Universidad de Granada, 2003). Sentían vergüenza de su propia enfermedad y lo ocultaba por miedo a ser reclusos.

Los factores que más influían en la actitud negativa frente a la lepra eran (García Monlleó & Universidad de Granada, 1996):

- Influencia bíblica, ya que se consideraba como un castigo divino padecer la enfermedad.
- Evolución de la enfermedad a lo largo de la historia.
- Propagación en Asia, Europa y África.
- Iconografía social a través de las pinturas, escultural y literatura, que reforzó el prejuicio hacia la enfermedad.

- El tener lepra originaba una “muerte social”.
- Prejuicios milenarios.
- Asociación de la lepra con deformaciones físicas.

La lepra mutilaba a sus víctimas de una forma espantosa, gangrenando los miembros superiores e inferiores hasta que éstos se desprendían. Esto, unido al olor pestilente de las heridas, motivó el rechazo social de una de las enfermedades más temidas por aquellos entonces. En todo caso, la palabra lepra causaba horror, espanto, temor y rechazo social (Sanchez Garcia, 1996). En el 1792 el número de enfermos aumentó considerablemente, ya que en este año pasó a ser Hospital General de todos los reinos de España, acudiendo enfermos de todas partes de la península (Cambil Hernández, 2010), a excepción de Sevilla por tener un centro de similares características en la ciudad (Moreno Toral, 1997).

En 1839 el hospital paso a ser sustentado por la Administración General de Beneficencia de la Diputación Provincial de Granada que encargo la asistencia a los enfermos a las Hijas de la Caridad (Barrios Rozúa, 2006). Siguió funcionando como hospital de leprosos y otras enfermedades infecciosas. En 1937 la Comisión Gestora de Provincial acordó realizar importantes reformas por la necesidad evidente de la Guerra Civil. Pero aún así, el edificio quedó anticuado y se decidió trasladar sus servicios a otros centros más modernos (Barrios Rozúa, 2006). En 1971 fue desalojado (Barrios Rozúa, 2006) y en 1973 (Cambil Hernández, 2010) fue derribado. Hoy en día en su lugar se encuentra las oficinas de la Diputación y juzgados (Barrios Rozúa, 2006), el Centro de Salud Universitario La Caleta y El Centro Victoria Eugenia de Educación Infantil, primaria

y de adultos (Cambil Hernández, 2010).

CONCLUSIONES

El hospital fue fundado porque la pobreza y la enfermedad eran consideradas como un problema de orden público y social, y la asistencia una labor del Estado, aun que la Iglesia siguió manteniendo un papel preponderante.

Fue el único hospital fundado en Granada en el siglo XVI con función asistencial y de aislamiento como prevención de la enfermedad.

Presenta diferencias con las demás instituciones del siglo XVI como son la especialización con respecto a sus enfermos atendiendo en su mayoría a leprosos.

En 1792 el hospital pasó a ser Hospital General del Reino de España, lo que aumento considerablemente el número de enfermos.

La figura principal de la asistencia es el medico titular, al que le ayudaba el medico cirujano y el medico decano. En el caso de los dos enfermeros y las dos enfermeras cumplían las prescripciones facultativas de los médicos. Las funciones de las enfermeras eran auxiliares, en comparación con las que hacían los enfermeros, e incluso cobraban menos.

Los practicantes con frecuencia alteraban el orden dietético o farmacológico que había sido prescrito por el médico, lo que hacía que la asistencia médica no fuera la correcta.

El tener lepra originaba una “muerte social”, debido al rechazo por las deformidades físicas que sufrían, las cuales no correspondían a los cánones de belleza de la época, además muy valorados por la sociedad.

Los hospitales como San Lázaro y las leproserías eran el único asilo para estos enfermos, aquí al menos eran tratados como personas, convirtiéndose el hospital o leprosería como su segundo hogar, lo que influía positivamente en su enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

- Barrios Rozúa, J. M. (2006) Guía de la Granada desaparecida (2da ed.). Editorial Comares, Granada.
- Cambil Hernández, M^a E. (2010) Los hospitales de Granada: (siglos XVI-XXI): tipología, catálogo e historia. Editorial Universidad de Granada, Granada.
- García Monlleó, F. J., & Universidad de Granada. (1996) La asistencia hospitalaria en Granada: El Hospital de San Juan de Dios (1552-1835). Granada.
- Moreno Toral, E. (1997) Estudio social y farmacoterapéutico de la Lepra: El Hospital de San Lázaro de Sevilla (Siglo XIII-XIX). Diputación Provincial de Sevilla, Sevilla.
- Sánchez Dehesa García, R. M., & Universidad de Granada. (2003). El Hospital de San Lázaro de Granada. 1800-1830, Granada.
- Sanchez Garcia, R. (1996) La lepra en España en la primera mitad del siglo XX. Universidad Complutense, Madrid.





Autobiografías de enfermeras: la profesionalización de enfermería durante las guerras*

Autobiography of nursing:
nursing professionalization during the war

Autobiografias de enfermeiros:
a profissionalização da enfermagem na guerra

Ana Choperena Armendáriz¹

¹Licenciada en Humanidades y Diplomada en Enfermería. Máster en Ciencias de la Enfermería. Profesora Colaboradora Historia de la Enfermería. Facultad de enfermería Universidad de Navarra.

Cómo citar este artículo en edición digital: Choperena Armendáriz, A. (2012) *Autobiografías de enfermeras: la profesionalización de enfermería durante las guerras*.

16, 34. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.34.06>>

Correspondencia: Ana Choperena Armendáriz C/ Irunlarrea, 1, 31008. Pamplona (Navarra). Mail: achoperena@unav.es
Recibido 03/02/2012/ Aceptado: 08/06/2012

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



ABSTRACT

This paper proposes an historical analysis of a group of nurses whose autobiographies of dramatic experiences in the exercise of his profession during the American Civil War helped to shape the nursing profession.

The autobiographies are an important component of self-perception that not only becomes a way of conveying a reality from the subjective point of view and personal,

but also helps shape a collective identity.

Thus, the historical analysis of the experiences of nurses can lead to understanding of the nature of a young profession that came in the nineteenth century and that has taken

shape over the twentieth century, reaching a clearly defined status and self-discipline with its development and specific practice.

We have chosen the context of the American Civil War because of its impact in the professional development of nursing. It is well known that the experience of the dramatic events excites reflection after a while, and often results in retrospective autobiographical accounts that reflect the referential aspect of events.

Keywords: Nursing, Autobiography, History, Self-Knowledge, American Civil War.

RESUMO

Este artigo propõe uma análise histórica de um grupo de enfermeiros cujas autobiografias de experiências dramáticas no exercício de sua profissão durante a Guerra Civil americana ajudou a moldar a profissão de enfermagem.

As autobiografias são um componente importante de auto-percepção de que não só se torna uma maneira de transmitir uma rea-

lidade do ponto de vista subjetivo e pessoal, mas também ajuda a moldar uma identidade coletiva.

Assim, a análise histórica das experiências de enfermeiros pode levar à compreensão da natureza de uma profissão jovens que vieram no século XIX e que tomou forma ao longo do século XX, atingindo um estatuto claramente definido e auto-disciplina com seu desenvolvimento e prática específica.

Nós escolhemos o contexto da Guerra Civil Americana por causa de seu impacto no desenvolvimento profissional de enfermagem. É bem sabido que a experiência dos acontecimentos dramáticos excita reflexão depois de um tempo, e muitas vezes resulta em relatos autobiográficos retrospectiva que refletem o aspecto referencial de eventos.

Palavras-chave: Enfermagem, Autobiography, História, Auto-Conhecimento, Guerra Civil americana.

RESUMEN

Este trabajo propone el análisis histórico de un grupo de autobiografías de enfermeras cuyas dramáticas experiencias en el ejercicio de su profesión durante la Guerra Civil Americana ayudaron a configurar la profesión de enfermería.

Las autobiografías tienen un importante componente de auto-percepción que no sólo les convierte en un modo de transmitir una realidad desde el punto de vista más subjetivo y personal, sino que también ayuda a configurar la identidad de un colectivo.

De esta manera, el análisis histórico de las experiencias de enfermeras puede conducir al conocimiento de la naturaleza de una joven profesión que nació en el siglo XIX y que se ha ido configurando a lo largo del XX, alcan-

zando un estatus perfectamente definido y una disciplina propia, con su desarrollo y práctica específica.

Se ha escogido el contexto de la Guerra Civil Americana por su repercusión en cuanto al desarrollo profesional de la enfermería. Es bien sabido que la experiencia de los acontecimientos dramáticos excita la reflexión personal al cabo de un tiempo, y en muchas ocasiones da lugar a relatos autobiográficos retrospectivos que reflejan el aspecto referencial de los acontecimientos.

Palabras clave: Enfermería, Autobiografía, Historia, Autoconocimiento, Guerra Civil Americana.

INTRODUCCIÓN

El género autobiográfico tiene un importante componente de autoconocimiento, que no sólo lo convierte en un modo de transmitir una realidad desde el punto de vista más subjetivo y personal, sino que además, ayuda a configurar la identidad de un colectivo, que en este caso afecta a la profesión de enfermería.

El conocimiento del pasado de la enfermería puede convertirse en un medio para hacer frente al futuro gracias a la proyección de experiencias ya acontecidas y puede mostrar que lo que hoy existe de una manera, no fue siempre así.

La tradición autobiográfica de enfermeras no es copiosa. Este aspecto, motivado por la influencia de una sociedad en la que las mujeres no se sentían capaces o incluso libres para hablar de sí mismas, ha llevado a que los relatos autobiográficos de enfermeras durante la Guerra civil Americana no abundan. Es indudable que dicha escasez acrecienta el interés de dichos relatos, tanto desde el punto de vista específico que se propone ahora (conocimiento)

como desde el punto de vista, estrictamente, de la crítica literaria en torno al género autobiográfico.

En el estudio que aquí se propone, se ha escogido el contexto de la Guerra Civil Americana por su repercusión en el desarrollo de la profesión de enfermería. Además, es bien sabido que la experiencia de los acontecimientos dramáticos excita la reflexión personal al cabo de un tiempo y, en muchas ocasiones, da lugar a relatos autobiográficos retrospectivos que refuerzan la conciencia colectiva de una profesión.

Con todo esto, se propone el estudio de autobiografías de enfermeras que trabajaron durante la Guerra Civil Americana como fuente de conocimiento de los inicios profesionales de la enfermería.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

Los estudios de formación y consolidación de una identidad profesional colectiva, utilizando las autobiografías como fuente, se han llevado a cabo en distintos campos. Destacan, particularmente, los llevados a cabo para la profesión de los historiadores. El libro de Jeremy Popkin, *History, Historians & Autobiography* constituye un buen modelo para el análisis de la configuración de la identidad profesional de las enfermeras que se propone.

En cuanto a los estudios que analizan escritos personales de enfermeras durante la Guerra Civil americana, cabe destacar los trabajos de Jane E. Schultz, Sister Mary Denis Maher, Mary Ann Cordeau, Cornelia Sexauer y Mercedes Graf. Hasta el momento, no se ha encontrado ningún otro trabajo que, de manera específica, trate los géneros autobiográficos en esta guerra y su repercusión para la enfermería. Ante este panorama, la utilidad del estudio que se propone queda reforzada.

AUTOBIOGRAFÍA, HISTORIA Y AUTOCONOCIMIENTO

Resulta complicado establecer una definición universal de autobiografía. El género autobiográfico surgió, en un primer momento, como una rama de la biografía. Dilthey (1914) fue el primero que supo ver la importancia de la autobiografía como herramienta de percepción histórica (Eakin, 1992:182) y propuso la aproximación a la historia a través de la autobiografía. Así, se puede hacer una verdadera historia intelectual a través de textos autobiográficos (Aurell, 2005).

El conocimiento de la historia de la enfermería sirve para comprender tanto el presente de la profesión como el futuro, gracias a la proyección del pasado. De hecho, la experiencia directa de los acontecimientos no es, necesariamente, la mejor senda hacia su comprensión puesto que el campo visual puede que no se extienda mucho más allá de los sentidos inmediatos (Gaddis, 2004). La historia de la enfermería difícilmente puede transmitirse y fijarse de otro modo que no sea a través de la escritura, del texto histórico.

Las circunstancias de las vidas de las enfermeras son un testimonio elocuente del rastro histórico que ellas mismas han dejado, al tiempo que condicionan el modo actual de percibir el pasado. Las enfermeras que relatan sus experiencias en la guerra, toman distancia de los acontecimientos, se elevan y trascienden el ámbito de lo inmediato. Así, además de sujetos que experimentan una serie de vivencias, se convierten en testigos privilegiados de la historia. Por todo esto, más allá de una mera reproducción de la experiencia:

- between the parts we see a connection which neither is, nor is it intended to be, the simple likeness of the course of a life of so many years, but which, because understand-



ding is involved, expresses what the individual knows about the continuity of his life (Dilthey, 1962: 85-86).

Por tanto, la autobiografía posibilita la comprensión de las experiencias vitales de manera enlazada, como un todo con sentido global.

Al género autobiográfico se le atribuye la capacidad de provocar y posibilitar el autococonocimiento, no sólo del autor, sino también del lector. Según Olney, as readers we go to history, as to philosophy, to autobiography and poetry, to learn more not about other people and the past but about ourselves and the present (Olney, 1972:36-37). Popkin admite que, cada vez que lee memorias de historiadores, éstas le llevan a reflexionar sobre las características, no sólo de su profesión, sino de su propia vida. La lectura de relatos autobiográficos de enfermeras puede conducir al conocimiento de las raíces de la profesión y a la profundización en el conocimiento propio.

El autor de un relato autobiográfico puede describir el pasado desde dentro y desbordar motivos y reacciones que un observador externo nunca hubiera percibido (Popkin, 2005:6). Un relato histórico puede convertirse en un texto árido y estéril que se limite a la narración de unos hechos carentes de sentido por sí mis-

mos. En cambio, las enfermeras que trabajaron en la Guerra Civil Americana pueden transmitirnos sentimientos y emociones, en definitiva, significados que conducen al conocimiento.

FUENTES PRIMARIAS

La experiencia de la Guerra Civil Americana supuso para el mundo de la enfermería no sólo los albores de una profesión que se venía ya forjando gracias a la figura de Florence Nightingale sino también la toma de conciencia de la importancia de un conjunto de mujeres que tuvieron en sus manos los cuidados de miles de soldados y heridos. A través de las fuentes primarias que se conservan de algunas de aquellas protagonistas se puede alcanzar a conocer sus experiencias vitales. Dichas fuentes sirven como modelo de identificación y de aprendizaje. La lectura de sus relatos autobiográficos, posibilita la toma de conciencia de la identidad profesional de la enfermería y, de esta manera, el conocimiento del pasado cumple con su función.

Las guerras forman parte del pasado y se recurre a ellas para el conocimiento, en este caso, de la profesión de enfermería. La guerra funciona como un símbolo familiar de experiencia colectiva y puede servir de conexión, a través de la autobiografía, entre la referencia biográfica y la referencia histórica (Eakin, 1992:179).

Tanto los acontecimientos públicos como los privados forman parte por igual del entramado de la vida y el punto a partir del cual los consideramos separados es ficticio. Esto lleva a que, tanto los aspectos históricos como los puramente biográficos de los relatos que se proponen resulten útiles a la hora de configurar la historia de la profesión. De hecho, los historiadores han recurrido, en numerosas ocasiones, al análisis histórico de narraciones autobio-

gráficas en torno al fenómeno de la guerra y han reflejado cómo esa experiencia contribuyó en el desarrollo, no sólo de su profesión, sino de sus propias vidas. Incluso, las experiencias de guerra son tomadas, en ocasiones, como acontecimientos más determinantes que la propia infancia. Con todas estas aportaciones, los escritos autobiográficos de guerra contribuyen a la comprensión de las experiencias humanas.

Así pues, el contexto de la Guerra Civil Americana se convierte en el medio adecuado para alcanzar el conocimiento de los inicios de la profesión. Las circunstancias de las vidas de las enfermeras que desempeñaron los cuidados de los heridos y enfermos son un testimonio elocuente del rastro histórico y profesional que ellas mismas fueron dejando, al tiempo que condicionan la percepción del pasado y del presente y la proyección del futuro.

CONCLUSIONES

El género autobiográfico puede emplearse como herramienta para la configuración de la historia profesional de la enfermería. El componente de autoconocimiento presente en las autobiografías puede colaborar en el fortalecimiento de la identidad profesional de la enfermería actual.

El análisis histórico de los relatos autobiográficos de enfermeras puede aportar matices que enriquezcan la comprensión general de la disciplina.

Las circunstancias de las vidas de las enfermeras que desempeñaron los cuidados de los heridos y enfermos durante la Guerra Civil Americana son un testimonio elocuente del rastro histórico y profesional que ellas mismas fueron dejando, al tiempo que condicionan la percepción del pasado y del presente y la proyección del futuro.

BIBLIOGRAFÍA

- Aurell, J.(2005) La escritura de la memoria. Universitat de Valencia, Valencia.
- Cordeau, M. A. (2009) A Method for Historicizing Lived Experience. *Advances in Nursing Science*, 32 (1), 75-90.
- Dilthey, W. (1962) *Pattern and Meaning in History: Thoughts on History and Society*. Ed. H. P. Rickman. Harper and Row, New York.
- Eakin, Paul J.(1992) *Touching the World*. Megazul-Endymion, Madrid.
- Graf, M. (2010). *On the Field of Mercy. Women Medical Volunteers from the Civil War to the First World War*. Humanity Books, New York.
- Gaddis, J.L. (2004) *El Paisaje de la Memoria*. Anagrama, Barcelona.
- Maher, Sister M.D. (1999) *To bind Up the Wounds: Catholic Sister Nurses in the U.S. Civil War*. Louisiana State University Press, Louisiana
- Olney, J. (1972) *Metaphors of Self: The Meaning of Autobiography*. Princeton University Press, . Princeton, N.J.
- Popkin, J.D. (2005) *History, Historians & Autobiography*. University of Chicago Press, Chicago.
- Schultz, J.E. (2004) *Women at the Front: Hospital Workers in Civil War America*. The University of North Carolina Press, North Carolina.
- Sexauer, C. (2002). *Untold Stories: Women in the Civil War*. *CRM*, (4), 30-32.

La construcción social de las oligarquías sanitarias en una ciudad del mediterráneo occidental.

El kairós de una clase dominante.

Elementos de cambio de sociedad en Elche, 1884-1903

The social construction of sanitary oligarchies in a city of the western Mediterranean. The kairos of a ruling class.

Elements of Elche changing society, 1884-1903

A construção social das oligarquias sanitárias em uma cidade do Mediterrâneo ocidental. Os kairos de uma classe dominante.

Elementos de Elche sociedade em mudança, 1884-1903

Mariano Monge Juárez³

¹ Doctor en historia contemporánea por la Universidad de Alicante

Cómo citar este artículo en edición digital: Monge Juárez, M.(2012) *La construcción social de las oligarquías sanitarias en una ciudad del mediterráneo occidental. El kairós de una clase dominante: elementos de cambio de sociedad en Elche, 1884-1903.* 16, 34. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.34.07>>

Correspondencia: Mariano Monge Juarez mongejuarez@hotmail.com.
Recibido 0/04/2012/ Aceptado: 08/07/2012



ABSTRACT

The purpose of this paper is to study the health oligarchies and their relationship with the change of society, which is the process of contemporaneización in Elche, a city in the southeast of the peninsula, near the border of the former Kingdom of Valencia with that of Murcia, in the western Mediterranean, during the time of transformation of their means of life and worlds having as reference the period from the opening of the railway and the chol-

era epidemic in 1884, the origins of the footwear industry and the great strike working in 1903.

Keywords: Oligarchy health, societal change, cholera, science journalism, public health.

RESUMO

O objetivo deste trabalho é estudar as oligarquias de saúde e sua relação com a mudança da sociedade, que é o processo de contemporaneização em Elche, uma cidade no sudeste da península, perto da fronteira do antigo Reino de Valência com o de Murcia, no Mediterrâneo Ocidental, durante o tempo de transformação dos seus meios de vida e mundos tendo como referência o período a partir da abertura da estrada de ferro e da epidemia de cólera, em 1884, as origens da indústria do calçado e da grande greve trabalhando em 1903.

Palavras-chave: Oligarquía, mudança social, a raiva, o jornalismo científico, de saúde pública.

RESUMEN

El objeto de este artículo es el estudio de las oligarquías sanitarias y su relación con el cambio de sociedad, que supone el proceso de contemporaneización en Elche, una ciudad del sureste de la península, casi en la frontera del antiguo Reino de Valencia con el de Murcia, en el Mediterráneo occidental, durante el momento de transformación de sus medios y mundos de vida que tienen como referentes el periodo comprendido entre la inauguración del ferrocarril y la epidemia de cólera en 1884, los orígenes de la industria del calzado y la gran huelga obrera de 1903.

Palabras clave: Oligarquía sanitaria, cambio de sociedad, cólera, periodismo científico, salud pública.

En una carta privada, Adriano confesaba de su puño y letra que le era difícil seguir siendo el emperador en presencia de su propio médico. Incluso al conquistador de la antigua Dacia le resultaba imposible *guardar la calidad de hombre* ante su médico privado, Hermógenes, ante cuyos ojos, el hombre más poderoso de Roma se presentaba como *un saco de huesos, una triste amalgama de linfa y sangre*. Así relata Margarite Yourcenar los últimos meses de la vida de Adriano en su recomendable novela. Este retrato literario, más allá de la especulación histórica, capta el valor histórico y antropológico de un factor, la salud, pero sobre todo, nos advierte de la capacidad de influencia de sus administradores. Los médicos siempre han detentado un poder social. Dominan un saber cifrado, del que depende la existencia de su paciente, sea éste un simple guarnicione-

ro, un general o el primer ministro. Un gesto en la cara, un silencio o un susurro a nuestra espalda del galeno puede derrumbarnos. La imagen que construye la narrativa de Yourcenar no hace más que recalcar la importancia social del devenir de la vida y la muerte, tanto en el aspecto social como en el privado. Por tanto, el campo de la salud será siempre uno de esos factores estratégicos que no podemos desestimar en la historia del poder, campo que a menudo olvida la historiografía clásica.

1. La construcción de una oligarquía sanitaria

Todo proceso de construcción social de una realidad, sea ésta un grupo de influencia o una institución, implica un proceso simultáneo en el que, de algún modo, se *destruyen* las estructuras anteriores para tejer un entramado que penetra como un rizoma en todos los aspectos de la vida (Deleuze y Guattari, 2003). Hemos de interpretar dicha metamorfosis como una categoría necesaria en todo desarrollo de un cambio de sociedad (Nisbet, Khun y White, 1993). Es decir, la construcción de un complejo oligárquico sanitario dominado por el poder de los médicos u otros profesionales, como enfermeros o farmacéuticos, significa un cambio social que contribuye decisivamente en la transformación de cualquier ciudad. La nueva hegemonía influirá y modelará aspectos económicos, sociales y culturales, de modo que sus aportaciones supondrán un giro irreversible en los siguientes ámbitos:

Primero: en la orientación del mundo de la industria, en cuanto a organización de horarios, condiciones de producción de los operarios u operarias, sobre todo en el caso del trabajo infantil. Los médicos son una fuerza activa, presente en la fundación de las primeras asociaciones obreras de socorros mutuos, es decir, en el caso de Elche, serán un agente

decisivo en la dialéctica de clase entre dos momentos cargados de significación, la fundación del Centro Obrero Illicitano -1885- y la huelga de 1903.

Segundo: la intervención de las oligarquías sanitarias en la política local tiene como consecuencia el diseño y ejecución de un nuevo urbanismo, cuyo destino no será sólo la preservación de la salud pública sino también la reconstrucción y orientación de la nueva ciudad.

Tercero: por primera vez encontramos el periodismo de divulgación protagonizado también por los principales médicos de la ciudad. Periodismo que, por primera vez, se ocupa de informar a la ciudadanía de un modo comprensible acerca de temas relacionados con la salud, las estrategias de cuidados frente al cólera o la gripe, o incluso las causas científicas de la enfermedad.

Así, en el proceso de contemporaneización (fig. 1) de la ciudad de Elche, nos encontramos con que el complejo oligárquico de carácter sanitario se convierte en un agente de cambio social decisivo, presentado, por una parte, en el formato oligarquía, y por otra, en el de generación de intelectuales locales, la de 1884. En nuestro caso, y sobre todo tras la presencia de la epidemia de cólera entre 1884 y 1885, la propia ciudad, el espacio urbano cambiante a marchas forzadas por influencia directa de la citada oligarquía, se convierte en ese *marco funcional* (Siles, 1999) general, articulado por otros sub-marcos, como el Hospital de caridad, el propio edificio consistorial o los domicilios familiares en los que trabajan directamente las oligarquías sanitarias en calidad de elementos de cambio social.

Por otra parte, encontramos la unidad funcional como el *kairós*, en cuanto a tiempo de cambio de sociedad protagonizado por el cólera (1) y el proceso de industrialización. Es

conveniente resaltar que se trata de un *kairós* ético si aplicamos la formulación de Paul Tillich (Cruz Cuevas, 2007), localizado en el instante en que empiezan a progresar las primeras organizaciones filantropía, solidaridad civil y obrera o confianza en el progreso científico, al margen de las antiguas estrategias de naturaleza religiosa. Nos encontramos, por tanto, ante un tiempo sobrecargado de significación, en el que el binomio salud-enfermedad constituye un pilar fundamental para el análisis histórico. Es decir, por primera vez, de la irreconciliable dialéctica salud-enfermedad se desprende una forma de aporía ya que se da la siguiente paradoja; aún siendo el cólera en Elche un hecho luctuoso y dramático, esta misma epidemia se convierte en condición necesaria para el cambio irreversible (progreso, proceso de *contemporaneización*) en los modos de vida de una ciudad.

El siglo XIX, y sobre todo sus últimos años, de vertiginoso progreso, supone la definitiva escisión entre ciencia y sociedad, medicina y saber popular, cuidados doméstico y, ya en estos años, cuidados profesionales. El acceso al conocimiento científico se limita a través de la institucionalización de los estudios de medicina. Se genera un contexto social e institucional de posicionamiento y auge de la Universidad, en el que el médico (Sánchez, 2008), -junto al abogado, el ingeniero o el arquitecto- es hegemónico debido a que controla un conocimiento cifrado, a través del cual es capaz de salvar vidas. El mismo proceso, aunque más débil y lento, tiene lugar con respecto a la formación de las enfermeras. Desde 1870 Concepción Arenal demandará la necesidad de crear una Escuela de Enfermería (Siles, 1999), aunque no llegará hasta el siglo XX.

En nuestro periodo, la oligarquía sanitaria se compone de existen médicos y farmacéu-

ticos públicos, que el Ayuntamiento nombra para cada una de los distritos en los que se divide el municipio. Apenas un puñado de tres o cuatro documentos hacen referencia a los enfermeros y enfermeras como tales, es decir, con funciones específicas, profesionalizadas. Se consolida así, y en este momento, la oligarquía sanitaria, una clase dominante compuesta por los licenciados en medicina. Y será el Cabildo el encargado de distribuir a médicos y farmacéuticos en puestos de control sobre las instituciones básicas: el Hospital de la caridad, la cárcel municipal (1), la comisión de beneficencia, la de reformas sociales o la de salud pública. Por otra parte, existen médicos privados, que ejercen su trabajo en sus consultas. La figura del enfermero se encuentra ausente, desprovista de reconocimiento profesional. En cambio, como si la cuestión de género ejerciera un papel singular, no ocurrirá lo mismo con la enfermera, sujeto recurrente en la prensa y en la documentación municipal, pero siempre vinculado a la beneficencia, más incluso que al propio ejercicio profesional de los cuidados, adheridos a la citada condición de género, que fomenta la tanto la Iglesia como la cultura política municipal de finales del siglo XIX.

En síntesis, dicha oligarquía sanitaria, la clase médica, (Rodríguez, 1981), ocupará un papel clave en el proceso de *contemporaneización* de la sociedad ilicitana debido, sobre todo, a la función decisiva que adquiere durante el cólera y a las consecuencias que la epidemia produce en todos los sectores de la sociedad ilicitana, tanto en materia de salud pública, como en cuanto a otras respuestas organizativas en la ciudad y el Ayuntamiento. Dicha oligarquía médica ilicitana se puede identificar con tres grandes nombres: el propietario Manuel Campello –Dr. Campello–, presente en casi todos los aspectos de la ciudad, sobre todo



en cuanto al urbanismo y agricultura, Santiago Pomares Ibarra (2), articulista habitual en la prensa local, humanista y masón, miembro de una larga dinastía de médicos que procede también de la burguesía urbana, y por último, Alfredo Llopis, industrial, y médico influyente en esa prensa de divulgación ya referida a la que también podemos asociar nombre propios del caciquismo local, como el de Luis Gómez Aznar, que fuera director de sanidad de Santa Pola(3), hermano de José Gómez –administrador del marqués del Bosch– y a su vez, cuñado del periodista Juan de Mata Coquillat.

En cuanto a los farmacéuticos, quedarán relegados a una posición de segundo plano, y sólo cabe citar un aspecto de su función pública; la distribución de medicamentos a los pobres de la ciudad (4), que sufragaba el Ayuntamiento. No obstante, hemos de destacar la labor del farmacéutico municipal Manuel Pomares Ibarra –hermano del citado médico Santiago Pomares–, sobre todo por su dimensión humanitaria en la asistencia a los inscritos en el padrón de pobres, ya desde su puesto como interino en 1895 (5) o como titular, en años posteriores.

Acerca de la faceta privada de las farmacias, la inexistencia de documentos nos imposibilita una conclusión adecuada sobre su influencia social de estos establecimientos

en la ciudad. Queda este campo abierto, por ejemplo, para un análisis de las fotografías supervivientes, que en muchos casos centran su objetivo en la importancia de las farmacias.

Por tanto, la esfera –el marco funcional- en el que la clase médica ejerce su poder o influencia se puede dividir en el ámbito privado y público: en el segundo, a su vez, encontramos tres campos de acción: la intervención en la prensa como periodistas o divulgadores científicos, el diseño y organización de la salud pública, que trascenderá a aspectos muy diversos, como la arquitectura, el urbanismo, la industria o el comercio:

En el caso de Elche, destaca, por ejemplo, la influencia del citado Doctor Campello, que desde su posición, de gran propietario, persona de prestigio social, es el impulsor de la plaza de la *glorieta*, que se abre en el centro de Elche en la década de los años noventa, un espacio que cambiará en buena parte el plano de la ciudad en el siglo XX. En el otro campo, el de la industria y la salud pública, es la constante lucha entre el Ayuntamiento, el vecindario y algunos industriales, que pretenden instalar sus fábricas dentro del casco urbano, dialéctica que no podemos desligar del debate estatal, como tampoco podemos obviar los paralelismos entre oligarquía local y élites médicas nacionales, sobre todo a través de las redes que ofrece la masonería. Un ejemplo significativo es el caso de la relación que la ciudad establece con Jaime Ferrán en mismo momento en que el científico catalán adquiere una especial dimensión europea tras el descubrimiento de su vacuna contra el cólera. Ferrán, miembro de la masonería catalana, visitará la ciudad invitado por Santiago Pomares, también masón, y establecerá una estrecha relación con la ciudad desde al menos su visita en agosto de 1885.(6).

1.1. Periodismo de divulgación

Por otro lado, muchos médicos se encontrarán presentes en la prensa como analistas críticos de la sociedad, no sólo ante las epidemias, sino también en otras cuestiones sobre las que solían opinar en calidad de científicos. Uno de los casos que destaca en la ciudad, junto al del Dr. Campello, es el del ya citado Santiago Pomares Ibarra, conocido masón, impulsor en la ciudad de la Cruz Roja, y uno de los primeros introductores de la meteorología en Elche, sobre todo porque será uno de los pocos, sino el único médico que decide quedarse en la ciudad durante la epidemia de cólera de 1885. Santiago Pomares es el primer divulgador científico de la ciudad en las páginas del semanario *El Vinalopó*. En esta misma línea de divulgación periodística de la medicina encontramos a otro médico, ya a finales de la década de los noventa, Alfredo Llopis, que también destacará como industrial de la electricidad publicará varios artículos científico-divulgativos sobre la peste en 1899 (7) o la *gripe* (8) en 1900, pero también incidirá en aspectos sociales como el alcoholismo (9) en 1891 o la pobreza estructural y la enfermedad (10). Llopis intentará también, a principios de los noventa, levantar una *Ensayo de una topografía médica de Elche*, (11) probablemente el primer estudio científico con una perspectiva de la sociomédica que se hace en la ciudad.

Como anunciábamos al principio del artículo, el fundamento de la oligarquía médica es su acceso a una información de vital importancia, bien para el paciente individual, bien para toda una sociedad en el caso de una epidemia. El control de esta información dota a esta clase médica de una posición de privilegio con respecto al resto de poderes económicos o políticos. Como ocurre en el caso del cólera morbo en Elche, serán los médicos municipa-

les los responsables de declarar la invasión en octubre de 1884, de la que ya se tenía sospecha debido a tres enfermos en el arrabal de Santa Teresa, uno en la calle de San José y dos en la de los Gitanos (12). La prensa denuncia la precipitación Alcalde al hacer una declaración que *hería de muerte la agricultura y la industria sin oír previamente el dictamen de* Junta de Salud Pública en la verificación de dichos casos (13). El Dr. Campello es el primero en diagnosticar los casos de *cólera morbo; epidémico y no desarrollados por contagio*, aunque el comunicado del Dr. Campello será rebatido por otros médicos que la presa cita, Soler, Blasco y Miralles (14). Tal vez debido a intereses económicos, la clase médica especulará a veces con una información trascendental para la ciudad, el caso de la epidemia de cólera es paradigmático.

1.2. Oligarquía médica, industria y dimensión social

Dentro del campo de acción público de las oligarquías sanitarias, su influencia en el proceso de industrialización es decisivo, tanto en cuanto a la influencia de las nuevas fábricas en el salud pública de la ciudad, como en la configuración de los derechos de los trabajadores en materia de condiciones de trabajo y derecho de asistencia sanitaria, sobre todo a través de la primera sociedad de socorros mutuos, el Círculo Obrero Ilicitano con cuyas cuotas permitían la contratación de un médico cada 500 socios en 1901. (15)

También en el campo de lo público hemos de atender a las dimensiones sociales que suelen adquirir los médicos, decisivos en los documentos de inclusión de una familia en la lista de pobres, que gestionaba la comisión de beneficencia y también influyentes en las reivindicaciones obreras y reformas sociales.

1.3. Salud pública y urbanismo

Como consecuencia de la relación que algunos médicos ilicitanos entablan con Jaime Ferrán –Santiago Pomares en especial, ya que ambos son masones–, asistiremos a la primera vacunación masiva y obligatoria (16) –puesto que los *no vacunados no podrán de manera alguna ser admitidos en escuelas, colegios...*– en el municipio bajo el control de los facultativos de la ciudad, que se efectuará en septiembre de 1891, en la citada glorieta (17).

Por otro lado, su intervención en el control de los enfermos mentales es importante, en Elche hemos encontrado cierta preocupación por este asunto, que, además, suele alarmar a la opinión pública (18). Son numerosas las denuncias que los semanarios locales hacen acerca de la presencia en las calles de *enajenados* y la exigencia de su ingreso en el Asilo o el Hospital (19). Sin embargo, habrá que esperar hasta los años cuarenta del siglo XX para que la ciudad cuente con un psiquiatra. En este periodo finisecular, la psiquiatría se encuentra escasamente desarrollada. Santiago Pomares Ibarra será el único facultativo de la ciudad que se sienta atraído por este nuevo campo, aunque el primer indicio de un médico local que muestre interés por la psiquiatría no llegará hasta 1903, cuando el semanario local *Nueva gente* publique una breve nota en la que se da cuenta del viaje a Madrid del médico José María Pomares para trabajar junto al Doctor Esquerdo (20), prestigioso psiquiatra de Villajoyosa, afincado en Madrid.

1.4. La vida privada

El otro ámbito en el que se desarrolla el poder e influencia de la clase médica es en el de la vida privada. Como advertíamos al principio de este artículo, el médico ejerce funciones que a veces recuerdan al confesor, se encuentra

cercano a la intimidad y a la conciencia del paciente, en los momentos más decisivos de su vida, al margen de la clase social de éste. Por tanto, el médico, en cierto modo, sustituye o compite con la presencia del sacerdote en la vida privada, ya que controla la información vital entre la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el dolor y el bienestar, por otro lado ejerce funciones psicológicas e incluso morales. En todos estos aspectos se funda su poder y su capacidad de influencia social. Las familias de las clases dominantes, que suelen orientar los estudios universitarios de los varones hacia el derecho, también lo suelen hacer hacia la medicina. Rara será la familia pudiente que en Elche no cuenta con un médico entre los suyos, como será el caso paradigmático del citado Luis Gómez Aznar que no participará en política y ejercerá la medicina en su consulta privada en el centro de la ciudad.

BIBLIOGRAFÍA

- Cruz Cuevas, O. (2007) La doctrina del kairós en Paul Tillich. Tesis Doctoral dirigida por Manuel Maceiras Fafián, Universidad Complutense, Madrid, 121-128.
- Deleuze, G. y Guattari, F. (2003) Rizoma. Introducción. Pre-Textos, Valencia.
- Nisbet, R., Kuhn, T.S. y White, L. (1993) Cambio social. Alianza, Madrid.
- González Rodríguez, M.D. (2003) La ciencia en España en la encrucijada finisecular (siglo XIX). Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad. (I), 18, 85-108.
- Ponce Herrero, G. y Dávila Linares, J.M. (1998) Medidas higienísticas y planes de reforma urbana en el tránsito de los siglos XIX al XX en las principales ciudades de la provincia de Alicante. Investigaciones geográficas, (20), 141-159
- Rodríguez, J.A. (1981) El poder médico desde la sociología. Reis. Revista Española de Investigaciones Sociológicas, (14), 95-112.
- Sánchez, D. (2008) El discurso médico, piedra angular de la construcción de las relaciones de género en la época

contemporánea. Asclepios. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia. 15(1), 72-73.

- Siles, J. (2011) Historia de la enfermería. DAE, Madrid.

FUENTES PRIMARIAS.

ARCHIVO HISTÓRICO MUNICIPAL DE ELCHE (AHME)

- (1) El Dr. Campello será nombrado médico de la cárcel municipal en 1890. (Libro de Actas Municipal, sesión del 26 de junio de 1890. Sig. a 181. AHME)
- (2) Hermano del farmacéutico Manuel Pomares Ibarra. Santiago será nombrado médico-cirujano del distrito cuarto en abril de 1884, (El Vinalopó, número 64, del 19 de abril de 1885. PH-84. AHME) y distinguido por el Ayuntamiento debido a su labor en los primeros momentos de la epidemia (Libro de Actas Municipal, sesión del 16 de octubre de 1884, folio 73. Sig. a 176. AHME)
- (3) El Vinalopó, número 23, del 20 de julio de 1884. (PH-39. AHME)
- (4) Sig. 39-33-3 / Sig. 39-33-4. AHME
- (5) Sig. 39-33-7. AHME
- (6) "Memoria escrita por el eminentísimo Doctor Ferrán sobre la enfermedad colérica", "Micro-organismo colérico de Ferrán", "Continúa la memoria sobre el cólera del Dr. Ferrán" y en El talismán, número 7-10-11-12, del 16 de abril, 6-13-20 de mayo, de 1887 (PH-84. AHME)
- (7) "La peste", El pueblo de Elche, número 29, del 10 de septiembre de 1899. (PH-13. AHME)
- (8) "La gripe", El pueblo de Elche, número 52, del 18 de febrero de 1900. (PH-13. AHME)
- (9) "El alcoholismo. La embriaguez", El eco liberal, número 9, del 26 de abril de 1891. (PH-13. AHME)
- (10) "Los enfermos pobres", El pueblo de Elche, número 52, del 18 de febrero de 1900. (PH-13. AHME)
- (11) El eco liberal, número 33, del 19 de noviembre de 1891. (PH-9. AHME)
- (12) El Vinalopó, número 31, del 23 de octubre de 1884. (PH-39. AHME)
- (13) El Vinalopó, número 32, del 26 de octubre de 1884. (PH-39. AHME)
- (14) El Vinalopó, número 32, del 26 de octubre de 1884. (PH-39. AHME)
- (15) En 1890 se había vacunado a la clase pobre a instan-

- cias municipales. (Libro de Actas Municipal, sesión del 8 de mayo de 1890. Sig. a 181. AHME)
- (16) El eco liberal, número 23, del 6 de septiembre de 1891. (PH-9. AHME)
- (17) El eco liberal, número 107, del 10 de marzo de 1901. (PH-89. AHME)

- (18) Sig. 38-61. AHME. / Sig. 4-10-34. AHME.
- (19) El Vinalopó, número 14, del 18 de mayo de 1884. (PH-39. AHME) y El eco liberal, número 22, del 30 de agosto de 1891. (PH-9. AHME)
- (20) Nueva Gente, número 8, del 9 de agosto de 1903. (PH-86. AHME)

Fig. 1



Esquema general. Oligarquías sanitarias y cambio de sociedad

Los cuidados intensivos en el Antiguo Egipto a través de los textos*

Intensive care in Ancient Egypt through the texts Cuidados intensivos no Antigo Egipto através de textos

Fernando Gil González ¹

*¹Licenciado en Historia. Colaborador Honorífico Departamento Historia Antigua. Universidad Complutense de Madrid.
Cómo citar este artículo en edición digital: Gil González,F.(2012) Los cuidados intensivos en el Antiguo Egipto a través de los textos.16, 34. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.34.08>>*

*Correspondencia: Fernando Gil González. E-mail: fernando_gilgonzalez@hotmail.es
Recibido 09/05/2012/ Aceptado: 10/07/2012*

** Artículo correspondiente a la ponencia realizada en el III Simposio iberoamericano de historia de la enfermería, XII congreso nacional, VII internacional de historia de la enfermería y VII jornadas internacionales de cultura de los cuidados. Alicante 2011.*



ABSTRACT

This article is entitled Intensive care in the Ancient Egypt through the texts. For this reason, they will try to elucidate various aspects of infectious treatments of the Pharaonic period through texts, conducting a comprehensive study on the treatments offered by the Egyptian doctors. To sum up, there will be a parallel between the Ancient Egypt's Medicine and the current one. Likewise you will defend a particular line of healing (instrumental, palliative, formulas), since ancient times until our days that will only be damaged by the use of the technological applications in the course of time.

Keywords: Medicine's History, Ancient Egypt, Intensive Cares, Texts.

RESUMO

Este artigo é intitulado Cuidados intensivos no antigo Egipto através dos textos. Aí, eles vão tentar elucidar vários aspectos dos tratamentos infecciosos do período faraônico através de textos, conduzir um estudo abrangente sobre os tratamentos oferecidos pelos médicos egípcios. Em conclusão, haverá um paralelo entre a medicina do antigo Egipto e o real. Da mesma forma, você vai defender uma linha particular de cura (fórmulas de paliativos, instrumental), desde a antiguidade até aos nossos dias, que só vão ser danificados pelo uso das aplicações tecnológicas no decorrer do tempo.

Palavras chave: História da Medicina; Antigo Egipto; Cuidados Intensivos, Testamentos.

RESUMEN

El presente artículo lleva por título Los Cuidados Intensivos en el Antiguo Egipto a través de los textos. En él, se intentarán dilucidar diversos aspectos de los tratamientos infecciosos en el periodo faraónico a través de los textos, realizando un exhaustivo estudio sobre los tratamientos ofrecidos por los médicos egipcios. Como conclusión, se realizará un paralelismo entre la Medicina del antiguo Egipto y la Ac-

tual. Así mismo se defenderá una determinada línea de curación (instrumental, paliativos, fórmulas) desde la antigüedad hasta nuestros días, que sólo se verá afectada por el uso de las aplicaciones tecnológicas en el transcurso de los tiempos.

Palabras clave: Historia de la Medicina, Antiguo Egipto, Cuidados Intensivos, Textos.

“(Thot) hace que hablen los escritos, crea la colección de recetas (y) da el poder a los sabios (y) a los médicos que están a su servicio para liberar (del mal) a aquel a quien dios ama (Ebers; 1; 8-10)”.

INTRODUCCIÓN

En el presente artículo se pretende realizar un estudio sobre los cuidados intensivos en el antiguo Egipto, a través de una visión histórica, donde se describen los procedimientos médicos para combatir las enfermedades en la antigüedad.

Con la ayuda de los textos, principalmente con el empleo de los Papiros Médicos, se interpretarán de una forma objetiva los tratamientos de las enfermedades desarrolladas en el Egipto faraónico. La tipología textual es abundante y en ella se pueden resaltar elementos solventes (Papiro Ebers, Papiro Londres, Papiro Westcar, Papiro Smith, etc.) con los que se obtendrán distintas informaciones, según las cuales se construirá el presente artículo. El método a emplear es significativo. Está basado en el uso de las distintas fuentes textuales, con el fin de ahondar en las diversas interpretaciones que ofrecen los Papiros médicos del antiguo Egipto. También se usan fuentes primarias, como textos de Heródoto, Diodoro de Sicilia, Estrabón, El Antiguo Testamento etc., que ofrecen ciertos datos relevantes sobre la

Medicina en el antiguo Egipto (Leca, 1986) Como colofón, se intenta comparar el sistema médico egipcio con el actual, basándonos en la existencia de distintos tratados médico-quirúrgicos que versan sobre los diferentes elementos anatómicos del cuerpo humano, aprendidos en los Papiros Médicos (Da Silva, 2009)

Los objetivos de este trabajo se centran en el propósito de analizar el sistema de curación del antiguo Egipto y compararlo con el sistema médico actual, mediante el empleo de las fuentes clásicas literarias y el análisis de los papiros médicos traducidos por los especialistas, que detallan los sistemas curativos de la antigüedad. Mediante la ayuda de distintas aportaciones históricas, literarias, arqueológicas, médicas etc..., se pretende realizar un estudio interpretativo determinando que la ciencia médica del antiguo Egipto es similar a la que se realiza en los tiempos actuales. Esta idea es plausible debido a que el instrumental, sistemas de curación, fórmulas, prescripciones etc... son muy similares a los empleados en la Medicina actual. Finalmente se determinará que el uso y empleo de los medios curativos desde la antigüedad se ha ido desarrollando en distintas líneas tras los continuos avances tecnológicos, con el paso del tiempo, que permiten la comprensión de un oscuro tema como es la Medicina egipcia.

ESTADO DE LA CUESTIÓN/ANTECEDENTES DEL TEMA

La salud y las prácticas médicas en el antiguo Egipto están inmersas en diversos aspectos entre los que destacan la Religión, la Arqueología o los autores clásicos (Tito Flavio Clemens, 1, XVI). En la antigüedad, la Medicina egipcia tiene un origen complejo. Proviene de las prácticas sanitarias de las colonias fenicias o sirias, que han sido copiadas en las tierras del

Nilo (Kemet). En los libros/manuscritos/papiros se puede observar una serie de diagnósticos y terapias que se han ido reconstruyendo a lo largo de los siglos. Clemente de Alejandría, describe la constitución del cuerpo humano, patologías, tipos de órganos, prescripciones, tratamientos etc... Aparte de la recopilación textual, se pueden encontrar elementos iconográficos como tradiciones, mitos, cosmogonías localizados en el periodo predinástico. Desde el siglo IV d. C. en la ciudad de Alejandría se pueden realizar autopsias y disecciones corpóreas como se reflejan en texto localizados en su Biblioteca pertenecientes a autores destacados como Areteo de Capadocia, Heródoto, Diodoro de Sicilia etc... (Da Silva, 2009) Durante el periodo contemporáneo, se localizan mejor las enfermedades tras el estudio de los distintos papiros/manuscritos encontrados. J.F. Champollion en su expedición a Egipto encuentra la Piedra Rosetta, que permitió traducir los jeroglíficos a las lenguas modernas. Además describe monumentos y halla una serie de papiros con distintas enfermedades corpóreas en las que se aprecia una fuerte influencia espiritual (Denon, 2004).

Es importante resaltar la obra de Wilkinson que en 1847 determina la existencia de unas pocas enfermedades en el antiguo Egipto. Las más destacadas son disentería y las pandemias referentes a la Oftalmología. También su libro presenta prescripciones médicas y la protección de dichas enfermedades. Desgenettes explica en sus escritos la existencia de una estricta higiene en las prácticas médicas, el uso de profilácticos, limpieza en la ropa y control de la higiene alimentaria (Da Silva, 2009). También se puede apreciar en sus textos las distintas enfermedades como plagas, disentería, conjuntivitis etc... A. Barthelemy Clot localiza en los papiros el empleo de la disección

de cadáveres (parecido a las trepanaciones egipcias), distintas prescripciones médicas, ingredientes, recitales mágicos y fórmulas rituales. Por último, en el siglo XX, F. Jonkheere describe las enfermedades egipcias y las prácticas del antiguo Egipto mediante el empleo de la higiene y los avances biomédicos (Da Silva, 2009). Como conclusión, se debe determinar que el sistema de curación no dista demasiado del sistema médico actual determinando que la curación es bastante similar basándose en las pruebas expuestas.

MÉTODO

Se trata de un estudio de carácter histórico en el que se puede apreciar un análisis de los documentos presentados. Como fuentes primarias se han empleado los papiros médicos, los tratados clásicos de Heródoto, Homero etc... con el fin de ofrecer al lector los testimonios de la época. Finalmente como fuentes secundarias se emplearán los escritos de los autores modernos y destacados especialistas, que han examinado los documentos antiguos, interpretándolos de distinta forma. Tras el análisis documental se debe concluir que la Medicina egipcia no es tan antigua per se, sino que forma parte de una misma línea de curación instaurada desde las culturas mesopotámicas hasta el periodo actual.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El médico o sanador (Swnw o Sunu) es un personaje de gran relevancia en el periodo faraónico (Calvo, 2003). Se trata de un funcionario con conocimientos técnicos que corrige una cura (Sánchez, 2001). Éstos se clasifican por categorías dependiendo de su rango (Luca, 1986) En los casos de tratamientos de procesos infecciosos intervienen también los Sacerdotes de Sejemet, que son veterinarios o médicos

(Luca, 1986). Entre los más conocidos podemos citar a Hesire (Sánchez, 2001) Los sanadores realizan sus tratamientos en las Per-Ankh o Casas de la Vida (Da Silva, 2009), que se localizan en determinados puntos del “Doble País” (Heliópolis y Sais).

Heródoto, en sus escritos, refiere la existencia de algunos tipos de especialidades médicas: Unos son de los ojos, otros de la cabeza, otros de los dientes; otros de las enfermedades abdominales etc... (Historia; II; 84)

También se ocupaban de los tratamientos de embalsamamiento y momificación de los cadáveres (Da Silva, 2009) Homero relata en La Odisea: Los médicos egipcios eran más hábiles que los de otras tierras. En el Papiro Ebers se puede contemplar otra inscripción similar (Bardinet, 1995) Desde Iunu (Heliópolis) salí con los Grandes de los templos-señores de la protección (y) gobernadores de la eternidad. Es cierto, salí (también) desde Sais con las madres de los dioses. Me dieron sus conocimientos. (Ahora) me pertenecen los preceptos que dictaminó el señor del Universo para eliminar (las enfermedades) (Ebers, 1, 1-3) Plinio el Joven, en su Historia Natural, refiere la existencia de fármacos (sustancias) y de procedimientos terapéuticos (Luca, 1986).

Para concluir el instrumental empleado en el antiguo Egipto es muy significativo (bajorrelieves del templo de Kom Ombo). La presencia



de sierras, bisturíes, tijeras etc... realizados en bronce y obsidiana datan de una antigüedad superior a cuatro mil años (Ruiz et alii, 2008) Éstos pretenden compararse a los que se construyen en la actualidad de acero quirúrgico, determinando que su actuación, precisión y funcionalidad es bastante similar tras los análisis médico-quirúrgicos realizados en las momias (Nunn, 1996)

LA ENFERMEDAD EN EL ANTIGUO EGIPTO

Las enfermedades pueden cursar a través de la obstrucción de los conductos sanguíneos provocando así el envejecimiento de la persona. En el caso femenino también se pueden obstruir los conductos sexuales, produciéndose la infertilidad. El peor síntoma para los egipcios es el estreñimiento y sólo se puede evitar con la purga. Para ello, los médicos egipcios estudiaban las heces de los enfermos y explicaban sus síntomas. La enfermedad también puede aparecer por la acción de diversas divinidades malignas, provocando daños en los fluidos corporales. Otras causas para contraer la enfermedad son: el castigo divino, el exceso de tristeza, el mal de amores, el mal de ojo, etc. Finalmente, las enfermedades causadas por la naturaleza son muy frecuentes, como el hambre, la ingesta de alimentos en mal estado o el sobreconsumo de cerveza. (Cuenca-Estrella et alii, 2004)

Existen más de doscientas clases de enfermedades en el antiguo Egipto. Las más conocidas son las heridas y las fracturas. Las dolencias por síntomas no se consideran debido a que, hasta mediados del siglo XIX no se utilizó este sistema de clasificación técnica curativa.

El Papiro Smith contiene un Libro de las Heridas, en donde se estudian cuarenta y ocho casos de lesiones traumáticas (Cuenca-Estrella

et alii, 2004) Posee también un Tratado de Cirugía y Traumatología en donde se estudian traumatismos craneales y algunas operaciones quirúrgicas. En el Papiro Ebers encontramos descripciones de padecimientos digestivos, estreñimientos y textos referidos a enfermedades del Aparato Genitourinario y Respiratorio (Bardinet, 1995) Las enfermedades cardiovasculares, son también conocidas en el antiguo Egipto. Las más citadas son los edemas en las extremidades inferiores, la insuficiencia cardíaca o los infartos agudos de miocardio. En cuanto a las enfermedades neurológicas, el Papiro Ebers trata diversas cefaleas, demencias, convulsiones, temblores y parálisis faciales.

ENFERMEDADES EN EL ANTIGUO EGIPTO

Para el estudio de las enfermedades, se plantean tres vías de investigación:

- 1) El estudio radiológico de las momias y de sus tejidos para conocer el motivo de la enfermedad o muerte del paciente.
- 2) Representaciones de malformaciones (Reina Hapshepsut con Esteatopigia severa).
- 3) Papiros Médicos (Ebers, Smith, Kahún...)

Las dolencias más frecuentes del antiguo Egipto son las siguientes: Esquisomiasis, Helminthos, Tuberculosis, Poliomielititis, Artritis, Ceguera y Enanismo. La Ceguera es contemplada en el oficio del músico, como el Arpista ciego de la tumba de Najt (Sánchez, 2001) Las enfermedades degenerativas son bastante conocidas como la Silicosis, la Arteriosclerosis, cuadros de cefaleas, migrañas o ataques epilépticos (Da Silva, 2009).

LOS TRATADOS MÉDICOS: LOS PAPIROS

Los Papiros Médicos son guías para conocer y tratar las distintas enfermedades existen-

tes en el Antiguo Egipto.

El Papiro Ebers (1550 a.C.) es un compendio farmacológico y fisiológico (Bardinet, 1995) Este papiro formado por hojas de un tamaño de 20x23x30 cm. Se trata de un papiro copiado en el noveno año de Amenhotep I. En 1872 pasa a ser propiedad de G. Ebers siendo un libro extenso y deslavazado. A pesar de ello, describe importantes enfermedades y el tratamiento de las mismas. Las recetas más importantes que aparecen, son de ámbito mágico-religioso y se elaboran con ciertos elementos animales, vegetales y minerales. Además de su composición, se indica la preparación y la forma de ingestión del preparado. Además este papiro trata enfermedades estomacales (Ebers, 36, 4-6).

El Papiro Hearst, es un documento que contiene unas doscientas sesenta inscripciones, en las que contemplan distintas recetas.

El Papiro Médico de Berlín (3038) pertenece a la dinastía XIX, y de él, sólo se conservan unas doscientas cuatro recetas.

El Papiro de Kahún (erróneamente llamado) es del 1850 a. C., durante el 29º año de reinado de Amenemhat (Cuenca-Estrella et alii, 2004). En él se localizan treinta y cuatro recetas.

El Papiro Médico de Londres o BM 10.059, es coetáneo a la época de Tutankhamón y en él, se aprecian diversos procedimientos mágicos para paliar las enfermedades. El Papiro Chester-Beatty, data del 1300 a. C, dónde se contemplan cuarenta y cinco preinscripciones y encantamientos contra la migraña.

En los Papiros III y IV del Rameseum, se localizan enfermedades ginecológicas. Por último, el Papiro Smith que data del año 1500 a.C. Es un manuscrito de unas diecisiete páginas y en él, se aprecian distintos tratamientos quirúrgicos. Es un tratado de la época dinásti-

ca dónde se presentan diversos tipos de curas: heridas, pequeñas operaciones, contusiones, entablillado de fracturas y eliminación de pequeños tumores. En definitiva es una guía médica muy completa (cuarenta y siete diagnósticos, ocho encantamientos, fabricación de cosméticos y una preinscripción de patología anal) (Sánchez, 2001)

REMEDIOS Y ACTUACIÓN MÉDICA EN EL ANTIGUO EGIPTO

Los remedios para las actuaciones médico-quirúrgicas son limitados (Fernández, 1999) No sólo hay recetas mágicas y religiosas, sino que se prescriben ciertos preparados naturales o Sheausau (Nunn, 1996) En la actuación médica, el sanador explora al paciente (inspección de manchas, signos de enfermedad, existencia de traumatismos...) Posteriormente reconoce el aliento del paciente y le obliga a realizar diversos ejercicios físicos. Finalmente le escuchaban el latido del corazón y los movimientos respiratorios. La consulta médica podría realizarse en el domicilio del enfermo aunque dicho dato lo desconocemos por completo (Fernández, 1999) En los textos como el Papiro Ebers, se aprecian ochocientos setenta y siete sustancias diferentes para efectuar la cura (prescripciones, remedios, tratamientos, consejos médicos, etc...) Si no mejora el enfermo, se le aplica un tratamiento psicológico. El sanador realiza posteriormente una Rogativa (Cuenca-Estrella et alii, 2004) Finalmente, si todo falla, es necesario recurrir a la Cirugía. Tras esto, el médico aplica un método quirúrgico distinto para cada día del año, basándose en el calendario egipcio, concluyendo con una operación quirúrgica aunque ésta a veces estaba conectada directamente con la muerte del paciente (Kolta, 2000)

Por último, se indica la existencia de unos medicamentos arcaicos (Nunn, 1996) en-

tremezclados con hechizos o encantamientos para paliar las enfermedades (Cuenca-Estrella et alii, 2004) Estos preparados eran distribuidos en distintas cantidades (Heqat, Henu, Ro etc.) (Nunn, 1996) con el objeto de controlar las dosis de los pacientes como ocurre de forma análoga en la actualidad, y en diferentes días (fastos e infaustos) según su efecto.

El sistema médico actual ofrece una serie de cuidados prescritos por el médico quien receta a sus pacientes distintos fármacos con el fin de paliar su enfermedad.

CONCLUSIONES

El médico responsable emplea unos procedimientos médico-mágico-religiosos para paliar las enfermedades de los pacientes, ayudado por sus adjuntos enfermeros y veterinarios (sacerdotes).

Se defiende la existencia de un sistema médico-quirúrgico bastante complejo, gracias al instrumental utilizado y las técnicas curativas así como los protocolos de curación empleados en el antiguo Egipto, muy similares a los actuales.

Se considera que los médicos egipcios usaban una documentación similar a la de una especie de vademécums o manuales de Medicina, en donde se describen las enfermedades más frecuentes en el antiguo Egipto.

A veces las pandemias no se podían determinar, localizar ni solventar por los elementos naturales, sino que era necesario emplear algunos remedios de índole mágico-religiosa, con el fin de salvar al paciente. En las situaciones más graves el médico solía citar la frase No estoy capacitado para corregir la enfermedad, provocando la muerte del paciente.

Parece plausible que el sistema médico egipcio, sea un sistema de curación por órga-

nos y, por esta razón, no se trata de un sistema universal.

Determinar la inexistencia de medicamentos, *sensu strictu*, en el antiguo Egipto. Dichos elementos curativos, son paliativos y recetas artesanales con distintos compuestos (vegetales, animales y minerales). Se usan como distintos preparados y paliativos que ayudan a sanar al paciente, tras un efecto psicológico, mediante el uso de diversas fórmulas rituales y mágicas (algunos de ellos, por supuesto, no son más que placebos que influyen en la predisposición psíquica del paciente para favorecer su curación) Es importante citar el estrecho contacto entre la Medicina y la Religión, por las presentes conexiones rituales en los sistemas de curación de los antiguos egipcios.

Cómo conclusión final se debe determinar que existe una misma línea de curación entre el antiguo Egipto y el periodo actual, en lo que respecta a la forma de realizar las curas, aplicación de distintos ungüentos y paliativos, recital de fórmulas, prescripciones etc...El único distintivo que puede existir es la aplicación tecnológica-según su contexto histórico-en los distintos preparados o en la construcción de los instrumentos que instan a realizar la curación médica.

BIBLIOGRAFÍA

- Bardinet, T. (1995) *Les Papyres Médicales de l' Egypte pharaonique*. Librairie Arthème Fayard.
- Calvo Soriano, G. (2003) *La medicina en el Antiguo Egipto*; PAEDIATRICA
- Asociación de Médicos Residentes del Instituto Especializado de Salud del Niño, 44-50.
- Cuenca-Estrella, M. y Barba, R. (2004) *La Medicina en el Antiguo Egipto*. Alderabán. Colección: El Legado de la Historia (43), Madrid.
- Da Silva Veiga, P.A. (2009) *Health and Medicine in Ancient Egypt*. Magic and science. BAR International Series 1967.

- Denon, D.V. (2004) *Viagem au Baixo e Alto Egipt*. Publicações Europa-America, Lisboa.
- Fernández Uriel, P. (1999) (Coord. Ángeles Alonso Ávila) *Males y remedios: Notas sobre la medicina en el mundo antiguo: Próximo Oriente y Egipto*. Homenaje al profesor. Á. Montenegro: Estudios de Historia Antigua, 17-30.
- Heródoto (1992) *Historia: Libros I-IX*; Gredos, Madrid.
- Homero (1992) *La Odise*. Gredos, Madrid.
- Kolta, K. S. (2000) *Die Heilkunde im Altem Ägypten*; Steiner, Alemania.
- Leca, A. P. (1986) *La Medicina Egizia. Al tempo dei Faraoni*. Ciba-Geigy Edizioni, París.
- Nunn, F. (1996) *Medicina del Antiguo Egipto*. Sección de obras de ciencia y tecnología. Fondo de Cultura Económica, Londres.
- Ruiz Bremón, M. y San Nicolás Pedraz, M^a P. (2008) *Enfermar en la Antigüedad*. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid.
- Sánchez Rodríguez, Á. (2001) *La Medicina en el A. Egipto*. Terralia, 21, 67-73.

Antropología

La salud y las creencias del pueblo gitano en Europa: revisión bibliográfica

Health and beliefs of the Roma in Europe: a review

Saúde e crenças dos ciganos na Europa: uma literature revisão

María Gemma Tuset-Garijo¹; Alba Roca-Biosca²; Pilar Alamillo Pérez- Grueso¹;
María Antonia Martorell-Poveda²

¹ *Enfermera asistencial Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII.*

² *Profesora Departamento de Enfermería Universidad Rovira i Virgili de Tarragona.*

Cómo citar este artículo en edición digital: Tuset Garijo, M^a.G; Roca Biosca, A; Alamillo Pérez Grueso, P; Martorell Poveda M^a.A.(2012) La salud y las creencias del pueblo gitano en Europa: revisión bibliográfica.16, 34. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.34.09>>

*Correspondencia: M^a.G. Tuset-Garijo. Calle Mallorca 25, 2M.n C.P. 43005. Tarragona. E-mail: gtuset2010@gmail.com
Recibido 11/06/2012/ Aceptado: 10/09/2012*



ABSTRACT

Introduction: The Roma community is the largest ethnic minority in Spain, Central and Eastern Europe. As an ethnic group is characterized by a series of cultural elements that shape its ethnic content, its own cultural baggage that distinguishes it from other groups with which it comes into contact. Provide health care services that generally do not address cultural considerations.

Aim: to have a greater understanding of the health of the European Roma and his personal view on the concept of health and illness in order to provide an effective tool to help

nurses to provide proper care from a multicultural perspective.

Method: In the first search was conducted a review of the literature published over the past 30 years in the databases PubMed, Cuiden, Scopus, Cinalh, Index, Spanish physician, ISOC-CSIC and multicercador URV. In a second search used the metasearch “google.com” and “metacrawler.com”.

Results: We found 102 articles related to the subject to revision of which 13 were considered crucial for providing useful information relevant to the review study. The topics covered were referring to genetic diseases, to sociology and anthropology of health care, child health and transmissible diseases.

Keywords: gypsy, illness and cultures.

RESUMO

Introdução: A comunidade cigana é a maior minoria étnica na Espanha, Europa Central e Oriental. Como um grupo étnico é caracterizado por uma série de elementos cul-

turais que moldelam o seu conteúdo étnico, a sua própria bagagem cultural que o distingue de outros grupos com os quais entra em contacto. Os serviços de saúde prestam cuidados que geralmente não abordam aspectos culturais.

O objetivo desta revisão é ter um maior entendimento da saúde da Roma Europeu e sua visão pessoal sobre o conceito de saúde e doença, a fim de proporcionar uma ferramenta eficaz para ajudar os enfermeiros para prestar assistência adequada a partir de uma perspectiva multicultural.

Método: Na primeira pesquisa foi realizada uma revisão da literatura publicada nos últimos 30 anos nas bases de dados PubMed, Cuiden, Scopus, Cinalh., Index, Médico Español, ISOC-CSIC e multicercador-URV. Em uma segunda pesquisa utilizou a metabusca “google.com” e “metacrawler.com”.

Resultados: Foram encontrados 102 artigos relacionados com o objecto de revisão, dos quais 13 foram considerados cruciais para proporcionar informações úteis e relevantes para o estudo de revisão. Os temas abordados foram referentes a doenças genéticas, a sociologia ea antropologia dos cuidados de saúde, saúde da criança e das doenças transmissíveis.

Palavras-chave: cigano, doença e cultura.

RESUMEN

Introducción: La comunidad gitana constituye la minoría étnica más importante en España, Europa central y del Este. Como grupo étnico, se caracteriza por una serie de elementos culturales comunes que configuran su contenido étnico. Los servicios sanitarios proporcionan cuidados que, en general, no atienden a consideraciones culturales. Objetivo: tener una mayor comprensión sobre el estado de salud de la etnia gitana europea y su particular visión sobre el concepto de salud-enfermedad

con el objeto de proporcionar una herramienta que ayude a los profesionales de enfermería a proporcionar unos cuidados desde una perspectiva multicultural.

Método: En una primera búsqueda se realizó una revisión de la bibliografía publicada en los últimos 30 años en las bases de datos Pubmed, Cuiden, Scopus, Cinalh., Índice medico español, ISOC-CSIC y multicercador URV. En una segunda búsqueda se utilizaron los metabuscadores “google.com” y “metacrawler.com”.

Resultados y discusión: Se encontraron 102 artículos relacionados con el tema a revisión de los cuales 13 fueron considerados clave por aportar datos de interés relevantes en el estudio de revisión. Los temas más tratados fueron los que hacían referencia a las afecciones genéticas, a la Sociología y antropología médica de la salud, a la salud infantil y a las enfermedades transmisibles.

Palabras clave: gitano, enfermedad y cultura.

INTRODUCCIÓN

“Está claro que no somos todos iguales, pero seguramente no habríamos llegado hasta aquí los unos sin los otros”. Anónimo

El desarrollo de los procesos migratorios en Europa durante los últimos años ha producido una demanda de salud por parte de una población cada vez más multicultural. Los servicios sanitarios proporcionan cuidados que, en general, no atienden a consideraciones culturales. Se hace necesario un cambio de las teorías y la práctica enfermera que responda a estas nuevas necesidades. Madeleine Leininger (1991) abre un nuevo camino hacia la diversidad y universalidad de los cuidados entendiendo por cultura “los valores, las creencias, las normas y los modos de vivir compar-

tidos, aprendidos y transmitidos que guían los pensamientos, las decisiones y las acciones de un grupo de manera específica”.

Los profesionales son cada vez más conscientes de la necesidad de comprender la variación cultural en las creencias y prácticas médicas (Casabona y Lillo, 2006). Señalan que la medicina transcultural, la medicina de las minorías y los emigrantes deben recibir mucha más atención. Cuanto más sabemos acerca de cómo la salud y la enfermedad son administradas en las diferentes culturas, más fácil es reconocer la vinculación de la “Cultura” en nuestras propias creencias y prácticas médicas (Pavlič, Zelko, Kersnik y Lolić, 2011). Teniendo en cuenta que en España, Europa central y Europa del Este, los gitanos constituyen la minoría étnica más importante, es necesario tener una visión cultural de esta comunidad para un mayor entendimiento de sus conductas y relaciones con el sistema sanitario.

La marginación del pueblo gitano es el resultado de un largo proceso histórico. Tiene un remoto origen oriental, en el noroeste de la India, desde donde emigró al Mediterráneo oriental y a Centroeuropa. Su origen siempre fue objeto de disputa y especulación. A finales del siglo XVIII hubo estudiosos europeos que se percataron de que el romano (idioma gitano) era de origen indio. Otros especialistas rastrearon la ruta que los Gitanos habían seguido a través del norte de la India, Armenia, hasta Europa, pasando por el imperio de Bizancio. Numerosas publicaciones hacen referencia en la literatura medio-oriental al origen indio de los Gitanos (Kenrik, 1995).

Entender el hoy y el ahora de la comunidad gitana implica conocer no sólo su historia, sino las formas en las que históricamente se han conformado las relaciones entre mayoría y minoría; siendo el vector más reseñable

la profunda desigualdad que ha regido desde su inicio las relaciones entre sociedad gitana y paya (Otegui, 2005).

La historia del pueblo gitano en España ha sido estudiada espléndidamente por Teresa San Román (1986) quien nos permite conocer desde su llegada y asentamiento en este país, hasta los diferentes aspectos sociales y culturales que les caracteriza.

Un ejemplo de la marginación sufrida por esta minoría étnica es que, pese a las numerosas publicaciones consagradas a la masacre de los judíos, muy poco se ha escrito sobre el holocausto de los gitanos (la original población gitana de Bohemia fue exterminada durante la Segunda Guerra Mundial y los actuales pobladores son en su mayoría descendientes de inmigrantes procedentes de Eslovaquia y Bulgaria) (Seeman y SisKová, 2005). Éstos no han dejado testimonio escrito de lo sucedido, pero han transmitido oralmente la historia a sus hijos, o han tratado de olvidar esos años sangrientos.

La comunidad gitana, como grupo étnico, se caracteriza por una serie de elementos culturales comunes que configuran su bagaje cultural propio que lo distingue de otros grupos con los que entra en contacto. La idea de un origen común, la tradición nómada, la lengua, la valoración de la edad y la experiencia como principios ordenadores de status, el respeto a los muertos y la creencia en una intervención de éstos en la vida de sus descendientes, son algunos de los rasgos que se encuentran en las distintas colectividades que se reconocen como gitanas y que constituye parte de este contenido étnico necesario para la supervivencia del grupo como unidad. Los problemas de marginación, aculturación e identidad étnica de los gitanos, no han impedido la transformación social de esta comunidad.

Los gitanos, como el resto de los ciudadanos, están sujetos a las leyes y a la ordenación de la justicia. Sin embargo, “la ley gitana”, como llaman a su conjunto de normas tradicionales, discurren paralelas al ordenamiento jurídico del país. Esta duplicidad sitúa al individuo en un terreno conflictivo en el que normas contradictorias que se asientan sobre los valores y condiciones muy diferentes, entran en juego forzando a los gitanos a realizar opciones que con frecuencia implican transgresiones en el código opuesto (San Roman, 1986).

En lo que a la sanidad se refiere, pese a presentar unas necesidades de salud muy específicas, llama la atención la escasez de trabajos publicados al respecto y el desinterés de los profesionales sanitarios (Otegui, 2005; Cabedo et al, 2000; Casals, Pila, Langohr, Millet y Caylà, 2012). En el ámbito de la investigación de la medicina social es bien conocido lo dificultoso que resulta comparar dos poblaciones, sobre todo si se trata de hacerlo por su condición étnica. No existen registros oficiales para estudiar y establecer comparaciones entre la población gitana y no gitana (Sastre, Miranda, Muñoz y Galdó, 2000).

En España se ha realizado estudios que muestran las desigualdades socioeconómicas en salud, de cuya repercusión en el pueblo gitano son conscientes las autoridades (en la VI legislatura española en el Congreso de los Diputados se presentaron más de medio centenar de iniciativas sobre la problemática del pueblo gitano).

El objetivo de esta revisión es tener una mayor comprensión sobre el estado de salud de la etnia gitana europea y su particular visión sobre el concepto de salud-enfermedad con el objeto de proporcionar una herramienta eficaz que ayude a los profesionales de enfermería a proporcionar unos cuidados desde una perspectiva multicultural.

METODOLOGÍA DE LA BUSQUEDA

Para poder evaluar la investigación publicada sobre la salud de la etnia gitana en Europa ha sido necesario llevar a cabo una extensa revisión de la literatura publicada durante los últimos 30 años. Se trata de una revisión descriptiva que intenta proporcionar una puesta al día sobre un tema de interés sanitario analizado desde el punto de vista de la interculturalidad.

La primera búsqueda se realizó utilizando las palabras clave en español: gitano, enfermedad y cultura y las palabras clave en inglés: gipsy, roma, disease e illness.

Se consideraron como criterios de inclusión todos los artículos publicados en lengua inglesa o española a nivel mundial en los últimos 30 años sin hacer distinción entre cualitativos y/o cuantitativos.

Se excluyeron aquellos artículos que hacían referencia a la población gitana no europea.

Las bases de datos a las que se accedió fueron: Pubmed, Cinalh, Scopus, Índice Medico Español, Cuiden, ISOC-CSIC, Scielo, y la plataforma electrónica Elsevier i JSTOR. También se utilizó el buscador de la Universitat Rovira i Virgili (multicercador URV).

Se consideró que podía haber una información no publicada por métodos tradicionales o elaborados por organismos o asociaciones no científicas. Por ello se realizó una segunda búsqueda en Internet mediante los metabuscadores “google.com” y “metacrawler.com”, acotando a “idioma español” y utilizando la palabra clave “gitano” y “enfermedad”.

Como resultado de esta búsqueda alternativa se encontró una publicación bimensual de la Fundación del Secretariado Gitano que aportó a la revisión información de interés. Ésta es una entidad social sin ánimo de lucro que presta servicios para el desarrollo de la co-

munidad gitana en todo el territorio Español y en el ámbito europeo. De igual modo se hallaron publicaciones de ámbito gubernamental, nacional y autonómico que fueron consideradas de interés por aportar información fidedigna y actualizada sobre el tema en revisión.

También fueron consultados manuales publicados en el campo de las Ciencias Sociales y Antropología Médica con el objeto de hallar un marco conceptual de referencia.

El total de los artículos incluidos en la revisión bibliográfica se clasificaron por un lado según el país de origen de la publicación y el idioma de edición de la revista. Por otro lado se hizo una segunda clasificación según el origen de los sujetos de estudio y los temas de salud tratados. Tras la búsqueda, todos los documentos fueron leídos y evaluados, recopilando aportaciones y conclusiones sobre el tema que nos ocupa.

RESULTADOS

Como resultado global se obtuvieron un total de 102 citas bibliográficas publicadas en revistas nacionales el 68% de los casos y extranjeras el 32% restante. En estas últimas el idioma del artículo era el inglés. La estrategia de búsqueda se muestra en la figura 1.

En la figura 2 se muestra un resumen de los artículos escogidos en base a los criterios de inclusión y exclusión previamente descritos.

Como resultado de la búsqueda utilizando "Google.com" fueron hallados aproximadamente 13.800.000 resultados. El meta buscador "metacrawler.com" no permite cuantificar el número de resultados hallados.

El 90% de los estudios revisados eran de tipo analítico y/o descriptivo y solo el 10% eran trabajos de revisión. En el caso de los estudios todos tenían diseño observacional de los que 60 % eran descriptivos y el resto analíticos.

Los temas de salud tratados se clasificaron en 6 apartados: sociología y antropología médica de la salud, reproducción y mujer, salud infantil e inmunización, enfermedades transmisibles (incluidos SIDA y HIV), afecciones genéticas y otros.

La distribución de los estudios revisados a texto completo según el tema de salud tratado (n=62) se muestra en la tabla 1.

La distribución de los estudios revisados a texto completo (n=62) según país de edición de la revista se muestra en la tabla 2.

Los datos referentes al país de origen de los sujetos participantes de los estudios se muestran en la tabla 3.

Tras el examen de la literatura, se exponen a continuación todos aquellos conceptos y conocimientos publicados en la actualidad, necesarios para entender el estado de salud de la comunidad gitana y alcanzar un nuevo enfoque enfermero que permita el cuidado desde una perspectiva cultural.

DISCUSIÓN

Los procesos migratorios en Europa han originado una composición social cada vez más multicultural, siendo la minoría étnica gitana la más numerosa.

Todos los estudios coinciden en la dificultad que supone establecer con precisión el número exacto de gitanos en la Unión Europea. Las estimaciones más recientes sitúa la cifra alrededor de los 10 millones según el informe del 2008 del Parlamento Europeo. En España, la comunidad gitana oscila entre 600.000 y 1.000.000 de individuos (Otegui, 2005; Casals e al, 2012; García y Alda, 2007).

Para poder comprender las necesidades de este colectivo es necesario conocer su realidad, a través del estudio de la historia, de los diferentes asentamientos que ha realizado y de las

formas en las que históricamente se han conformado las relaciones de esta minoría con la población mayoritaria con la que le ha tocado coexistir. Allá donde han migrado, conservan los elementos estructurales imprescindibles para su supervivencia y reproducción como grupo. Es reseñable la profunda desigualdad que ha regido desde su inicio en las relaciones entre sociedad gitana y paya, pero han aprendido a convivir mediante formas culturales adaptativas aunque no transformativas.

La mayoría de los artículos revisados refieren una menor esperanza de vida en esta comunidad (alrededor de 10 años), así como una tasas de fertilidad y de mortalidad infantil (alrededor de 4 veces mayor que la población no gitana), siendo por tanto una población con una media de edad más joven (Pavlič et al, 2011; Cabedo et al, 2000; Casals et al, 2012; García y Alda, 2007; Masseria, Mladovsky y Hernández-Quevedo, 2010).

Susana Ramírez Hita (2007) observó que la etnia gitana utiliza los mismos sistemas médicos (biomédico, tradicional, auto-atención y religioso) en contextos geográficos diferentes. Casi todas las investigaciones sobre la salud llevadas a cabo en este colectivo se centran en la medicina tradicional o en la biomédica. Por lo tanto, al no ser considerados todos los sistemas de salud a los que recurre la población gitana, no puede hacerse una interpretación completa del concepto salud-enfermedad.

David Lagunas (1999) en su artículo “Resolviendo la salud los gitanos catalanes” realiza un estudio antropológico muy interesante sobre la visión y conocimientos sobre la salud y la enfermedad, así como su gestión ante el aparato asistencial, de un grupo particular de gitanos en Cataluña-España. Llama la atención la creencia de los gitanos que la curación de las enfermedades es efectiva si se acude a



los médicos que cuestan más dinero, además de consumir los medicamentos más caros. Paradójicamente la mayoría de los artículos señalan que este colectivo presenta desigualdades sociales, económicas y sanitarias respecto al resto de la población así como dentro del propio colectivo (Pavlič e al, 2011; Casals et al, 2012; García y Alda, 2007; Masseria et al, 2010; Kelly et al, 2006; Cabedo et al. 2000) señalan que entre la población gitana observada en su estudio existe altos niveles de pobreza y altas tasas de desempleo o sin trabajo estable, siendo la mayoría pensionistas o parados sin subsidio. Jeffrey A Kelly et al (2006) también avalan la idea que en la mayoría de países los gitanos ya no son nómadas (estereotipada idea sobre los gitanos) pero por lo general viven en asentamientos que se diferencian de la mayoría de la comunidad y se caracterizan por la pobreza, el hacinamiento y viviendas deterioradas, con un saneamiento deficiente, y con pocos servicios de salud pública. Estos factores son determinantes del estado de bienestar y calidad de vida de una población en un entorno determinado (Otegui, 2005; García y Alda, 2007; Kelly et al, 2006).

Para Rosario Otegui (2005) la comunidad gitana tiene una concepción particular de la representación salud/enfermedad, que, alejada de la perspectiva biomédica hegemónica, incorpora además de sus características biológi-

cas individuales, sus rasgos biológicos sociales. En esto coincide con David Lagunas (1999), quien afirma que la enfermedad (su origen) se vincula a una transgresión del orden social que se traslada al cuerpo. En general, la buena salud del hombre se asocia con la fuerza y la virilidad, mientras que para la mujer se asocia a la fertilidad, a su estética (estar gorda y no delgada). La salud también se vincula a una extremada preocupación por la higiene corporal, especialmente para las mujeres. El pelo, por ejemplo, tiene un papel muy sobresaliente en la cultura gitana: un pelo largo, lustroso, abundante y cuidado es uno de los mayores atractivos de un hombre y una mujer gitana (Otegui, 2005). En el artículo “Health beliefs and practices among slovenian Roma and their response to febrile illness: a quantitative study” (Pavlič et al, 2011) se hace referencia al significado de salud para los gitanos y concluye que la salud es asociada al sueño profundo, la respiración normal, no tener fiebre y la ausencia de dolor.

El mismo artículo señala que los gitanos todavía mantienen algunas creencias antiguas, supersticiones y respuestas que ya no son comunes hoy en día pero que ellos han conservado, se cree que, como resultado de la estigmatización a la que han sido sometidos en Europa durante los siglos pasados. Una maldición, por ejemplo tiene el poder de crear la enfermedad en otra persona. En todo caso, se revela la necesidad de interpretar la enfermedad independientemente de los modelos médicos, de asignarle causas en términos no orgánicos y darle un sentido (Lagunas, 1999).

En cuanto a su gestión ante el aparato asistencial, Cabedo et al (2000), en su artículo “Cómo son y de qué padecen los gitanos”, afirma que los miembros de esta étnia reconocen determinadas enfermedades como pro-

pias de su cultura y por tanto son tratadas por sanadores propios con remedios tradicionales mientras que, para otras, que son consideradas producto de su contacto con el resto del mundo, requieren ayuda del sistema médico oficial. Existe consenso al afirmar que los gitanos son hipocondríacos y que tienen miedo de ir a la consulta médica ya que creen que si van, éste les diagnosticará alguna enfermedad. Prefieren estar en un estado de incerteza y acudir sólo en el caso de presentar síntomas agudos y diagnósticos y tratamiento inmediato. El médico es una figura bivalente: por un lado posee el saber para curar a los enfermos y por otro es quien diagnostica y descubre los males, por ello, es común la reticencia a acudir a ellos y consecuentemente, el escaso sentido de prevención (García y Alda, 2007).

En la cultura gitana se observan cuatro modelos de atención de salud que coexisten: el modelo tradicional, el modelo biomédico o científico, la Iglesia Evangélica o “el culto” y la auto-atención (Lagunas, 1999).

Cuando la enfermedad es leve (catarro, dolor de cabeza, etc.) se acude primeramente a la farmacia. Las mujeres son las que se ocupan de la compra y administración de fármacos. Ellas son las auténticas gestoras de salud de la familia; es la que determina la auto-atención (Otegui, 2005; Lagunas, 1999). En el caso de la fiebre, por ejemplo, la mayoría de los gitanos no están familiarizados con el uso de los termómetros y por lo tanto no los utilizan. Aunque aproximadamente la mitad de la población acude a sus médicos, la otra mitad recurre a la automedicación (paracetamol o AAS) o, más a menudo, recurren a las medicinas tradicionales populares: tomar té, a las patatas ralladas y las compresas frías, cuando se sienten febriles, y hacen hincapié en el efecto curativo de la sudoración durante los dos o tres primeros días.

La falta de utilización de dispositivos técnicos, tales como termómetros, y la falta de familiaridad con los valores numéricos que definen la frontera entre la temperatura corporal normal y elevada, sin embargo, no significa que la población romaní adopte medidas inapropiadas en respuesta a la enfermedad (Pavlič et al, 2011).

Respecto a la utilización del modelo bio-médico, se ha observado poca utilización de los servicios sanitarios entre los adultos, pero no ocurre así en los niños. En ellos es mayor la asistencia a urgencias, al igual que la tasa de hospitalización comparado con el resto de la población (Díez, Ardura, Palacín y Cardaba, 2002; Sánchez e al, 2002). Paradójicamente existe el estereotipo de la mayor resistencia de los niños de la etnia gitana a no enfermar frente a los niños de raza no gitana (Díez et al, 2002), y que a los gitanos no les interesan los problemas de salud de sus hijos (Sastre et al, 2000).

Algunos artículos señalan que los gitanos están más afectados por algunas enfermedades como la tuberculosis, asma, diabetes, anemia, difteria, deficiencias nutricionales, tabaquismo; de VHB, debido al uso de los tatuajes, y de enfermedades infecciosas en general. (Pavlič et al, 2011; Cabedo et al, 2000; Casals et al, 2012; García y Alda, 2007; Masseria et al, 2010; Kelly, 2006; Skodova et al, 2010). En cuanto al HIV-SIDA R. Otegui (2005) señala que siguen los mismos parámetros epidemiológicos que la población paya, si bien si existe una creciente preocupación acerca de la vulnerabilidad de la población gitana al HIV-SIDA y a las enfermedades de transmisión sexual.

Son abundantes los artículos publicados que estudian alguna enfermedad genética específica de la población gitana y su relación con las elevadas tasas de consanguinidad que

presentan. Se han determinado varias enfermedades causadas por la misma mutación genética recesiva, sin embargo su diagnóstico es frecuentemente un problema y son a menudo sub-diagnosticadas o no diagnosticadas correctamente. Un ejemplo son las cataratas congénitas, el dimorfismo facial y neuropatía desmielinizante, el no-síndrome de sordera prelocutiva y el síndrome miasténico congénito. (Seeman y Sisková, 2006).

Existe una recomendación desde el sistema sanitario que se refiere a la inclusión de la Mediación Intercultural para ejercer de puente entre la comunidad gitana y la sociedad mayoritaria para promover un cambio constructivo en las relaciones entre ambas. Los beneficios de la mediación intercultural repercuten tanto en el personal de los servicios sanitarios como en la población gitana usuaria de los mismos. La esperanza está en el respeto mutuo pasando previamente por el conocimiento ya que los estereotipos nos conducen a tener prejuicios, esto es a dar por hecho que los personas de un determinado colectivo van actuar de acuerdo al estereotipo que le corresponde según su grupo de pertenencia. (Gentil, 2006).

No hemos encontrado en nuestra revisión ninguna mención explícita al profesional de enfermería, es decir, ninguna publicación hace referencia a la visión que el pueblo gitano tiene de la figura de la enfermera. Dejamos este capítulo abierto para la reflexión ya que, considerando la idea de Menéndez (1994: 71-72) sobre el proceso salud/enfermedad/atención universal que opera en toda sociedad y que consta no sólo de representaciones y prácticas sino de saberes particulares para hacer frente a las angustias y sufrimientos, pensamos que es preciso la concienciación y la intervención de todos los profesionales de la salud para atender a las necesidades reales de los miembros

de cualquier etnia, entendidas desde dentro de la propia cultura.

CONCLUSIONES

Los cuidados están polarizados sobre una sola cultura: la occidental. Además, la cultura hospitalaria es muy etnocéntrica (los diagnósticos racionales, las maneras de vivir según las enfermedades, -diabetes, infarto-...). El personal de enfermería tiene que salir del etnocentrismo y aprender a respetar y a reconocer los valores de cada cultura, de esta manera su actuación se verá fortalecida y adquirirá mayor credibilidad. Esta nueva visión se ha ido alimentando a medida que aumentaban los movimientos migratorios, a la vez que se ha reconocido el concepto de salud como multidimensional, en el que se conjugan diversos aspectos y ámbitos que van más allá de lo puramente físico.

Existen pocas publicaciones que traten este tema y ninguna que se refiera específicamente a la visión que este colectivo tiene del personal de enfermería.

La participación de los miembros de esta etnia en los programas de prevención de salud es deficitaria, comparada con la población no gitana, principalmente porque la salud no es percibida como una de las necesidades más prioritarias, y la preocupación empieza cuando aparecen los síntomas llamativos o invalidantes.

BIBLIOGRAFÍA

- Cabedo García, V.R., Ortells i Ros, E., Baquero Toledo, L., Bosch Girona, N., Montero Royo, A., Náchter Fernández, A., et al. (2000) Cómo son y de qué padecen los gitanos. *Atención Primaria*, 26 (1), 21-25.
- Casabona Martínez, I., Lillo Crespo, M. (2006) Gestión de cuidados de salud y competencia cultural. *Cultura de los cuidados*, 20: 83-86.

- Casals, M., Pila, P., Langohr, K., Millet, J.P., Caylà, J.A. (2012) Incidence of infectious diseases and survival among the Roma population: a longitudinal cohort study. *European Journal of Public Health*, 22 (2), 262-266.
- Díez López, I., Ardura Fernández, J., Palacín Mínguez, E., Cardaba Arranz, M. (2002) Influencia de la etnia gitana en el ingreso hospitalario de lactantes y su patología prevalente. *Anales Españoles de Pediatría*, 57 (3), 215-219.
- García Campayo, J., Alda, M. (2007) Conducta de enfermedad y características culturales de la etnia gitana en España. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35 (1), 59-66.
- Gentil García, I. (2006) Enfermería y personas de otras culturas. *Cultura de los cuidados*, 19, 37-40.
- Kelly, J.A., Amirkhanian, Y.A., Kabakchieva, E., Vassileva, S., McAuliffe, T.L., DiFranceisco, W.J., et al. (2006) Prevention of HIV and sexually transmitted diseases in high risk social networks of young Roma (Gypsy) men in Bulgaria: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 333 (7578), 1098-1101.
- Kenrik, D. (1995) *Los Gitanos: de la India al Mediterráneo*. Ed. Presencia Gitana, Madrid.
- Lagunas Arias, D. (1999) Resolviendo la salud. Los gitanos catalanes. *Gazeta de antropología*, 15. http://www.ugr.es/~pwlac/G15_12David_Lagunas_Arias.pdf.
- Leininger, M. (1991) *Culture Care Diversity & Universality: A Theory of Nursing*. National League for Nursing, (15), 2402.
- Masseria, C., Mladovsky, P., Hernández-Quevedo, C. (2010) The socio-economic determinates of the health status of Roma in comparison with non-Roma in Bulgaria, Hungary and Romania. *European journal of Public Health*, 20 (5), 549-54.
- Menéndez, E. (1994) La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4, 71-2.
- Otegui, R. (2005) "Una cosa fea": VIH-SIDA y sistema de género entre los gitanos españoles. *Revista de Antropología Social*, 14, 145-172.
- Pavlič, D.R., Zelko, E., Kersnik, J., Lolič, V. (2011) Health beliefs and practices among Slovenian roma and their response to febrile illnesses: A qualitative study. *Zdravstveno Varstvo*, 50 (3), 169-174.

- Ramírez Hita, S. (2007) Entre calles estrechas. Gitanos: prácticas y saberes médicos. Prologo de Oriol Romani. Ediciones Bellaterra, S.L., Barcelona.
- Sanchez Serrano, F.J., Zubiaur Cantalapiedra, A., Herrero Galiana, A., Gallart Martínez, M^a.D., Jiménez Yáñez, R., Sanguino López, L., Flores Serrano, J. (2002) Diferencia étnica en la actividad asistencial en urgencias. Aproximación a la realidad gitana. Anales Españoles de Pediatría, 56, 17-22.
- San Roman, T. (1986) Entre la marginación y el racismo. Reflexiones sobre la vida de los gitanos (pp. 66-72). Alianza editorial, Madrid.
- Sastre Gussoni, E., Miranda León, M.T., Muñoz Hoyos, A., Galdó Muñoz, G. (2000) Situación de salud entre niños gitanos y no gitanos de una comarca granadina. Anales de Pediatría, 53 (3), 223-228.
- Seeman, P., SisKová, D. (2006) Autosomal Recessive Ethnical Diseases of Czech Roma Population. Casopis Lekaru Ceskych, 145 (7), 557-560.
- BOCG. Informe de la Subcomisión para el estudio de la problemática del pueblo gitano. Congreso de los Diputados serie D num.520, de 17/12/1999. (num. expediente 154/000028).
- Skodova, Z., Van Dijk, J.P., Nagyova, I., Rosenberger, J., Ondusova, D., Studencan, M., Reijneveld, S.A. (2010) Psychosocial factors of coronary heart disease and quality of life among Roma coronary patients: a study matched by socioeconomic position. International Journal of Public Health, 55 (5), 373-80.



Teoría y Método

Processo de enfermagem aplicado a um paciente com síndrome de marfan associado a aneurisma aórtico

Nursing process applied to a patient with marfan syndrome associated with aortic aneurysm

Proceso de enfermería aplicada a um paciente con el síndrome de marfan asociado a la aneurisma aórtica

Maria Isabel da Conceição Dias Fernandes¹, Lucélia Maria Carla Paulo da Silva Duarte¹, Isadora Costa Andriola², Késsya Dantas Diniz³, Cícera Maria Braz da Silva⁴, Ana Luisa Brandão de Carvalho Lira⁴

¹ Enfermeira. Mestranda da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil.

² Estudante do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil.

³ Enfermeira. Mestre em enfermagem. Professora assistente do Departamento de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil.

⁴ Enfermeira. Doutora. Professora adjunta do Departamento de enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil.

Cómo citar este artículo en edición digital: Dias Fernandes, M^a. I.; . da Silva Duarte L. M. C. P; Costa Andriola, I.; Dantas Diniz, K; Braz da Silva, C.M; Brandão de Carvalho Lira, A.L.(2012) *Processo de enfermagem aplicado a um paciente com síndrome de marfan associado a aneurisma aórtico*. 16, 34. Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.34.10>>

Correspondência: Maria Isabel da Conceição Dias Fernandes. End.: Rua: Açai, nº 45, bairro: Nova Parnamirim. CEP: 59152-175. Telefone: (84)8778-5986/ (84)3208-1369. Parnamirim/RN/BR. E-mail: bebel_6@hotmail.com.

Recibido 11/11/2011/ Aceptado: 10/05/2012



ABSTRACT

It is a clinical case which aimed to trace diagnostics, interventions and results in a patient with Marfan Syndrome hospitalized in the intensive care unit after surgery for aneurysm of the aorta. This study was developed in a University Hospital located in Natal- Brazil,

in April 2011. Among the main nursing diagnoses identified, there are: Decreased Cardiac Output; Risk of Infection; Acute Pain; Risk of Unstable Blood Glucose, Impaired Skin Integrity and Anxiety. It was noticed that the application of the nursing process in this patient helped to define the specific field of the nursing work as well as to identify the main care, contributing to an improvement in quality of support.

Keywords: Nursing Process, Nursing Diagnosis, Nursing Care, Marfan Syndrome.

RESUMEN

Se trata del caso clínico que tuvo como objetivo describir diagnósticos, intervenciones y

resultados de enfermería en un paciente con el Síndrome de Marfan internado en la unidad de terapia intensiva en el posoperatorio de corrección de aneurisma de aorta. Fue desarrollado en el hospital Universitario, localizado en el municipio de Natal-Brasil, en abril de 2011. Entre los principales diagnósticos de enfermería identificados, se destacan: Débito Cardíaco Disminuido; Riesgo de Infección; Dolor Aguda; Riesgo de Glucemia Inestable; Integridad de la Piel Afectada y Ansiedad. Se percibió que la aplicación del proceso de enfermería en este paciente contribuyó para delimitar el campo de actuación específico de la enfermería, así como identificar los cuidados prioritarios, contribuyendo para una mejoría en la calidad de la asistencia.

Palabras clave: Proceso de enfermería, Diagnóstico de Enfermería, Atención de Enfermería, Síndrome de Marfan.

RESUMO

Trata-se de um caso clínico que teve como objetivo traçar diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem em um paciente com Síndrome de Marfan internado na unidade de terapia intensiva no pós-operatório de correção de aneurisma de aorta. Foi desenvolvido em um Hospital Universitario, localizado no município de Natal-Brasil, em abril de 2011. Entre os principais diagnósticos de enfermagem identificados, destaca-se: Débito Cardíaco Diminuído; Risco de Infecção; Dor Aguda; Risco de Glicemia Instável; Integridade da Pele Prejudicada e Ansiedade. Percebeu-se que a aplicação do processo de enfermagem neste paciente contribuiu para delimitar o campo de atuação específico da enfermagem, bem como identificar os cuidados prioritários, contribuindo para uma melhoria na qualidade da assistência.

Palavras-chave: Processo de Enfermagem, Diagnóstico de Enfermagem, Cuidados de Enfermagem, Síndrome de Marfan.

INTRODUÇÃO

A Síndrome de Marfan (SMF) trata-se de uma doença autossômica dominante do tecido conjuntivo que possui uma ampla variabilidade clínica e que fortuitamente implica em manifestações clínicas envolvendo principalmente os sistemas músculo-esquelético, ocular e cardiovascular (Sallum, Chen & Perez, 2002).

Uma grande variedade de anormalidades músculo-esqueléticas ocorre na SMF, incluindo dolicoestenomelia, aracnodactilia, escoliose, deformidades da parede torácica, como o pectus excavatum, estatura elevada, frouxidão ligamentar, mobilidade articular anormal e protusão acetabular. Nas alterações oftalmológicas, a mais freqüente é a ectopia do cristalino, que na maioria das vezes, é bilateral. Em relação às manifestações cardiovasculares, as mais comuns afetam a válvula mitral e a aorta ascendente. Podem ocorrer também manifestações no sistema nervoso central, como ectasia dural, meningocele lombar e sacral, distúrbio de aprendizado e hiperatividade (Barreto et al., 2002).

Alguns sinais clínicos são considerados os mais característicos da síndrome por apresentarem maior freqüência e especificidade, são eles: subluxação do cristalino, dilatação da aorta ascendente, dissecação da aorta e ectasia dural. Sendo a principal causa de morte prematura nos pacientes afetados pela síndrome a dilatação progressiva da raiz da aorta e da aorta ascendente, causando incompetência e dissecação aórtica. Muitas destas manifestações clínicas agravam-se na puberdade (Sallum et al., 2002; Barreto et al., 2002).

Estas alterações são decorrentes de mutações no gene responsável pela codificação da proteína chamada fibrilina-1, o principal componente das microfibrilas, envolvida na formação das fibras elásticas e na função de suporte em alguns tecidos (Barreto et al., 2002).

O diagnóstico clínico é baseado na história familiar e na observação dos achados característicos. Como 75% dos indivíduos têm um dos pais afetado, torna-se de suma importância o aconselhamento genético. Entretanto, a confirmação do diagnóstico médico pode ser dificultada devido à considerável variabilidade inter e intrafamiliar. Além disso, outros sinais e sintomas característicos da síndrome, como prolapso da válvula mitral ou escoliose, são comuns na população em geral ou podem acontecer em outras doenças do tecido conjuntivo (Barreto et al., 2002).

O tratamento cirúrgico é indicado eletivamente em pacientes com presença de aneurisma medindo de 5,5 a 6,0 cm de diâmetro, mesmo nos pacientes assintomáticos, devido ao grande risco de ruptura e dissecação, aumentando a necessidade de cirurgia de emergência (Barreto et al., 2002).

A fim de proporcionar um cuidado de qualidade e direcionado para as reais necessidades do paciente com Síndrome de Marfan, o presente estudo baseou-se na sistematização da assistência de enfermagem, por meio da aplicação do Processo de Enfermagem (PE).

O PE é um instrumento metodológico que possibilita ao enfermeiro identificar, compreender, descrever, explicar e/ou prever como o paciente responde aos problemas de saúde ou aos processos vitais, e determinar que aspectos dessas respostas exigem intervenção profissional (Garcia & Nóbrega, 2004). Além disso, o PE consiste em uma forma organizada de cuidar do paciente e segue alguns passos

previamente estabelecidos, como a coleta de dados, o diagnóstico, o planejamento, a implementação e a avaliação dos resultados. É um método a ser seguido a fim de alcançar os objetivos desejados em relação à assistência de enfermagem, o qual se baseia num modelo assistencial e deve levar em conta a especialidade à que está sendo dirigido (Hermida, 2004).

Acreditando na importância do PE, na necessidade de se utilizar uma linguagem universal, tanto no ensino como na assistência e na relevância da construção de estudos de caso clínico para o aperfeiçoamento da prática reflexiva da enfermagem, surgiu a motivação para a realização deste estudo.

Portanto, o objetivo do estudo foi traçar os diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I, as intervenções da Nursing Interventions Classification (NIC) e os resultados da Nursing Outcomes Classification (NOC) a um paciente com Síndrome de Marfan internado na unidade de terapia intensiva no pós-operatório de correção de aneurisma de aorta.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de um estudo de caso clínico realizado em um Hospital Universitário localizado no município de Natal-Brasil. Tais estudos pretendem buscar bases científicas para seus problemas e necessidades, além de encontrar estratégias para resolver o problema identificado (Galdeano, Rossi & Zago, 2003).

Os dados foram coletados na Unidade de Terapia Intensiva do referido hospital, no mês abril de 2011, por meio de um roteiro de entrevista, seguido por um roteiro de exame físico. O primeiro instrumento de coleta de dados foi construído e baseado em um roteiro presente em um estudo com pacientes transplantados renais (Lira, 2005). O segundo foi construído baseado no instrumento de exame físico ela-



borado pelos Grupos de Estudos sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem do Hospital São Paulo-Brasil (Barros, 2002).

Para o desenvolvimento do estudo, foram aplicadas as seguintes etapas do processo de enfermagem: coleta de dados, diagnósticos de enfermagem e planejamento das intervenções e dos resultados. As etapas de implementação e avaliação são indicadas como sugestão para futuros cuidados a pacientes com de Síndrome de Marfan.

A coleta de dados iniciou-se por meio da anamnese e do exame físico. Posteriormente, foram traçados os diagnósticos de enfermagem utilizando-se as etapas do raciocínio clínico e julgamento diagnóstico preconizada na literatura (Risner, 1986), a saber: primeira etapa envolvendo a análise (categorização dos achados, observando os dados divergentes ou lacunas) e a síntese dos dados (comparação dos achados com normas, conceitos e modelos encontrados na literatura e a realização da inferência diagnóstica); e por fim a segunda etapa envolvendo a construção redacional do diagnóstico segundo a NANDA-I (2010).

As teorias relatam que o raciocínio diagnóstico é dividido em um processo analítico e um não analítico. O analítico refere-se a um processo indutivo e dedutivo, sendo baseado na lógica e na crítica. A partir dele as informações são analisadas e interpretadas. No proces-

so não analítico utiliza-se a intuição para a interpretação das informações, não há, portanto, uma análise mais profunda (Gordon, 2000).

Após o estabelecimento dos diagnósticos, foram traçados os resultados esperados e as intervenções. Os resultados e as intervenções são traçados na etapa de planejamento do processo de enfermagem. Sendo os resultados de enfermagem utilizados para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e as intervenções como qualquer tratamento de cuidado direto, baseado no julgamento clínico e no conhecimento que a enfermeira executa em benefício de um cliente (Johnson, Maas & Moorhead, 2004; Dochterman & Bulechek, 2004).

Respeitando-se a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o paciente foi convidado a participar do estudo, sendo assinado o termo de consentimento livre e esclarecido, informando-o sobre os objetivos da pesquisa, a participação voluntária, os riscos e benefícios e a confidencialidade das informações.

RESULTADOS

Apresentação do caso clínico

Paciente do sexo masculino, 18 anos, solteiro, moreno, sem filhos, católico e estudante. Internado devido à dor precordial, a qual foi atribuída pontuação 10 na escala visual numérica de intensidade da dor. Relatou que aos 12 anos de idade em uma consulta com o oftalmologista descobriu ser portador da síndrome de marfan, todavia, apesar do diagnóstico, nunca apresentou queixas sobre o problema. No entanto, há um mês evoluiu com precordialgia severa, sendo diagnosticada uma dissecação na aorta ascendente. Assim, foi encaminhado para um Hospital Universitário no município de Natal-Brasil para correção do aneurisma dissecado da aorta ascendente e troca da válvula mitral.

Após a cirurgia retornou para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI) em pós-operatório de implante de prótese em válvula mitral, em narcose, normocárdico, normotenso, afebril e eupnéico, pele e mucosas hipocoradas, pele com solução de continuidade em região esternal devido à ferida operatória, com curativo limpo. Anictérico, acianótico, fászie atípica; tipo morfológico longilíneo; peso: 86 quilos, altura: 2 metros, índice de massa corporal: 43 Kg/m²; macrocefalia, sem abaulamentos ou depressões, couro cabeludo íntegro e livremente móvel; pupilas isocóricas e fotorreagentes, com acuidade visual prejudicada por miopia; nariz pontudo e alongado; ausência de halitose ou cáries, arcada dentária completa; acuidade auditiva preservada; linfonodos não palpáveis; pulsos carotídeos perceptíveis à inspeção.

Entubado para ventilação mecânica no modo SIMV (ventilação mandatória intermitente), peep (pressão positiva expiratória final) de 5, saturação de oxigênio de 97%; tórax carinado, com boa expansibilidade pulmonar, murmúrios vesiculares presentes e sem ruídos adventícios à ausculta pulmonar. À ausculta cardíaca, foco aórtico com click metálico e hiperfonético, ictus cordis visível à inspeção, palpável e propulsivo. Abdome plano e flácido, com ruídos hidroaéreos presentes, porém hipoativos, sem visceromegalias. Membros superiores e inferiores alongados, livres de edema e veias varicosas, boa perfusão periférica e musculatura eutrófica. Presença de acesso venoso central em subclávia direita, sem sinais flogísticos, com curativo limpo; com dispositivo de Pressão Arterial Média (PAM) em artéria radial; dreno de mediastino ausente de drenagem; com sonda vesical de demora, com diurese em baixo débito. Intercorrência: apresentou taquicardia, arritmia e hipotensão no pós-operatório imediato.

No primeiro dia do pós-operatório evoluiu com estado geral regular, consciente e orientado no tempo, no espaço e com relação a si próprio, algo ansioso, referindo dor torácica; eupnéico, saturação de oxigênio de 99%; com máscara de Venturi a 50%, tórax assimétrico, ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares presentes, sem ruídos adventícios; ferida esternal limpa, dreno de mediastino com débito hemático e com bom volume; normocárdico, afebril, normotenso, em uso de drogas vasoativas; artéria radial aferindo PAM, sem sinais de sangramento; eliminações intestinais ausentes desde admissão; em dieta zero, controle de glicemia capilar; com sonda vesical de demora, urina concentrada e com baixo volume nas últimas 12 horas.

No segundo dia do pós-operatório, mantém quase os mesmos parâmetros, com algumas alterações. Ansiedade perdura, iniciada dieta, cuja aceitação se deu de forma parcial; apresentou hiperemia no local da inserção da PAM; diurese com baixo débito, estimulada com ampola de furosemida; em oxigênio ambiente, com boa saturação de oxigênio; mantém o acesso venoso central.

No terceiro dia do pós-operatório, apresentou-se consciente, orientado, ansioso, em oxigênio ambiente, ferida operatória limpa, dreno de mediastino sem débito, o qual foi retirado; aceitando dieta parcialmente; diurese com baixo débito; retirado sonda vesical de demora; evoluiu com alta para a enfermaria cardiológica.

Plano Assistencial

Com a coleta de dados realizada foi elaborado o plano de cuidados de enfermagem individualizado e voltado para as reais necessidades desse paciente. Os diagnósticos de

enfermagem da NANDA (2010), as intervenções da NIC (Dochterman & Bulechek, 2004)

e os resultados da NOC (Johnson et al., 2004) encontrados estão contidos no quadro abaixo:

Quadro 1 – Plano de cuidados aplicado a um paciente com Síndrome de Marfan utilizando as terminologias padronizadas NANDA-I, NIC E NOC.

Diagnósticos de enfermagem	Intervenções	Resultados
Débito cardíaco diminuído relacionado ao ritmo alterado e frequência cardíaca alterada, evidenciado por oligúria e bradicardia.	Controle de medicamentos e hidroeletrolítico; monitorização hídrica, dos sinais vitais e respiratória; prevenção de choque; redução da ansiedade e controle de arritmias.	Eficácia da bomba cardíaca e estabilidade circulatória.
Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída relacionado à cirurgia cardíaca.	Controle de choque; monitorização hídrica e dos sinais vitais; monitorização hemodinâmica invasiva; oxigenioterapia; testes laboratoriais; administração de medicamentos.	Perfusão tissular cardíaca garantida.
Risco de glicemia instável relacionado à ingestão alimentar.	Consultar a glicemia capilar pelo menos 2/2 ou 4/4 para avaliar o risco de hipoglicemia ou hiperglicemia.	Manter a glicemia estável.
Constipação relacionada à mudança no padrão intestinal, mudanças recentes do ambiente e tensão emocional, evidenciada por ausência de eliminações intestinais e ruídos intestinais hipoativos.	Controlar a nutrição e ingesta hídrica; estimular a deambulação; se necessário, administração de medicamentos laxativos.	Eliminação intestinal.
Ansiedade relacionada à ameaça de morte, evidenciada por sentimentos ansiogênicos, preocupação e medo de consequências inespecíficas.	Orientar o paciente sobre todos os procedimentos que serão realizados, deixando-o a par de tudo que irá acontecer com ele e apoio psicológico.	Controle da ansiedade.
Risco de infecção relacionado à exposição ambiental a patógenos e procedimentos invasivos.	Controle da nutrição; técnicas assépticas ao realizar procedimentos; cuidado com as lesões e drenagem fechadas; cuidados com o cateter.	Controle e detecção de riscos.
Integridade da pele prejudicada relacionada a fatores mecânicos, evidenciada por rompimento da superfície da pele e invasão de estruturas do corpo.	Cuidados com a pele; supervisão da pele; evolução da ferida; proteção contra infecção e nutrição adequada.	Cicatrização da ferida por primeira intenção.
Dor aguda relacionada a agentes lesivos, evidenciada por relato verbal de dor e evidência observada de dor.	Administração de analgésicos; aplicação de calor ou frio; promoção de conforto; redução da ansiedade; banho; melhora do sono; massagens; suporte emocional; toque terapêutico.	Controle da dor.

DISCUSSÕES

A partir do levantamento de dados traçou-se oito diagnósticos de enfermagem, a saber: débito cardíaco diminuído e risco de perfusão tissular cardíaca diminuída pertencentes ao domínio 4- atividade/repouso. Risco de infecção e integridade da pele prejudicada inseridos no domínio 11- segurança. Risco de glicemia instável presente no domínio 2- nutrição. Constipação no domínio 3- eliminação e troca. Ansiedade no domínio 9- enfrentamento/tolerância ao estresse e dor aguda no domínio 12- conforto (NANDA-I, 2010).

Para Carvalho et al. (2009) a fase do levantamento de dados é necessária e objetiva identificar os problemas de saúde ou reações humanas encontradas no paciente. É a partir dela que o enfermeiro traça os diagnósticos de enfermagem. A identificação fidedigna do diagnóstico também é importante, pois é a partir dele que o planejamento dos cuidados a serem prestados são estipulados e o estabelecimento de metas a serem alcançadas são pensadas, com vistas a corrigir, minimizar ou prevenir os eventuais problemas de saúde.

O diagnóstico débito cardíaco diminuído é definido como sendo “a quantidade insuficiente de sangue bombeado pelo coração para atender às demandas metabólicas corporais” (NANDA-I, 2010, p. 162). Tal diagnóstico é esperado em pacientes com problemas cardíacos devido ao comprometimento dos mecanismos reguladores presente nestes pacientes (Bachion, Robazzi, Carvalho y Veiga, 1995). Além disso, a diminuição do débito cardíaco sempre é uma ameaça para o paciente que se submete à cirurgia cardíaca (Smeltzer, Bare, Hinkle y Cheever, 2009).

O diagnóstico supracitado foi evidenciado pelo paciente em questão quando o mesmo apresentou oligúria, arritmia, taquicardia e hi-

potensão no pós-operatório imediato. A função renal está intimamente relacionada com a função cardíaca, pois um débito urinário inferior a 30 ml/h pode indicar uma diminuição no débito cardíaco. Já as arritmias podem desenvolver-se quando a perfusão do coração é ruim. A taquicardia é uma forma que organismo encontra de compensar a hipotensão. A frequência cardíaca eleva-se para que a quantidade de sangue por minuto que chega ao corpo seja maior (Smeltzer et al., 2009).

Dessa forma, o ideal seria um cuidado pós-operatório focalizado na manutenção da estabilidade hemodinâmica, do estado neurológico, respiratório, renal e hidroeletrólítico. Os profissionais de enfermagem deverão utilizar todo o arsenal de equipamentos disponíveis no cuidado ao paciente em pós-operatório de cirurgia cardíaca, como o cateter de Swan-Ganz, o qual monitoriza o débito cardíaco; os eletrodos do eletrocardiograma para monitorizar o ritmo e a frequência cardíaca; oxímetro de pulso para medir a saturação de oxigênio arterial; avaliação da coloração e temperatura da pele, coloração dos lábios e enchimento capilar dos leitos ungueais; presença de drenos mediastinais para monitorizar drenagens sanguíneas; monitorização da pressão arterial média; avaliação de pulsos periféricos; e sonda vesical de demora para estimar a diurese (Smeltzer et al., 2009).

O diagnóstico risco de perfusão tissular cardíaco diminuído é definido como sendo o “risco de redução na circulação cardíaca” (NANDA-I, 2010, p.166). No presente estudo está relacionado ao fato do paciente ter realizado uma cirurgia cardíaca com esternotomia e implante de válvula cardíaca.

O diagnóstico risco de glicemia instável é definido como sendo “o risco de variação dos níveis de glicose no sangue em relação aos pa-

râmetros normais” (NANDA-I, 2010, p. 103). Está relacionado à ingestão alimentar e foi traçado devido ao paciente apresentar-se em dieta zero no pós-operatório imediato e por não aceitar bem a dieta fornecida posteriormente. Dessa forma, o esquema de aferição de glicemia capilar foi fornecido como um dos cuidados prestados no seu internamento.

A regulação da glicemia está atrelada aos mecanismos endócrinos do organismo, bem como, aos momentos de estresse, doença e dieta zero. Dessa forma, os pacientes que possuem problemas endócrinos, especificamente, problemas com a produção de insulina ou glucagon, deverão ser monitorizados constantemente. Àqueles que são submetidos a cirurgias de grande porte ou precisam permanecer em dieta zero por um tempo indeterminado também devem ter sua glicose monitorizada hermeticamente (Smeltzer et al., 2009).

O diagnóstico constipação é definido pela NANDA-I (2010, p. 125) como “uma diminuição na frequência normal de evacuação, acompanhada por passagem de fezes difícil e/ou eliminação de fezes excessivamente duras e secas”. O diagnóstico foi estabelecido com base nas características: ausência de eliminações intestinais desde o dia do internamento e ruídos intestinais hipoativos. Estando relacionadas à mudança no padrão intestinal, mudanças recentes do ambiente e tensão emocional. Para Fortes, Silva y Lopes (2006) a constipação está comumente presente em pacientes restritos ao leito e que não podem caminhar livremente, o que acarreta a diminuição da atividade e mobilidade do peristaltismo intestinal.

O diagnóstico de enfermagem ansiedade é definido como um “vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por resposta autonômica; sentimento de apreensão causada pela antecipação de perigo”

(NANDA, 2010, p. 264). Esse diagnóstico baseou-se na expressão de sentimentos ansiosos pelo paciente a partir da verbalização de apreensão à situação vivida e medo frente aos exames propostos para elucidação dos diagnósticos médicos.

Na relação paciente-enfermeiro é importante que a comunicação seja efetiva para que ambos possam compartilhar os seus sentimentos, conhecimentos, apreensões e dúvidas a respeito do tratamento, exames e procedimento a que será submetido. Em pesquisa realizada sobre a comunicação terapêutica entre enfermeiro e paciente no ambiente hospitalar, o item usar jargão profissional, foi o que mais apareceu. Em decorrência disso, o paciente, muitas vezes, não compreende a mensagem emitida pelo profissional, já que é uma linguagem essencialmente técnica. Sendo o jargão profissional considerado uma barreira na comunicação de ambos, podendo gerar sentimentos como o medo e a ansiedade. Portanto, o enfermeiro deve saber quando, como e onde utilizar tais termos (Negreiros, Fernandes, Costa & Silva, 2009).

O diagnóstico de enfermagem risco de infecção é definido como “risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos” (NANDA, 2010, p. 329). A ocorrência do referido diagnóstico é justificada neste paciente devido a este ser alvo de procedimentos invasivos, além de estar exposto a ambiente rico em patógenos (Bachion et al., 1995).

É função da enfermagem promover um ambiente limpo e seguro, detectar sinais precoces de infecção, realizar procedimentos invasivos utilizando técnica asséptica, realizar higiene meticulosa das mãos antes e depois de cada contato com o paciente (Smeltzer et al., 2009). Tais atividades auxiliam na prevenção da infecção e por isso são relevantes nas

ações diárias do enfermeiro e, especialmente, em pacientes em pós-operatório.

O diagnóstico integridade da pele prejudicada é definido como “epiderme e/ou derme alteradas” (NANDA, 2010, p. 333). Estabeleceu-se esse diagnóstico devido à presença de ferida operatória em região médio esternal. As ações de enfermagem na restauração da integridade da pele a partir da execução de atividades que ajudem a promover uma boa cicatrização são muito importantes.

O diagnóstico dor aguda é definido pela NANDA-I (2010, p. 375) como uma “experiência sensorial e emocional desagradável que surge de lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão; de início súbito ou lento, de intensidade leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses”.

Os pacientes que se submetem a uma cirurgia cardíaca experimentam dor causada pela interrupção dos nervos intercostais ao longo do trajeto da incisão e pela irritação da pleura devido aos drenos torácicos. Dessa forma, é essencial observar e ouvir o paciente para perceber os indícios verbais e não verbais de dor, bem como registrar com exatidão a natureza, tipo, localização e duração da dor (Smeltzer et al., 2009).

CONCLUSÃO

O estudo buscou identificar as necessidades de cuidados de um paciente com Síndrome de Marfan, identificando para tanto os seguintes diagnósticos de enfermagem: Débito cardíaco diminuído; Risco de perfusão tissular cardíaca diminuída; Risco de glicemia instável; Constipação; Ansiedade; Risco de infecção; Integridade da pele prejudicada; e Dor aguda. A identificação destes diagnósticos de enfermagem permitiu a elaboração de um plano de

cuidados que possibilitou o planejamento de uma assistência eficaz, de caráter individual e contínuo.

O uso da NANDA-I, NIC e NOC para o estabelecimento de diagnósticos, dos resultados e das intervenções de enfermagem constituiu-se um avanço na profissão, uniformiza a linguagem entre os enfermeiros e contribui na recuperação da saúde do paciente (Carvalho et al., 2009).

Portanto, a partir da elaboração do estudo, conclui-se que com a aplicação de tal metodologia pode-se ajudar a evitar ou minorar os potenciais problemas de saúde de um paciente portador da Síndrome de Marfan no pós-operatório, de forma que o impacto da sua recuperação seja menor e menos traumatizante.

Além disso, destaca-se a relevância da construção e utilização de casos clínicos visando à atualização e discussão da metodologia do PE, possibilitando o desenvolvimento de uma prática reflexiva que seja capaz de romper com os velhos modelos de assistência baseados na fragmentação e disjunção dos saberes, além de fornecer uma discussão dos diagnósticos de enfermagem, resultados e intervenções.

REFERÊNCIAS

- Bachion, M.M., Robazzi, M.L.C.C., Carvalho, E.C. & Veiga, E.V. (1995) Clientela com alterações cardíacas: perfil diagnóstico elaborado por alunos de enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*. 3(2), 83-92.
- Barreto, M.M et al. (2002) Síndrome de Marfan. Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre, Porto Alegre (RS).
- Barros, A.L.B.L. (2002) Anamnese e exame físico: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. *Artmed*, Porto Alegre.
- Carvalho, Z.M.F. et al. (2009) Esclerose múltipla: conhecer para melhor cuidar. *Cultura de los Cuidados*. 26, 95-105.

- Dochterman, J.M. & Bulechek, G.M. (2004) *Classificación das Intervenciones de Enfermagem (NIC)*. (4ª ed.) Artmed, São Paulo.
- Fortes, A.N., Silva, V.M. & Lopes, M.V.O. (2006) Problemas de adaptación fisiológica em personas con angina. *Cultura de los Cuidados*. 19, 87-92.
- Galdeano, L.E., Rossi, L.A. & Zago, M.M.F. (2003) Guía de instrucción para la elaboración de un estudio de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 11(3), 371-75.
- Garcia, T.R. & Nóbrega, M.M.L. (2004) Processo de enfermagem e os sistemas de classificação dos elementos da prática profissional: instrumentos metodológicos e tecnológicos do cuidar. In: Santos, I. (Org.). *Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções*. São Paulo, 37-63.
- Gordon, M. (2000) Pasado, presente y futuro de los diagnósticos de enfermería. *Cultura de los Cuidados*. 7, 128-38.
- Hermida, P.M.V. (2004) Desvelando a implementação da sistematização da assistência de enfermagem. *Rev Bras Enferm*. 57(6), 733-37.
- Johnson, M., Maas, M. & Moorhead, S. (2004) *Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC)*. (2ª ed.) Artmed, Porto Alegre.
- Lira, A.L.B.C. (2005) *Diagnósticos de enfermagem em clientes transplantados renais de um hospital universitário de Fortaleza-CE*. [dissertação de mestrado]. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.
- Negreiros, P.L., Fernandes, M.O., Costa, K.N.F.M. & Silva, G.R.F. (2009) Caracterização da comunicação entre enfermeiros e pacientes de um hospital do Ceará, Brasil. *Cultura de los Cuidados*. 26, 87-94.
- North American Nursing Diagnosis Association. (2010) *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2009/2011*. Artmed, Porto Alegre.
- Risner, P.B. (1986) *Diagnosis: analysis and synthesis of data*. In: Griffith, K. & Cristensen, P.J. *Nursing Process: application of theories frameworks and models*. (2ªed.) Mosby, Saint Louis.
- Sallum, J.M.F., Chen, J. & Perez, A.B.A. (2002) Anomalias oculares e características genéticas na síndrome de marfan. *Arq Bras Oftalmol*. 65, 623-28.
- Smeltzer, S.C., Bare, B.G., Hinkle, J.L. & Cheever, K.H. (2009) *Brunner & Suddarth- Tratado de enfermagem medico-cirúrgica*. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.



La preservación del acervo histórico del centro académico XXXI Octubre, la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo

The preservation the historical heritage of the October XXXI academic center School of Nursing, University of São Paulo

Preservação do acervo histórico do centro acadêmico XXXI de Outubro da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Jaqueline de Andrade Oliveira¹; Genival Fernandes de Freitas²

¹ Acadêmica da Escola de Enfermagem da USP, bolsista CNPq - PIBIC.

² Professor Livre Docente da Escola de Enfermagem da USP.

Cómo citar este artículo en edición digital: de Andrade Oliveira, J; Fernandes de Freitas, G.(2012) Preservação do acervo histórico do centro acadêmico XXXI de Outubro da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 16, 34. Disponível en: <<http://dx.doi.org/10.7184/cuid.2012.34.11>>

Correspondencia: Jaqueline de Andrade Oliveira. Escola de Enfermagem da USP, bolsista CNPq - PIBIC. Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, nº 419 - CEP 05403-000 - Cerqueira César - São Paulo. Email: jaqueline.andrade.oliveira@usp.br



ABSTRACT

Preservation of documents is justified by the importance of the existing collection of documents in October XXXI Academic Center of the School of Nursing of USP in order to provide for the organization and the access to future researchers interested in the history of nursing, as well as safeguard the collective memory of that profession. This study aimed to sanitize, organize and prepare an inventory of documentation of October XXXI

Academic Center of the School of Nursing. Methodologically, documents were submitted to the diplomatic and typological analyzes and then were cleaned and organized in terms of archival, according to thematic affinity. For this purpose, we developed spreadsheets in Excel. The results revealed a large mass of documents, which was organized by thematic affinity, yielding a total of 9 subjects, totaling the amount of 1028 documents: National Union of Students -UNE (134), State Union of Students -UEE (131); Incoming Correspondence general (76); Correspondence Received - USP (140); Entities and Institutions Nursing student (60); Correspondence issued (229); Organisation Finances (150); Sparse Documentation (99) and Iconographic and Press material (9). The present study allowed a fresh look at the value of the document as a source of research and re-signified the social locus of collective memory.

Keywords: Documentation; History of Nursing; History.

RESUMEN

La preservación documental se justifica por la importancia de la colección de documentos existentes en el Centro Académico XXXI de Octubre de la Escuela de Enfermería de la USP, con el fin de proveer a la organización y el acceso a futuros investigadores interesados en historia de la enfermería, así como salvaguardar la memoria colectiva de esta profesión. El presente estudio tuvo como objetivos sanear, organizar y preparar un inventario de la documentación del mencionado Centro Académico. Metodológicamente, los documentos fueron sometidos a análisis diplomático y tipológico y después fueron limpiados y organizados, en archivos, según afinidades temáticas. A continuación, se prepararon hojas de hallazgos en Excel. Los resultados revelaron una gran masa de documentos, dando un total de 9 sujetos, por un importe global de 1.028 documentos: Unión Nacional de Estudiantes (UNE) (134), Unión Estadual de Estudiantes (UEE) (131); Correspondencia recibida (en general) (76); Correspondencia recibida - USP (140); entidades y los estudiantes Instituciones de Enfermería (60); correspondencia emitida (229), Organización Finanzas (150); escasa documentación (99) y material iconográfico y Prensa (9). El presente estudio permitió una nueva mirada al valor del documento como fuente de investigación y re-significó el lugar social de la memoria colectiva.

Palabras clave: Documentación; Historia de la Enfermería; Historia.

RESUMO

A preservação documental justifica-se pela importância do acervo documental existente no Centro Acadêmico XXXI de Outubro da Escola de Enfermagem da USP, a fim de

propiciar a organização e o acesso a futuros pesquisadores interessados pela história da enfermagem, bem como resguardar a memória coletiva dessa profissão. O presente trabalho teve por objetivos higienizar, organizar e elaborar um inventário da documentação do Centro Acadêmico XXXI da Escola de Enfermagem da USP. Metodologicamente, os documentos foram submetidos às análises diplomática e tipológica e, em seguida, foram higienizados e organizados, de modo arquivístico, segundo afinidades temáticas. Em seguida, foram elaboradas planilhas, no programa Excel. Os resultados revelaram uma massa documental vasta, dando origem a um total de 9 temáticas, que totalizam a quantidade de 1028 documentos: União Nacional dos Estudantes (UNE) (134); União Estadual dos Estudantes (UEE) (131); Correspondências Recebidas (geral) (76); Correspondências Recebidas – USP (140); Entidades estudantis e Instituições de Enfermagem (60); Correspondências expedidas (229); Organização Financeira (150); Documentação Esparsas (99) e Material Iconográfico e Jornalístico (9). O presente trabalho possibilitou um novo olhar sobre o valor do documento como fonte de pesquisas e ressignificou o lócus social da memória coletiva.

Palavras chave: Documentação; História da Enfermagem; História..

INTRODUÇÃO

A memória é um elemento essencial do que se costuma chamar identidade, individual ou coletiva, cuja busca é uma das atividades fundamentais dos indivíduos e das sociedades de hoje, na febre e na angústia (Le Goff, 2005).

Contribuir a estudos que não se limitem ao significado do positivismo às fontes documentais, compor para ao que Le Goff, his-

torizador da Escola dos “Annales”, chamou de “elemento essencial” é o que, tamanha pretensão, também espera-se contribuir com esse trabalho. A atuação do estudante enquanto sujeito, ator, da construção da sua identidade deve compreender aspectos da sua história e, nesse sentido, no que condiz aos estudantes da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), a preservação do acervo documental do Centro Acadêmico XXXI de Outubro corrobora para muitos vieses: a trajetória do movimento estudantil, principalmente, e, em especial, a trajetória da mulher na sociedade – profissão que sofreu diretamente, e ainda sofre, as dificuldades construídas nos diferentes valores sociais de gênero – e, conseqüentemente, a evolução da enfermagem. Tão importante quanto, este trabalho trará ainda contribuições para as fontes documentais sobre a saúde no Brasil, dado que a enfermagem constitui a maioria desses profissionais. Sendo assim, esta organização trará subsídios para conceber diversas memórias que, sem dúvida, são úteis aos presentes (estudantes, professores e interessados em geral pela história da Escola de Enfermagem de SP) e aos futuros trabalhos que queiram esmiuçar o passado e (re)construir dialeticamente essas histórias.

“O Centro Acadêmico “31 de Outubro”, órgão representativo das alunas da Escola de Enfermagem de São Paulo, foi fundado em março de 1943, seis meses após a fundação da Escola”. É assim que inicia a redação da estudante Heloisa A. Martins, da turma de 1948 (as estudantes eram conhecidas pelo ano de término do curso), 3ª turma da EEUSP, no volume I da revista Anais de Enfermagem (Le Goff, 2005; Martins, 1948). No entanto, a primeira documentação encontrada é a cópia da ata da primeira reunião do Centro, datada de primeiro de março de 1944. Carvalho esclarece que

a entidade estudantil foi criada logo após o início das aulas, porém houve dificuldades no que diz respeito ao excesso de atividades das estudantes:

Dinah Alves Coelho foi a primeira presidente do Centro Acadêmico da Escola de Enfermagem de São Paulo, como era denominado nos primeiros anos, para o mandato de 1944/45. Entretanto, devido ao excesso de atividades desempenhadas pelas alunas em função das aulas, ou talvez por falta de orientação, não houve nenhuma atividade do Centro até que um grupo de alunas, liderado por Ophélia Ribeiro e Dayse Gifford solicitou nova eleição para escolha de dirigentes que consideravam mais agressivas e atuantes (Carvalho, 1980).

A autora, inclusive, compôs essa gestão. Ainda em Carvalho, os relatos deste órgão estudantil na década de 40 destacam sua função enquanto extensão das atitudes de controle da instituição: “A atuação do Centro Acadêmico nos primeiros anos da Escola foi muito positiva em vários aspectos, além de auxiliar no governo da residência e na disciplina do internato.” ((Carvalho, 1980).

Finalizando, a diretoria do Centro Acadêmico “31 de Outubro” pertence à Junta Administrativa de que faz parte também a diretora e três membros do corpo docente da Escola de Enfermagem constituindo o governo de residência da Escola. Nas primeiras reuniões da Junta, procura-se resolver os problemas da residência de maneira satisfatória e assuntos relacionados à vida social das estudantes são também aí tratados (Carvalho, 1980).

As funções do Centro Acadêmico XXXI de Outubro passaram os diversos contextos

históricos da evolução da enfermagem, gerando uma documentação importante a partir das diferentes atividades que foram compondo sua organização. Portanto, o propósito deste acervo deverá corroborar também para a clarificação desta evolução, utilizando os documentos produzidos pelos próprios protagonistas destas modificações, enquanto ainda percorriam seus passos iniciais na Universidade.

Barreira ressalta a importância da história para a enfermagem:

Os estudos históricos interessam sobremaneira à enfermagem, pois a construção de uma memória coletiva é o que possibilita a tomada de consciência daquilo que somos realmente, enquanto produto histórico, o desenvolvimento da auto-estima coletiva e a tarefa de (re)construção da identidade profissional. (Barreira, 1999)

Superando a história de destaque a indivíduos, como uma pura verdade da abordagem positivista, contribuir para a composição de fontes para outras pesquisas é finalmente conseguir cuidar da nossa própria trajetória e cuidar é exatamente o objeto de trabalho da enfermagem: produto complexo a qual se espera uma abordagem socialmente transformadora.

O processo de reorganização do espaço físico e dos documentos históricos que constituem o acervo do Centro Acadêmico XXXI de Outubro, da Escola de Enfermagem da USP, é uma medida importante para resguardar a memória e a história dessa entidade estudantil e da história da enfermagem brasileira e paulista.

A relevância da realização da presente atividade acadêmica foi além do mapeamento dos documentos em um determinado período da história do Centro Acadêmico XXXI de

Outubro, pois possibilitou a higienização e a organização arquivística dos documentos que foram inventariados. Desse modo, os resultados desse trabalho (que parte encontra-se disposta em planilhas sobre o mapeamento dessa vasta massa documental que compõe o acervo do referido Centro Acadêmico) comprovaram a importância da história na formação do enfermeiro, na construção de sua identidade coletiva. Muitas justificativas podem ser apontadas, mas sobretudo cabe destacar a que melhor representaria, nesse momento, o avanço desse trabalho: assegurar a manutenção do patrimônio imaterial e material, do acervo documental do Centro Acadêmico XXXI de Outubro, da Escola de Enfermagem da USP, cuja memória merece, certamente, ser preservada, em benefício de gerações de enfermeiros e pesquisadores.

OBJETIVOS

Os objetivos do presente trabalho têm como finalidades principais a i) higienização da documentação existente; ii) a organização arquivística dos registros históricos e iii) a elaboração de um inventário a fim de utilizá-lo como ferramenta de pesquisa aos interessados no tema.

PERCURSO METODOLÓGICO

Para atingir tais objetivos foi realizada uma capacitação preliminar, através de uma oficina de “Conservação Preventiva de Documentos em Arquivos: uma abordagem inicial”, com o então pós doutorando do Departamento de Orientação Profissional, Dr. Paulo Fernando de Souza Campos, que levantou aspectos importantes a serem notados durante o processo deste trabalho. A abordagem trouxe um conjunto de técnicas e métodos que visam à conservação dos documentos e as informações



nele contidas; a higienização, alguns reparos e acondicionamento que diminuem, ou cessam, o processo de degradação. Fatores ambientais (más condições prediais), fatores de degradação (iluminação, temperatura, umidade relativa, poluição atmosférica, fungos, insetos e roedores) e o próprio manuseio, como agente de degradação humana. A higienização visa retirar poeira, quaisquer sujidades de superfície, além de objetos danosos como cliques, grampos e objetos metálicos. O trabalho exige um local seguro e equipamento adequado de proteção individual (EPI's), como luvas, máscaras e toucas.

A necessidade de um local para a realização desta etapa da pesquisa (o cuidado com os documentos no que tange à limpeza e à higienização) foi realizada em uma sala no Departamento ENO (Departamento de Orientação Profissional da EEUSP), bem como em sala de estudos da Biblioteca Wanda Horta e no próprio espaço do Centro Acadêmico XXXI de Outubro. Além das EPI's, pincéis e escovas foram utilizados nesta higienização mecânica.

Esta também é uma preocupação da EEUSP: foi submetido a órgão de fomento um projeto sobre organização preventiva e manutenção do patrimônio (i)material do Centro Histórico desta Escola, o qual aguarda financiamento para esse trabalho:

No início da década de 1990, um grupo de Enfermeiras da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo iniciou o projeto de organização do material histórico-documental existente sobre a memória da enfermagem paulista e brasileira. A proposta objetivava centralizar, em um único espaço, registros históricos que a escola dispunha, acumulados ao longo da trajetória institucional e profissional de suas primeiras líderes. Reunidos os documentos, formalizaram o acervo do Centro Histórico-Cultural da Enfermagem Ibero-Americana – CHCEIA.

E, nesta direção, no final do primeiro semestre de 2012, houve nova capacitação, agora no SAUSP (Serviço de Arquivo da Universidade de São Paulo), que contribuíram para ampliar a visão dos cuidados documentais.

A etapa seguinte à higienização dos documentos consistiu na organização arquivística dos registros históricos, o que foi realizada com base na análise apresentada por Belloto (Belloto, 2002) no livro *Como fazer Análise Diplomática e Análise Tipológica de Documentos de Arquivo*. A fim de contemplar o terceiro objetivo desse trabalho, optamos pela adaptação a partir da análise tipológica já que, como traduz a autora, “a tipologia documental é a ampliação da Diplomática em direção à gênese documental, perseguindo a contextualização nas atribuições, competências, funções e atividades da entidade geradora/acumuladora” (Belloto, 2002) permitindo assim um campo de trabalho maior.

Análise diplomática e análise tipológica têm objetos de estudos diferentes, dado que o primeiro se preocupa com a espécie documental e o segundo com o tipo documental. A diferenciação é assumida na configuração do documento de acordo com a disposição e a natureza das informações nele contidas, confor-

me exige o documento diplomático, enquanto que o outro assume sua configuração a partir da atividade representada:

Portanto, documento diplomático, é o testemunho escrito de natureza jurídica, redigido em observância a fórmulas estabelecidas que se destinam a dar-lhe fé e força de prova. (...) (Belloto, 2002).

A espécie documental é a configuração que o documento assume de acordo com a disposição e a natureza de sua informação (e é objeto da diplomática), bem como que o tipo documental é a espécie documental, não mais como 'fórmula', e sim já imbuído da atividade que o gerou (e é objeto da tipologia) (...) (Belloto, 2002).

A análise tipológica é o modelo preconizado pelo Grupo de Trabalho dos Arquivistas de Madri (Belloto, 2002), adaptado para a avaliação dos documentos do Centro Acadêmico XXXI de Outubro, os itens considerados foram: Classificação; código; tipo documental; datas limite; folhas; conteúdo e observações.

Foi realizada, a princípio, a transcrição de cada registro documental em folha de rascunhos, sendo em seguida organizado em planilha, no programa Excel. No Acervo Documental do Centro Acadêmico XXXI de Outubro, no entanto, há uma massa documental vasta e o trabalho não consiste tão somente na higienização e organização arquivística, requerendo, sobretudo, atenção redobrada na leitura e identificação dos tipos de documentos e nos conteúdos deles.

Cabe pontuar que por se tratar de uma pesquisa estritamente documental, dispensa-se a submissão do projeto de pesquisa a Comitê de Ética em Pesquisa, pois são todos documentos de domínio público que se encontram sob a

responsabilidade da Escola de Enfermagem da USP.

RESULTADOS

Os arquivos desse Centro Acadêmico encontram-se na sua sede, conquista do final da década de 70, local que até então era uma lavanderia sem uso, resquícios dos 22 anos de regime de internato – finalizados por volta de 1970. Por ser um porão, os riscos de degradação ou ameaça de destruição desse acervo são constantes devido as suas instalações antigas, fato que exemplifica essa questão foi o rompimento de um cano de água, na década de 2000, muito próximo ao local de guarda dessa documentação, provocando um alagamento que resultou em perda de muitos documentos, incluindo fotos, especialmente da década de 40. Vale notar que essa situação voltou a acontecer esse ano, porém, os documentos estavam melhor localizados e não resultou maiores problemas.

É importante constar que o prédio é antigo, início da década de 40, e que no momento, passa por algumas reformas. Por fim, em um armário de ferro, as pastas foram separadas há alguns anos por décadas, sendo mais bem detalhado neste trabalho incluindo, além de uma ordem cronológica mais concisa, a ordenação por temas de acordo com a massa documental encontrada.

Sendo assim, a higienização dos documentos foi realizada concomitantemente com o processo de leitura atenta de cada um, de forma a conhecê-los e inventariá-los. A princípio foi feito sumula e posteriormente transcritos para o computador.

O inventário feito para este trabalho contém: classificação, temática, código, tipo documental, datas limite, quantidade de folhas, conteúdo e observações. A classificação numé-

rica visa ordenar esses conjuntos documentais a fim de facilitar a localização do documento. A temática integra um conjunto de assuntos por afinidades, por exemplo: correspondências recebidas; correspondências enviadas; entidades estudantis e instituições de enfermagem (correspondências recebidas e enviadas de: Escolas, entidades estudantis, Associação Brasileira de Enfermagem – ABEn...). Este conjunto de informações permitiu a construção de síntese no item conteúdo e algum acréscimo dos dados.

Assim, o conteúdo dos arquivos foi a característica principal para a sua aglutinação temática. Há, ainda, muitos documentos no acervo do Centro Acadêmico para serem organizados.

A tabela seguinte revela a magnitude dessa massa documental em números.

Classificação	Temática	Quantidade de arquivo encontrado
1	União Nacional de Estudantes (UNE)	134
2	União Estadual dos Estudantes (UEE)	131
3	Correspondências Recebidas	76
4	Correspondências Recebidas: USP	140
5	Entidades estudantis e instituições de enfermagem (correspondências enviadas e recebidas).	60
6	Correspondências Expedidas	229
7	Organização Financeira	150
8	Documentação Esparsas (atas, contratos...)	99
9	Material Iconográfico e Jornalístico	9
TOTAL		1028

Tabela 1: Massa documental, décadas de 1940 e 50, do Acervo do Centro Acadêmico XXXI de Outubro, da EEUSP.

Os resultados desvelaram a importância do acervo documental e possibilitaram a visualização das articulações das estudantes da EEUSP com outras instituições da Universidade de São Paulo, com o movimento estudantil e com outras instituições da própria enfermagem.

Optou-se pela sistematização dos documentos nas seguintes áreas temáticas:

- Tema 1: União Nacional dos Estudantes (UNE);
- Tema 2: União Estadual dos Estudantes (UEE);
- Tema 3: Correspondências recebidas (geral);
- Tema 4: Correspondências recebidas: USP;
- Tema 5: Entidades estudantis e instituições de enfermagem;
- Tema 6: Correspondências expedidas;
- Tema 7: Organização Financeira;
- Tema 8: Documentação esparsas (Atas, contratos, relatórios de gestão, lista de frequência nas reuniões...);
- Tema 9: Material iconográfico e jornalístico.

Nesta direção, portanto, seguimos com a apresentação dos achados.

I) União Nacional dos Estudantes (UNE) e União Estadual dos Estudantes (UEE): Índícios de articulação do Centro Acadêmico XXXI de Outubro a órgãos estudantis.

Com um conjunto de documentos considerável, foi necessário aglutinar essas temáticas de forma isolada do restante das cor-

respondências recebidas pelo Centro Acadêmico XXXI de Outubro. A União Nacional dos Estudantes (UNE) e a União Estadual dos Estudantes (UEE) mantinham espaços de discussões das pautas estudantis e, se inserir neste contexto, sem dúvida, permitia grandes possibilidades de trocas entre estudantes, de diversas localidades, através de seus congressos.

A União Nacional dos Estudantes (UNE), fundada em agosto de 1937 (União Nacional

dos Estudantes, 2012), surge no contexto pré-
-Estado Novo que traria um governo autoritá-
rio no final daquele mesmo ano. Nas primei-
ras atas do Centro, das poucas encontradas,
surgem os primeiros vestígios de articulação
das estudantes da EEUSP com o que concer-
ne ao movimento estudantil: “Para substituir
Luísa Fonseca que se ausentou da Escola, em

seu cargo como membro da Comissão de Re-
presentantes junto a UNE, foi escolhida Daysy
Miranda Guifford.” (Teixeira, 1944).

Com o auxílio da temática Correspondên-
cias Expedidas, aos poucos, é possível notar
o envolvimento mais direto com estes órgãos
estudantis:

a.1) *Participação no Congresso Estadual dos Estudantes:*

Código	Tipo documental	Datas limite	Folhas	Conteúdo
218	Carta	São Paulo, 02 de maio de 1950	1	Destino: União Estadual dos Estudantes. Carta do Centro Acadêmico XXXI de Outubro informando os nomes das estudantes que irão compor a delegação para o Congresso Estadual de Estudantes.
201	Carta	São Paulo, 22 de julho de 1951	1	Destino: União Nacional dos Estudantes. Carta do Centro Acadêmico XXXI de Outubro informando os nomes das estudantes que irão compor a delegação para o Congresso Nacional de Estudantes.

Tabela 2: Massa documental, décadas de 1940 e 50, do Acervo do Centro Acadêmico XXXI de Outubro, da EEUSP

a.2) *Ainda em Correspondências Expedidas, a EEUSP, como internato, era requisitada para abrigar as estudantes que estavam de passagem por S. Paulo para os congressos:*

Código	Tipo documental	Datas limite	Folhas	Conteúdo
83	Ofício 21/54	São Paulo, 20 de abril de 1954	1	Destino: Comissão Organizadora do VI Congresso Estadual dos Estudantes. Ofício do Centro Acadêmico XXXI de Outubro ressaltando a colaboração da diretora D. Edith de Magalhães Fraenckel cooperando com a disponibilização, para as congressistas, dos aposentos solicitados.

Tabela 3: Massa documental, décadas de 1940 e 50, do Acervo do Centro Acadêmico XXXI de Outubro, da EEUSP

A organização desses documentos, acerca da participação dos estudantes em Congressos Estaduais, nos possibilita questionamentos políticos, que poderão ser objeto de estudos futuros, tais como: quais as discussões e para que fim eram as reuniões desses estudantes? Onde e como eram organizados esses congressos? Como eram patrocinados ou financiados? Como se desvelam as necessidades levantadas e as conseqüências nos programas de permanência estudantil das universidades e da sociedade da época?

II) Correspondências Recebidas Geral e Correspondências Recebidas: USP.

II.1: Os diversos contatos com as entidades estudantis e órgãos da USP.

A inserção das estudantes da Escola de Enfermagem no âmbito universitário é notável na pluralidade dos contatos encontrados. Entre diversos convites para festas, as pautas estudantis tomam caráter que extrapola as questões acerca da universidade, aparecendo muitos debates de âmbito da sociedade, de cunho político:

Código	Tipo documental	Datas limite	Folhas	Conteúdo
16	Ofício 230/56	São Paulo, 14 de maio de 1956	1	Ofício do Grêmio Politécnico referente a conferências e mesas redondas sobre o desenvolvimento de energia Atômica no país, organizado por este grêmio, pela UEE, pelo grêmio da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras e pelo centro de debates do Centro Acadêmico Oswaldo Cruz.
105	Telegrama	10 de novembro de 1947	1	Telegrama do Centro Acadêmico XI de Agosto, da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, solicitando apoio na Campanha Petróleo no Brasil.

Tabela 4: Massa documental, décadas de 1940 e 50, do Acervo do Centro Acadêmico XXXI de Outubro, da EEUSP

No que diz respeito à Universidade de São Paulo, pautas como a Casa dos Estudantes também surgem nessas décadas:

Código	Tipo documental	Datas limite	Folhas	Conteúdo
60	Ofício 2	São Paulo, 19 de março de 1953.	1	Ofício do Departamento de Cultura e Ação Social da Reitoria da Universidade de São Paulo em convite aos Centros Acadêmicos para uma reunião a fim de tomar conhecimento do projeto de construção e da maquete da Casa do Estudante nos terrenos da Cidade Universitária.

Tabela 5: Massa documental, décadas de 1940 e 50, do Acervo do Centro Acadêmico XXXI de Outubro, da EEUSP

Fato também encontrado entre os documentos da UEE:

Código	Tipo documental	Datas limite	Folhas	Conteúdo
19	Circular 02/56/57	Sem data	1	Circular da UEE sobre o interesse da Secretaria de Assistência dessa entidade na solução do problema de restaurante e da casa do universitário.
41	Circular nº 01	São Paulo, 12 de agosto de 1953	1	Circular da Secretaria de Assistência da UEE convidando "as universitárias residentes no interior e estudantes em São Paulo" para uma assembléia para planejar a realização da Casa da Estudante.

Tabela 6: Massa documental, décadas de 1940 e 50, do Acervo do Centro Acadêmico XXXI de Outubro, da EEUSP

Os primórdios das representações discentes:

Código	Tipo documental	Datas limite	Folhas	Conteúdo
04	Carta	23 de novembro de 1957	3	Cópia do parecer aprovado pela congregação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo referente a participação dos alunos nas congregações. Cópia enviada pelo Diretório Central dos Estudantes da Universidade de São Paulo.

Tabela 7: Massa documental, décadas de 1940 e 50, do Acervo do Centro Acadêmico XXXI de Outubro, da EEUSP

Na EEUSP há diversas tentativas do Centro Acadêmico XXXI de Outubro em construir uma quadra de voleibol no terreno anexo à Escola:

Código	Tipo documental	Datas limite	Folhas	Conteúdo
34	Ofício	São Paulo, 16 de agosto de 1954	1	Ofício da Reitoria da Universidade de São Paulo referente a construção da quadra de voleibol e cestobol no terreno anexo à Escola de Enfermagem.

Tabela 8: Massa documental, décadas de 1940 e 50, do Acervo do Centro Acadêmico XXXI de Outubro, da EEUSP

A construção da quadra também pode ser encontrada em Correspondências Expedidas; notamos que a solicitação já era antiga:

Código	Tipo documental	Datas limite	Folhas	Conteúdo
22	Carta	São Paulo, 21 de junho de 1957	1	Carta ao Prefeito da Cidade de São Paulo, Adhemar Pereira de Barros, solicitando a colaboração no sentido de possibilitar a construção de um campo de voleibol no terreno anexo à Escola e pertencente à mesma.
63	Ofício 25/54	São Paulo, 30 de junho de 1954	1	Destino: Reitor da Universidade de São Paulo. Ofício do Centro Acadêmico XXXI de Outubro desejando a construção de uma quadra para cestobol e voleibol nos terrenos anexos à Escola de Enfermagem.
198	Ofício 1	São Paulo, 04 de novembro de 1952	1	Ofício do Centro Acadêmico XXXI de Outubro para o Prefeito a fim de agradecer o nivelamento do terreno adjacente à Escola de Enfermagem para servir de campo de esporte deste centro. No entanto, solicitam que o serviço seja completado a fim de iniciar a prática de esportes.

Tabela 9: Massa documental, décadas de 1940 e 50, do Acervo do Centro Acadêmico XXXI de Outubro, da EEUSP

Entretanto, o alcance do presente estudo não nos possibilita afirmar com segurança sobre o terreno mencionado no ofício acima e que foi localizado no acervo documental do Centro Acadêmi-

co XXXI de Outubro. É sabido que a EEUSP possui prédios anexos, construídos posteriormente à edificação principal (que é da década de 1940), havendo também outro terreno, que se encontra em contigüidade com o da Escola e que é utilizado pela Associação Atlética Acadêmica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (AAA FMUSP).

II.2: Correspondências recebidas (geral)

Entre convites para festas e apresentação de novas diretorias, as pautas estudantis não param, circulando muito além da USP, recebendo correspondências do país inteiro:

Código	Tipo documental	Datas limite	Folhas	Conteúdo
08	Ofício nº 2087	São Paulo, 14 de junho de 1956	1	Carta da Prefeitura do Município de São Paulo, do prefeito Wladimir Piza, em referência aos processos de irregularidades da prefeitura de S.P. praticadas pelo Dr. Jânio Quadros quando exercia o cargo de prefeito.
16	Ofício 6/56	Porto Alegre, 16 de abril de 1956	1	Ofício do Centro Acadêmico Franklin Delano Roosevelt, Faculdade de Filosofia da Universidade do Rio Grande do Sul, referente a posse da nova diretoria.
25	Carta	1956	5	Carta da Comissão Paulista de Minérios referente ao "Congresso Estadual de defesa dos minérios", credencial e regimento do congresso.
31	Carta	São Paulo, 07 de agosto de 1954	1	Carta do Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos Bancários de São Paulo, membro da Comissão Coordenadora da Campanha pela Redução de 50% nos ingressos de cinema, teatros, praças de esporte e demais diversões públicas para menores de 18 anos e estudantes, convida a participar de uma mesa redonda sobre esse assunto.
42	Carta	São Paulo, 04 de setembro de 1952	1	Carta do CEDPEN (?) referente a aprovação do projeto de lei que cria a Petrobrás S/A.

Tabela 10: Massa documental, décadas de 1940 e 50, do Acervo do Centro Acadêmico XXXI de Outubro, da EEUSP

III) Entidades e Instituições da Enfermagem: correspondências recebidas e enviadas.

Optou-se por unir as trocas que existiam dentro da enfermagem nesta temática: correspondências recebidas e enviadas. Os diversos contatos chamam a atenção para o crescimento da enfermagem no país, a seguir parte do inventário apresenta, a título de ilustração, os 10 primeiros códigos, dos 58 encontrados:



Código	Tipo documental	Datas limite	Folhas	Conteúdo
01	Carta	São Paulo, 13 de outubro de 1958	1	Carta do Centro Acadêmico "Cruz Vermelha" (CACV), da Escola de Enfermagem da "Cruz Vermelha Brasileira", em agradecimento ao convite para o "Baile da Lâmpada".
02	Carta	São Paulo, 31 de março de 1958	1	Carta do Centro Acadêmico XXXI de Outubro para Srta. Elisete Rodrigues, Escola de Enfermagem N. S. das Graças, em resposta a uma solicitação de cópia do estatuto.
03	Ofício 6 - 56/57	Porto Alegre, 16 de março de 1957	1	Ofício do Centro Acadêmico da Escola de Enfermagem de Porto Alegre solicitando exemplar do regime interno da EEUSP (Escola de Enfermagem da USP) a fim de colaborar com a elaboração do regimento da Escola de Enfermagem de P. Alegre.
04	Telegrama	Sem data	1	Telegrama de Glete de Alcantara, Diretora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, em congratulação as diplomadas de 1956.
05	Circular 619/56	São Paulo, 27 de julho de 1956	1	Circular da Fundação Santa Casa de Misericórdia de Santos solicitando ao Centro Acadêmico XXXI de Outubro uma coleção da "técnica em enfermagem".
06	Nota	São Paulo, 02 de julho de 1956	2	Nota da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) agradecendo a colaboração do Centro Acadêmico XXXI de Outubro nos programas de televisão e o cronograma da programação de rádio e tv.
07	Carta	18 de junho de 1956	1	Carta (cartão) ao Centro Acadêmico XXXI de Outubro, enviado por Carmem Silvia, da turma de Ribeirão Preto, em agradecimento a amizade.
08	Nota	20 de maio de 1956	1	Nota do Centro Acadêmico "Florence Nightingale", da Escola de Enfermagem "São Vicente de Paulo", Universidade do Ceará, comunicando a posse da nova diretoria do Centro.
09	Carta	17 de maio de 1956	2	Carta do Diretório Central dos Estudantes de Enfermagem, Rio de Janeiro, solicitando divulgação do I Congresso Nacional dos Estudantes de Enfermagem e cópia do currículo da EEUSP (Escola de Enfermagem da USP).
10	Nota	São Paulo, 02 de maio de 1956	1	Nota da Comissão de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN), seção São Paulo, em divulgação do curso de "Relações Humanas".

Tabela 11: Massa documental, décadas de 1940 e 50, do Acervo do Centro Acadêmico XXXI de Outubro, da EEUSP

Nota-se que no código 09 já há indícios de articulação para encontros estudantis específicos da enfermagem (“I Congresso Nacional dos Estudantes de Enfermagem”), mais tarde, no final da década de 70, daria início o ENEEn (Encontro Nacional de Estudantes de Enfermagem), sendo o primeiro realizado na EEUSP, que acontece até hoje, já na sua XXXV edição.

IV) Correspondências Expedidas

O Centro Acadêmico XXXI de Outubro mantinha uma cópia das correspondências enviadas, ou, pelo menos, de boa parte desta. Dos muitos assuntos tratados, selecionamos o que condiz as tentativas das estudantes em amenizar suas atividades inten-

sas, como a quadra de voleibol já citada, e abaixo a proposta de uma colônia de férias:



Código	Tipo documental	Datas limite	Folhas	Conteúdo	Observações
184	Ofício 17/53	São Paulo, 18 de fevereiro de 1953	1	Ofício do Centro Acadêmico "31 de Outubro" para Dr. André Nunes, vereador da câmara municipal de São Paulo, solicitando colaboração para a construção de uma colônia de férias, na Vila Vera Cruz, Praia Grande, Município de Itanhaém, esclarecendo, ainda, que foi depois de muita luta que conseguiram comprar o terreno.	Justificativa: "O curso de Enfermagem exige muito de seus alunos, pois o horário semanal dia, com 1 dia e meio de folga por semana. As férias anuais são de 35 dias, ao passo que em outras faculdades são 04 meses."

Tabela 12: Massa documental, décadas de 1940 e 50, do Acervo do Centro Acadêmico XXXI de Outubro, da EEUSP

Nesse sentido, é interessante que a reflexão se faça em face dos potenciais de desgastes e fortalecimentos* (Soares, 2011) que as estudantes enfrentavam na graduação, a fim de construir uma discussão que insira o contexto de produção e reprodução de vida. Afunilando um pouco a questão, e direcionando para o aspecto da condição da mulher na sociedade, no que diz respeito ao internato, Gastaldo e Meyer (1989) discorrem sobre a ênfase na formação da conduta moral da enfermeira, por vezes até em detrimento do próprio conhecimento:

A formação das enfermeiras surgiu e perdurou em regime de internato. Esta iniciativa certamente está ligada à necessidade de mudança da imagem das mulheres que lidavam com os doentes. O internato possibilitou um controle rígido no sentido de propiciar o desenvolvimento de "traços de caráter desejáveis a uma boa enfermeira, tais como: sobriedade, honestidade, lealdade, pontualidade, serenidade, espírito de organização, correlação e elegância".

Certamente os futuros trabalhos não de considerar essa temática tão importante para diversas explicações de um curso majoritariamente feminino.

V) Organização Financeira

O Centro oferecia bolsas às estudantes com o comprometimento de devolver toda a verba depois de formadas, em prestações:



* O conceito de potencial de desgaste e de fortalecimento, de maneira geral, pode-se dizer, referem-se às diferentes formas de trabalhar e de viver que geram diferentes potenciais de fortalecimento e de desgaste da saúde, gerando uma equação da qual vai depender o processo saúde-doença.

Código	Tipo documental	Datas limite	Folhas	Conteúdo
1	Termo de Comprometimento	Sem data	1	Compromisso da bolsista do Departamento de Previdência do Centro Acadêmico XXXI de Outubro: depois de formada devolver uma bolsa de Cr\$ 300,00 mensais até completar a quantia recebida pela estudante Geni V. Dourado durante o curso.
2	Termo de Comprometimento	Sem data	1	Compromisso da bolsista do Departamento de Previdência do Centro Acadêmico XXXI de Outubro: depois de formada devolver uma bolsa de Cr\$ 300,00 mensais até completar a quantia recebida pela estudante Ermelinda Gonçalves durante o curso.

Tabela 13: Massa documental, décadas de 1940 e 50, do Acervo do Centro Acadêmico XXXI de Outubro, da EEUSP

Aparentemente essa verba provinha do Bar que era mantido no Hospital das Clínicas (HC) e do repasse do governo estadual:

Código	Tipo documental	Datas limite	Folhas	Conteúdo
01	Ofício 19/54	sem data	1	Ofício emitido pelo Centro Acadêmico XXXI de Outubro com destino ao Sr. Secretário da Educação, em requerimento à importância de Cr\$ 15.000,00 (quinze mil cruzeiros) referente a dotação orçamentária de 1954.
08	Carta	São Paulo, 23 de março de 1954	1	Carta do Secretário Estadual da Educação, José de Moura Resende, referente a "Nota de empenho - despesa autorizada" sobre o pagamento de Cr\$ 15.000,00 ao Centro Acadêmico XXXI de Outubro.
11	Carta	São Paulo, 04 de dezembro de 1953	1	Carta da Assembléia Legislativa de S. Paulo, Sr. Rogê Ferreira, referente a aprovação da emenda que apresentou ao Orçamento do Estado no sentido de destinar ao órgão estudantil Cr\$ 25.000,00.
12	Emenda ao projeto de lei 1179	Sala das sessões, 05 de novembro de 1953	1	Emendas ao projeto de lei nº 1179 de 1953. Verba nº 192 Material e Serviços. Acrescenta-se Despesas diversas; assistência social, previdência e cultura. Subvenções, contribuições e auxílios. Centro Acadêmico 31 de Outubro Cr\$ 50.000,00.

Tabela 14: Massa documental, décadas de 1940 e 50, do Acervo do Centro Acadêmico XXXI de Outubro, da EEUSP

VI) Documentação (Atas, contratos, estatutos).

Começamos a conhecer um pouco, mais especificamente, as pessoas que passaram pelo Centro Acadêmico XXXI de Outubro e as dificuldades enfrentadas pelas estudantes considerando as muitas cartas de pedido de “demissão”, de “dificuldades”.

Ata da primeira reunião do Centro Acadêmico da Escola de Enfermagem de S. Paulo. No dia primeiro de março do ano de mil novecentos e quarenta e quatro, na sala cinco mil e sessenta e cinco, do edifício do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, sito a avenida Rebouças, teve lugar a primeira reunião do Centro Acadêmico da Escola de Enfermagem de São Paulo. (Teixeira, 1944)*

* O conceito de potencial de desgaste e de fortalecimento, de maneira geral, pode-se dizer, referem-se às diferentes formas de trabalhar e de viver que geram diferentes potenciais de fortalecimento e de desgaste da saúde, gerando uma equação da qual vai depender o processo saúde-doença.

Excerto da primeira ata do Centro Acadêmico XXXI de Outubro.

VII) Fotos e Jornais:



Figura 1. Julho de 1953, da esquerda para a direita: Enir Souza Lima (turma 1954), Vera Santos (turma 1954), Mery Lida (turma 1954), Lourdes Torres (turma 1956), Silvia Regis (?) e Marlene Murari (turma 1956). Foto no alto do prédio da EEUSP, ao fundo o Hospital das Clínicas (HC), atualmente Instituto de Ortopedia e Traumatologia (IOT-HC/FMUSP).

Recortes de jornais do departamento de esportes do Centro Acadêmico XXXI de Outubro e poucas fotos ajudam a compor a documentação.

DISCUSSÃO

As dificuldades não tardaram em aparecer: é um processo de trabalho amplo, demorado e extremamente cansativo dado à exigência de concentração e leituras, somadas à necessidade de síntese para compor o inventário, o que indicou a importância de se ter mais pesquisadores para etapas subsequentes do presente trabalho. No entanto, ao mesmo tempo, é um processo de conhecimento rico sobre a trajetória das estudantes da EEUSP, história da qual também faço parte, vivendo outra época, outras dificuldades e facilidades, ajudando a

construir, com todas as diferenças históricas que nos separam, o que começaram.

Vale colocar que tivemos dificuldades com documentos não datados, ou de difícil compreensão, solucionados, quando possível, de acordo com o seu conteúdo, organizando-se próximos aos documentos semelhantes ou mantidos próximos aos que foram encontrados.

Diante de tantas provocações, possibilidades e desafios de aprendizagem, este foi um trabalho para ampliar a visão não só da importância do documento, e da subjetividade concomitante a este, mas um conhecimento dos sujeitos que passaram pela EEUSP e ajudaram a construir a enfermagem. Para além das técnicas, o processo de reflexão na leitura destes documentos suscitou outras necessidades de conhecimentos, a fim de uma melhor compreensão da importância com que se trata esta pesquisa.

Nesta linha de discussão, Le Goff¹ levanta reflexões importantes acerca da memória considerando que todo documento é falso e verdadeiro ao mesmo tempo, relativo às condições de produção, e, sem dúvida, um instrumento de poder.

Marilena Chauí (Chauí, 2000) lembra que a memória enquanto poder vem dos gregos, com a deusa Mnemosyne – “A deusa Memória dava aos poetas e adivinhos o poder de voltar ao passado e de lembrá-lo para a coletividade.” Em *Convite à Filosofia*, denomina de memória objetiva as gravações nos monumentos, documentos e relatos da história de uma sociedade.

Le Goff destaca ainda que a escolha desses materiais do passado não é inerte, coube a alguém ou algo a decisão do que sobreviveria, o que mais uma vez levanta a falsidade que há em todos esses resquícios destes pretéritos:

De fato, o que sobrevive não é o conjunto daquilo que existiu no passado, mas uma escolha

efetuada quer pelas forças que operam no desenvolvimento temporal do mundo e da humanidade, quer pelos que se dedicam à ciência do passado e do tempo que passa, os historiadores (Le Goff, 2005).

De fato, este inventário, como tantos outros, visa permitir que mais fontes possam contribuir para a construção de uma memória, em especial, do movimento estudantil, da mulher na sociedade, da enfermagem e suas contribuições para o desenvolvimento da saúde no país. A ação de inventariar os documentos pode e deve ser útil no sentido de compor o trabalho das fontes materiais, auxiliando o pesquisador na busca de informações da construção social da história e, portanto, da memória coletiva.

Não é muito dizer que falar de memória coletiva é falar também da corroboração que a forma de organização da sociedade, sua maneira de produzir e reproduzir, há na estruturação desta memória. Pensar na organização capitalista enquanto estruturação de valores, uns valem mais e outros valem menos, é permitir um olhar a partir dos potenciais de desgastes e fortalecimentos que estavam, e estão envolvidas, as (os) estudantes da EEUSP:

A natureza social dos valores proporciona a percepção da relação entre valores e história da sociedade. A transformação social traz consigo a mudança de valores, ou seja, há uma alteração simultânea entre relações sociais e valores. Cada modo de produção (dominante) traz consigo as formas de regularização das relações sociais que lhes são correspondentes, e, dentre estas formas, os valores. Assim, determinados valores são constituídos socialmente e, nas sociedades simples (pré-classistas e indígenas), são homogêneos. Mas esta situação muda com a constituição da sociedade de classes. (Viana, 2007)

Sabendo da não ingenuidade da história, o documento, produto de uma sociedade, e, portanto, dependente das condições e valores sociais às quais os sujeitos que a geraram estavam inseridos, deve ser uma abordagem relevante, porém não única. Não podemos mais, assim como discute a História Nova, construir a história dos personagens de destaque, como se estes não fossem também parte de um conjunto de pessoas que viveram em certa faixa de tempo, de espaço e de organização social diversa.

González, Freitas e Porto (Fernandes de Freitas, Porto, Siles, 2009) destacam que o estudo das fontes ou dos documentos, no sentido mais amplo possível desse termo, ou seja, tudo que tem vestígios do passado e que pode ajudar a compreendê-lo, é importante na análise histórica do passado. Nesses termos, os autores pontuam:

Em relação às possibilidades das fontes para a consecução de estudos em história da enfermagem, percebe-se que, atualmente, o conceito de fonte abrange uma densa massa documental no sentido de englobar documentos escritos, iconográficos, fontes orais e objetais. Dessa maneira, o movimento da História Nova tem contribuído para o esgarçamento do conceito de documento e, por conseguinte, a massa documental adquire novo status, porém há limitações das classificações das fontes. (Fernandes de Freitas, Porto, Siles, 2009).

Na discussão dessas fontes documentais, no contexto do Centro Histórico-Cultural da Enfermagem Ibero-Americana (CHCEIA), da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, no projeto enviado para órgão de fomento, Freitas ressalta:

O campo é vasto e rico e muito ajudará a profissão de enfermagem a conhecer as dimensões da identidade profissional e o legado que te-

mos recebido das pioneiras. O estudo desse passado histórico da enfermagem brasileira, ainda tão remoto, é fundamental para a compreensão do alcance da profissão, como atividade social imprescindível e essencial do setor saúde e para o desenvolvimento do pensamento crítico pelos profissionais a fim de ampliar e avançar o saber e o fazer da enfermagem.

CONCLUSÃO

Os objetivos propostos inicialmente foram alcançados no tocante à higienização e à organização arquivística dos documentos das décadas de 1940 e 50, bem como na elaboração do inventário da documentação, no período mencionado, na qual os documentos foram organizados por blocos temáticos.

Os resultados dessa pesquisa serão úteis, certamente, a futuras investigações relacionadas a questionamentos, entre outros, sobre as articulações estudantis, sobre o papel do feminino na sociedade, a institucionalização e a formação da enfermeira na Escola de Enfermagem da USP.

A contribuição do estudo da memória para identidade coletiva, no caso, das descendentes da EEUSP, vai de encontro à necessidade de emancipação do sujeito, cada vez mais difícil na acentuação da modernidade e a consequente ênfase do individualismo. Nesse sentido, o significado de emancipação é buscar compreender a discussão feita por Paulo Freire, “Ninguém nasce feito. Vamos nos fazendo aos poucos, na prática social de que tomamos parte” (Freire, 2007), e assim, fazendo, a construção da identidade de uma profissão não pode esquecer as classes as quais a separaram, sob risco de manter uma coesão, uma homogeneidade, inexistente. Ainda mais no que condiz o presente trabalho: uma condição feminina em um histórico de aristocracia pa-

triarcal. Que as fontes encontradas auxiliem a identificar essas entrelinhas.

REFERÊNCIAS

- Barreira, I.A. (1999) Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. *Rev.latino-am.enfermagem*, 7 (3), 87-93.
- Belloto H.L. (2002) Como fazer análise diplomática e análise tipológica de documento de arquivo. 8. Arquivo do Estado e Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, São Paulo
- Carvalho, A.C. (1980) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo: Resumo Histórico – 1942-1980. Escola de Enfermagem da USP, São Paulo.
- Chauí, M. (2000) Convite à Filosofia. Ed. Ática, São Paulo.
- Freire P. (2007) Política e Educação – Coleção Dizer a Palavra. 8ª edição, Villa das Letras, São Paulo.
- Gastado, D.M; Meyer, D.E. (1989) A Formação da Enfermeira: ênfase na conduta em detrimento do conhecimento. *Rev Bras. Enferm.* 42(1.2.3/4): 7-13.
- Le Goff, J. (2005) História e Memória. Editora Unicamp, São Paulo..
- Martins, H.A. (1948) Realizações de uma associação de estudantes. *Anais de Enfermagem*. 1(2), São Paulo.
- Porto, F; Fernandes de Freitas, G; Siles, J. (2009) Fontes Históricas e ético-legais: possibilidades e inovações. *Cultura de los Cuidados*. 13(25), 46-53.
- Soares, C.B. (2011) Juventude e saúde: concepções e políticas públicas. In: Dayrell J, Moreira MC, Stengel M. *Juventudes Contemporâneas*. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Minas Gerais.
- Teixeira, M.S. (1944) Ata da segunda reunião do Centro Acadêmico XXXI de Outubro. São Paulo: 31 de março de 1944. Disponível no Centro Acadêmico XXXI de Outubro da Escola de Enfermagem da USP.
- União Nacional dos Estudantes (2012) História da UNE. Disponível em [www.une.org.br] Consultado em 9 março de 2012.
- Viana, N. (2007) Os valores na sociedade moderna. *Thesaurus*, Brasília.

Miscelánea

Biblioteca comentada

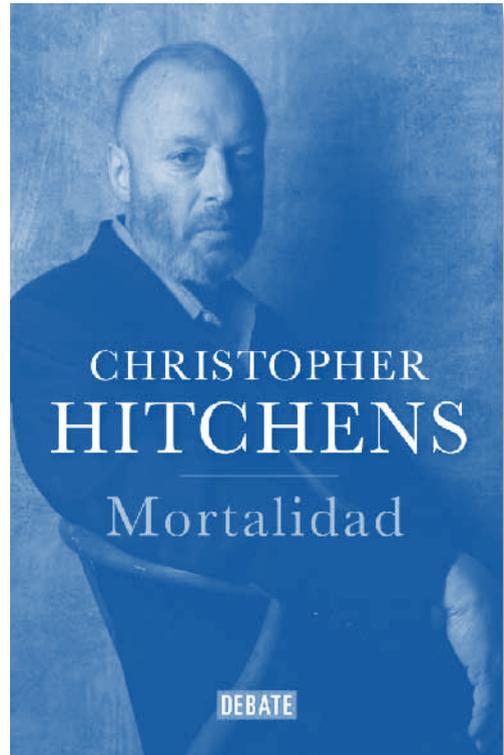
MORTALIDAD

Christopher Hitchens (2012).

Debate, Barcelona.

No hace mucho en *“Las enfermedades de Sísifo”* dediqué un capítulo a Harold Brodkey y a su libro *“Esta salvaje oscuridad”*, de igual manera que lo hice con *“Crónicas del linfoma”* de José Comas. En estos libros hay un denominador común: se realiza una crónica de las enfermedades de sus autores (sida y linfoma no hodgkiniano). Otra cosa une a Brodkey y a Comas, con todos los matices que se quieran introducir: a ambos les sorprende la enfermedad cuando están en la cúspide de sus respectivas carreras, uno como literato y el otro como periodista. Así de cruel es la enfermedad que espera agazapada para dar su terrible zarpazo en el momento más inoportuno. Cuántos ejemplos podríamos poner, extraídos de cualquier momento de la historia de la humanidad.

El lector de esta reseña se preguntará a qué viene este exordio, creo que hay una explicación. ¿Cuál? La aparición en castellano, poco tiempo después de la edición norteamericana, de *“Mortalidad”*, un libro en el que Christopher Hitchens (1949-2011) aborda su enfermedad -cáncer de esófago- desde que le comunican el diagnóstico hasta prácticamente el final de sus días. El diagnóstico le llega a los 61 años de edad y cuando está en plena campaña de presentación de sus celebradas memorias: *“Hitch-22. Confesiones y contradicciones”*; por estos motivos emparentamos a Hitchens con



Brodkey y Comas, aunque aprovechamos para desear que el libro de este último autor sea traducido a otras lenguas como los de los otros dos han sido traducidos a la nuestra. El libro de Comas no tiene nada que envidiar a los de estos autores. Pero a lo que vamos.

La lectura de *“Mortalidad”* de Christopher Hitchens nos trae a la mente la diafanidad de Montaigne en sus ensayos y la radicalidad de Mark Twain en obras como *“Cartas desde la tierra”*. El lector avisado sabe perfectamente que Hitchens no es un escritor cómodo, ahí están sus escritos que ponen en el punto de

mira a Henry Kissinger, George Bush (padre), Bill Clinton o a la madre Teresa de Calcuta. Sus libros y artículos en *"The Nation"* o *"Vanity Fair"*, por ejemplo, han levantado ampollas en los medios intelectuales norteamericanos y también en sectores conservadores o entre predicadores y evangelistas. Recordemos aquí obras como *"Amor, pobreza y guerra"*, *"Dios no es bueno"* o *"Dios no existe"*, que en algún aspecto lo pueden emparentar con *"Por qué no soy cristiano"* de Bertrand Russell.

Hitchens en *"Mortalidad"*, libro publicado en parte previamente en *Vanity Fair*, realiza una profunda reflexión sobre la vida, la muerte y la enfermedad. Podemos pensar que al escribir estas páginas -al encontrarse en el borde del precipicio o a punto de cruzar la frontera o como suelen decir otros estar a punto de abandonar ese breve periodo de luz entre dos grandes apagones- aprovecha para edulcorar su ateísmo y ganarse el cielo y sobre todo el perdón de los predicadores; todo lo contrario, Hitchens aprovecha estas páginas para reafirmar su pensamiento esencial; el dolor, la enfermedad y la muerte cercana no le hacen abdicar de sus ideas. El cáncer de esófago y las neumonías parecen afianzarlo en un ateísmo beligerante y en otras convicciones. Hitchens se va muriendo día a día, pero sigue provocando como hizo toda su vida. Claro que en esta tarea encuentra estímulo y acicate en algunos fieles que relacionan la enfermedad del escritor con un castigo divino. Parece mentira pero aún hay personas en el mundo que se alegran de que una persona padezca una enfermedad terminal y que siguen relacionando el binomio persona enferma/persona pecadora. A Hitchens le llegaron a escribir cosas así:

"sí, seguid creyendo eso, ateos. Va a retorcerse de agonía y dolor, y se marchitará hasta desaparecer y tener una muerte horrible, y después viene

la verdadera diversión, cuando vaya al fuego infernal y sufra eternamente la tortura y el fuego".

Nada más y nada menos estos eran los deseos de algún creyente y ferviente defensor de la palabra de Dios. Claro que todo esto era gasolina o combustible para alimentar la vocación de polemista y de provocador de este escritor de origen británico; sólo le hacía falta padecer en sus carnes estos deseos inspirados en la antigua teurgia asirio-babilónica, y que lamentablemente aún hoy están muy enquistados entre nosotros, para que escribiera lo que sigue:

"Existen numerosos pasajes de los textos sagrados y la tradición religiosa que durante siglos convirtieron este tipo de regodeo en una creencia generalizada (...). En primer lugar, ¿qué mero primate está tan condenadamente seguro de que puede conocer la mente de Dios? En segundo lugar, ¿este autor anónimo quiere que sus opiniones sean leídas por mis hijos, que no han cometido ninguna ofensa y también están pasando un momento complicado, gracias al mismo dios? En tercer lugar, ¿por qué no lanzar sobre mí un rayo, o algo así de imponente? La vengativa deidad tiene un arsenal tristemente empobrecido si todo lo que se le ocurre es exactamente el cáncer que mi edad y anterior "estilo de vida" indicarían que podría tener. En cuarto lugar, ¿por qué el cáncer? Casi todos los hombres contraen cáncer de próstata si viven lo suficiente: es algo indigno, pero está distribuido de manera uniforme entre santos y pecadores, creyentes y no creyentes. Si uno sostiene que dios asigna los cánceres adecuados, también debe contar la cantidad de niños pequeños que mueren de leucemia. Personas devotas han muerto jóvenes y con dolor. Bertrand Russell y Voltaire, se mantuvieron en activo hasta el final, al igual que muchos criminales y muchos psicópatas. Esos castigos, por tanto, parecen tremendamente azarosos (...)"

Hay católicos, en cambio, que rezan por el escritor; pero tampoco esto lo deja tranquilo y relaciona el binomio, o como diría un matemático las variables, oración/curación; por eso, con ironía, saca a relucir ciertos estudios estadísticos sobre el tema; por medir y buscar correlaciones parece que hay quienes son capaces de someter sus hipótesis de investigación mezclando a Dios, la moral y la supervivencia de la persona enferma. Al leer estas páginas me he acordado de Javier Krahe, a pesar de mi admiración por los que emplean la metodología cuantitativa, cuando dice aquello de que es triste y es tétrico someterlo todo al sistema métrico.

Christopher Hitchens parece que con este libro quiere “*hacer la muerte en voz activa*” hasta el final, por eso no faltan metáforas de todo tipo que lo ponen creemos bajo el paraguas de la influencia de Susan Sontag, me refiero aquí a su inolvidable libro “*La enfermedad y sus metáforas*”. La célebre escritora norteamericana afirmaba aquello de que “*la enfermedad es el lado nocturno de la vida, una ciudadanía más cara*”, por eso quizás Hitchens habla de “*Villa Tumor*” y de “*Villa Bien*”. Cuánta razón tenía Antonio Machado cuando decía que se canta lo que se pierde; pero a veces puede pasar que Villa Bien se infiltre en Villa Tumor o viceversa. Todo es muy complicado. Todo depende de cómo a cada uno le vaya en la vida. El caso es que Hitchens, reeditando las ideas de Sidney Hook, no quiere yacer cómodamente en “*tumbas de colchones*”, y se revuelve como don Quijote regalando al personal lúcidos mandobles.

Hay otra cuestión. A lo largo de las páginas de este pequeño gran libro flota otra pregunta esencial: ¿hasta dónde puede aceptar un ser humano para seguir viviendo? Es una pregunta por la que sin duda merece la pena leer las reflexiones de este notable ensayista y pole-

mista. Otro aliciente para leer el libro: ¿qué es mejor estar muerto o soportar el calvario de los efectos secundarios de la radioterapia? Así como meditar sobre lo que pueden ayudar o no, en esta guerra contra la enfermedad, los analgésicos. Se pueden encontrar unas cuantas páginas memorables en las que el escritor realiza una correlación entre pinchazos y dolor; extraer sangre para los análisis una y otra vez, un día y otro día, con enfermeras, técnicos o “*flebotomistas*” más o menos avezados, que a veces hurgan hacia arriba y hacia abajo para encontrar la vena. Pinchazos que provocan dolor y pinchazos que lo suprimen porque introducen en el cuerpo un analgésico, que a la vez dejan a la persona a merced de una nueva dependencia. Cómo recuerdan estas páginas a Harold Brodkey y a aquello de que “*la aguja ha reemplazado al beso*”. Por eso quizás Hitchens tampoco se olvida de reflejar en su libro la tendencia de la medicina moderna a recurrir a los eufemismos, como por ejemplo en aquello de “*equipos de gestión del dolor*”. O como con esos kit de respiración que bastan y sobran “*para hacer que me sientan críticamente enfermo*”.

El premio Nobel Harold Pinter escribió un poema manifestando su voluntad de luchar contra las células cancerígenas, aun sabiendo que podía perder la batalla; Christopher Hitchens escribe: “*No lucho ni combato contra el cáncer, él lucha contra mí*”. Son formas de expresar el mismo asunto, aunque se sepa de antemano que no se va a sobrevivir a la tarjeta de American Express, el que la tenga. En estos libros tan intensos, el humor se agradece siempre, y creo que por eso Hitchens salpica el suyo con las dosis justas y necesarias que permiten al lector llegar hasta el final.

En “*Mortalidad*” se refleja un hecho más: la burocracia en “*Villa Tumor*”; por las mañanas hay que acudir a los abogados y por las tardes a

los médicos. No sé por qué pero “*Villa Tumor*” se parece mucho al famoso Castillo de Franz Kafka. Si el tumor mata, morirá, “*pero parece muy decidido y determinado en su propósito*”.

Genio y figura hasta el final, altivo y provocador, Christopher Hitchens escribió que si se convertía sólo sería porque es preferible que muera un creyente a que lo haga un ateo. No soy nadie para interpretar sus ideas, pero

pienso que Hitchens más que combatir a la religión luchaba contra la superstición, el odio y el fundamentalismo, y utilizó su enfermedad como ariete, por eso creo que hay que leer este gran libro que por cierto rebasa escasamente el centenar de páginas.

Francisco Herrera Rodríguez

Universidad de Cádiz.

MI EXPERIENCIA DE LEER EL LIBRO: LAS REBELDES

Cuando recibí el libro *Las Rebeldes*, enseñada me interesé en él. Sentí que reunía una serie de elementos cercanos: era historia, era enfermería, se ocupaba de las relaciones entre diferentes culturas y sucedía en la frontera entre Estados Unidos y México, un país al que me unen muchos nexos profesionales y personales.

Mónica Lavín, alrededor de tres mujeres que constituyen el tejido central de la obra: Leonor Villegas de Magnón, Educadora y Presidenta de la Cruz Blanca Constitucionalista; Lily Long, esposa de George, médico; y de una supuesta periodista que se une al grupo de voluntarias, Jenny Page; reconstruye la participación entusiasta de ellas, y otro grupo de mujeres que se fueron uniendo a la causa revolucionaria en la época de Venustiano Carranza, y quienes fueron factor decisivo para que pudiera llegar el momento del desfile de los Constitucionalistas, encabezados por el Gran Jefe, por las calles de la capital mexicana, el día 20 de agosto de 1914.

En los primeros capítulos no entendí mucho el mensaje que traía, pero a medida que leía el libro iba captando plenamente el porqué



del surgimiento de la obra. Leonor Villegas realmente no le había hecho ese Encargo, se lo había impuesto ella misma, la autora, Mónica Lavín, como mujer mexicana, y comprometida con Tamaulipas, donde se desarrollan los hechos que narra, envueltos en los velos de una novela.

Y también entendí, por qué no quedó en la foto. Porque Jenny Page, no estaba ahí, es una táctica de la novelista para aparecer en el terreno de los hechos, y poder narrar, “desde adentro” como un testigo ocular, como un actor en medio del relato. Buena técnica literaria; siento la mejor envidia de quienes son capaces de escribir así.

Desde las primeras páginas, me sentí atrapada y escribí al margen: “se lee muy bien, es difícil parar”, y tal vez viéndolo bien, si había entendido lo del Encargo, porque más adelante hice otra anotación: “me encanta la estrategia de la escritora de convertirse en narradora por encargo”, de una participante en el evento narrado.

Lo que sentí en seguida, y tal vez porque entre 2004 y 2005 estuve varias veces en Tamaulipas: Ciudad Victoria, Tampico, Monterrey, Matamoros (y Brownsville, del otro lado), representando a la Universidad de Alicante en el Programa de Doctorado en Enfermería y Cultura de los Cuidados; es que la novela es una historia de la vida de una mujer que vive en la frontera México – USA y experimenta en carne propia las similitudes y las diferencias entre estas dos culturas. Es evidente el significado del Río Grande, cruzarlo a comienzos del Siglo XX todavía era fácil, comparado con lo que ya era a mediados del mismo siglo. Para las personas mayores, que lo habían vivido, primero en su niñez, y ahora en sus años mayores era muy difícil la nueva situación; como dice uno de los personajes de la novela, “pero si ambos lados son lo mismo”. Antes se respiraba México en las calles de Laredo, dice la autora. Después ya no; por algo surgiría Nuevo Laredo del lado mexicano. Y hace visibles a todos esos personajes que siendo mexicanos o descendientes de mexicanos, se sentían “gringos”, o querían sentirse como tales, vivían en

el lado norte del Río Grande, y preferían no hablar español; y los otros, que viviendo en ese lado, tenían ascendencia mexicana, de la cual se sentían orgullosos y querían seguir manteniendo su cultura, y dentro de ella, el idioma.

Otro recurso literario interesante es que intercala su historia “creada” como Jenny Page, con el relato sobre Leonor Villegas, como centro de la historia de la Cruz Blanca Constitucionista. Y además, hacerse aparecer en ella, como sobrina de otra actora real, Lily Long, de la que sí era en verdad sobrina, la propia Leonor. El hecho histórico, de que Lily Long era esposa de médico, George Long, facilitó las cosas. Y naturalmente, la circunstancia de que Leonor Villegas, era miembro de una familia acomodada, casada con Adolfo Magnón, un hombre presante, y ella, con formación como educadora, hacía que se constituyeran en un buen bastión, alrededor del cual pudieron hacer funcionar de manera efectiva esta organización.

Por otra parte, el hecho de Jenny Page haber entrado al grupo como enfermera, voluntaria como todas, le permitía vivir desde adentro la vida de la Cruz Blanca y el hecho de ser periodista, le daba ventajas para inmiscuirse en todo, en aras de poder escribir sobre diferentes temas, y luego convertirse en la narradora de todo ese proceso de participación de un grupo de mujeres y algunos hombres, procedentes de los dos lados, al mando de una enfermera, en el proceso revolucionario de las dos primeras décadas del siglo XX. Hasta el apellido es interesante, porque alude a su “destino” como escritora, los mexicanos la llaman Págin. Pero además, la autora se documentó muy bien, porque con frecuencia expone conceptos que son realmente de la esencia de la enfermería.

Ramiro Sosa, el soldado federal, es decir “enemigo de la causa revolucionaria”, juega

un papel importantísimo en el relato, porque crea un puente muy fuerte, entre la Jenny, que decide apoyar a los rebeldes, y la otra, cuyo corazón tira hacia el otro lado. Esta relación sentimental es el eje del tejido novelístico, lo que mantiene el interés romántico del escrito, el lado más humano, el del corazón; que también plantea de manera velada entre Leonor y sus Jefes, Carranza y Ángeles. En síntesis, la escritora tiene una habilidad enorme para mantener el interés en la historia grande, a través de las pequeñas historias de sus personajes centrales.

Algo muy interesante es que no utiliza el tiempo lineal en su narración. En algunos capítulos escribe como Jenny Page, y relata en presente su participación en la Cruz Blanca Constitucionalista; en otros lo hace en pasado, cuando se refiere a ésta época, pero como un recuerdo, 40 años después; pero incluso, en ocasiones habla de la situación, colocándola en el futuro. Son los recursos que da la experiencia de ser una gran escritora.

Consiguió muy buenas fotos, y construye el contexto de las mismas, para colocarlas en el momento preciso; y da la sensación de que cada foto, apoya su relato, cuando fue al contrario, el texto fue construido para darle fundamento a la foto.

En esta novela, no he leído otras de ella, en Colombia no pude conseguir: “Yo, la peor”, sobre Sor Juana Inés de la Cruz, por la cual obtuvo el Premio Iberoamericano de Novela Elena Poniatowska 2000, y que en la Feria del Libro de Bogotá de abril de 2012, era presentada como una obra de la cual ya se habían vendido 30.000 ejemplares; Mónica Lavín se muestra no sólo como una gran escritora, sino como una verdadera historiadora, que recoge muchos materiales y testimonios, alrededor del tema histórico que pretende construir de manera novelada. El cuadro que presenta al fi-

nal como una Cronología, montada sobre los ejes de análisis: fecha, Leonor Villegas, año y Revolución/Carrancismo; refleja ese trabajo investigativo previo; que es propio de los grandes escritores, como la investigación que hiciera Gabriel García Márquez sobre conceptos de salud pública, para su novela *El amor en los tiempos del cólera*.

Hace varias alusiones a Jhon Reed, quien en 1911 vino a México como corresponsal de guerra, incluso acompañó a Pancho Villa en algunos de sus ataques y convivió con los soldados, y también conoció a Venustiano Carranza; haciendo similitud con el sueño de Jenny Page de ser corresponsal de la Cruz Blanca Constitucionalista para el periódico *Laredo News*.

Aun cuando todas son mencionadas en el relato, en la Cronología que presenta al final de la obra, incluye la lista de las mujeres vinculadas a la primera brigada de la CBC, que considero es necesario recordar: Leonor Villegas, Jovita Idar, Elvira Idar, María Alegría, Aracelly García, Rosa Chávez, Antonia S. de la Garza, Nieves y Refugio Garza Góngora.

Narra el momento en que si vincula a la CBC la joven “Adelita”; que no sabemos si sea la misma musa que inspiró una de las muchas canciones relacionadas con la revolución mexicana, pero que para los latinoamericanos es muy cercana, aquella que dice: “Si Adelita se fuera con otro, la seguiría por tierra y por mar, si por mar en un buque de guerra, si por tierra, en un tren militar...”

Ana Luisa Velandia Mora.

REVISTA DE ENFERMERÍA Y HUMANIDADES

DATOS PERSONALES

Nombre y apellidos

Domicilio

Población Cód. Postal Provincia

Teléfono Actividad profesional

BOLETÍN DE SUSCRIPCIÓN

Deseo suscribirme por un año (tres números) al precio de 12 euros que abonaré mediante:

- Cheque bancario nominativo adjunto n.º _____
- Transferencia a BANCAJA, cuenta N.º 2077 0482 16 3100 518783
- Domiciliación bancaria

*Departamento de suscripción: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)
C/. Xàbia, 4 - 3º Pta. 10 - 46010 Valencia*

Cultura de los Cuidados

ORDEN DE PAGO POR DOMICILIACIÓN BANCARIA

Banco o Caja de Ahorros

Domicilio de la Sucursal

Población Cód. Postal Provincia

Cuenta Corriente. Libreta de Ahorros N.º

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Clave del Banco	Clave y n.º de control de la sucursal	N.º de Cuenta Corriente

Ruego a ustedes se sirvan tomar nota del recibo que deberé abonar anualmente en mi cuenta con esta cantidad cuyo recibo será presentado para su cobro por el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).

Nombre del titular de la cuenta o libreta

Fdo.:

