



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Máster

La ciencia y práctica enfermera del cuidado emocional: una revisión histórica.
The science and practice of nursing in emotional care: a historical review.

Autor/es

Andrea Énery Gómez Sanz

Director/es

Consuelo Miqueo Miqueo

Facultad de Ciencias de la Salud
2017

RESUMEN

La enfermería considera pilares fundamentales de su disciplina el cuidado, la persona, la salud y el entorno. El aspecto emocional de la persona y su vivencia de la enfermedad cobra vital importancia dentro de sus cuidados profesionales.

El objetivo de este estudio es conocer la tradición occidental sobre la ciencia de las emociones y desde cuándo y de qué manera se enseña a las enfermeras los conocimientos de psicología para poder emitir juicios diagnósticos y ofrecer al paciente cuidados emocionales, y si estos conocimientos adquiridos son científicos o pertenecen a la cultura popular. Se trata de un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y de carácter histórico organizado en tres partes.

La primera parte, destinada a conocer la imagen historiográfica del problema, se ha reconstruido a través de los manuales académicos de Historia de la Medicina (Laín Entralgo, López Piñero y Sánchez González), Historia de la Enfermería (Donahue, Hernández Conesa y Hernández Martín) y los apartados de historia de manuales generales de Psicología (Habib, Carter y Rosenzweig y colaboradores). En la segunda parte se explica el paso del paradigma filosófico al científico de las facultades mentales, que situamos en la formulación y expansión de la doctrina localizacionista o Frenología, a principios del siglo XIX. En tercera parte se analiza el contenido sobre psicología de dos manuales de enfermería de España (*Manual de la enfermera* de Sitges Creus y *Tratado del ayudante en medicina y cirugía* de Oteo Hernando) de la transición española (A.T.S.) y se concluye con la descripción de las competencias actuales del personal de enfermería en la evaluación de la salud emocional de los pacientes, derivadas de la aplicación de los códigos NANDA-I.

Palabras clave: “Enfermería/Historia”, “Medicina/Historia”, “Psicología/Historia”, “Frenología”, “emociones”, “cuidado emocional”, “manuales A.T.S.”, “diagnósticos NANDA-I”.

ABSTRACT

Nursing considers fundamental concepts of her discipline the care, the persons, the health and the environment. Emotional aspects of the person and his experience of the disease becomes vital in their professional care.

The objective of this study is to know the occidental tradition of the science of emotions, when and how nurses are taught the knowledge of psychology, so they can diagnose with sense and offer the patient emotional care, and if this knowledge acquired are scientific or popular culture. It is a descriptive, observational, retrospective and historical study organized in three parts.

The first part, destined to know the historiographic image of the problem, has been reconstructed through the academic manuals of History of Medicine (Laín Entralgo, López Piñero and Sánchez González), History of Nursing (Donahue, Hernández Conesa and Hernández Martín) and the history sections of general manuals of Psychology (Habib, Carter and Rosenzweig and collaborators). The second part explains the step from the philosophical paradigm to the scientist of the mental faculties, which we place in the formulation and expansion of the Phrenology, in the early nineteenth century. The third part analyzes content on psychology of two Spanish nursing manuals (*Manual de la enfermera* of Sitges Creus and *Tratado del ayudante en medicina y cirugía* of Oteo Hernando) of the Spanish transition (A.T.S.) and concludes with the description of the current competences of nursing in the evaluation of the emotional health of the patients, derived from the application of NANDA-I codes.

Key words: “Nursing/History”, “Medicine/History”, “Psychology/History”, “Phrenology”, “emotions”, “emotional care”, “manuals A.T.S.”, “NANDA-I diagnostics”.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	2
1.1. Planteamiento del problema.....	2
1.2. Material y métodos	4
2. LA CONSIDERACIÓN DE LAS EMOCIONES EN LA HISTORIOGRAFÍA	8
2.1. Manuales de historia de la Medicina	8
2.2. Manuales de Historia de la Enfermería.....	17
2.3. Historia en los manuales de Psicología.....	23
2.4. La investigación actual el tema: una revisión bibliográfica	30
3. EL CAMBIO DEL PARADIGMA FILOSÓFICO AL CIENTÍFICO EN EL CAMPO DE LAS EMOCIONES.....	34
3.1. El saber sobre el alma y los cuidados corporales desde la antigüedad hasta el S. XVIII	34
3.2. La doctrina de la localización cerebral de las facultades psíquicas: la Frenología.	37
4. EL PUNTO DE VISTA EMOCIONAL EN LA FORMACIÓN Y PRÁCTICA ENFERMERA DEL S.XX².....	44
4.1. Manuales de formación del Ayudante Técnico Sanitario (1953- 1978) en la transición al diplomado en Enfermería.....	44
4.2. La competencia diagnóstica actual del profesional de enfermería: NANDA 2009-2011	59
5. CONCLUSIONES.....	66
6. BIBLIOGRAFÍA.....	68
6.1 Fuentes	68
6.2. Bibliografía crítica	69
7. ANEXOS.....	71
Anexo 1. Representación de una cabeza frenológica y la división de los órganos y sus facultades según Mariano Cubí (1844).	71
Anexo 2. Tabla de correspondencia por localización de los órganos frenológicos según autores.....	72
Anexo 3. Reproducción de cabeza frenológica en porcelana de la Cartuja (Sevilla) muy difundida en España.....	73
Anexo 4. Clasificación de diagnósticos enfermeros según clasificación NNN. Dominio III. Psicosocial.	74

1. INTRODUCCIÓN

1.1.Planteamiento del problema

El filósofo de la ciencia T. S. Kuhn afirmaba que la ciencia se organiza en torno a unas ideas básicas y ejemplares que sirven de núcleos de cristalización y que él denominó paradigmas¹. En la enfermería ha existido una dificultad en el desarrollo científico de la profesión y, desde hace años, se ha estado buscando cuáles son los pilares de la disciplina enfermera. En la década de 1980 se aceptó por la comunidad enfermera internacional la propuesta de un metaparadigma que incluía como conceptos centrales de la enfermería: el cuidado, la persona, la salud y el entorno. Alrededor de estos conceptos se han organizado las numerosas teorías enfermeras en filosofías, modelos y teorías dependiendo de su nivel de abstracción científica.²

Kerouac y colaboradoras, en su libro *El pensamiento enfermero*³, dividen las grandes corrientes del pensamiento enfermero de las últimas décadas en tres grandes paradigmas: el paradigma de la categorización, orientado hacia la salud pública y hacia la enfermedad; el paradigma de la integración, orientado hacia la persona en su triple consideración biopsicosocial; y el paradigma de la transformación, basado en una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo. El paradigma que en este análisis más nos interesa, y en el que se encuadra esta indagación histórica, es el paradigma de la integración holista porque considera que:

“la persona es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas, los componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales están relacionados, de ahí la expresión: la persona es un ser bio-psico-socio-cultural-espiritual. Según esta perspectiva, la persona puede influenciar los factores preponderantes de su salud, teniendo en cuenta el contexto en que se encuentra. Busca las mejores condiciones posibles para obtener una salud y un bienestar óptimos”.⁴

En este sentido, la disciplina enfermera se diferencia de la disciplina médica en que la enfermera se centra en la persona y la médica, en la enfermedad. El paradigma de

¹ Bujosa Homar, Francesc. *Filosofía e historiografía médica en España*. Madrid: Consejo Superior de investigaciones científicas; 1989, p. 22.

² Brito Brito, Pedro Ruymán; Aguirre Jaime, Armando. *El diagnóstico psicosocial desde una perspectiva enfermera*. Barcelona: Elsevier; 2014, p. 28.

³ Kérouac, Suzanne; Pepin, Jacinthe; Ducharme, Francine; Duquette, André; Major, Francine. *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson; 1996.

⁴ Kérouac et al. Op. cit., p. 10.

la transformación va más allá, considerando a la persona como un todo, mayor que la suma de sus partes, y siempre relacionada e interactuando con su entorno. Según sus bases filosóficas y científicas, podemos agrupar las concepciones de la disciplina enfermera en seis escuelas: escuelas de las necesidades, de la interacción, de los efectos deseados y de la promoción de la salud, todas orientadas hacia la persona, y las escuelas del ser humano unitario y del *caring*, caracterizadas por una apertura hacia el mundo.⁵

El paradigma de la categorización es el más antiguo de los tres y podría decirse que su orientación es mucho más parecida a la orientación médica, centrándose en la enfermedad y no en el paciente. Con el avance de la ciencia enfermera, la enfermedad deja de ser el centro de los cuidados para dar paso al paciente como un todo. El aspecto emocional de la persona y su vivencia de la enfermedad queda ampliamente reflejado tanto en los dos paradigmas posteriores como en las distintas escuelas que los integran. Todas las teóricas enfermeras (Henderson, Orem, Roy, Rogers, etc) dan relevancia a este aspecto, siendo la mayor exponente Hildegard Peplau.

Hildegard Peplau pertenece a la Escuela de la Interacción y es su principal representante. Para esta escuela, el cuidado es un proceso interactivo entre una persona que tiene necesidad de ayuda y otra que es capaz de ofrecérsela. Peplau insiste en la contribución de la enfermería en la sociedad y considera la enfermería como una ciencia humana. Los cuidados se han orientado según una perspectiva centrada en la relación interpersonal, un proceso interpersonal terapéutico que supone ayuda y asistencia en una relación de confianza. La persona, según esta teórica, es

“un ser bio-psico-socio-espiritual que está en desarrollo constante. Tiene la capacidad de comprender su situación y de transformar su ansiedad en energía positiva que le permitirá responder a sus necesidades”.⁶

En este marco teórico profesional, se considera que la enfermera debe poseer conocimientos sistemáticos con el fin de evaluar las necesidades de ayuda de la persona, formular un diagnóstico de enfermería y planificar una intervención⁷.

Es aquí cuando surgen las preguntas de esta investigación: ¿cómo se nos enseña a las enfermeras esos conocimientos en psicología para poder enunciar un juicio

⁵ Kérouac et al. Op. cit., p. 25.

⁶ *Ibidem.*, p. 33.

⁷ *Ibidem.*, p. 31.

diagnóstico? ¿Desde cuándo esa formación científica en la vida emocional de los enfermos forma parte del caudal del aprendizaje de la enfermera? ¿Utilizamos conocimientos técnicos específicos o nos valemos de la cultura general para abordar los cuidados emocionales de los pacientes?

Para responder a estas cuestiones hemos indagado acerca de la evolución de los conocimientos científicos sobre la condición emotiva del ser humano, nuestro paciente (capacidad emocional, organización de las emociones en relación con la salud y la enfermedad). Nuestra investigación es el resultado de esta aventura intelectual, que ha consistido sobre todo en “comprender” el proceso histórico de separación del pensamiento religioso y científico; de observar la progresiva separación de los tres niveles del alma o *psykhé* (instintos, afectos y razón) y aceptar su asiento material en las diversas localizaciones cerebrales, y, en tercer lugar, ha consistido en observar cómo ese nuevo conocimiento científico sobre las emociones se ha integrado en la formación del profesional de enfermería, en un país como España de honda raíz católica.

1.2. Material y métodos

Para contextualizar los cambios en la consideración de la dimensión emocional o psíquica de la persona hemos aprovechado las lecciones impartidas en las asignaturas de la especialidad de Historia del Máster Universitario en Iniciación a la Investigación en Ciencias de la Enfermería, en especial las de “Historia y filosofía de la Ciencia”.

Las fuentes utilizadas para la reconstrucción de la imagen historiográfica del problema de las emociones o “movimientos del ánimo” o del alma, como se traducían desde la antigüedad, han sido los manuales universitarios de historia de la medicina y enfermería más prestigiosos y utilizados en la enseñanza de estas materias en nuestro país⁸. De medicina se han seleccionado *Historia de la medicina* de Pedro Laín Entralgo, *Breve historia de la medicina* de José María López Piñero e *Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico* de Miguel Ángel Sánchez González. Los manuales de enfermería elegidos han sido *Historia de la Enfermería* de la estadounidense Patricia Donahue, *Historia de la enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería* de la historiadora y enfermera Juana Hernández Conesa, e

⁸ Las referencias bibliográficas completas se ofrecen en el apartado de Fuentes de la Bibliografía.

Historia de la enfermería en España (desde la antigüedad hasta nuestros días), coordinado por Francisca Hernández Martín, coordinadora del Seminario Permanente de Historia de la Enfermería.

En cambio, el criterio de selección de los manuales de psicología ha sido diferente. Se escogieron tres que ofrecían un apartado destinado a la historia de la disciplina, aunque fuera breve, de entre los manuales disponibles en la propia universidad. Resultó significativo en nuestra investigación que sólo recurrieran a la historia los tratados de orientación psicofísica y que en los tres se mencionara la teoría frenológica. Los manuales utilizados para la reconstrucción de la imagen histórica que circula entre los profesionales de la psicología fueron: *Bases neurológicas de las conductas* de Michel Habib; *El nuevo mapa del cerebro* de Rita Carter y *Psicobiología. Una introducción a la Neurociencia conductual, cognitiva y clínica*, escrito por Mark R. Rosenzweig, S. Marc Breedlove y Neil V. Watson.

Para la revisión bibliográfica de las tendencias actuales en investigación histórica sobre las emociones en las ciencias de la salud, se ha recurrido a las Bases de Datos Bibliográficas habituales, españolas e internacionales: CUIDEN, ISOC, IBECS, PUBMED.

Para el estudio de la Frenología, nuestra principal fuente han sido los tratados *Sistema completo de Frenología* y *La Frenología i sus glorias*, escritos por Mariano Cubí que, siendo filólogo y no médico, fue el mayor difusor de esta teoría científica del S. XIX en España. De forma complementaria se ha recurrido a otras fuentes como son las enciclopedias de 1815, 1915 y 2015 (Hurtado, Enciclopedia Universal Ilustrada y Wikipedia).

La selección de los manuales de formación de enfermería en los que pretendíamos observar cómo se fueron integrando las distintas teorías de la vida psíquica humana y el papel de las emociones en los cuidados enfermeros, se ha realizado a través de una búsqueda sistemática de los ejemplares existentes y accesibles en la Biblioteca de la Universidad de Zaragoza y en la Red de Bibliotecas Universitarias Españolas (REBIUN). Originalmente, nuestro corpus documental de estudio estaba compuesto por manuales correspondientes a las grandes etapas de la profesionalización de la enfermería española: manuales de principios del siglo XX tanto de practicantes como de matronas, manuales del periodo de Ayudante Técnico Sanitario, manuales de

la Diplomatura en Enfermería (1978-2008) y manuales del Graduado en Enfermería (2008-). Finalmente, para este trabajo hemos analizado y contrastado únicamente dos manuales de formación de ATS, ambos del periodo de la transición democrática y final del nacional catolicismo: *Manual de la enfermera* del catalán A. Sitges Creus y los volúmenes II y III del *Tratado del ayudante en medicina y cirugía*, editado por el madrileño A. Oteo Hernando.

Por último, para la comprensión de las competencias profesionales atribuidas en materia de evaluación psicológica al personal de enfermería de las últimas décadas, hemos recurrido a *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación* de NANDA Internacional en su edición de 2009-2011, que fue la utilizada durante mi formación universitaria, por lo que dispongo de una edición con la que estoy familiarizada.

La metodología de trabajo utilizada ha sido la habitual en estudios históricos del discurso científico, es decir, análisis de texto/análisis de discurso en su contexto, más bien diacrónico que sincrónico en este caso. Se trata, pues, de un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo y de carácter histórico, planteado desde el conocimiento de las diversas teorías del cambio y progreso científico, sintetizadas por Francesc Bujosa i Homar para la historiografía médica y psicológica, y por Suzanne Kérrouac para el pensamiento enfermero. En general, utilizamos la teoría de los cambios paradigmáticos, de la construcción social de la ciencia, y de la ciencia como cultura, partiendo del supuesto de que la ciencia produce el conocimiento de la realidad mejor certificado pues se basa en evidencias o datos obtenidos en rigurosas condiciones bien controladas (metodología científica) y discutidos en una comunidad científica o de expertos que comparte (o no) muchos de los principios teóricos y metodológicos científicos convencionales. No dudamos de la superioridad epistemológica del conocimiento científico pero que sea el mejor certificado no quiere decir que sea el verdadero.

Como se verá en este trabajo, hay algunos problemas comunes y básicos de la vida humana que han resultado mucho más problemáticos en la construcción de las ciencias de la salud. Podemos concluir que el saber sobre las causas y efectos de las emociones humanas, que forman parte de la cultura popular, no se halla, sin embargo, en el centro de la realidad que se deja conocer desde los presupuestos del positivismo científico predominante en el mundo contemporáneo. Se podría decir, a la luz de nuestros resultados, que la ciencia de las emociones es la pariente pobre de las ciencias

de la salud. Parece como si las emociones, que pertenecen a la vida afectiva, son constituyentes de la vida cotidiana humana y forman parte de los atributos estereotipados de las mujeres, padecieran la misma desvalorización que ellas frente a los fenómenos psíquicos superiores como la voluntad, la conciencia o la razón.

Esta es otra cuestión que no formaba parte de las preguntas de investigación de este trabajo, y que no halla respuesta. Responder a la pregunta sobre el papel del género en la historia de las ciencias de la salud requiere otras lecturas de las mismas fuentes y distintas, y otros marcos conceptuales para esa otra mirada, tan interesante como la que ha orientado nuestra reconstrucción histórica de los obstáculos intelectuales, morales, metodológicos y profesionales que han arrinconado el interesante tema del papel de las emociones en el tránsito de la salud a la enfermedad y a la muerte, por una parte, y , por otra, el papel que los sanadores han otorgado a las emociones en nuestra cultura occidental.

En la memoria exponemos, en primer lugar, la imagen historiográfica del problema a través de los manuales de Historia de la Medicina e Historia de la Enfermería y los apartados de historia de manuales generales de Psicología. En segundo lugar, explicamos el paso del paradigma filosófico al científico en el campo de las emociones, hecho que comenzó con el inicio de la Psicología Moderna y se instituyó con la formulación y expansión de la doctrina localizacionista o Frenología, surgida tras la revolución Francesa, a principios del siglo XIX. En tercer lugar, analizamos el contenido sobre psicología de dos manuales de enfermería de España de la época del Ayudante Técnico Sanitario (1953-78), para terminar describiendo, con alguna precisión, las competencias para la evaluación de la salud emocional de los pacientes atribuidas en la actualidad al personal de enfermería, derivadas de la aplicación de los códigos NANDA-I de codificación de los diagnósticos de salud.

2. LA CONSIDERACIÓN DE LAS EMOCIONES EN LA HISTORIOGRAFÍA

2.1. Manuales de historia de la Medicina

a) *Historia de la medicina* de Pedro Laín Entralgo

Sin duda alguna, la historia de la medicina más extensa y mejor desarrollada es la que lleva a cabo Pedro Laín Entralgo en su manual *Historia de la medicina*⁹, editado por primera vez en Barcelona en 1978, que recopila, siguiendo un orden cronológico, los saberes médicos a lo largo de toda la historia. Se divide en seis partes que corresponden con una época: Medicina pretécnica; Medicina y “physis” helénica (Antigüedad clásica); Helenidad, monoteísmo y sociedad señorial (Edad Media); Mecanicismo, vitalismo y empirismo (Siglos XIV-XVIII); Evolucionismo, positivismo, eclecticismo (Siglo XIX) y La medicina actual: poderío y perplejidad (desde la Primera Guerra Mundial). A su vez, cada una de estas partes se divide en secciones y estas, en capítulos. Por lo general, todas las secciones siguen un orden parecido, en el que se expone consecutivamente: el conocimiento científico general de la época, el conocimiento científico del hombre, el conocimiento científico de la enfermedad y la praxis médica y tratamiento médico.

Laín Entralgo describe las diferentes concepciones que a lo largo de la historia ha tenido el concepto de “alma”. En la actualidad, casi siempre es entendida desde el punto de vista espiritual¹⁰, pero no siempre fue así. La explicación de por qué se han llamado a las emociones “movimientos del ánimo” procede de la teoría de la dinámica griega. Esta equivaldría ahora a tres ciencias: la fisiología, la psicología y la

⁹ Laín Entralgo, P. *Historia de la medicina*. Barcelona: Masson-Salvat Medicina; 1978.

¹⁰ Cuando le pregunté a mi abuela, católica practicante, qué era el alma para ella, estas fueron sus palabras: “Las personas estamos formadas por el cuerpo y por el alma. El cuerpo muere, pero el alma no. Es en ese momento cuando va a rendir cuentas ante Dios. Es como un baúl lleno de las acciones buenas y de las acciones malas de toda la vida. Si el alma está llena de cosas buenas, tendrá su recompensa. Entrará en el cielo. Si por el contrario, hay más cosas malas, no creo que exista el infierno, pero no obtendrá ninguna compensación”. Es un ejemplo de la costumbre de relacionar el alma con la espiritualidad. En cambio, mi madre, su hija, tiene una concepción diferente, evidencia del paso generacional: “Para mí el alma es sinónimo de identidad, de individualidad, de esencia (soy yo -individuo- frente a los otros). El alma tendría dos componentes: la consciencia (sé quien soy, identifico mi entorno, sé lo que hago, en definitiva, conozco); y la conciencia (distingo el bien del mal). A partir de esas premisas, las personas estarían clasificadas en buenas y malas. Gente buena, alma limpia. Gente mala, gente desalmada. No creo en la pervivencia del alma más allá de la vida, ni por tanto en castigos ni en gratificaciones”.

sociología¹¹. El autor define la dinámica de la *physis* o naturaleza humana como “conocimiento de su movimiento vital, somático y psíquico, según las capacidades o potencia que existen en ella y conforme a las causas que la determinan”.¹² Algunos pensadores griegos, como Alcmeón de Crotona, ya consideraban al cerebro la base tanto de la vida sensorial como de la psíquica. Los hipocráticos también estarían de acuerdo con este postulado, pero no así Aristóteles y sus seguidores.

En la síntesis que es el llamado *Corpus Hippocraticum*, o colección de casi un centenar de libros del siglo VI-IV a.C., la conexión entre el cerebro y la actividad psíquica y la relación existente entre el cuerpo y la psique. El alma, que ellos llamaron *psykhé*, “es concebida como la más sutil parte del cuerpo; una parte invisible que crece a lo largo de la vida y cuyas funciones propias son el pensamiento, la conciencia, la afectividad y la estimativa”.¹³

En cambio, para Aristóteles es la sangre el “agente material” del pensamiento, por lo que ubica el alma en el órgano cardíaco:

“Asentada en el corazón, el alma (*psykhé*) es la fuente de la vida y el movimiento; en ella se diferencian tres “formas” (material o vegetativa, sensible y neumática) y cinco cualidades (nutritiva, sensitiva, concupiscible, motiva según el lugar e intelectual). Venido al alma “desde fuera” -enigmática expresión aristotélica-, el *nous* o intelecto es aquello por lo cual el hombre puede entender”.¹⁴

Cinco siglos después de Aristóteles, Galeno consideraba que existían cuatro conceptos fundamentales de la fisiología: “alma (*psykhé*), potencia o facultad (*dynamis*), espíritu (*pneuma*) y calor implantado o innato (*émphyton thermón*)”.¹⁵

El médico romano heredó de la tradición platónica la división del alma en tres partes: concupiscible, irascible y racional, localizadas, respectivamente, en el hígado, el corazón y el cerebro. Pero Galeno, en un intento de somatización de la teoría platónica, afirmaba, como título de uno de sus escritos que “Las costumbres del alma se derivan de la complejión humoral del cuerpo”, de manera que en expresión de Laín:

¹¹ Laín Entralgo, P. Op. cit., p. 71-2.

¹² *Ibidem.*, p. 83.

¹³ *Ibidem.*, p. 85.

¹⁴ *Ibidem.*, p. 87.

¹⁵ *Ibidem.*, p. 89.

“[Galeno] reduce “la sustancia del alma” a la mezcla de las cuatro cualidades básicas (lo húmedo, lo seco, lo frío y lo caliente) y renuncia a ocuparse de lo incorpóreo (*asomatón*), si es que hay algo no corpóreo en la naturaleza del hombre. [...] La *dynamis* de la fisiología galénica hereda la tradición que va desde los presocráticos hasta Aristóteles y que en este se perfecciona: *dynamis* como potencia para hacer algo, ínsita en aquello a que como propiedad suya pertenece”.¹⁶

Todas estas descripciones sobre el alma aparecen en el capítulo que Laín Entralgo destina al saber médico en la antigüedad clásica, en el apartado de *La dinámica del cuerpo humano*. Pero no sólo aquí encontramos referencias al alma. En el capítulo titulado *Mecanicismo, Vitalismo y Empirismo (Siglos XV-XVIII)*, el autor, por primera vez en el manual, asigna un apartado a la psicología. En él define brevemente el famoso dualismo de Descartes (1596-1650) y cómo éste entendía el alma y dónde la ubicaba:

“La realidad del hombre es la armoniosa composición de un cuerpo (*res extensa*) y un espíritu o alma (*res cogitans*); ambas *res* se relacionan y comunican entre sí por obra de los espíritus animales, y precisamente desde la glándula pineal, sede del alma”.¹⁷

Para Laín Entralgo, la psicología propiamente dicha comienza en el siglo XVI. Empieza a constituirse una nueva disciplina intelectual, una psicología nueva y diferente. Es Luis Vives su principal exponente y el fundador de esta Psicología moderna, la cual es considerada “un saber acerca de la vida anímica más atento a la descripción de las manifestaciones de ella -voluntad, inteligencia, memoria, y precisamente por este orden voluntarista- que a la especulación metafísica acerca de lo que el alma sea”.¹⁸

De esta manera, la concepción de alma como problema metafísico-antropológico se desliga de la nueva ciencia creada, que se estudiará a través de la metodología científica de la época. Aun así, en los siglos posteriores (S. XVII y XVIII) el hombre, visto desde el punto de vista de un conjunto de materia y espíritu, será analizado por parte de grandes figuras de la filosofía como Descartes y su teoría dualista, Leibniz y el monadismo, o el materialismo mecánico de Hobbes.

En la periodización histórica de la psicología que ofrece el manual de Laín Entralgo, se afirma que la psicología se convirtió en “ciencia positiva” gracias a A. Comte (1798-1857) y a la escuela alemana de *Naturphilosophie*, viéndola como una

¹⁶ Laín Entralgo, P. Op. cit., p. 89.

¹⁷ *Ibidem.*, p. 285.

¹⁸ *Ibidem.*, p. 284.

ciencia natural y, por lo tanto, una “verdadera ciencia”. Destaca como psicólogo de principios del S. XIX a Mine de Biran. A finales del S. XIX y principios del XX surgen importantísimas figuras para esta ciencia y para la forma de comprenderla en la actualidad como son W. Wundt (1832-1920) y la “psicología experimental”; la “psicología introspectiva” o Sigmund Freud (1856-1939) y la famosísima “psicología psicoanalítica”.

En la sexta y última parte del manual, que versa sobre la medicina actual, el autor destina todo un capítulo de seis páginas a *Psicología, sociología, antropología*, en el que hace un relato sucesivo de las distintas escuelas psicológicas y sus representantes más importantes. Aparecen nombres mencionados en páginas anteriores, como W. Wundt, del que dice que en 1910 era “el pontífice mundial de la investigación psicológica”.¹⁹ Agrupa a los psicólogos principales del S. XX en seis escuelas: 1) escuela funcionalista, 2) Gestaltpsychologie o psicología de la figura, 3) psicología fenomenológica, 4) psicología como ciencia del espíritu, 5) reflexología rusa y conductismo americano y, por último, 6) el movimiento psicoanalítico. Gracias a estas escuelas, con sus diferentes teorías, la psicología está siendo entendida en la actualidad como “el conocimiento científico de la conducta humana, entendida ésta como una realidad psicofísica dotada de interioridad comprensible, apariencia descriptible y significación físicamente real”.²⁰ El autor remarca la importancia que tiene para la medicina actual en su pretensión de ser integralmente humana.

Tan sólo se destinan cinco líneas de todo el manual a la Frenología y sus principales representantes, J. Gall y su discípulo Spurzheim, tildándola de “fantasía localizatoria” en contraposición a la división científica sistemática del córtex en áreas de K. Brodmann realizada en 1909.²¹

b) *Breve historia de la medicina* de José María López Piñero

José María López Piñero, discípulo de P. Laín Entralgo e introductor de la perspectiva social y documental de la Historia de la medicina, es el autor de *Breve historia de la medicina*²², un manual académico de éxito. El autor cuenta con otras

¹⁹ Laín Entralgo, P. Op. cit., p. 604.

²⁰ *Ibidem.*, p. 604.

²¹ *Ibidem.*, p. 458.

²² López Piñero, José María. *Breve historia de la medicina*. Madrid: Alianza Editorial; 2000.

obras de síntesis como *La medicina en la historia*²³. El manual ante el que nos encontramos es sencillo, divulgativo, enfocado a un público general, aunque también puede ser utilizado por profesionales de la sanidad e historiadores. Compuesto por 248 páginas, organiza la historia en torno a cuatro grandes temas: a) Enfermedades y sociedad; b) Los sistemas médicos; c) La medicina científica moderna desde el Renacimiento hasta comienzos del siglo XIX y d) La medicina científica contemporánea durante los siglos XIX y XX.

En el primer capítulo encontramos un compendio de las enfermedades más relevantes sufridas por la humanidad, como la peste o el cólera. Le sigue el capítulo destinado a los diferentes sistemas médicos que han existido a lo largo de la historia y breves resúmenes sobre cómo era la medicina de la época en los distintos lugares, sobre todo en Europa, siguiendo un orden cronológico. El capítulo tercero, enfocado a la medicina científica de la era Moderna, también sigue un orden cronológico, desde el Renacimiento hasta el siglo XIX, terminando el cuarto capítulo con la medicina de los siglos XIX y XX, pero esta vez analizando las diferentes disciplinas y especialidades médicas, como la embriología, la cirugía o, la que en este trabajo nos compete, la psicología. La psicología se ofrece en dos apartados: en el primero lo psicosocial de la fisiología humana y en el segundo, el componente etiológico y el uso terapéutico de la palabra: “La psicología y las ciencias sociales aplicadas a la medicina” y “La psicogénesis y la psicoterapia”.

El alma o el concepto de *phsyké* no se menciona hasta llegar al capítulo de psicología. Llama la atención porque, en otros manuales, este término sí que aparece en los apartados de medicina Clásica Griega o en los referentes a la Edad Moderna. En esta obra, posiblemente al ser de menor extensión, el autor explica la evolución del concepto de manera breve directamente en el capítulo de Psicología:

“Durante los numerosos siglos de vigencia del galenismo, las ideas dominantes en este terreno fueron las aristotélicas, que la escolástica medieval asumió desde las creencias cristianas acerca del hombre, identificando la *psykhé* o alma -que el propio Galeno había reducido a la complejión humoral del cuerpo- con el espíritu inmortal. A partir del siglo XVII, las nociones más influyentes en la “psicología de los médicos” pasaron a ser las de Descartes. La separación establecida por este autor entre dos realidades, la mente o *res cogitans* y la materia o *res extensa*, fue asimilada por la imagen médica del hombre como un extremado dualismo psicosomático que ha tenido larga

²³ López Piñero, José María. *La medicina en la historia*. Madrid: La Esfera de los Libros; 2002.

perduración, obstaculizando entender que la distinción entre mente y cuerpo es meramente instrumental y que los mismos fenómenos son psíquicos o somáticos según el punto de vista desde el que se los considere”.²⁴

López Piñero, autor de una reconocida monografía sobre la historia de la neurosis, coincide con el resto de historiadores de la medicina en que la psicología como ciencia se inició a mediados del siglo XIX. A partir de aquí, el autor explica las principales teorías psicológicas, realizando una sucesión de los autores y figuras más importantes y las escuelas que crearon o a las que pertenecieron (4 páginas), desde Wundt y la psicología experimental, Oswald Külpe y la escuela introspectiva o Paulov y el conductismo, por citar los paradigmas mas sobresalientes.

Según el autor, antes de la cientifización de la psicología, los “tratamientos médicos” estaban basados en creencias mágico-religiosas, teorías filosóficas, doctrinas éticas o el simple consuelo. A partir de los años 80 del siglo XIX, la psicoterapia comenzó a surgir como método científico. Al igual que ocurre en el apartado de psicología, el autor expone un compendio de autores y sus descubrimientos científicos, destacando entre ellos el papel de Sigmund Freud (1856-1939) y su teoría psicoanalítica.

Como ocurría en el manual escrito por P. Laín Entralgo, en esta obra tampoco aparece el concepto de Frenología ni se cita a ninguno de sus autores principales.

En síntesis final, podemos indicar que las palabras claves y conceptos nucleares para explicar las emociones usadas en este manual, aunque no las hay específicas sobre las emociones, al menos del conjunto de la psicología, fueron las siguientes: *psykhe*, alma, espíritu inmortal, mente, *res cogitans*, meteria, *res extensa*, distinción mente-cuerpo, fenómenos psíquicos, psicología filosófica, estímulos, respuestas psíquicas, carácter sensorial, sensación, psicofísica, psicofisiología, procesos orgánicos, psicología experimental, niveles del psiquismo: inferiores; sensopercepción, introspección, métodos experimentales, observación, reducción de la mente a la conciencia, “atomismo psicológico”, correlaciones, nivel psíquico, método experimental, razonamiento, volición, reflejos condicionados, conductismo, análisis de conductas, fenómenos inconscientes, Gestalt (figura o configuración psíquica frente al reduccionismo físico-químico).

²⁴ López Piñero, José María. *Breve... Op. cit.*, p. 156.

c) *Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico* de Miguel Ángel Sánchez González

*Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico*²⁵ es una obra escrita por el profesor titular de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense de Madrid, Miguel Ángel Sánchez González. Fue editado en Barcelona por la editorial Masson en 1998 y comprende un total de 592 páginas y responde, como el anterior, al temario de la asignatura troncal de la Licenciatura de Medicina. El grueso del manual se compone de cuatro partes principales, divididas en un total de 30 capítulos, seguidos de Guiones de prácticas (explicación sobre cómo investigar en medicina), Apéndices terminológicos, Bibliografía de autores, Índice de autores e Índice alfabético de materias. El programa se organiza en cuatro partes que se titulan sucesivamente: La salud y la enfermedad como realidades históricas; Evolución de las instituciones médicas; Desarrollo histórico de los saberes médicos y Teoría y método de la medicina. Información, documentación y terminología médicas.

A diferencia de los dos manuales anteriormente analizados, el índice no sigue el orden cronológico clásico. Se estructura según materias de estudio -forma y función- atravesando las ciencias básicas, patológicas o terapéuticas, como por ejemplo los capítulos 13, 14 o 15, que se titulan: Conocimiento de la forma. Mentalidad anatomoclínica; Conocimiento de la función. Mentalidad fisiopatológica o Conocimiento de las causas. Mentalidad etiopatológica. Es una estructuración clásica observada en los manuales de medicina, en el que se explica, consecutivamente, cómo es un órgano, cuál es su función y por último, como es la patología que sufre.

La primera vez que aparece la idea de alma en el manual es en el capítulo 14, “Conocimiento de la función. Mentalidad fisiopatológica”, en el apartado denominado “Ideas que explicaban la vida misma”.

“En un cierto sentido las ideas antiguas acerca del alma (*psyché*) eran también ideas fisiológicas. Puesto que el alma servía para explicar el fenómeno de la vida. De modo que todas las plantas, animales y hombres estaban vivos precisamente por poseer un alma. Y el alma era entendida como causa y principio animador del cuerpo viviente y de sus facultades”.²⁶

²⁵ Sánchez González, Miguel Ángel. *Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico*. Barcelona: Masson; 1998.

²⁶ Sánchez González, Miguel Ángel. Op. cit., p. 197.

Vemos que, para los griegos, el alma nada tenía que ver con la religión. Era un componente fisiológico más del cuerpo de los seres vivos que les otorgaba su propia vitalidad. Todavía no había surgido la idea cristiana de la espiritualización del alma. San Agustín, por ejemplo, “concebía el alma como una intimidad personal irrepetible”.²⁷ Sánchez González expone las ideas que tenían de ella Platón, Aristóteles y Galeno. Como ya hemos explicado con anterioridad, los conceptos de alma de Platón y Aristóteles se incorporaron al sistema galénico. Las exposiciones del autor coinciden con las que muestra Laín Entralgo, tanto que, en ocasiones, encontramos prácticamente las mismas palabras. Con ello se evidencia la clara influencia que este ha ejercido sobre los demás historiadores de la medicina y sus obras.

“Galeno aceptó la teoría de las tres almas y las hizo residir en diferentes órganos. Existiría un alma concupiscible en el hígado, un alma irascible en el corazón y un alma racional en el cerebro. Y cada una de ellas tendría una potencia activa (o *dynamis*) para realizar los actos que le correspondan. Así, tendrían respectivamente una potencia vegetativa, vital o anímica. Pero Galeno acentuó el somaticismo en su forma de concebir las almas. La sustancia del alma fue para él una mezcla de las cuatro cualidades: lo seco, lo húmedo, lo caliente y lo frío. E hizo derivar las facultades del alma de la complexión humoral del cuerpo.”²⁸

Como era de esperar, también aparece descrito en el manual el dualismo de Descartes. Se desarrolla en el mismo apartado en que se mencionan a los autores clásicos, unas páginas más adelante, ya que se sigue un orden expositivo cronológico, incluidos los primeros bajo el título de “Ideas que explicaban la vida misma” e “Ideas fisiológicas de Galeno” y al filósofo francés dentro de las “Fisiologías mecanicistas”. Sánchez González afirma que con este pensamiento materialista del S. XVIII, la idea de alma, que había comenzado a desaparecer de la fisiología y de la zoología con Descartes, acabó desapareciendo también de la Antropología para considerarse tan sólo como parte de la espiritualidad religiosa.

“Psicoterapia”, capítulo 20 de este manual, describe la evolución de este tipo de tratamiento enfocándolo hacia la especialidad de la psiquiatría y no tanto a la psicología. Realiza una breve introducción exponiendo que la tradición médica ha sido predominantemente somaticista y que siempre ha otorgado mayor relevancia a las enfermedades del cuerpo frente a las de la mente. Los primeros hospitales para enfermos mentales fueron creados durante la Edad Media. Hasta el siglo XVIII, las

²⁷ Sánchez González, Miguel Ángel. Op. cit., p. 307.

²⁸ *Ibidem.*, p. 197.

enfermedades psíquicas eran tratadas de manera somática, usando prácticas agresivas, sin ninguna evidencia científica, como la inmersión hasta casi la asfixia o la silla de Darwin, donde se hacía girar al enfermo hasta que sangrara por los oídos, la nariz o la boca.

El manual de Sánchez González menciona las “sex res” o “seis cosas” no naturales en referencia a que una de ellas, las pasiones de la mente o afectos, era productora de salud o enfermedad. También nombra a Juan Luis Vives, pero no atribuyéndole, como hace Laín Entralgo, el honor de ser el creador de una nueva psicología, sino simplemente aludiendo a que en su obra se muestra compasión hacia los enfermos mentales. Desde el punto de vista terapéutico, se subraya que en el siglo XVIII, la importancia dada a los fenómenos psíquicos fue en aumento y aparecieron nuevas formas de psicoterapia, como los tratamientos morales o los asilos para los “alienados” y que, ante la ineffectividad de estos métodos, en la segunda mitad del siglo XIX, resurgieron las teorías somaticistas que dejaban de lado los factores puramente psicológicos. El autor nombra a una serie de figuras, pertenecientes a las escuelas francesa y alemana en su mayoría, que estaban a favor de estas teorías degeneracionistas o neurológicas del cerebro, siendo estos estudiosos los que definieron enfermedades mentales como la histeria (Jean Martin Charcot) o la demencia precoz (Kraepelin), más tarde llamada esquizofrenia por Bleuer.

También a mediados del siglo XIX, se inició la terapéutica de los tratamientos psicodinámicos. Sánchez González explica de ellos que “Estos tratamientos intentan, por medios no invasivos, corregir los mecanismos psíquicos, en su mayor parte inconscientes, que intervienen en la producción de las enfermedades”.²⁹

El autor hace una enumeración, de nuevo, de autores psicodinámicos y psicoanalistas, remarcando la figura de Sigmund Freud. También de psicólogos y psiquiatras conductistas, entusiastas de la antipsiquiatría, humanistas, etc., agrupándolos, de la misma manera que el autor del manual, por las escuelas a las que pertenecen: 1) Psicoanálisis de Sigmund Freud, 2) Movimiento psicoanalítico internacional (Psicología adleriana, Psicología jungiana, Psicología freudiana ortodoxa), 3) Psicoanalistas neofreudianos, 4) Medicina psicosomática, 5) Tratamientos de la conducta, 6) Tratamientos psicofarmacológicos, 7) Enfoques sociogénicos y, por

²⁹ Sánchez Gonzáles, Miguel Ángel. Op. cit., p. 290.

último, 8) Escuelas y tratamientos actuales (Terapias existencialistas, Psicología humanista y Psicología transpersonal).

En síntesis final, podríamos decir que la imagen historiográfica sobre la evolución conceptual de las emociones es prácticamente nula en los manuales históricos al uso. Tanto que, si observamos el índice alfabético de material, el término “emoción” ni aparece en Sánchez González, ni tampoco se hallan referencias a la frenología, como ocurre en la obra de López Piñero, mientras que el pionero de Laín Entralgo sí que los nombraba, pero tan sólo en cinco líneas, un espacio insignificante en una obra de síntesis de historia de las ciencias de la salud y la enfermedad que ocupa 722 páginas.

2.2.Manuales de Historia de la Enfermería

a) *Historia de la Enfermería* de M. Patricia Donahue

*Historia de la Enfermería*³⁰ es la traducción española de la obra original *Nursing. The Finest Art. An Illustrated History* escrito por la profesora adjunta del College of Nursing de la Universidad de Iowa, Estados Unidos y muy extendida en la comunidad académica y profesional española. Esta reimpresión en español se realizó en Barcelona en el año 1993 por la famosa editorial médico sanitaria Doyma. Es el manual más antiguo de los tres manuales sobre Historia de la Enfermería que vamos a analizar en este capítulo.

Es un manual que trata la evolución histórica de la Enfermería con una amplia iconografía, utilizando grabados, fotografías y cuadros relacionados con la enfermería y la práctica de los cuidados, tanto profesionales como domésticos. El relato histórico se presenta, ordenado cronológicamente, en 9 grandes bloques, que resumen las prácticas enfermeras de cada era y las figuras más relevantes del cuidado. La periodización de carácter sociocultural elegida es la siguiente: Los orígenes de la enfermería; Las civilizaciones antiguas; La enfermería en el mundo cristiano; La enfermería en un mundo de transformación. Influencias aristocráticas y militares; La enfermería en transición. El Período Oscuro y el amanecer de los tiempos modernos; El desarrollo de

³⁰ Donahue, M. Patricia. *Historia de la enfermería*. Barcelona: Doyma; 1993.

la enfermería en América; El avance hacia nuevas fronteras; Las enfermeras en acción. Las guerras del siglo XX y La enfermería. Condición del arte.

En el sumario no encontramos ningún título que haga referencia al tema de los cuidados psicológicos. En su índice por materias tampoco encontramos términos como “alma”, “cuidados emocionales”, “emoción” o “psicología”. Donahue destina apartados completos a las que considera grandes figuras de la enfermería o que han tenido suma importancia en ella, como Santa Clara de Asís o Florence Nightingale. Respecto a las ciencias, la matronería u obstetricia destaca por encima de las demás disciplinas. Es un tema recurrente en cada capítulo, explicando de qué forma era llevada a cabo en cada época. También habla de la nueva anatomía del Renacimiento y de las enfermedades epidemiológicas. Dedicar muchos subapartados a las diferentes asociaciones enfermeras surgidas a lo largo de la historia y a las que siguen vigentes en la actualidad. También resulta llamativo que exista todo un capítulo destinado a las enfermeras militares, en el que se describen las acciones que realizaban las enfermeras en las guerras en las que Estados Unidos ha estado implicado durante el siglo XX.

Es evidente que la autora, al ser estadounidense, está influida por la peculiar tradición inglesa o anglicana y por ello define todo un capítulo como “El Período Oscuro” de la Enfermería (1550-1850), algo en total contraposición al manual que coordina Francisca Hernández Martín, de tradición hispana y católica, en el que esa misma época es definida como un “Siglo de Oro” en la enfermería española, en especial entre los años 1550 hasta 1650, aproximadamente.

b) *Historia de la enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería* de Juana Hernández Conesa

*Historia de la enfermería. Un análisis histórico de los cuidados de enfermería*³¹ lo escribe Juana Hernández Conesa, licenciada en Historia, enfermera, profesora y directora de la Escuela de Enfermería de Murcia, publicado en 1995. Es el primer manual que organiza la Historia de la Enfermería desde una perspectiva más epistemológica y científica de lo habitual.

³¹ Hernández Conesa, Juana María. *Historia de la Enfermería: un análisis histórico de los Cuidados de Enfermería*. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill; 1995.

A primera vista, tan sólo observando el índice, podemos apreciar que no hay ningún capítulo específico destinado a psicología en este manual didáctico de Historia de Enfermería. El índice consta de Prólogo, Prefacio, seis capítulos, un anexo práctico sobre como analizar textos históricos e iconografía sobre enfermería, Bibliografía e Índice analítico. La historia se organiza en los siguientes ejes temáticos: Los cuidados de Enfermería como materia histórica investigable; Los orígenes de los Cuidados de Enfermería; Institucionalización de los Cuidados de Enfermería; La Dicotomía de los Cuidados de Enfermería, La concepción Nightingale y La Enfermería en la Universidad.

En el primer capítulo, la autora dedica un espacio a la importancia de conocer y estudiar la Historia de los Cuidados para poder dar significado al contenido propio de nuestra disciplina, debiendo:

“extraer el significado que han tenido los Cuidados, quién los ha proporcionado, cómo, dónde, por qué y para qué. En conclusión: aprehender nuestra existencia como pensadores y hacedores de Cuidados de Enfermería, en relación a un todo y a sus múltiples e interesantes interrelaciones³²”.

A excepción de este primer apartado, el índice sigue un orden cronológico, en el que se explican los cuidados de enfermería y el tipo de asistencia sanitaria que correspondían a las distintas épocas. Estos periodos van desde la Prehistoria hasta la etapa en la que la enfermería entró en la Universidad, siendo en España a finales de los años 70 del siglo XX. Como hemos explicado antes, no existe ningún capítulo dedicado a la psicología y si observamos el índice analítico, como ocurría en el manual de Donahue, tampoco aparecen los términos “alma” (aunque sí animismo), “emoción”, “cuidados emocionales” o “psicología”.

c) *Historia de la enfermería en España (desde la antigüedad hasta nuestros días)* de Francisca Hernández Martín

A diferencia de los dos manuales anteriores, *Historia de la enfermería en España (desde la antigüedad hasta nuestros días)*³³, es el único que analiza la historia de la enfermería centrándose solamente en nuestro país. Está coordinado por Francisca Hernández Martín, profesora titular de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid, la cual colabora en la redacción de la cuarta parte

³² Hernández Conesa, Juana María. Op. cit., p. 27.

³³ Hernández Martín, Francisca. *Historia de la Enfermería en España (desde la Antigüedad hasta nuestros días)*. Madrid: Editorial Síntesis; 1996.

del manual, y escrito por un total de 11 autores, pertenecientes a distintas universidades de España (Sevilla, Cádiz, Madrid, Valencia, Castilla-La Mancha, Extremadura y Alicante) y a 3 disciplinas diferentes: Enfermería, Historia y Psicología.

Nos encontramos ante un índice mucho más extenso que los analizados anteriormente. En 24 capítulos, escritos cada uno de ellos por uno o varios autores, se sigue un orden cronológico, comparativamente más preciso que en las obras anteriores, y no organiza la historia por las teorías del cuidado o las diferentes ciencias que la componen, a excepción del capítulo 16 en el que se exponen las técnicas de cirugía menor que los practicantes dominaban a mediados del siglo XIX, como las ventosas, los vendajes o el arte del dentista. Estos 24 capítulos se ordenan cronológicamente en épocas históricas convencionales o generales: Los cuidados en la España pre-romana y romana; La Edad Media: los orígenes de la Enfermería; Del Renacimiento al Barroco: la génesis de la enfermería moderna; La Ilustración: la transición hacia la enfermería contemporánea; La Edad Contemporánea. El proceso de tecnificación e institucionalización profesional y El siglo XX: hacia la consolidación de la profesión enfermera.

Al observar que entre los autores hay un licenciado en Psicología, José Siles González, podemos presuponer que habrá algún apartado en el manual en el que se aborde el tema emocional, pero no es así (o al menos sólo mirando el índice, sin leer el contenido de todo el manual, no lo encontramos). El lugar que ocupa el conocimiento de las emociones en el cuidado del enfermo queda implícito en los capítulos, algo que en muchas partes del libro es considerado como propio de la enfermería pero que en ningún lugar se referencia desde cuando se hace o si estos conocimientos se transmiten a través del saber popular o del saber científico, ni se periodizan etapas o se configuran en paradigmas científicos sucesivos o simultáneos del mundo contemporáneo.

Como mencionábamos en la descripción del manual de Donahue, encontramos en este de Hernández Martín un capítulo titulado “Un siglo de oro para la enfermería española (1550-1650): Aparición de órdenes y manuales de enfermería”. Es evidente que España, al ser un país católico, no sufrió la Reforma Protestante y las consecuencias que supusieron para la asistencia sanitaria. Esta época “oscura” para la enfermería anglosajona no la fue para la enfermería católica de España, Portugal, Francia o Italia, por ser países católicos. En nuestro país fue el momento en el que se crearon las

principales órdenes religiosas ocupadas del cuidado, como La Orden de San Juan de Dios o La Mínima Congregación de los Hermanos Enfermeros Pobres (obregonos).

Es clara la influencia que el manual americano ha ejercido sobre los otros dos manuales, aunque uno de ellos sea tan sólo sobre Historia de la enfermería en España. Esta influencia procede, posiblemente, de que al ser el primero, las siguientes autoras lo han utilizado como referencia para escribir sus obras. Las dos autoras españolas citan constantemente el libro de la norteamericana, como podemos observar aquí, en uno de tantos ejemplos:

“Observaba ávidamente y aprendía de las prácticas de los animales ante sus dolencias. Incluso los animales intentan aliviar el dolor y eliminar las causas de infección. Se lamen las heridas para limpiarlas; comen hierbas, hojas y otras especies vegetales que actúan como eméticos y purgantes; sumergen sus heridas inflamadas en el agua, y realizan otras prácticas que tienen efectos significativos sobre su bienestar”.³⁴³⁵

“El origen de la “práctica cuidadora” debemos situarlo en la observación directa de los animales, ya que éstos realizan ciertas acciones significativas para su bienestar, como lamerse las heridas o ingerir hojas con efectos eméticos y purgantes”.³⁶

“A lo largo del día su principal actividad va a ser contemplar los elementos naturales y los animales salvajes que perseguían para capturarlos. De estos últimos, le interesaban las costumbres y determinadas prácticas, como lamerse las heridas e ingerir hojas con fines eméticos y purgantes”.³⁷

Como ya se ha comentado antes, las tres obras están desarrolladas de manera cronológica, dividiendo los capítulos por épocas, en vez de hacerlo por las distintas ciencias o conocimientos, como es tan habitual en los de medicina. Todos ellos van desde la Prehistoria hasta la actualidad. La Edad Contemporánea es la que más peso recibe por parte de las tres estudiosas, Donahue, Hernández Conesa y Hernández Martín, que destinan 4 capítulos de 9, 2 de 6 y 12 de 24, respectivamente, a esta época. Este hecho se produce, probablemente, porque es en la segunda mitad del siglo XIX cuando comienza a tecnificarse la enfermería y empiezan a crearse centros de instrucción de cuidados, como la escuela de Kaiserswerth en Alemania, hito

³⁴ Se realiza el subrayado para destacar las frases repetidas en los manuales.

³⁵ Donahue, M. Patricia. Op. cit., p. 17.

³⁶ Hernández Conesa, Juana María. Op. cit., p. 61.

³⁷ Hernández Martín, Francisca. Op. cit., p. 24.

importantísimo en la Historia de la Enfermería, de ahí que se vea reflejado en los manuales en el abundante número de páginas destinadas al tema.

Pero como explicábamos anteriormente, el contenido de los manuales en algunos apartados es bien diferente, sobre todo en el apartado que la norteamericana llama “Época Oscura de la Enfermería” y Hernández Martín, “Siglo de Oro de la Enfermería española”. Lo más llamativo es que Juana Hernández Conesa, aun siendo española, siga la tradición de Donahue y haga más hincapié en la época oscura de la enfermería de los países del norte del Europa. Es una clara evidencia de la gran influencia y mimetismo con que se recibe la tradición anglosajona en el estudio de la historia de la enfermería. De todas formas, la autora recomienda consultar el manual de Donahue para profundizar en el caso de Inglaterra.

El tema de las emociones o la psicología no es tratado como tal en ningún capítulo de los tres manuales de historia de la Enfermería. No aparece ningún apartado en el que se hable de manera explícita sobre qué se sabía de la psique humana. En cambio, la influencia que ejerció el Cristianismo en los cuidados de enfermería en la época medieval aún puede observarse en la práctica enfermera actual. Por aquel entonces, se daba por supuesto que la enfermera debía ocuparse de los cuidados espirituales y emocionales del enfermo, pero no le eran enseñados de forma reglada. La caridad, la ayuda y la humildad en la práctica enfermera tienen su origen en este periodo.

“La plasmación de estas fundamentales novedades que introduce el Cristianismo en relación al mundo de los enfermos tuvo al menos las siguientes consecuencias: [...] La incorporación metódica del consuelo. En cierto sentido “técnico” una especie de psicoterapia en la acción del médico y del cuidador.”³⁸

Otro ejemplo de este cuidado caritativo lo expone Patricia Donahue en su manual, donde explica, sobre los Hermanos de San Juan de Dios, que

“eran mendicantes que se dedicaban a la enfermería, al trabajo hospitalario, a la distribución de los medicamentos, a cuidar con ternura a los enfermos mentales y a los niños abandonados y a la visita domiciliar de los enfermos. Los necesitados eran atendidos de una forma muy cariñosa y especial.”³⁹

³⁸ Hernández Martín, F; Gallego Lastra, R; Alcaraz Gonzáles, S; González Ruiz, JM. *La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional*. Cultura de los cuidados. 1997; vol. 1 (2): p. 24.

³⁹ Donahue, M. Patricia. Op. cit., p. 217-8.

Podría decirse que Florence Nightingale fue la primera en considerar los aspectos psicosociales como otro de los “elementos de los Cuidados” de enfermería, pues según Hernández Conesa, no aparecen en ningún otro tratado de la época⁴⁰. También tuvo en cuenta los efectos de la música, el color y la influencia del cuerpo en el espíritu como elementos que facilitaban la curación del enfermo⁴¹. Es muy interesante leer sus comentarios sobre el efecto sanador de la risa o la visión de la naturaleza:

“El hecho es que estas dolorosas impresiones se alivian mucho mejor provocando una auténtica risa, ya sea por medio de un libro o una conversación, mejor que con un razonamiento directo, y si el paciente está demasiado débil para reír, lo que él desea es alguna visión de la naturaleza. [...] La forma y el color [de las flores] liberarán al paciente de sus dolorosas ideas más que cualquier razonamiento. [...] Pienso que es un error muy frecuente entre la gente sana pensar que “*con un poquito más de autocontrol*” el enfermo puede, si quiere, “*disminuir los pensamientos dolorosos*” que “*agravan su enfermedad*”, etc”.⁴²

2.3.Historia en los manuales de Psicología

Hemos observado la imagen de la historia de su disciplina que proporcionan los manuales de psicología dirigidos a la formación de estos profesionales (psicólogos) limitando nuestra selección de manuales a los que utilizan los fundamentos biofisiológicos de los fenómenos psíquicos (antiguas facultades del alma). Los elegidos han sido *El nuevo mapa del cerebro; Psicobiología. Una introducción a la Neurociencia Conductual, Cognitiva y Clínica* y *Bases neurológicas de las conductas*. Ninguno de ellos ha sido producido en España. Los dos primeros pertenecen al ámbito anglosajón, siendo el primero inglés y el segundo americano, y el tercero, francés. Están escritos con una diferencia de 7 años, siendo el más antiguo *Bases neurológicas*, de 1994 y el más nuevo *Psicobiología*, de 2001, en su primera edición.

Los tres manuales han sido escogidos por incorporar una consideración histórica, a diferencia de otros manuales de psicología aplicada a las ciencias sociales o neuropsicología que no la integran. Centraremos nuestra atención en el capítulo o apartado de historia de cada manual. Se han seleccionado manuales generales de

⁴⁰ Hernández Conesa, Juana María. Op. cit., p. 130.

⁴¹ Hernández Conesa, Juana María. Op. cit., p. 130.

⁴² Nightingale, Florence. *Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es*. Barcelona: Elsevier Masson; 1990, p. 57-58. Las cursivas están señaladas por Nightingale en su obra entrecomilladas, sin duda con intención pedagógica.

psicología y no tratados específicos de la asignatura de historia de la Psicología para poder observar la imagen historiográfica y el relato histórico con que podrían estar formándose estos profesionales. Su homogeneidad con los manuales de medicina y enfermería se justifica por el carácter marginal, no medular, del tema de las emociones o de las bases psicológicas del enfermo o del cuidado al enfermo, en la profesión enfermera o médica. Los tres manuales tienen en común que los apartados destinados a la historia son breves en comparación al resto del manual, (3-8 páginas), siendo el relato más breve el de *El nuevo mapa del cerebro* y el más largo, el del manual de *Psicobiología*.

a) *Bases neurológicas de las conductas* de Michel Habib

*Bases neurológicas de las conductas*⁴³ está escrito por Michel Habib, médico de la Facultad de Medicina de Marsella y revisado para su edición en español por Jordi Peña-Casanova, Jefe de la Sección de Neuropsicología del Hospital del Mar de Barcelona y profesor en el Departamento de Farmacología y Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Es un manual con fin didáctico, tanto para estudiantes como para profesionales. El autor destina su primer capítulo, llamado “Sistema nervioso y conducta: generalidades e historia”, a una breve explicación sobre los orígenes de la neurología de las conductas. La obra se encuentra dividida en cuatro partes. La primera presenta los fundamentos teóricos e históricos de las relaciones entre el cerebro y la conducta: “Sistema nervioso y conducta: generalidades e historia”. En la segunda, se explica las bases neurofisiológicas a nivel general seguida de una descripción de la anatomía de las estructuras cerebrales. La tercera parte trata sobre los grandes sistemas funcionales: los relacionados con los sentidos y con el movimiento. La última parte versa sobre el cerebro y las funciones mentales y también sobre qué modificaciones de las estructuras cerebrales causan cambios en la conducta. Los dos últimos capítulos se destinan a las técnicas de imagen que se utilizan en la actualidad. Esta ordenación recuerda a la típica estructura de los libros de medicina o enfermería, en los que primero se describe la anatomía, seguida de la fisiología, de la patología, para terminar con la terapéutica.

Como ya hemos indicado al analizar los manuales de historia de la Medicina, también en este caso se subraya que la relación entre cuerpo y alma ha sido siempre un

⁴³ Habib, Michel. *Bases neurológicas de las conductas*. Barcelona: Masson; 1994.

tema de discusión entre filósofos, teólogos, científicos o médicos. Los orígenes científicos de la relación entre el cerebro y la conducta proceden de la unión de cuatro disciplinas a finales del siglo XIX que son la neuroanatomía, la neurofisiología, la neuroquímica y la psicología.

El autor francés realiza una breve descripción a modo de introducción de estas cuatro “tradiciones experimentales”, como él las titula, y de los principales representantes de cada una de ellas. Así, respecto a la neuroanatomía, nombra como figuras relevantes a Golgi y Cajal, que con sus investigaciones permitieron que pudieran observarse las células cerebrales. Sobre la neurofisiología se cita a Galvani y su teoría sobre las células y la producción de electricidad, a finales del siglo XVIII. Claude Bernard será el principal representante de la neuroquímica y el descubridor de la transmisión química del impulso nervioso. Por último, sobre la psicología (filosófica) se dice que es la más antigua de las cuatro disciplinas. El autor pone de manifiesto que, desde la antigüedad, todas las filosofías han pretendido resolver el problema de la relación entre la materia y el espíritu, pero que no fue hasta el siglo XIX cuando apareció la creencia de que el cerebro es la sede de las facultades del espíritu humano. Descartes y otros ya intentaron localizar la “sede del alma”, por ejemplo, en la glándula pineal o hipófisis o en los ventrículos cerebrales.

Se considera a Joseph Gall (1758- 1828) y a la frenología como la primera teoría localizacionista, origen de la neuropsicología. Esta teoría se basaba en que “a cada parte del cerebro le correspondía una facultad intelectual o psíquica”⁴⁴. Se distinguían unas 27 cualidades o funciones. Aunque Habib afirma que ahora se considera la frenología como una pseudociencia, Gall no andaba tan equivocado, ya que sugirió por primera vez una correspondencia entre función y localización y acertó al elegir la “corteza cerebral” como sede de las funciones intelectuales. En contraposición a la teoría de Gall, apareció la teoría globalista o equipotencial, defendida sobre todo por Flourens, y posteriormente por Freud, quién afirmaba que “las funciones mentales no estaban localizadas, sino que el cerebro se hallaba implicado como un todo en cada función mental y que cada parte del cerebro era capaz de desempeñar cada una de las funciones cerebrales”⁴⁵.

⁴⁴ Habib, Michel. Op. cit., p. 4.

⁴⁵ *Ibidem.*, p. 4.

El resto del capítulo se destina a explicar, de forma breve y esquemática, conceptos básicos de anatomía y fisiología del sistema nervioso, como descripciones del cerebelo o de la noción de asimetría. También se habla brevemente sobre el lenguaje, cuya explicación siempre ha sido objeto de debate; sobre el método anatomoclínico, la revolución que ha llevado consigo la imagen para el estudio del cerebro (poder contemplar lesiones cerebrales en pacientes vivos) o sobre algunos descubrimientos recientes en relación al cerebro y la conducta.

La imagen historiográfica de las emociones no aparece en el apartado de historia, pero se destina todo un capítulo al estudio y entendimiento actual de estas, titulado “Hipotálamo y sistema límbico: emociones, necesidades y motivación”.

b) *El nuevo mapa del cerebro* de Rita Carter

*El nuevo mapa del cerebro*⁴⁶ es un libro escrito para la divulgación científica a un público general. Está escrito no por médicos ni psicólogos como los otros dos manuales, sino por Rita Carter, periodista especializada en medicina, contando con el profesor de Neuropsicología Christopher Frith como asesor científico del manual. Podemos observar que los títulos de los 8 capítulos de los que consta la obra tienen títulos que podríamos considerar “literarios” y no tan científicos, como el Capítulo V, titulado “El mundo de uno mismo” o el Capítulo VI, “El cruce del abismo”. El manual está distribuido, como ya hemos comentado, en 8 capítulos, a los que antecede una breve introducción y los agradecimientos. Los siguen las referencias, la bibliografía y, por último, el índice de términos. Está compuesto por una iconografía riquísima (uno de los principales atractivos del libro), que utiliza tanto imágenes reales, más científicas (la imagen de un cerebro visto por una Tomografía de Emisión de Positrones o una Magnetoencefalografía), como imágenes metafóricas e históricas.

El libro comienza en primer capítulo “El panorama emergente” explicando cómo encontrar lo que los frenólogos llamaron hace 200 años el “órgano de la amorosidad”. En las primeras páginas se muestran diferentes dibujos y una escultura de cabezas frenológicas. Da por hecho que la frenología es una “tontería”⁴⁷ pero también que Franz

⁴⁶ Carter, Rita. *El nuevo mapa del cerebro*. Barcelona: RBA Ediciones de Librerías; 1998.

⁴⁷ Palabra utilizada por la escritora en el libro.

Gall no se equivocaba en todo: “su idea básica de que el cerebro está compuesto de módulos funcionales separados era premonitoria”.⁴⁸

Al igual que ocurre en el manual de Habib, y todavía más en este porque está destinado a un público profano, las páginas que siguen a la breve descripción de la historia de la psicología explican en términos generales los conceptos básicos de fisiología cerebral que se deben conocer para poder proseguir con la lectura del libro. Se utilizan habitualmente metáforas para facilitar el entendimiento del lector, como llamar “los ríos del cerebro” a los canales que utilizan los neurotransmisores para viajar de un lado a otro del cerebro.

La introducción histórica del manual es mínima. No se realiza un relato histórico de las principales figuras ni de las principales teorías que a lo largo de la historia han llegado a concebir la psicología como la entendemos hoy. La autora utiliza un hecho histórico, relevante en los inicios de la positivización de la psicología, la frenología, como punto de partida o anécdota popular⁴⁹ que le sirve para introducir al lector en el tema del descubrimiento y estudio del cerebro humano.

El lenguaje que utiliza la periodista es sencillo, cercano y fácil de comprender. No utiliza términos extremadamente científicos ni tecnicismos, atenta al público al que quiere transmitir su información. El tema de las emociones es tratado en varias partes del ejemplar, aunque no en las primeras páginas que hablan sobre la historia de la disciplina, concediendo casi un capítulo completo, “Clima inestable”, al estudio y descripción de las emociones o “movimientos del ánimo”. Es probable que la autora haya querido otorgarle esta importancia porque considera que es un tema interesante para la mayoría, ya que a cualquiera puede llamarle la atención saber más sobre “eso” que ha sentido más de una vez: emociones como el miedo, la alegría, la ira o rabia y el amor.

⁴⁸ Carter, Rita. Op. cit., p. 11.

⁴⁹ No hay que olvidar la enorme influencia popular que la Frenología ejerció en la cultura anglosajona.

c) *Psicobiología. Una introducción a la Neurociencia Conductual, Cognitiva y Clínica* de Mark R. Rosenzweig, S. Marc Breedlove y Neil V. Watson.

*Psicobiología. Una introducción a la Neurociencia Conductual, Cognitiva y Clínica*⁵⁰ es un manual de carácter científico escrito por Mark R. Rosenzweig, S. Marc Breedlove y Neil V. Watson. En España, la revisión científica ha sido llevada a cabo por un equipo de 8 personas, pertenecientes a la Unidad de Psicobiología del Instituto de Neurociencia de la Universidad Autónoma de Barcelona. Contiene 19 capítulos temáticos, además de un Prefacio, Prólogo a la edición española, Epílogo, Apéndice, Glosario, Bibliografía y Créditos de ilustraciones. La obra está estructurada temáticamente en seis partes con criterio más funcional que estructural, desde lo más sencillo a lo más complejo: 1) Fundamentos biológicos de la conducta, 2) Evolución y desarrollo del sistema nervioso, 3) Percepción y acción, 4) Regulación y conducta, 5) Emociones y trastornos mentales y 6) Neurociencia cognitiva. La parte que trata sobre historia de la psicología se encuentra en el primer capítulo introductorio del manual, “Psicología biológica: alcance y visión general”, excluida de estas partes principales. Este primer capítulo es utilizado a modo de introducción, en el que 8 páginas son destinadas a la historia de las investigaciones sobre el cerebro.

Los autores estadounidenses comienzan su exposición histórica explicando que hasta la Grecia Clásica, ninguna otra cultura había dado la importancia que merecía al cerebro humano. Estas otras consideraban órganos como los pulmones, el hígado o el corazón mucho más importantes. Como explicábamos en el apartado sobre los manuales de historia de la medicina, también aquí se subraya que los hipocráticos, a diferencia de los aristotélicos, creían que el cerebro era la sede de las emociones. Hipócrates decía del este órgano que

“No sólo nuestro placer, nuestra alegría y nuestra risa sino también la tristeza, el dolor, la congoja y las lágrimas surgen del cerebro y sólo del cerebro. Con él pensamos, y entendemos, vemos y oímos, y discriminamos entre lo feo y lo bello, entre lo agradable y lo desagradable y entre el bien y el mal”.⁵¹

Galeno habría sido el primero en relacionar el cerebro y la conducta. En su resumen histórico se señalan los siguientes hitos: en el Renacimiento comienzan a

⁵⁰ Rosenzweig, Mark R.; Breedlove, S. Marc; Watson, Neil V. *Psicobiología. Una introducción a la neurociencia conductual, cognitiva y clínica*. 2ª ed. Barcelona: Editorial Ariel; 2005.

⁵¹ Rosenzweig, Mark R.; Breedlove, S. Marc; Watson, Neil V. Op. cit., p. 38.

entender el funcionamiento del cerebro a través de su anatomía y su fisiología. Descartes, en un intento de relacionar la mente y el cuerpo, indica que dicha relación se encuentra en la “glándula pineal”. Es aquí donde surge la teoría del dualismo. Thomas Willis, con su teoría a principios del siglo XVII, logró convencer de que el cerebro era el órgano coordinador. A principios del siglo XIX aparece la teoría localizacionista o frenología. Esta teoría entra en debate con los científicos que entendían que el cerebro realizaba las funciones mentales en un conjunto. La frenología se desechó pronto, pero es cierto que guarda cierto parecido con los actuales mapas cerebrales. En relación con esta semejanza o para fundamentarla, los autores muestran una imagen interesante en la que se compara un dibujo con las localizaciones de la frenología del siglo XIX y otro en el que muestra la parte que más se activa del cerebro cuando se realiza una u otra tarea.

Al igual que en el manual de Habib, en este se le da especial relevancia a Paul Broca y la localización del lenguaje en una región específica del cerebro. Este hecho puede considerarse como uno de los principales antecedentes de la psicobiología biológica, aunque no es hasta el libro de William James en 1890, *Principles of Psychology*, cuando se considera verdaderamente el inicio de esta disciplina. Esta psicología biológica moderna es representada en el manual por figuras como Pavlov, Ebbinhaus, Thorndike, Shepard I. Franz, Karl S. Lashley y Donald O. Hebb, todos ellos autores estadounidenses, a excepción del primero, el segundo y el último, un ruso, un alemán y un canadiense respectivamente. No se nombra ninguna otra escuela ni ningún otro autor que no pertenezcan a la psicobiología.

Este primer capítulo introductorio e histórico finaliza con otro apartado llamado “La consciencia es un problema peliagudo”. En él se exponen las dificultades para definirla y se explican los cinco puntos en común que tienen todas las teorías que hablan de ella. Es un concepto tan complejo, que los propios autores dicen que “Hay personas que incluso dudan de que nuestro cerebro “meramente humano” sea algún día capaz de comprender algo tan complicado como la consciencia”.⁵²

Como ocurre en los dos manuales anteriores, el tema emocional no se incluye en las páginas destinadas a la historia de la psicología, pero existe toda una parte principal, de las seis que contiene este manual, dedicada al tema “Emociones y Trastornos mentales”. En ella se define el concepto de emoción, se explican las distintas teorías

⁵² Rosenzweig, Mark R.; Breedlove, S. Marc; Watson, Neil V. Op. cit., p. 45.

generales sobre éstas o se debate sobre cuántas emociones básicas existen en la actualidad. Un mundo complejo para los autores que indican que, precisamente por esta dificultad, durante muchos años se dejó de lado como campo de estudio.

Es característico que, a diferencia de los manuales de historia de la medicina e historia de la enfermería analizados en los capítulos que anteceden, en los tres manuales sobre psicología general se realice en su inicio descripciones o se muestren imágenes relacionadas con la frenología.

Al final del manual de Rosenzweig y colaboradores, se encuentra el glosario, en el que el término “frenología” aparece definido como “Doctrina según la cual las protuberancias del cráneo reflejan agrandamientos de regiones cerebrales responsables de ciertas facultades conductuales”.⁵³

2.4.La investigación actual el tema: una revisión bibliográfica

Las líneas de investigación, los problemas, autores o textos así como las cuestiones planteadas acerca de la historia de los cuidados emocionales en el ámbito sanitario internacional son fácilmente explorables mediante la base de datos Medline/Pubmed. Una búsqueda exploratoria con los descriptores MeSH “Emotions” AND “Nursing care”, localizó 3399 artículos. Aplicado el filtro de los últimos 10 años, hallamos un total de 913 publicaciones, lo que denota el interés existente sobre los cuidados emocionales en la práctica clínica actual. Sin embargo, la búsqueda añadiendo el perfil histórico (*subheading: history*) puso en evidencia el escaso interés relativo del tema. El número total de trabajos circulantes sobre el perfil “Emotions/history” arrojó una cifra de 71 publicaciones desde 1964. Si a esta misma búsqueda se añade el descriptor “Nursing” o “Nursing care” (utilizando diversos perfiles de búsqueda como “Emotions/history” AND “Nursing care”, “Emotions/history” AND “Nursing”) hallamos una ausencia total de publicaciones, a pesar de ser tan interesante este problema. Concluimos, por ello, que no hay interés desde la disciplina enfermera por los estudios históricos relacionados con los aspectos emocionales, como también nos había demostrado previamente la revisión exhaustiva de la base bibliográfica Cuiden,

⁵³ *Ibidem.*, p. 830.

donde sólo hallamos un artículo, y ocasional, sobre frenología de un profesional enfermero.

El análisis de la producción científica internacional sobre la historia de las emociones en el ámbito sanitario (71 publicaciones), permite dibujar el perfil profesional y la cronología de esta producción.

El área a la que pertenecen las revistas donde publican sus artículos es un indicador indirecto de la profesión sanitaria (Medicina, Enfermería, Psicología) más interesada. De las 58 revistas distintas que han publicado artículos sobre historia de las emociones, sólo cuatro son de Historia de la Psiquiatría, tres de Historia General, dos de historia de la medicina o ciencias de la salud y una de historia de la psicología. Es decir que hay una gran dispersión y escasa profesionalidad en este campo (10/71). Por otra parte, solo dos artículos pertenecen al ámbito profesional de la enfermería: *Clin Nurse Spec* y *Issues Ment Health Nurs*. Los artículos que encontramos en ellas se titulan: *Chaos and self-organization as a consequence of spiritual disequilibrium*⁵⁴ y *Changing conceptions of anxiety: a historical review and a proposed integration*⁵⁵, mientras que parece haber mayor interés en los estudios de las emociones desde otros puntos de vista profesionales, sobre todo desde la psiquiatría y la psicología.

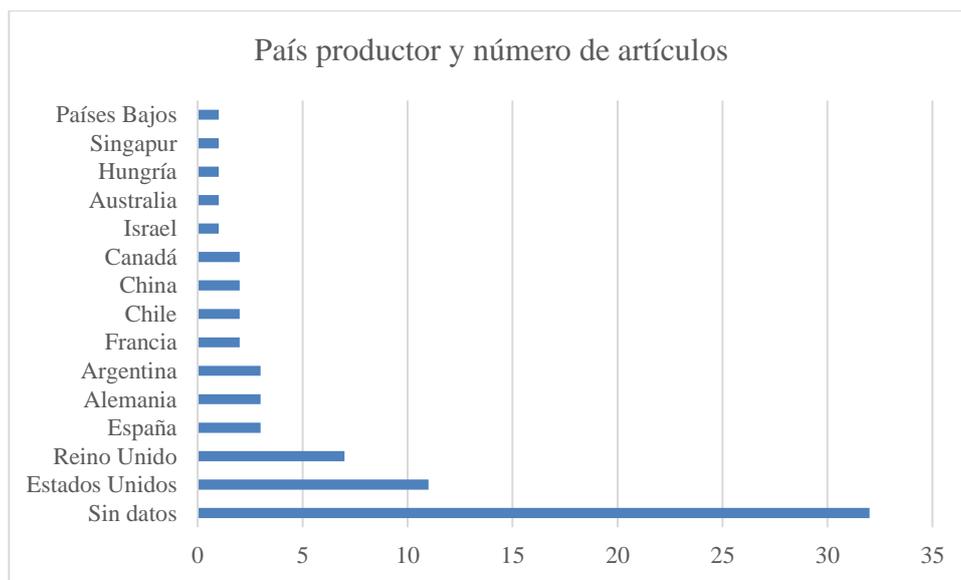


⁵⁴ Dombeck, MT. *Chaos and self-organization as a consequence of spiritual disequilibrium*. 1996. *Clin Nurse Spec*. 2002; 16 (1): 42-47.

⁵⁵ McReynolds, P. *Changing conceptions of anxiety: a historical review and a proposed integration*. *Issues Ment Health Nurs*. 1985; 7 (1-4): 131-158.

La segunda característica es la dispersión en la difusión documental de estos trabajos (71 artículos/58 revistas). De las 58 revistas, 50 de ellas (el 86%) sólo publican un artículo. Existen cuatro revistas que publican dos artículos, tres revistas con tres artículos y tan sólo una que publique cuatro artículos sobre historia de las emociones. Además, no se observa un aumento progresivo de publicaciones como es habitual en tantos temas clínicos, ni tendencias temporales o modas (alza y descensos), sino una persistente ocasionalidad. Los artículos más recientes son los publicados en 2015, apareciendo al menos un artículo cada año hasta el más antiguo escrito en 1966.

Los países productores también son muy variados, más de lo habitual en cualquier tema biomédico. Estados Unidos es el más prolífico, seguido a distancia de Reino Unido, España, Alemania o Argentina. El inglés es el idioma más abundante en las publicaciones (21 artículos), seguido del alemán (8), y el español con 6 artículos circulantes en Pubmed.



La época histórica a la que se refieren los artículos es compleja de analizar. Algunos estudios especifican la época en el título, los siglos entre sus descriptores MeSH, como *Depression and anxiety in Babylon*⁵⁶ o *The psychological study of anxiety in the era of the Second World War*⁵⁷, pero encontramos muchos otros, la gran mayoría, como *Anxiety in historical perspective*⁵⁸, *Historical aspects of anxiety*⁵⁹ o *Listening to*

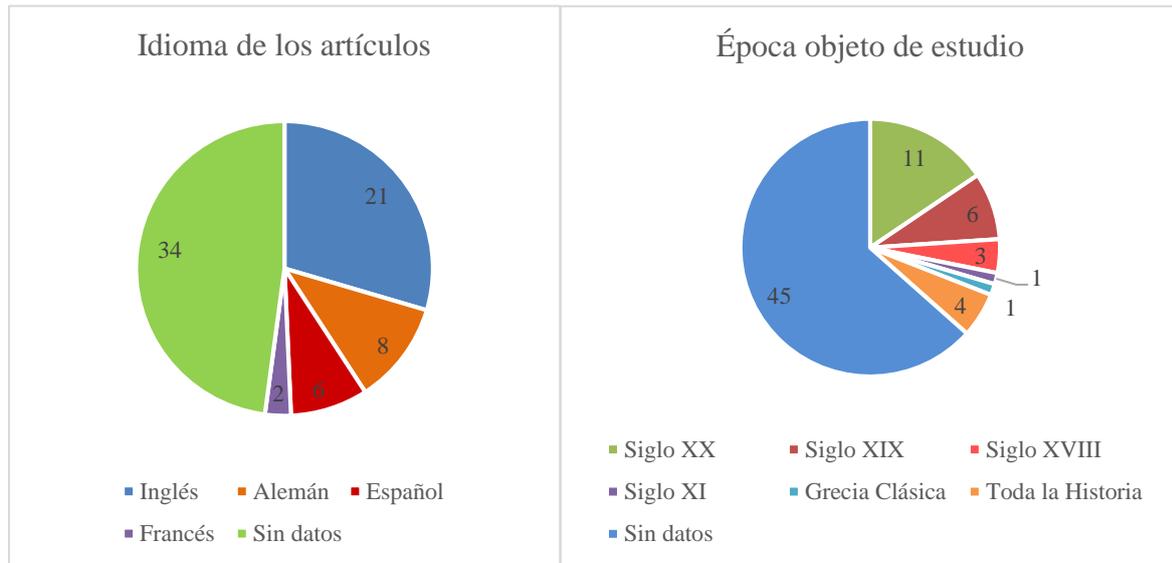
⁵⁶ Reynolds, EH; Wilson, JV. *Depression and anxiety in Babylon*. J R Soc Med. 2013; 106 (12): 478-481.

⁵⁷ Shapira, M. *The psychological study of anxiety in the era of the Second World War*. 20 Century Br Hist. 2013; 24 (1): 31-57.

⁵⁸ Sims, AC. *Anxiety in historical perspective*. Br J Clin Pract Suppl. 1985; 38: 4-9.

⁵⁹ Sims, A. *Historical aspects of anxiety*. Postgrad Med J. 1988; 64 (2): 3-9.

*the past: history, psychiatry, and anxiety*⁶⁰ en los que no se especifica la época histórica de estudio en sus descriptores, lo que es indicativo de que sea una síntesis evolutiva o un breve artículo divulgativo. Estos son los más abundantes, habiéndose encontrado 45 artículos que suponen el 63,38% del total. Una muestra de artículos elegidos al azar de entre el numeroso grupo de atemporales, que no codifican la época histórica referida, nos permite observar cuál es el tema más reiterado en las investigaciones: la ansiedad.



En conclusión, la revisión bibliográfica de la producción científica sobre historia de las emociones constata la ausencia de una línea de investigación potente y relevante sobre este tema, lo que no quiere decir que no haya publicaciones circulando fuera del meollo de la comunidad científica sanitaria internacional que representa Pubmed/Medline. La producción que llega hasta Pubmed se caracteriza por su gran dispersión tanto en los lugares como en los años de publicación, por ser un problema escasamente investigado por parte de Enfermería y ser una línea de trabajo poco importante. Pero se trata de un tema que interesa a un público muy diverso, que publica en revistas de multitud de áreas científicas y con una constancia temporal más propia de los temas del ámbito cultural que científico.

⁶⁰ Tone A. *Listening to the past: history, psychiatry, and anxiety*. Can J Psychiatry. 2005; 50 (7): 373-380.

3. EL CAMBIO DEL PARADIGMA FILOSÓFICO AL CIENTÍFICO EN EL CAMPO DE LAS EMOCIONES

3.1.El saber sobre el alma y los cuidados corporales desde la antigüedad hasta el S. XVIII

Para la Medicina Griega Clásica, el mantenimiento de la salud estaba fundamentado en el equilibrio humoral del cuerpo con el medio ambiente que lo rodea. El concepto de enfermedad era un padecimiento (pathos) o desequilibrio general (humoral y micro-macro-cósmico). Las emociones o “movimientos del ánimo” como ellos las definían, pertenecían a las cosas que “inevitablemente” rodeaban a las personas. Estas eran llamadas las “Sex res non naturales”: el aire-ambiente, la comida y bebida, el sueño-vigilia, el ejercicio-descanso, las secreciones y excreciones y los movimientos del ánimo. El sabio manejo de estos ingredientes naturales de la vida, su equilibrio, es lo que mantiene la salud, mientras que su desproporción o desequilibrio en relación con otros factores internos o externos conlleva la enfermedad. Por lo tanto, en la Antigua Grecia ya se otorgaba gran relevancia a la influencia que ejercían las emociones en nuestro estado de salud, los “movimientos del alma” o “del ánimo” formaban pues parte de la *diateia* o régimen de vida. El alma (psykhé) era concebida como la parte más sutil del cuerpo, una parte invisible que crece a lo largo de la vida y cuyas funciones propias son el pensamiento, la conciencia, y la afectividad.

Durante la Edad Media, el saber y el conocimiento seguía siendo el mismo que el de la época de la Grecia Clásica. La formación de los médicos en las universidades medievales consistía en una enseñanza libresca, dogmática, pero sin libros, utilizando como métodos didácticos claves la retórica y dialéctica. La filosofía escolástica era el modelo académico a seguir. Para la enseñanza se utilizaron libros claves como *Canon* de Avicena, *Methodus medendi*, *De simplici medicina* y *De complexionibus* de Galeno, o la *Dieta* y *Pronósticos* de Hipócrates, entre otros muchos. El método de enseñanza no permitía la crítica, por lo que los estudios no podían avanzar. Las obras de Aristóteles se consideraban un pilar indiscutible (aristotelismo), y las de Galeno se seguían al pie de la letra sin concesión al menor cuestionamiento (galenismo dogmático). La vieja forma escolástica de enseñanza no desaparecerá totalmente de la universidad hasta el triunfo definitivo de la medicina científica en el siglo XIX.

Pero en la Edad Moderna comienza a germinar un cambio en las ciencias, y con ello, en las ciencias relacionadas con el alma y la *psykhé*. La diferencia fundamental es de carácter metodológico. Normalmente, con el método Clásico se producía un conocimiento esencialista, especulativo (se conoce con la razón) y deductivo, dando paso al llamado método Moderno que se caracterizaba por ser notativo, empirista e inductivo. Definimos como Psicología moderna a la Psicología que utiliza este método moderno. Este cambio metodológico relacionado con la Revolución Científica en general no fue tan evidente en el terreno de la psicológica como en la anatomía (Vesalio 1514-1564), fisiología (Harvey 1578-1657) o patología (Sydenham 1624-1689). Se relaciona el cambio en Psicología con las obras de la Edad Moderna de Luis Vives (1492-1540) y su obra *De anima et vita* (1538); Huarte de San Juan (1529-1588) y su *Examen de ingenios para las ciencias* (1603); y René Descartes (1596-1650) y *Las pasiones del alma* (1649).

Luis Vives fue un humanista, filósofo y pedagogo nacido en Valencia en 1492. Su obra *De anima et vita* (1538), dedicada al duque de Béjar, es un texto en el que, a través de una escritura sencilla, trata un contenido de gran complejidad. En ella, el autor rompe con la tradición escolástica, interesada en determinar la naturaleza del alma, para tratar de investigar y reflexionar sobre las “manifestaciones del alma”, es decir, las emociones, las facultades intelectuales, la asociación de ideas, la memoria, las pasiones, los afectos, la conciencia y la voluntad. Para ello, el autor utilizó el método introspectivo y la base de la filosofía aristotélica. Con todo, al poner el acento en lo observable, Luis Vives es un símbolo de la modernidad.

Huarte de San Juan fue un médico y filósofo español nacido en el País Vasco francés en 1529. Su libro más famoso es *Examen de ingenios para las ciencias*⁶¹ (1575). Se considera toda una aportación a la historia de la neurología, pedagogía, psicología, antropología, patología y sociología. En su obra propuso mejorar la sociedad, seleccionando la instrucción adecuada a cada persona según las aptitudes físicas e intelectuales derivadas de la constitución física y neurológica específicas de cada una. Puede considerarse precursor de tres ciencias: la psicología diferencial, la

⁶¹ Huarte de San Juan, Juan. *Examen de ingenios para las ciencias : en el qual el lector hallara la manera de su ingenio, para escoger la sciencia en que más de aprouechar y la diferencia de habilidades que ay en los hombres: y el genero de letras y artes que à cada uno responde en particular*. Baeza: Casa de Juan Bautista de Montoya; 1594. 416 págs. Accesible en: <http://bdh-rd.bne.es/viewer.vm?pid=d-170235>

orientación profesional y la eugenesia. Para ello estudió los diferentes temperamentos humanos desde la teoría clásica de los cuatro humores (bilis amarilla, bilis negra, sangre y flema) y propuso que oficios o estudios cuadraban más a cada uno. Aunque perseguido por la Inquisición y prohibido en España y Portugal, su libro tuvo un gran éxito en la época y fue traducido a más de cincuenta idiomas.

El siguiente gran cambio se producirá a principios del siglo XIX, con la llegada de la Frenología, cuando Joseph Gall enuncia la primera teoría científica sobre la localización en el cerebro de los instintos, emociones y facultades mentales en la que se dividía el alma, popularizada en España por Mariano Cubí. Debe ser estudiada como un fenómeno importante, porque contribuyó a crear una mentalidad organicista en la psiquiatría; tuvo una cierta influencia en la valoración jurídica del delito; constituyó un punto más en el avance de una orientación positivista de la ciencia; quiso ocuparse de problemas económicos y sociales y pretendió utópicamente la felicidad humana. En la actualidad es vista como una teoría pseudocientífica, pero si estudiamos con un criterio actual los cuatro postulados en los que consistía (diversidad de funciones, relación directa entre órgano y función, influencia del órgano en la forma del cráneo y posibilidad de exploración mediante palpación), podemos suponer un considerable nivel científico en el creador de la doctrina, el doctor Gall. Por todo ello su obra debe ser considerada como la de uno de los precursores más importantes en el estudio de la fisiología del sistema nervioso central y en el establecimiento posterior de las ideas sobre las áreas de la corteza cerebral o las bases materiales o neurofisiológicas de las emociones y otros fenómenos psicológicos del ser humano.

3.2.La doctrina de la localización cerebral de las facultades psíquicas: la Frenología.

Un siglo después de los hechos, la “wiki” del momento, la enciclopedia Espasa de 1915 definía la Frenología como “Hipótesis fisiológica de Gall, que considera el cerebro como una agrupación de órganos, correspondiendo a cada uno de ellos diversa facultad intelectual, instinto o afecto, y gozando estos instintos, afectos o facultades mayor energía, según el mayor o menor desarrollo de la parte cerebral que les corresponde”.⁶²

En la actualidad, la Frenología constituye todo un descriptor MeSH (Medical Subject Headings) de la base de datos de información científica sanitaria más utilizada del mundo, PubMed/Medline. Su definición es “El estudio de la conformación del cráneo como indicativo de facultades mentales y rasgos de carácter, sobre todo según la hipótesis de F. J. Gall (1758-1828)”⁶³. El diccionario de uso del español de la aragonesa María Moliner lo define como “Estudio de la relación entre la conformación anatómica del cerebro y los caracteres psíquicos de los individuos⁶⁴”, nombre que lo vincula a la raíz “fren- (freno-). Raíz del griego “phren”, entrañas, mente, alma”.⁶⁵

La frenología puede considerarse el primer paradigma de la psicología como ciencia positiva. También es la primera ciencia que construye una teoría anatomofisiológica del alma, que siempre había sido territorio de la Iglesia, con sus esperables consecuencias.

En sus comienzos, la frenología era una teoría médica formulada por Joseph Gall (1758-1828). Se basaba principalmente en cuatro postulados:

1. El cerebro no es órgano único, sino una víscera en la que se diferencian distintas regiones u órganos. Cada uno de ellos corresponde a una función determinada. En un principio se la denominó “Doctrina de las localizaciones cerebrales”. La primera teoría de Gall diferenció 27 órganos; Cubí, el defensor más famoso de la frenología en España, llegó a los 47.

⁶² *Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo-Americana. Vol. 24.* Barcelona: José Espasa e Hijos Editores; 1915, p. 1221.

⁶³ Definición extraída de la base de datos PubMed. Accesible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=phrenology>

⁶⁴ Moliner, María. *Diccionario de uso del español.* Madrid: Gredos; 1981, Vol. 1 p. 1340.

⁶⁵ *Ibidem*, p. 1340.

2. El estado de las funciones de cada órgano se encuentra en relación directa con el estado del órgano en el que se encuentra. Es decir, si el órgano es mayor o tiene un aumento de temperatura, su función estará exacerbada y, al contrario; si este órgano fuera más pequeño o más frío, la función de este estaría reducida. También se admitía la interrelación e influencia de unos órganos sobre otros.
3. La forma de los órganos cerebrales influye de modo directo sobre la forma que tienen la cubierta ósea de cada zona.
4. A través de la observación, palpación y exploración manual de la cabeza, denominado *Cranioscopia*, era como los frenólogos conocían el estado de cada órgano.⁶⁶

La frenología se considera una de las teorías precursoras de la fisiología del Sistema Nervioso Central y del establecimiento de áreas en la corteza cerebral. Se la considera como una teoría organicista en la valoración de la actividad mental. Esta visión organicista hizo que la Iglesia rechazara la frenología por verla como una teoría materialista. Otro postulado muy mal aceptado por el público fue el determinismo de la conducta que defendía la frenología. De ella se deducía que la conducta humana dependía de factores previamente fijados en nuestro cerebro. De todos modos, los seguidores de esta teoría defendían que la finalidad de la frenología era la búsqueda de la *felicidad del género humano*, ya que si, a través del estudio del cráneo, podemos averiguar las facultades y tendencias de las personas, mediante una buena educación podremos evitar las consecuencias negativas de éstas.

En España, esta primera teoría científica sobre psicología entró de la mano de un debate que se produjo entre grandes editoriales de diccionarios médicos.

“Si el diccionario francés presentaba, en algunas voces, opiniones contrarias a la frenología y en otras favorables, no fue este el caso del diccionario español de Boscasa. De las tres originales francesas que hemos estudiado -*cranioscopie*, *organologie* y *phrénologie*- sólo se tradujo la primera -la más desfavorable- mientras que en las otras dos se remitía a esta primera añadiendo algún comentario que no dejaba lugar a duda sobre la postura del equipo director. “Este delirio del Dr. Gall -decía en la voz organoscopia- y de todos los craneoscopos que han pretendido descubrir el secreto impenetrable del asiento del alma y de sus diferentes facultades, han sido impugnados por todas las personas de buen sentimiento y aún muchos han llegado a satirizar dicha ciencia

⁶⁶ Domenech, Edelmira. *La Frenología. Análisis Histórico de una Doctrina Psicológica Organicista*. Barcelona: Universidad de Barcelona; 1977. p. 10.

supuesta con el nombre de cranomancia y a la verdad con justa razón. Los doctores Berard y Montegre han impugnado esta doctrina errónea en el artículo creneoscopia”.⁶⁷

Por contra, la frenología tuvo una buena acogida en el otro diccionario publicado en español, el *Suplemento al Diccionario de Ballano de Hurtado de Mendoza*. Se dice que el brusismo y la frenología fueron dos posturas heterodoxas que tendieron a apoyarse mutuamente⁶⁸. Es interesante observar cómo en el amplio artículo que, en 1823 Hurtado consagró a la organología⁶⁹, expuso con todo detalle la división que hacía Gall de los órganos cerebrales, y resumió el libro de Spurzheim con su clasificación de las diversas facultades afectivas e intelectuales. Hurtado afirmaba su neutralidad, como un científico:

“Mi intención en la exposición de la doctrina del doctor Gall no es la de erigirme censor ni partidario de ella, sino solamente la de exponerla con la imparcialidad, brevedad y exactitud que me sea posible según que este profesor lo ha enseñado y se la he oído en París en los años 1815 y 1818, dejando a los lectores el derecho de discutir las pruebas sobre las cuales se quiere establecer, así como las objeciones (sic) por las cuales se quiere echar por tierra. La falta de una obra exacta entre nosotros acerca de esta doctrina, a lo que sin duda habrán contribuido las ideas equivocadas que sobre ella se han divulgado y la persuasión en que me hallo de que no puede conducir a ninguna idea contraria a la moral ni a la religión como equivocadamente han creído algunos, son las razones que me han determinado hacerla conocer”.⁷⁰

El mayor defensor de la frenología en nuestro país fue Mariano Cubí i Soler. Escribió dos obras con las que pretendía difundir la frenología en España. La primera (1844)⁷¹ está basada en los escritos de Gall y Spurzheim, pero en la segunda (1853)⁷² desarrolla una nueva clasificación de los órganos cerebrales, aumentando el número de órganos y cambiando el orden de la ubicación de las distintas facultades o funciones. Mariano Cubí desarrolló la doctrina frenológica a través de los siguientes postulados:

“a) las facultades -potencias del alma- son innatas; b) el cerebro es, en el mundo fenoménico, el órgano del alma; c) el cerebro es “múltiplo”, es decir, el alma posee diferentes facultades que ejercita por intermedio de otros tantos órganos cerebrales; d) el tamaño y forma del cerebro se

⁶⁷ Bujosa i Homar, Francesc; Miqueo Miquieo, Consuelo. *La prehistoria de la frenología en España*. Medicina e Historia. 1986; (11): p. 25.

⁶⁸ *Ibidem.*, 25.

⁶⁹ Hurtado de Mendoza, M. *Organología. Suplemento al diccionario de medicina del profesor D. Antonio Ballano*. Madrid: Vda. De Barco López e imp. de Brugada; 1823, Vol. III, p. 148-193.

⁷⁰ Hurtado de Mendoza, M. *Op. cit.*, p. 149.

⁷¹ Cubí i Soler, Marinao. *Sistema completo de Frenología, con sus aplicaciones al adelanto i mejoramiento del hombre, individual i sozjalmente considerado*. Barcelona: Imp. de José Tauló; 1844.

⁷² Cubí i Soler, Mariano. *La frenología i sus glorias. Lecciones de frenología, ilustradas con profusión de auténticos relatos i otros diseños*. Barcelona: Imprenta Hispana; 1853.

aprecian por el tamaño y forma del cráneo; y f) toda facultad anímica posee un sistema de expresión propio, constituido de gestos especiales y actitudes que integran lo que denomina “lenguaje natural”.⁷³

Por lo general, los frenólogos consideraban que existían tres grandes grupos de funciones, en las que distinguían las funciones comunes a otros animales o instintivas, situadas en la parte posterior y más baja del cerebro; las de tipo “intelectivo”, sitas en la parte anterior o frontal; y las de tipo espiritual y moral, ubicadas en la parte más elevada de la cabeza. Cubí describe un total de 39 órganos en su primera obra, “de los que 12 corresponden a la que denomina región de los Afectos inferiores (o instintos); otros 13 (del 13 al 25) a los Afectos superiores (o actitudes morales) y 14 al grupo del intelecto, de las que dedica doce al intelecto inferior o perceptivo y sólo dos al intelecto superior o reflexivo, las dos últimas (38, comparación y 39, causalidad).”⁷⁴ (En el Anexo 1 podemos observar un dibujo realizado por Cubí de la localización de estos órganos).

Hemos analizado la teoría general de la Frenología y las pequeñas diferencias entre los autores (Gall, Spurzheim y Cubí) en dos aspectos: en la teoría general si las hubiere y, sobre todo, en la localización de las facultades mentales. Concretamente, hemos contabilizado el número total de órganos de facultades psíquicas que considera cada uno de los distintos autores y el nombre con el que nombran cada una de ellas en el mismo idioma, el español. Para ello, se han realizado varias tablas en la que pretendimos establecer las posibles correspondencias entre los órganos localizados por Gall y sus continuadores, como Spurzheim y Cubí. (Ver Anexo 2). No es difícil ver la correspondencia entre el órgano 2. “Amor de prole” de Gall, el órgano 3. “Filoproletividad” de Spurzheim y el órgano 2. “Filojenitura” de Cubí. Los tres autores lo ubican en los primeros números de la clasificación, y por ello, entre los afectos inferiores o instintos. Este órgano se define como “Afecto y ternura paternas, amor de prole, propensión animal a acariciar y estar en compañía de toda criatura tierna y débil”⁷⁵. Lo sitúan en el centro de la parte posterior de la cabeza. Cubí explica cómo Gall realizó el descubrimiento de dicho órgano: “Notó el doctor Gall que en las mujeres era esta parte casi siempre más abultada, saliente o descollante que en los hombres”.⁷⁶

⁷³ Granjel, Luis S. *La frenología en España (vida y obra de Mariano Cubí)*. Salamanca: Universidad de Salamanca; 1973, p. 28.

⁷⁴ Domenech, Edelmira. Op. cit., p. 194.

⁷⁵ Cubí i Soler, Marinao. *Sistema*. Op. cit., p. 144.

⁷⁶ *Ibidem.*, p. 144.

Hay algo que invita a hacerse preguntas al lector o lectora actual en la lista de los órganos de los frenólogos clásicos. ¿Pueden considerar unas facultades iguales a otras? Por ejemplo, Cubí en la misma obra (1844) denomina el órgano 16. “de la Benevolencia” y el órgano 32. “Cálculo numérico”. Lo que tienen en común todos es que son facultades y las facultades son funciones. La Benevolencia o la bondad y el cálculo numérico eran considerados entonces facultades o funciones fisiológicas, capacidades orgánicas del ser humano (en lo común y diferente con otros animales o seres vivos); las “facultades”, pues, serían para ellos el equivalente o lo más parecido a nuestras “competencias”. No obstante, no pertenecen a la misma categoría, porque la Benevolencia o la bondad hoy no es una capacidad intelectual, sino una actitud moral, mientras el cálculo numérico sí que pertenece a las competencias intelectuales, y uno de los ingredientes básicos de los tests de inteligencia actuales. Obviamente, el número de la zona cerebral en la que asientan esas competencias (virtudes) definen el estadio o nivel desde animalidad hasta la divinidad. ¿Es mejor uno que otro? Sin duda ninguna, sí. En el orden frenológico el 1 es el nivel más animalesco o primitivo y el más elevado, el 47, en la segunda obra de Cubí, es la facultad intelectual más superior y más compleja y probablemente carente en muchas personas humanas. ¿La facultad 32 tiene el doble de valor que la bondad?

Pese a las diferencias observadas en cada uno de los autores, todos ellos dividen al cerebro en tres grandes zonas a las que atribuyen tres tipos bien distintos de facultades. Asignan los primeros números a lo que ellos llamaron y hoy seguimos llamando instintos. En todos los autores estos instintos se localizan en los primeros números. Al segundo nivel pertenecen las facultades relacionadas con la moral, los afectos, motivaciones. Por último, el tercer nivel lo atribuyen a las facultades intelectuales, las más superiores. El hombre está hecho a semejanza de Dios. De lo más simple o bruto (compartido con los animales) a lo que hace al humano más semejante a Dios, la creatividad. Por ejemplo, Cubí ubica en el primer nivel, el de los instintos, el número 8. Acometividad (o agresividad actual) o 3. Habitatividad; en el nivel dos, o de los afectos el 13. Aprecio de sí mismo o 20. Esperanza; y por último, en el nivel más elevado, el 37. Lenguaje.

Si tenemos en cuenta la importancia de la jerarquización en la cultura Occidental, es fácil entender la escala de valor que preside en la primera teoría psicológica de la organología de las facultades o habilidades psíquicas humanas. Por ejemplo, en lo

social, la sociedad estamental (nobleza, clero y estado llano); en la ciencia, la escala zoológica de Aristóteles a Linneo: vegetales, animales (reptiles, peces, aves, mamíferos y humanos) y en la moral, la clásica división en instintos, voluntad y la razón. Existe una tradición de jerarquía, clasificar y valorar más lo que es de orden superior. Sería lógico que a ellos se les ocurriera que la primera teoría psicológica de las facultades y las emociones comenzara la pirámide con los instintos básicos de supervivencia, las motivaciones y los afectos y culminando con las capacidades intelectuales relacionadas con la autorrealización.

Si observamos la lista de las 14 Necesidades Básicas de Virginia Henderson con las que trabajamos el personal de Enfermería actual, con facilidad encontramos asociación entre el orden o los niveles de estas 14 necesidades, la pirámide de Maslow y la codificación de las capacidades o “facultades” humanas de la Frenología. Las primeras 7 Necesidades de Henderson pertenecen al territorio de las necesidades de supervivencia (instintos): respirar, comer y beber, eliminación, moverse, sueño y descanso, vestimenta y termorregulación; la octava y novena, se incluyen en el apartado de seguridad de Maslow; la décima necesidad o necesidad de comunicarse se incluye en el escalón de amor y pertenencia; la undécima, ejercer sus creencias religiosas, en el apartado de estima-autoestima. Estas tres necesidades precisan de facultades “volitivas” o relacionadas con la voluntad y la motivación. Las últimas tres se encuentran relacionadas con las capacidades más propiamente humanas o afectos intelectivos y con la autorrealización de Maslow, que son: trabajar, ocio y aprender. Para la comparación de estas tres pirámides, Henderson, Maslow y Gall, cuesta decidir el autor y la edición de la obra en la que basar la representación. Hemos elegido la de Cubí por ser la de mayor difusión en nuestro idioma y país, debiendo elegir entre su primera edición⁷⁷ que establece 39 zonas y órganos o la edición de 1853 en la que analiza un total de 47 órganos⁷⁸. La representación tridimensional de la cabeza frenológica y zonificación más conocida en la actualidad de Mariano Cubí es la divulgada en cerámica de La Cartuja en su época y constantemente reproducida (ver Anexo 3). La versión de la cerámica que se elige es la de Cubí que representa 39 órganos numerados en números arábigos y 4 representados en letras. Era habitual que la cabeza frenológica representara cada una de las áreas en el hemicráneo izquierdo, mientras en el derecho, se zonificara en tres: parte

⁷⁷ Cubí i Soler, Mariano. *Sistema*. Op. cit.

⁷⁸ Cubí i Soler, Mariano. *La frenología i sus glorias*. Op. cit.

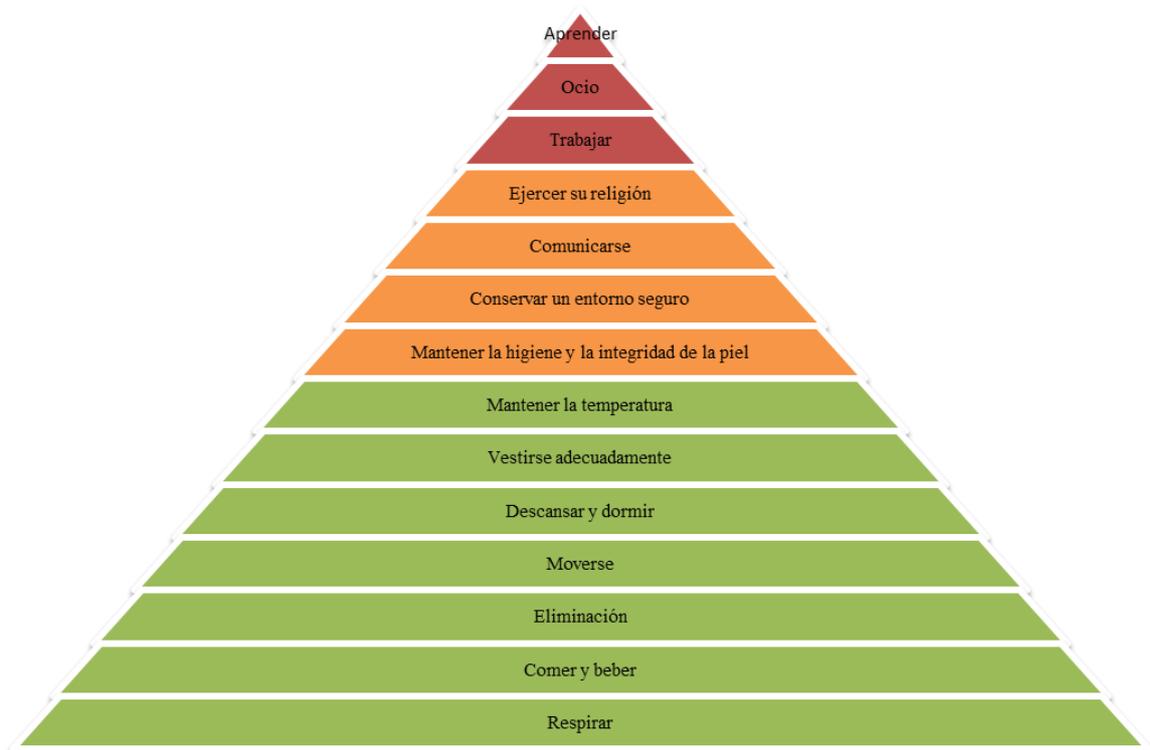
inferior o animal, parte superior o moral y parte anterior o intelectual en nuestra cultura. La parte más noble de la cabeza siempre ha sido la parte frontal.



Pirámide de la Frenología



Pirámide de Maslow



Pirámide de las 14 Necesidades de Virginia Henderson

4. EL PUNTO DE VISTA EMOCIONAL EN LA FORMACIÓN Y PRÁCTICA ENFERMERA DEL S.XX₂

4.1. Manuales de formación del Ayudante Técnico Sanitario (1953- 1978) en la transición al diplomado en Enfermería

a) *Manual de la enfermera* de A. Sitges Creus (1976)

El *Manual de la Enfermera*⁷⁹ de Antonio Sitges Creus, se ha editado un total de tres veces, de acuerdo con los datos de la revisión de los manuales españoles realizada por Yolanda Martínez⁸⁰, apareciendo la primera en 1966, la segunda en 1972 y la tercera en 1976, todas ellas editadas en Barcelona y por la misma editorial, Toray⁸¹. Es probable que estuviera compuesto por una colección de tres tomos, pues cada uno de ellos solía corresponder a un curso, del total de tres, en los que se desarrollaba la formación del Ayudante Técnico Sanitario (ATS), que se cursó en España desde 1953 hasta 1978⁸².

El manual analizado, publicado en abril de 1976 en 674 páginas, está organizado en seis partes correspondientes a las diversas materias o asignaturas, que se subdividen en lecciones, como corresponde a un manual pedagógico. Este tomo II está destinado al aprendizaje del estado de patología general o teorías generales sobre la enfermedad⁸³. Estas partes son: Patología médica; Patología quirúrgica; Moral Profesional; Nociones de terapéutica y dietética; Psicología general e Historia de la profesión de ATS. La

⁷⁹ Sitges Creus, A. *Manual de la enfermera. Tomo II*. Barcelona: Ediciones Toray; 1976.

⁸⁰ Martínez Santos, Yolanda. *Las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios en España (1953-1980). Historia de las Escuelas del Distrito Universitario de Zaragoza*. Tesis Doctoral, Universidad de Zaragoza; 2017 (inédita).

⁸¹ La editorial Toray es una de las clásicas de libros médicos en español, también en Iberoamérica, donde se publicaban los grandes tratados de patología general o patología especial (y enfermería) de la Escuela Médica Catalana, es decir, los discípulos de Farreras, Rozman o Balcells. Para precisar más, véase la lista de libros de la Editorial Toray de la que dispone la Universidad de Zaragoza.

⁸² Tras la revisión realizada en REBIUN, tan sólo se han encontrado dos tomos de la edición de 1976. De las dos ediciones anteriores, no se especifica cuántos tomos existen. Es probable que las dos primeras ediciones constaran tan sólo de un tomo, teniendo 490 páginas la edición de 1966 y 515 páginas la de 1972. No se ha encontrado ninguna referencia bibliográfica en la que se especifique el número de tomo o volumen. La tercera edición pudo diseminarse en dos tomos por el gran tamaño que ocuparía todo aunado en un sólo manual.

⁸³ Los autores de este manual son: A. Guarner Vila, ex profesor de la Escuela de ATS del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona; A. Sitges Creus, ex Director de la Escuela de ATS del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona y Jefe del Departamento de Cirugía de la Ciudad Sanitaria de la Seguridad Social “Príncipes de España” (Hospital de Llobregat, Barcelona.); J. Feliu Condominas, también ex profesor de la escuela de ATS del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona; además de los autores de la asignatura de psicología mencionados más adelante.

quinta parte trata la *Psicología general*, seguido de *Historia de la profesión de ATS*, que consta tan solo de una lección de 6 páginas escrita por J. Feliu Condominas, el mismo autor del capítulo sobre moral profesional o deontología. Podemos advertir la poca relevancia que se otorga a este tema, o la fuerza de la costumbre, dejándolo en último lugar y con un ínfimo espacio en relación al resto de asignaturas o especialidades.

“Psicología general” es el título de la materia que aparece por primera vez en este segundo tomo del *Manual de la Enfermera* de Sitges, lo que indica que la asignatura de Psicología no era tratada en el primer curso de la carrera de ATS. Está escrito por tres médicos psiquiatras, llamados J. Prat Homs, V. Turón Gil y E. Miró Aguadé, que trabajan en la Sección de Psiquiatría de Hospitalet de Llobregat, siendo el primero el jefe de dicha sección. La materia ocupa 86 páginas distribuidas en 12 lecciones. Se realiza una breve introducción sobre la Psicología General, describiéndola de la manera más científica posible. Los autores remarcan la científicidad que pretenden y utilizan un tono más teórico y no tan expositivo de la materia, dejando de lado la orientación pragmática usada en otros temas de patología y de acciones manuales técnicas. Es significativo que mientras el resto de las materias están escritas tan sólo por un autor, este se haya desarrollado por tres coautores que formaban un equipo ya que no firman individualmente ninguna de las lecciones.

En la primera lección se explica el concepto de Psicología, a modo de introducción, para después seguir con los métodos propios que utiliza la psicología y su relación con otras disciplinas. La segunda lección se articula en torno a una descripción de las bases psicofisiológicas del comportamiento y la conducta en estado de salud, justificando el papel de la psicología médica y su importancia en la práctica diaria:

“La psicología es sumamente necesaria al médico y al auxiliar sanitario, ya que deben enfrentarse a diario con múltiples problemas psicológicos, tales como el de las relaciones con el enfermo, la existencia de hechos y fenómenos psíquicos en íntima conexión con enfermedades corporales. La psicología médica ayuda, por supuesto, a comprender en parte los hechos psicopatológicos propios de la psiquiatría clínica, y ésta, a su vez, se encargará de la modificación de estos trastornos mediante la oportuna terapéutica, que a veces consiste exclusivamente en el manejo de situaciones psicológicas (psicoterapia)”.⁸⁴

Los autores remarcan la importancia de la psicología en el trato diario con el paciente, tanto para los médicos como para los A.T.S. El paciente es una persona que,

⁸⁴ Sitges Creus, A. Op.cit., p. 590.

debido a sus condiciones especiales de enfermedad, puede tener aumentadas sus necesidades de apoyo psicológico. El manual enseña que como profesionales de la salud, debemos tenerlas siempre en cuenta y aprender a sobrellevarlas gracias a la psicoterapia. Pero, a diferencia del manual que veremos en el capítulo siguiente de A. Oteo Hernández, los autores no dan ninguna pauta de comportamiento, respecto a la relación enfermero-paciente, que los aprendices de A.T.S. debían aprender, ni profundiza lo suficiente como para utilizar esas pautas en su práctica clínica habitual.

La tercera lección trata las necesidades, pulsiones, instintos o pulsiones primarias, las pulsiones secundarias y las motivaciones. Esta clasificación nos recuerda claramente a la distribución que realizaban los frenólogos clásicos de las facultades de los órganos mentales. Como ya explicamos con anterioridad, estas eran divididas en Afectos inferiores o instintos, Afectos superiores o actitudes morales y, por último, las propias del intelecto, diferenciadas en inferiores o perceptivas y superiores o reflexivas. Los autores del *Manual de la enfermera* consideran un instinto o pulsión primaria el “instinto sexual”. Podemos observar su equivalente en la frenología. Mariano Cubí, por utilizar como ejemplo al representante español más importante, llama *Amatividad* a la “inclinación a propagar la especie, a consumir actos concupiscentes; emoción o conmoción de amor sexual.⁸⁵” Ocurre lo mismo con las pulsiones secundarias, definidas como “aquellas que tienden a satisfacer necesidades más complejas y menos biológicas en un sentido estricto⁸⁶” y que se encuentran condicionadas por factores psicológicos o motivaciones. Estas tendrían su equivalente frenológico en los afectos superiores o actitudes morales. Por poner un ejemplo, utilizaremos la *Idealidad o perfectividad*, perteneciente a este segundo grupo y definida por Cubí como “sentimiento de lo bello, lo exquisito, lo poético, lo elocuente; propensión a sobresalir, embellecer, perfeccionar.⁸⁷”

La cuarta lección habla sobre las bases fisiológicas de las necesidades y sus motivos y sobre las influencias sensoriales. La quinta lección trata el conflicto y la frustración, sus fuentes y las pautas de reacción a la frustración.

El tema de las emociones y los sentimientos aparece en la lección seis. Dice de ella que es un término que no puede definirse con exactitud aunque todos sabemos lo

⁸⁵ Cubí i Soler, Mariano. *Sistema*. Op. cit., p. 143.

⁸⁶ Sitges Creus, A. Op. cit., p. 594.

⁸⁷ Cubí i Soler, Mariano. *Sistema*. Op. cit., p. 276.

que significa, por propia experiencia emocional. Los autores realizan una diferenciación entre emociones, pasiones y emociones:

“La Psicología introspectiva clásica distingue: las *emociones*, tales como el miedo, la cólera y la angustia que aparecen en nosotros de forma brusca; los *sentimientos*, como la simpatía, el amor el resentimiento, la venganza, que difieren de las emociones en que son más estables, duraderos y menos intenso; y las *pasiones*, que suelen tener la intensidad de las emociones y la duración de los sentimientos.⁸⁸”

Se distinguen tres tipos de emociones, a grandes rasgos: estados afectivos gratos para el sujeto (la alegría), estados que el sujeto trata de reprimir (la ira) y estados que no son agradables para el sujeto, pero cuyas causas no desaparecen a causa de la conducta del sujeto (la vergüenza). Se usan términos ambiguos y poco concretos, definiendo emoción al final de la introducción como “un término que se refiere a estados diferentes en diversos sujetos, y situaciones diferentes pueden originar una emoción idéntica en una persona determinada.”⁸⁹ Según los autores, es conocido que las emociones tienen un carácter motivador. La búsqueda de placer y la evitación del dolor son los motivos humanos o principales finalidades de la vida. A lo largo del capítulo se tratan diversos aspectos, como la naturaleza de las emociones, su fisiología y bases neurofisiológicas (descripciones muy parecidas a las observadas en el manual de la misma época de A. Oteo Hernández) o el desarrollo de una conducta emocional. De la conducta explican que está muy relacionada con el aprendizaje, de manera que aprendemos a controlar nuestras emociones y a expresar nuestros sentimientos de forma que sea aceptable por la sociedad:

“Así, el llanto no es aprendido, pero dónde y cuándo llorar sí. Teniendo en cuenta que las manifestaciones exteriores de la emoción varían en ciertos aspectos de cultura a cultura, muchos de los signos visibles externos que reflejan el estado emocional del sujeto son aprendidos a la vez que otros son reprimidos en ocasiones.⁹⁰”

Por último, el apartado de las emociones termina con una breve explicación de las Teorías de las emociones conocidas en la época: 1) La teoría de James-Lange, 2) La teoría corticodiencefálica de Cannon-Bard y 3) La teoría de Arnold-Lindsley.

⁸⁸ Sitges Creus, A. Op. Cit., p. 607.

⁸⁹ *Ibidem.*, p. 607.

⁹⁰ *Ibidem.*, p. 613.

La séptima lección trata las sensaciones, relacionándolas con los órganos de los sentidos; y las percepciones, con las leyes de la percepción. La octava lección describe el aprendizaje, explicando sus tipos y factores que influyen en este. También explica qué es la memoria, las clases de memoria que existen y la psicopatología de esta. La lección novena tiene como temas principales la inteligencia, la imaginación y el lenguaje. Todos estos temas están escritos en un tono expositivo, en los que los autores no aportan ningún juicio ni valoración a las materias tratadas, a diferencia del asunto de la lección siguiente, la conciencia. Se trata de un tema -la conciencia- que los propios autores consideran difícil y casi el más importante dentro de la asignatura, según sus propias palabras, porque gracias a ella pueden explicarse la mayoría de los fenómenos psicopatológicos.

“En otros tiempos pertenecía al campo de los filósofos y psiquiatras, en la actualidad ha entrado de lleno en el dominio de los neurólogos, neurofisiólogos, experimentadores, electroencefalografistas, etc.⁹¹”

Otra de las causas por la que los autores dan relevancia a la conciencia es que, en la época (1976), los experimentos y descubrimientos sobre ella avanzaban de forma rápida. Lo conocido hasta la fecha sobre esta era poco y estaba basado en conceptos empíricos, así que estos nuevos experimentos estaban creando una revolución sobre el concepto. Es tal la dificultad de este concepto, que Miller, psicólogo cognitivo, recopila hasta 17 definiciones diferentes de conciencia. Se citan a otros autores como S. Montserrat Esteve, Delgado, Sarró o Jaspers, este último también mencionado en el manual de A. Oteo Hernández.

La personalidad es el objeto de estudio de la undécima lección. Al igual que la conciencia, es un tema del que surgen muchos problemas a la hora de definirlo y de relacionarlo con el temperamento y el carácter. Los autores explican que es probable que la personalidad, explicada de acuerdo con las morfologías somáticas, sea la más antigua de las teorías de la Medicina. Describen la teoría de los cuatro temperamentos de Galeno relacionados con los cuatro humores del cuerpo humano. También nombran a Kretschmer y Sheldon y su intento de definir la personalidad según el tipo corporal. Más tarde, se desarrollan los diversos factores que intervienen en la personalidad, como son el sexo, la inteligencia, los factores sociales, culturales, religiosos, políticos, etc. Por último, se exponen los distintos métodos y test que se utilizan para definir las

⁹¹ Sitges Creus, A. Op. cit., p. 638.

personalidades, agrupados en 1) Métodos psicométricos, 2) Test proyectivos y 3) Métodos clínicos.

La última lección del programa, la doce, aborda el tema de la psicología social, explicando algunas de las teorías pertenecientes a esta doctrina, y la psicología médica y psicología del enfermo. Respecto a la psicología del enfermo, los autores mencionan a Letamendi⁹² y su pensamiento de que “no hay enfermedades, sino hombres enfermos”. Se describen los cambios y conflictos psicológicos que puede sufrir el enfermo, explicando algunos ejemplos en particular, para terminar con un párrafo en el que recomiendan cómo debe ser la atención prestada a los pacientes, desde el aspecto psicológico, de forma bastante escueta, ya que esta es toda la información que ofrece el capítulo:

“En último lugar, recomendaremos como norma de conducta siempre aconsejable en el trato con los enfermos el no olvidar que éstos son hombres que sufren, que requieren unas atenciones y unos cuidados, y no sólo aquellos destinados a aliviar o curar los síntomas físicos de su enfermedad, sino que precisan siempre una postura de comprensión y de respeto ante su individualidad enferma. La forma de conducirse ante ellos debe ser comprensiva y tolerante; la relación interpersonal que se establezca entre enfermo y personal sanitario debe preocuparse no sólo de los aspectos físicos, sino también psicológicos.”⁹³

No encontramos en este manual ningún apartado en el que se trate el concepto de dualismo cuerpo-alma ni las teorías que lo han explicado a lo largo de la historia. Los autores del apartado referente a psicología se desligan de esta manera de la tradición de relacionar la psicología con la religión. El año 1976, año en el que se publica esta tercera edición del manual, es el primer año tras la muerte de Franco. El nacionalcatolicismo practicado por la Iglesia en España durante la época en la que vivió del dictador y que controló durante décadas la educación y otros aspectos de la vida social, no aparece reflejado en el capítulo analizado, *Psicología general*, aunque sí en otro apartado del manual, *Moral profesional*⁹⁴.

⁹² José de Letamendi y Manjarrés (1828-1897). Médico y catedrático español, antropólogo, sociólogo, político, economista, compositor, poeta, etc., considerado por algunos precursor de la medicina holística y social.

⁹³ Sitges Creus, A. Op. cit., p. 665.

⁹⁴ Martínez, Yolanda. Op. cit. p. 166.

b) *Tratado del ayudante en medicina y cirugía* de A. Oteo Hernández (1975)

El *Tratado del ayudante en medicina y cirugía*⁹⁵ es un manual escrito por varios autores y coordinado por A. Oteo Hernando. Consta de tres tomos por cada edición, con un total de cinco ediciones⁹⁶. El primer manual fue publicado en 1962 y el último en 1975, por lo que abarca prácticamente toda la época del Ayudante Técnico Sanitario. Es relevante destacar que el programa de formación de los A.T.S. no tuvo ningún cambio desde 1955 hasta la Diplomatura Universitaria de Enfermería en 1978.⁹⁷ Las cuatro primeras ediciones reciben el mismo nombre: “*Ayudantes Técnicos Sanitarios. (Unificación de las carreras de Practicante, Matrona y Enfermera)*” y es la 5ª y última edición la que cambia su título y pasa a denominarse “*Tratado del Ayudante en Medicina y Cirugía*”.

Para nuestro trabajo se han elegido los tomos II y III de la 5ª edición porque en el primero no aparece ninguna asignatura relacionada con la psicología o el tema de las emociones. El volumen II está formado por 967 páginas, divididas en 9 asignaturas y un índice general por materias. Los temas de asignaturas del segundo curso eran: Formación Religiosa; Moral profesional; Historia de la profesión; Elementos de la psicología general (el cual desarrollamos más adelante); Anestesia y reanimación; Patología quirúrgica; Nociones de patología y clínica médica; Técnica de laboratorio y Nociones de terapéutica y dietética.

Las asignaturas cursadas en el tercer y último año de la formación de A.T.S. se reflejan en el volumen III. Consta de 869 páginas y son las siguientes: Formación religiosa; Moral profesional; Epidemiología y profilaxis de las enfermedades transmisibles. Medicina preventiva de las mismas; Psicología evolutiva y especial (lo desarrollaremos más tarde), Medicina social; Obstetricia y ginecología; Medicina y

⁹⁵ Oteo Hernando, A. *Tratado del ayudante en medicina y cirugía*. 5ª ed. Madrid: Editorial Oteo; 1975.

⁹⁶ Yolanda Martínez, en su Tesis Doctoral, realiza una revisión de todas las ediciones de este manual. Los manuales revisados por la autora han sido la 1ª, 2ª, 4ª y 5ª edición de “*Ayudantes Técnicos Sanitarios. (Unificación de las carreras de Practicante, Matrona y Enfermera)*”, escritos en Madrid y publicados por el Departamento de Publicaciones de la Facultad de Medicina de Madrid. La autora centra la descripción en la estructura y contenido de las materias o asignaturas de los manuales, con el objetivo de mostrar los conocimientos propios a los ATS. Presta especial atención a la asignatura de moral profesional, “con la que se pretendía un adoctrinamiento sobre hábitos, cualidades y conductas, adecuadas a este profesional sanitario. De igual manera, se refleja el énfasis en la subordinación de su figura respecto a “la clase médica” recogida en la citada asignatura.”

⁹⁷ Orden de 4 de julio de 1955 por la que se dictan las normas para la nueva organización de los nuevos estudios de Ayudantes Técnicos Sanitarios. BOE nº 214 p. 4751-4752.

cirugía de urgencia; Pediatría y puericultura; Odontostomatología; Urología; Otorrinolaringología y Oftalmología.

La asignatura “Elementos de psicología general” está escrita por el profesor F. Alonso Fernández, Catedrático de Psiquiatría y Psicología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla. Tiene una extensión de 84 páginas. Si comparamos la estructura de los dos manuales de la misma época estudiados, observamos que la estructuración del Sitges Creus es mayor que la del Oteo. En este segundo caso, en el apartado de psicología, el autor escribe saltando de un tema a otro sin unos apartados definidos, enlazando temas que a priori no tendrían relación, como son los deberes del paciente y la aplicación de los test en psiquiatría. Podemos observar este ejemplo en la página 140, en la que un párrafo continúa al otro sin haber ningún tipo de separación entre materias.

Acerca del objetivo pedagógico de la asignatura de psicología, el autor afirma:

“Es obvio, aunque muy pocas veces -por no decir nunca- se atengan los autores a ello, que el contenido de una psicología destinada a los Ayudantes Técnicos Sanitarios (A.T.S) ha de referirse primordialmente a los conocimientos psicológicos imprescindibles para desarrollar con fluidez y eficacia las actividades propias de esta profesión.”⁹⁸

El autor pide el desarrollo de una psicología para el A.T.S., al igual que existe una psicología médica, alegando que debe considerarse al enfermo “como una persona tributaria de comprensión psicológica y se preocupa ante todo de sus sufrimientos y trastornos subjetivos.”⁹⁹ La medicina psicológica debe aplicarse a todo tipo de enfermos, no sólo a las enfermedades psíquicas y psicosomáticas. Tanto es así que, como refiere el texto, más del 50% de los enfermos que visitan a su médico de Atención Primaria, tienen conflictos emocionales importantes.¹⁰⁰ Considera a la medicina psicológica y comprensiva como la “medicina específicamente humana”¹⁰¹. Pero para el autor no es tan fácil ejercer esta atención humana al enfermo. Se precisan unos conocimientos centrados en la personalidad del sujeto enfermo. Para que el A.T.S. pueda ser un “colaborador psicológico eficaz”, debe cumplir una serie de “requisitos”. En su conjunto, estas serían las competencias psicológicas que debían adquirir los futuros profesionales de enfermería:

⁹⁸ Oteo Hernando, A. Volumen II. Op. cit., p. 134.

⁹⁹ *Ibidem.*, p. 134.

¹⁰⁰ *Ibidem.*, p. 135.

¹⁰¹ *Ibidem.*, p. 135.

“1° La adopción de una postura cordial, afectuosa y acogedora ante el enfermo, procurando desde el primer momento que este no se sienta rechazado, sino aceptado.

2° El desarrollo de un vínculo de simpatía entre quien atiende y quien es atendido, lo cual es completamente distinto de la relación propia de dos amigos o dos parientes. Para el A.T.S., el enfermo no debe ser jamás un amigo ni un compadre sino un prójimo que, por sufrir, requiere la prestación de sus servicios.

3° La puesta en práctica del lema: es más importante escuchar al enfermo que hablar uno. Una apertura cordial, expectante y prudente puede conducir al enfermo al diálogo y al desahogo.

4° Los temas del diálogo mantenido con el enfermo han de referirse a sus preocupaciones, dolores y sufrimientos y al estado y evolución de su organismo.

5° Siempre que el médico lo indique o lo apruebe, el A.T.S. puede prestar también una colaboración muy eficaz en la recogida de datos propios de la parte de la historia clínica que llamamos anamnesis (el sector de la historia clínica referido cronológicamente a la época anterior al comienzo de la enfermedad). La moderna medicina entiende que la anamnesis ha de constituir en la biografía del enfermo. La TEMÁTICA de la anamnesis biográfica se subdivide en historia de las vivencias y de la conducta (vida escolar, familia, profesional, erótica, etc.), historia del organismo (enfermedades padecidas anteriormente) e historia familiar (datos psicológicos, biológicos y sociales).

6° Las conversaciones mantenidas con el enfermo jamás versarán sobre cuestiones ajenas al mismo: la vida del A.T.S. con su cortejo de preocupaciones, intereses, ilusiones y demás debe quedar al margen.

7° La relación sanitario-enfermo constituye, por tanto, una relación humana notoriamente asimétrica: se haya centrada en la existencia del enfermo y deja totalmente a parte la existencia del A.T.S.

8° La participación del A.T.S. en la vida del enfermo tiene meramente una orientación comprensiva y está sujeta a dos limitaciones importantísimas: por una parte, no absorber la personalidad del enfermo ni cultivar su dependencia, abrumándolo con consejos e imposiciones o entrometiéndose en sus asuntos; por otra, no dejarse absorber por él hasta el extremo de compartir enteramente sus puntos de vista y actitudes. Para comprender al enfermo hay que colocarse mentalmente en su lugar y fundirse un poco con él; pero sin que ello suponga menoscabo para la independencia de ninguno de ambos.

9° El respeto más exquisito para los ideales y convicciones del enfermo en las esferas religiosa, ideológica y política. El enfermo no va a nosotros para que le demos una nueva concepción del mundo o una nueva filosofía sino para que lo curemos y le comprendamos.

10. El espíritu de servir al enfermo -que es el espíritu de la propia medicina- es totalmente incompatible con los distintos estilos de servirse del enfermo que conducen a la obtención de beneficios afectivos, sociales, eróticos, etc.

11. El ejercicio de la medicina psicológica exige al médico y al A.T.S. el esfuerzo de prescindir de sí mismos para entregarse a los demás. Tal ejercicio comporta al mismo tiempo la satisfacción vocacional de servir, comprender y atender al prójimo que sufre, y la frustración personal de no poder autorrealizarse personalmente en estos momentos.

12. El sostenimiento de una comunicación frecuente con el médico para facilitarle información sobre el enfermo y a su vez solicitar nuevas orientaciones. Es muy importante que haya una sincera y auténtica compenetración entre los médicos y los A.T.S. Si no ocurre así, el enfermo dada su ultrafina sensibilidad, se percatará de ello con toda facilidad y esta impresión puede conducirle a hacer elaboraciones de inseguridad, temor, angustia y desconfianza en relación con el personal sanitario que le asiste, lo cuál, naturalmente, representa una complicación psicológica que obstaculiza el proceso de la curación y que incluso puede motivar el abandono del tratamiento y el alejamiento de todo centro médico.¹⁰²¹⁰³

Es llamativo que el autor dicta unas pautas que los ATS deben seguir pero no como propias de la relación que podría existir entre el enfermero y el paciente, sino como una ayuda en la relación terapéutica del médico y el enfermo. El ATS era considerado un mero colaborador psicológico para facilitar la acción médica. El ATS no puede efectuar la psicoterapia, una tarea que tan sólo pertenece al facultativo.

También son características significativas las palabras elegidas por el autor, repetidas en diversas ocasiones, de ayuda y servidumbre o servilismo al prójimo, que tanto nos recuerdan a la moral caritativa de la religión católica, con su tradicional obligación de ayuda hacia el más necesitado, el enfermo en este caso. Esta sistematización de requisitos necesarios en el ATS no aparece en el capítulo de psicología correspondiente al otro manual analizado, *Manual de la Enfermera*¹⁰⁴ de A. Sitges Creus, de 1976.

El autor considera que la “comprensión psicológica” es una de las tareas primordiales de la medicina psicológica, que se llevará a cabo a través del diálogo con el enfermo y la observación de este. Vuelve a remarcar el papel “auxiliar sumamente importante”, pero auxiliar, del A.T.S:

¹⁰² Oteo Hernando, A. Op. cit., p. 135-136.

¹⁰³ Se realiza el subrayado para destacar lo que consideramos más relevante.

¹⁰⁴ Sitges Creus, A. Op. cit.

“A través de sus frecuentes contactos con el enfermo, mediante la mirada observadora y esporádicas conversaciones, puede ir recogiendo un material psicológico de sumo interés, que debe transmitir periódicamente al médico.”¹⁰⁵

Se puede decir que al enfermero se le socializaba en la subordinación profesional. La información recogida por el ATS no era propia, sino que pertenecía al médico y el enfermero de la época era solo un vehículo para que los datos llegaran hasta el médico. El autor recalca la importancia de “la comprensión” por parte de los sanitarios hacia el enfermo como un factor coadyuvante al proceso de curación. Esta comprensión debe ser real y auténtica, ya que si el paciente siente que sólo es una apariencia, puede resultar contraproducente. También dicta unas pautas sobre “la autenticidad de una asistencia cordial y comprensiva”:

“1º La evidencia constante de que tenemos entre nosotros no un caso clínico, sino una persona como nosotros que sufre y está amenazada por riesgos importantes, cuyo afrontamiento debe realizarse con el concurso de nuestros servicios.

2º El esfuerzo de colocarse mentalmente, por dentro, en el lugar del enfermo para tratar de familiarizarse con sus problemas, preocupaciones y puntos de vista.

3º La abstención de influir sobre el enfermo en aspectos ideológicos, políticos y religiosos.

4º La limitación de dar consejos y orientaciones sólo sobre asuntos meramente técnicos (dieta alimentaria, régimen de vida, etcétera), con el objetivo de cumplir el principio de no cultivar jamás la dependencia del enfermo, sino, por el contrario, estimular su independencia y su capacidad de autocontrol.”¹⁰⁶

Estas pautas, en su mayoría, eran conductuales. La empatía, por ejemplo, era considerada por el autor una técnica que debía aprender el A.T.S., un “esfuerzo” de ponerse en el lugar de otro. El enfermero debía asimilarla para utilizarla en su trato diario con el paciente.

El profesor, que es médico, enseña desde su lugar jerárquico y adiestra para el papel profesional asignado a Enfermería en el sistema sanitario por los facultativos. Se trata de una heterodefinición de la identidad de la profesión enfermera. Muestra al ATS como un ser débil que puede caer en la búsqueda de apoyo o amistad en el enfermo y se le recalca que es una grave infracción, no diciendo ni sugiriendo en ningún momento que estas infracciones puedan darse por parte del médico. Puede deberse a que el

¹⁰⁵ Oteo Hernando, A. Op. cit., p. 139.

¹⁰⁶ *Ibidem.*, p. 140.

manual servía para el aprendizaje de los futuros ATS o porque consideran que el ATS es de carácter más frágil:

“La renuncia a obtener toda clase de beneficios propios en el curso del desarrollo de la relación con el enfermo, exige algunas veces al A.T.S. un gran esfuerzo personal y puede ser motivo de frustraciones. Por esto se requiere que el A.T.S. tenga una firme capacidad para tolerar frustraciones y neutralizar las tensiones emocionales propias de su quehacer profesional.”¹⁰⁷

Las emociones propiamente dichas son descritas en la sección “Vida afectiva”. El autor habla de los sentimientos, las emociones y las pasiones y las alteraciones afectivas. Trata la dificultad de definir el concepto de sentimiento, habiéndose mantenido este concepto “impreciso y oscuro a lo largo de los tiempos”¹⁰⁸. Hasta comienzos del siglo XX, el estudio de la afectividad en la psicología no había recibido la relevancia que merecía. Prevalecía la psicología filosófica de Aristóteles y Santo Tomás de Aquino. Se consideraba a los sentimientos como pensamientos confusos, propios de una inteligencia oscura y poco perspicaz. El autor nombra a otros psiquiatras como Karl Jaspers, citando la definición que este ofrecía de los sentimientos: “llamamos sentimiento a lo que no sabemos llamar de otro modo.”¹⁰⁹ Con estas palabras, el autor representa y resume la dificultad de dar una definición única sobre el concepto.

Con las emociones pasa algo parecido. El autor engloba en el mismo capítulo los afectos, emociones y pasiones. Conceptualiza estas últimas explicando que “se distinguen de los afectos y las emociones por tener una duración algo más prolongada e imponer una deformación más intensa a muchas ideas y percepciones del sujeto.”¹¹⁰ No da una definición clara del concepto de emociones; solamente explica que se “manifiesta por un cortejo psicossomático agudo en el que nunca falta la nota de conmoción corporal.”¹¹¹ El autor realiza una larga exposición sobre cuáles son los mediadores químicos que provocan las distintas emociones, pero en ningún lugar aparece una explicación sobre cómo mediar con ellas y como gestionarlas, tanto las propias como las emociones del paciente. La última parte, que cursa sobre las alteraciones afectivas, desarrolla cuáles de ellas son más comunes en algunas

¹⁰⁷ Oteo Hernando, A. Op. cit., p. 140.

¹⁰⁸ *Ibidem.*, p. 166.

¹⁰⁹ *Ibidem.*, p. 166.

¹¹⁰ *Ibidem.*, p. 168.

¹¹¹ *Ibidem.*, p. 168.

enfermedades mentales, como por ejemplo la “tristeza vital”, síntoma nuclear de la depresión.

El apartado destinado a formar en los “aspectos científicos” en las teorías básicas de la psicología humana, titulado *Antropología psicológica*, el autor trata tres temas: los radicales básicos del ser humano, el problema cuerpo-alma y la concepción del alma humana. Sobre la antropología médica, entendida en el sentido más tradicional de conocimiento científico de la naturaleza humana o *physis*, el autor explica que en los últimos años esta antropología está en auge y es la ayuda más importante para que el A.T.S. pueda comprender y tratar adecuadamente a los enfermos. Si se practica la antropología médica, los sanitarios podrán incluso modificar favorablemente su personalidad, volviéndose más humanos y comprensivos con sus pacientes.

“El enfermo no es un mero organismo o una cosa, sino un ser humano como nosotros. Esta observación -aparte de ser una abrumadora verdad- tiene una importancia terapéutica primordial. Muchísimos fracasos terapéuticos se deben a haber prescindido de ella en la práctica.”¹¹²

La actitud crítica con el contenido moral habitualmente tratado en la Psicología se muestra sobre todo al tener que exponer el tema de la concepción del alma humana, donde el autor expresa que no está de acuerdo con tratarlo en un manual de A.T.S.:

“No hubiese dedicado al alma humana y al principio vital ni una sola línea, de no haber mediado la circunstancia de constituir cuestiones planteadas explícitamente en el programa oficial de esta asignatura¹¹³”.

Realiza una breve revisión histórica sobre el significado que ha tenido el alma para distintos autores, como Aristóteles, Platón, Santo Tomás o San Agustín. Pide con fervor que “este vetusto programa -abundante en anacronismos e incongruencias-¹¹⁴” se revise y modifique pronto y a fondo. Considera que él ha pretendido dar una orientación renovadora al tema psicológico, suponemos que intentando alejarse del tono moral y religioso.

Su actitud nos recuerda a la de la introducción que realizan los autores del capítulo de “Psicología General” del *Manual de la Enfermera*¹¹⁵, de A. Sitges Creus, que también justifican su tono científico, queriendo alejarse de la concepción católica de

¹¹² Oteo Hernando, A. Op. cit., p. 209.

¹¹³ *Ibíd.*, p. 212.

¹¹⁴ *Ibíd.*, p. 212.

¹¹⁵ Sitges Creus, A. Op. cit., p. 583-665.

alma y de los problemas metafísicos que ello conlleva. Para los religiosos, como señalábamos en el apartado de Frenología, “materializar” el alma, las emociones, los sentimientos, del ser humano, sería quitarle humanidad, lo que verdaderamente hace humano, al hombre y a la mujer. Resulta evidente, en estos manuales, publicados a final del franquismo, del estado nacional-católico. Aunque la religión sigue teniendo un papel importante, en la sociedad actual no es tan dominante como en épocas pasadas. Es un tema sobre el que ha existido debate a lo largo de la historia y todavía hoy, en la actualidad. Los autores no creen que sea de su incumbencia ya que, gracias a la evolución de la psicología y las teorías científicas, el alma humana entendida desde la posición religiosa y la doctrina de la fe cristiana se encuentran cada vez más lejos de la psicología científica.

La materia relacionada con psicología del tomo III del *Tratado del ayudante en medicina y cirugía*¹¹⁶ de Oteo, correspondiente al tercer curso del programa de formación, se titula “Psicología evolutiva”. Está escrito por el mismo autor que escribe la parte de psicología general del segundo tomo, el Profesor F. Alonso-Fernández, catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica en la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla. Tiene una extensión de 52 páginas, inferior al tema de psicología del segundo curso. Se estructura en cuatro partes, a diferencia del anterior tomo, en el que no existía una subdivisión por temas. Estas son: Primera parte: nociones generales sobre la vida psíquica sustentadas por las corrientes psicológicas más representativas; Segunda parte: procesos psicológicos globales; Tercera parte: psicología de la vida del niño; Cuarta parte: psicología especial de los enfermos. El tono que utiliza durante las tres primeras partes del capítulo es descriptivo y ecléctico, muy diferente del dogmático y escolar usado en el segundo curso, explicando las diversas teorías existentes sobre los distintos temas.

La primera parte trata de las diferentes corrientes psicológicas. Desarrolla las siguientes: la psicología fenomenológica, psicología existencial, psicología formal y estructural, psicología conductista y del condicionalismo y psicoanálisis y psicología dinámica. Este último apartado es el más extenso de todos.

¹¹⁶ Oteo Hernando, A. *Tratado del ayudante en medicina y cirugía. Volumen III*. 5ª ed. Madrid: Editorial Oteo; 1975.

La personalidad y el yo, la conducta humana y las frustraciones componen el segundo apartado. La tercera sección explica la psicología propia del niño, tanto en su entorno habitual como en la escuela o en el hospital. Después, el autor narra la psicología del adolescente y del proceso de maduración. No hay ningún apartado en el que se explique cuál es la psicología de la persona adulta ni mucho menos del anciano.

En el cuarto apartado, que trata sobre la psicología especial de los enfermos, también utiliza este tono, pero añade alguna recomendación sobre cómo los sanitarios deben dirigirse hacia el enfermo: “El mejor medio de que el médico y el sanitario disponen para evitar o interferir las relaciones psicológicas inadecuadas de los pacientes a la vivencia de la enfermedad, es la actitud comprensiva y dialogante.¹¹⁷” Las directrices sobre cómo manejar al paciente están casi siempre enfocadas al médico y no al A.T.S., siendo llamativo ya que este es un manual para el aprendizaje del segundo. Destaca varias veces la actitud auxiliar del A.T.S. en la psicoterapia, especificando que:

“la psicoterapia es una tarea específicamente médica. El Ayudante Técnico Sanitario debe tener conocimientos sobre ella para colaborar con el psicoterapeuta y no interferir en su acción. Una interferencia de este tipo podría consistir en mantener asiduas entrevistas con el enfermo, sin que el médico psicoterapeuta estuviese informado de ello.¹¹⁸”

Un tema tan controvertido hoy como la conspiración de silencio¹¹⁹, definida habitualmente como “acuerdo implícito o explícito, por parte de familiares, amigos y/o profesionales, de alterar la información que se le da al paciente con el fin de ocultarle el diagnóstico y/o pronóstico, y/o gravedad de la situación” aparece en estas líneas. En palabras del autor, F. Alonso Fernández:

“Hay muchos enfermos con una personalidad incapaz de tolerar el conocimiento de “ciertas verdades”. A estos enfermos, en mi opinión, no se les deben decir las verdades que les van a producir un impacto psicológico traumatizante.¹²⁰”

Esta actitud paternalista, hoy considerada poco ética, por parte del médico de esconder información al paciente o dársela incompleta era muy practicada antes. En la actualidad, sigue llevándose a cabo, aunque la tendencia está cambiando. Las leyes

¹¹⁷ Oteo Hernando, A. Volumen III. Op. cit., p. 237.

¹¹⁸ *Ibidem.*, p. 241.

¹¹⁹ Gómez Sanz, Andrea-Énery. *Revisión bibliográfica: La conspiración de silencio*. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2017 [inérito]. Trabajo final de la asignatura Bases documentales y legales, económicas, sociales y culturales de los cuidados a nivel europeo del MUIICE.

¹²⁰ Oteo Hernando, A. Volumen III. Op. cit., p. 240.

actuales¹²¹ amparan al paciente su decisión sobre qué y qué no quiere saber de su enfermedad, siendo potestad suya y no del médico o de los familiares esa decisión.

4.2.La competencia diagnóstica actual del profesional de enfermería: NANDA 2009-2011

Resulta llamativa la responsabilidad y competencia conseguida por el profesional enfermero en la evaluación emocional del paciente adquirida en los últimos 40 años en España, en el contexto de la revolución producida por la introducción de los llamados paradigmas enfermeros centrados en el paciente y la autonomía profesional del “ayudante o auxiliar sanitario”.

*NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2009-2011*¹²² es un manual destinado a recopilar los diagnósticos de enfermería aceptados por la taxonomía NANDA. Editado en Barcelona por Elsevier, se trata de la 8ª edición de un manual que comenzó a publicarse en 1994. Suele editarse cada dos años con las revisiones y cambios que han ocurrido en la nomenclatura de diagnósticos enfermeros. Esta revisión en castellano se ha llevado a cabo por Carme Espinosa, con la colaboración de la Junta Directiva de AENTDE. La revisora es profesora asociada de la Escuela de Enfermería de la Universitat Ramon Llull y miembro de la Junta Directiva de la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos Enfermeros (AENTDE) además de miembro de la Junta Directiva de la Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions & Outcomes (ACENDIO).

NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) es una entidad fundada en 1982 con el objetivo del desarrollo y perfeccionamiento de los Diagnósticos de Enfermería y la formación de una taxonomía diagnóstica propia en Estados Unidos, un país que carece de un Sistema Nacional de Salud. En 2002 pasa a llamarse NANDA

¹²¹ “Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada.” LEY 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002. Pag. 40126-40132.

¹²² NANDA International. *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011*. Barcelona: Elsevier; 2010

International para reflejar el interés mundial en el desarrollo de la terminología enfermera. Su principal objetivo es:

“Implementar los diagnósticos enfermeros mejorando todos los aspectos de la práctica enfermera, desde lograr el respeto profesional hasta asegurar una documentación adecuada para el reembolso por los servicios.

NANDA International existe para desarrollar, refinar y promover la terminología que refleja de forma precisa los juicios clínicos enfermeros. Esta perspectiva única, basada en la evidencia, incluye las dimensiones social, psicológica y espiritual de los cuidados.”¹²³

Debemos destacar que existen otras sociedades que se dedican a buscar una terminología diagnóstica enfermera de las “respuestas o experiencias humanas”¹²⁴ del paciente, como son la Japanese Society of Nursing Diagnoses (JSND), la Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes (ACENDIO), la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE)¹²⁵ y la Association Francophone Européene des Diagnostics. Interventions Résultats Infirmiers (AFEDI). Todas estas asociaciones trabajan en colaboración para crear una taxonomía común.

El manual se distribuye en 5 partes principales, que se anteceden de una guía NANDA para obtener licencia de utilización, prefacio e introducción. Los títulos de estas partes son: 1) Introducción a los diagnósticos enfermeros: precisión, aplicación en los distintos entornos y propuesta de diagnósticos enfermeros para su admisión por NANDA-I 2009-2011, 2) Diagnósticos enfermeros de NANDA-I 2009-2011, 3) Taxonomía II 2009-2011, 4) Diagnósticos enfermeros retirados de la Taxonomía 2009-2011 de NANDA-I y 5) NANDA International 2009-2011, para terminar con el índice alfabético.

El apartado que resulta más importante para nuestro análisis es el apartado 2) *Diagnósticos enfermeros de NANDA-I 2009-2011*, compuesto de 306 páginas (parte más larga del manual) en las que se desarrolla cada uno de los diagnósticos enfermeros, con todos sus componentes: etiqueta diagnóstica, código diagnóstico, dominio y clase a

¹²³ NANDA International. Op. cit., p. 420-1.

¹²⁴ Se llama “respuestas humanas” a las respuestas de los pacientes a sus problemas de salud reales o potenciales o a sus crisis y situaciones vitales. Los diagnósticos enfermeros pretenden crear un lenguaje estandarizado para agrupar y englobar dichas respuestas.

¹²⁵ Destacar que, como hemos mencionado antes, Carme Espinosa, revisora de la edición del manual en castellano, es miembro de la Junta Directiva tanto de ACENDIO como de AENTDE.

la que pertenece, definición, características definitorias y factores relacionados, y, en algunos casos, bibliografía.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es la aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera. Permite a las enfermeras prestar cuidados de forma racional, lógica y sistemática. El objetivo es identificar el estado de salud del paciente (individuo, familia o comunidad) y sus problemas o necesidades reales o potenciales, para establecer planes dirigidos a realizar las intervenciones que las resuelvan. Consta de 5 etapas: 1) Valoración; 2) Diagnóstico; 3) Planificación; 4) Ejecución y 5) Evaluación. La NANDA define un diagnóstico enfermero como

“juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad frente a problemas de salud/procesos vitales reales o potenciales. El diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de las intervenciones enfermeras destinadas a lograr los objetivos de los que la enfermera es responsable (aprobado en la novena conferencia, 1990)”¹²⁶

Según el manual, en la edición 2009-2011 existen 206 diagnósticos. En cambio, si contabilizamos nosotros mismos los diagnósticos, encontramos 201 diagnósticos diferentes. Esta pequeña diferencia en cinco diagnósticos puede ser debida al solapamiento de algunos de ellos en más de un dominio y clase.

Los diagnósticos enfermeros se estructuran en un *thesaurus* de clasificación arbórea (dominio), que Roget define como “una esfera de actividad, estudio o interés”¹²⁷. Se utilizan trece dominios, a su vez subdivididos en 47 clases, definidas por el mismo autor como “una subdivisión de un grupo mayor; una división de las personas o cosas por su calidad, rango o grado”¹²⁸. Los dominios están basados en los once Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon, que sufrieron una adaptación para finalmente aumentarlos hasta los trece utilizados hoy. Cada diagnóstico se sitúa incluido dentro de una Clase concreta dentro de un Dominio, habiendo por cada Dominio de 2 a 6 clases, aunque algunos diagnósticos se colocan en más de un dominio y clase. “Esto ocurre porque la etiqueta diagnóstica, definición, características definitorias o factores relacionados en el caso de “riesgo de”, permiten colocarlos adecuadamente en más de un dominio y clase”¹²⁹. Estos trece dominios, con sus definiciones, son los siguientes:

¹²⁶ NANDA Internacional. Op. cit., p. 415.

¹²⁷ Roget, Peter Mark. *Roget's II: The new thesaurus*. Boston: Houghton Mifflin; 1980, p. 287.

¹²⁸ Roget, Peter Mark. Op. cit., p. 157.

¹²⁹ NANDA Internacional. Op. cit., p. 362.

- Dominio 1. Promoción de la salud. Toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control y fomentar el bienestar o la normalidad de la función.
- Dominio 2. Nutrición. Actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos y producir energía.
- Dominio 3. Eliminación/intercambio. Secreción y excreción de los productos corporales de desecho.
- Dominio 4. Actividad/reposo. Producción, conservación, gasto o equilibrio de los recursos energéticos.
- Dominio 5. Percepción/cognición. Sistema de procesamiento de la información humana que incluye atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.
- Dominio 6. Auto percepción. Conciencia del propio ser.
- Dominio 7. Rol/relaciones. Conexiones y asociaciones positivas y negativas entre personas o grupos de personas y los medios por los que se demuestran tales conexiones.
- Dominio 8. Sexualidad. Identidad sexual, función sexual y reproducción.
- Dominio 9. Afrontamiento/tolerancia al estrés. Forma de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales.
- Dominio 10. Principios vitales. Principios que subyacen en la conducta, pensamiento y conductas sobre actos, costumbres o instituciones contempladas como verdaderas o poseedoras de un valor intrínseco.
- Dominio 11. Seguridad/protección. Ausencia de peligro, lesión física o trastorno del sistema inmunitario, prevención de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad.
- Dominio 12. Confort. Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social.
- Dominio 13. Crecimiento/desarrollo. Aumento de las dimensiones físicas, maduración de los órganos y sistemas o logro de las tareas de desarrollo acordes con la edad.

Las emociones quedan reflejadas en 9 de los 13 dominios. Podemos encontrarlas en el dominio 1) Promoción de la salud, 5) Percepción/cognición, 6) Auto percepción, 7) Rol/relaciones, 8) Sexualidad, 9) Afrontamiento/tolerancia al estrés, 10) Principios vitales, 11) Seguridad/protección y 12) Confort. Se observa la importancia que tiene el aspecto psicosocial dentro de la clasificación NANDA de diagnósticos de enfermería. En total, 71 de 206 diagnósticos, un tercio del total de todos los diagnósticos enfermeros clasificados en el periodo de 2009-2011, pertenecen a este ámbito. Entonces, ¿por qué durante la práctica diaria los aspectos emocionales quedan relegados a un segundo lugar y no se les da la importancia que sí reciben otras técnicas de enfermería? ¿Seguimos pensando que ser amable o consolar a alguien que está triste o preocupado pertenece al sentido común, a la propia humanidad, y que por ello no debemos integrarlo al saber

científico-técnico de la enfermería? Se podría concluir que a los cuidados sanitarios no les falta humanidad, sino científicidad.

Más adelante, en la tercera parte del manual, encontramos otra clasificación, por ejes, de los diagnósticos enfermeros. Esta clasificación es la llamada Taxonomía II. La Taxonomía II tiene una forma multiaxial. Consta de 7 ejes o dimensiones de la respuesta humana que se consideran en el proceso diagnóstico. Estos son: el concepto diagnóstico; el sujeto del diagnóstico (persona, familia, comunidad); el juicio (deteriorado, inefectivo); la localización (cerebral, auditivo, tisular); la edad (lactante, adulto); el tiempo (agudo, crónico) y el estado del diagnóstico (real, de riesgo, de promoción de la salud). Centrándonos en el primer eje, el concepto diagnóstico se define como “elemento principal o parte esencial y fundamental, la raíz, de la formulación diagnóstica. Describe la “respuesta humana” que es el núcleo del diagnóstico”¹³⁰. Si nos fijamos en estas palabras clave, podemos observar que existen muchas relacionadas directamente con el ámbito emocional del paciente. Por orden alfabético, son las siguientes:

Aflicción, afrontamiento, aislamiento social, ansiedad, autoconcepto, autoestima, bienestar espiritual, capacidad adaptativa, comunicación, conducta, conflicto de decisiones, conflicto de rol, conflicto del rol parental, confort, confusión, desesperanza, dignidad humana, dolor, duelo, esperanza, estrés por sobrecarga, fatiga, identidad, identidad personal, imagen corporal, interacción social, negación, percepción sensorial, relaciones, respuesta postraumática, soledad, sufrimiento espiritual, sufrimiento moral, temor, toma de decisiones, vinculación y violencia¹³¹.

También encontramos otra ordenación, la llamada NNN, que aúna los diagnósticos NANDA, los resultados enfermeros o NOC y las intervenciones enfermeras o NIC. Esta clasificación para la práctica enfermera diferencia cuatro dominios distintos: Dominio I. Funcional, Dominio II. Fisiológico, Dominio III. Psicosocial y Dominio IV. Del entorno. El manual muestra una tabla en la que se ubican en la Taxonomía NNN los 206 diagnósticos aprobados por NANDA-I¹³². Volvemos a encontrar en este apartado la relevancia de la esfera psicosocial en la práctica enfermera,

¹³⁰ NANDA International. Op. cit., p. 377.

¹³¹ *Ibidem.*, p. 378-379.

¹³² Como ocurría anteriormente, el número de diagnósticos no coincide. El manual expone que existen 206 diagnósticos enfermeros, pero si realizamos la cuenta manualmente, encontramos 202 diagnósticos.

hallándose en el “Dominio III. Psicosocial” 71 diagnósticos, el compendio más abundante, frente a los 53 del dominio “Funcional”, los 68 del dominio “Fisiológico” y los 10 del dominio “Del entorno”. (El Anexo 4 ofrece la clasificación NNN completa de los diagnósticos de enfermería).

Analizar los 71 diagnósticos relacionados con “los movimientos del alma” o las emociones es una tarea costosa, por lo que hemos seleccionado uno de los que consideramos más común en la mayoría de pacientes, como es la Ansiedad, y que justifica un gran consumo de medicamentos en el mundo desarrollado.

El diagnóstico Ansiedad se halla incluido en la segunda parte, compuesta por una recopilación de todos los diagnósticos (páginas 251-252). Por lo general, los diagnósticos suelen ocupar una página, pero existen casos como éste en el que la extensión es mayor. En este caso, la etiqueta diagnóstica sería *Ansiedad*. Formalmente se muestra en la parte superior de la página, destacadas las letras en color blanco sobre un subrayado más oscuro para darle importancia de modo que con un solo vistazo podamos centrarnos en él. Le sigue el código diagnóstico, que en este caso sería (00146). Bajo la etiqueta aparecen los años 1973, 1982 y 1988 que hacen referencia, respectivamente, al año en que se aprobó el diagnóstico y a los años en que se ha revisado. Debajo de este subrayado, aparecen el dominio y la clase a la que pertenece el diagnóstico en cursiva. En este caso es *Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés* y *Clase 2: Respuestas de afrontamiento*, seguido de la definición del diagnóstico:

“sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido por el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontar la amenaza”.¹³³

Tras la definición, encontramos las características definitorias del diagnóstico, es decir, signos o síntomas, que en este caso se dividen en varios subgrupos como: conductuales (nerviosismo, lanzar miradas alrededor...), afectivas (angustia, irritabilidad,...), fisiológicas (aumento de la sudoración, voz temblorosa,...), simpáticas (diarrea, dificultades respiratorias,...), parasimpáticas (mareos, urgencia urinaria,...) o cognitivas (confusión, deterioro de la atención,...). Por último, aparecen los factores

¹³³ NANDA International. Op. cit., p. 251.

relacionados, como un cambio en el entorno o la función del rol (como podría ser la hospitalización y ocupar el rol de paciente), el estrés o el abuso de sustancias. Todo un conjunto de hechos a observar y valorar técnicamente y convertir en datos científicos para un diagnóstico socialmente reconocido, que justifica unos cuidados psicológicos o químicos socialmente consensuados.

5. CONCLUSIONES

La información sobre las emociones o los “movimientos del ánimo” ha quedado relegado a un segundo plano o no aparece en los manuales académicos de historia de las ciencias de la salud, aunque observamos diferencias significativas entre ellos. Los manuales de historia de la medicina analizan distintos conceptos del saber emocional en cada época, trazando una línea evolutiva progresiva de la psicología filosófica a la científica, mientras que los manuales sobre historia de la enfermería lo obvian por completo, y los de biopsicología destacan el papel de la Frenología previo a los paradigmas contemporáneos. La investigación historiográfica actual (artículos circulantes en PubMed) se caracteriza por su gran dispersión tanto en los lugares como en los años de publicación, ser un problema escasamente investigado desde la Enfermería, y una línea de trabajo poco importante (71 artículos entre 1965 y 2015), aunque interese a un público muy diverso.

El análisis de la relación entre la Frenología (primera teoría localizacionista de las facultades del alma) y la teoría de Virginia Henderson de las “Necesidades básicas humanas”, nos ha permitido establecer una correspondencia entre la jerarquía de los afectos, de superior a inferior: afectos intelectivos, afectos morales y afectos instintivos; y las 14 necesidades básicas que expone Henderson, perteneciendo las nueve primeras al escalón más bajo, las dos siguientes al escalón de los afectos superiores o morales y las tres últimas, las más “humanas” de todas, al escalón del intelecto o la razón.

La formación en psicología, durante los años 70, formaba ya parte del currículum del A.T.S. o enfermeras de la época. Los capítulos de esta materia de los manuales de enfermería estaban escritos por médicos psiquiatras. En ambos manuales se recalca la dificultad de definir qué son las emociones. El tono científico utilizado en la escritura responde a la pretensión de los autores de alejarse del tono moral y religioso en el que los cuidados psicológicos se presentaban con anterioridad. A diferencia del manual de Sitges, en el de Oteo es perceptible el adoctrinamiento por el médico, lo que queda reflejado en las pautas que el médico dicta al A.T.S. para su relación con el paciente, sin que, a la vez, proporcione información científica necesaria sobre la naturaleza de las emociones y su papel en la producción y evolución de la enfermedad.

Nuestro estudio evolutivo pone en evidencia el cambio radical habido en la actualidad. El manual NANDA-I sobre diagnósticos enfermeros, de uso habitual en la práctica clínica, muestra la importancia que tiene lo psicosocial y el apoyo psicológico al enfermo en la práctica enfermera actual. Hemos observado como en 40 años, en España, la enfermera ha pasado de ser una auxiliar en la ayuda emocional a poseer nada menos que 71 diagnósticos (de los 206 que aparecen en la edición 2009-2011) relacionados con los aspectos emocionales del paciente.

6. BIBLIOGRAFÍA

6.1 Fuentes

- Carter, Rita. *El nuevo mapa del cerebro*. Barcelona: RBA Ediciones de Librerías; 1998.
- Cubí i Soler, Mariano. *Sistema completo de Frenología, con sus aplicaciones al adelanto i mejoramiento del hombre, individual y socialmente considerado*. Barcelona: Imp. de J. Tauló; 1844.
- Cubí i Soler, Mariano. *La frenología i sus glorias. Lecciones de frenología, ilustradas con profusión de auténticos relatos i otros diseños*. Barcelona: Imprenta Hispana; 1853.
- Donahue, M Patricia. *Historia de la enfermería*. Barcelona: Doyma; 1993.
- Habib, Michel. *Bases neurológicas de las conductas*. Barcelona: Masson; 1994.
- Hernández Conesa, Juana María. *Historia de la Enfermería: un análisis histórico de los Cuidados de Enfermería*. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill; 1995.
- Hernández Martín, Francisca. *Historia de la Enfermería en España (desde la Antigüedad hasta nuestros días)*. Madrid: Editorial Síntesis; 1996.
- Laín Entralgo, P. *Historia de la medicina*. Barcelona: Masson-Salvat Medicina; 1978.
- López Piñero, José María. *Breve historia de la medicina*. Madrid: Alianza Editorial; 2000.
- López Piñero, José María. *La medicina en la historia*. Madrid: La Esfera de los Libros; 2002.
- NANDA International. *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2009-2011*. Barcelona: Elsevier; 2010.
- Oteo Hernando, A. *Tratado del ayudante en medicina y cirugía. Volumen II*. 5ª ed. Madrid: Editorial Oteo; 1975.
- Oteo Hernando, A. *Tratado del ayudante en medicina y cirugía. Volumen III*. 5ª ed. Madrid: Editorial Oteo; 1975.

Rosenzweig, Mark R.; Breedlove, S. Marc; Watson, Neil V. *Psicobiología. Una introducción a la neurociencia conductual, cognitiva y clínica*. 2ª ed. Barcelona: Editorial Ariel; 2005.

Sánchez González, Miguel Ángel. *Historia, teoría y método de la medicina: introducción al pensamiento médico*. Barcelona: Masson; 1998.

Sitges Creus, A. *Manual de la enfermera. Tomo II*. Barcelona: Ediciones Toray; 1976.

6.2. Bibliografía crítica

Brito Brito, Pedro Ruymán; Aguirre Jaime, Armando. *El diagnóstico psicosocial desde una perspectiva enfermera*. Barcelona: Elsevier; 2014.

Bujosa Homar, Francesc. *Filosofía e historiografía médica en España*. Madrid: Consejo Superior de investigaciones científicas; 1989.

Bujosa i Homar, Francesc; Miqueo Miqueo, Consuelo. *La prehistoria de la frenología en España*. Medicina e Historia. 1986; (11).

Diccionario de ciencias médicas por una sociedad de los más célebres profesores de Europa, traducido al castellano por varios facultativos de esta corte. Vol. XXVII. Madrid: Imp. de la Greda; 1825.

Dombeck, MT. *Chaos and self-organization as a consequence of spiritual disequilibrium*. 1996. Clin Nurse Spec. 2002; 16 (1): 42-47.

Domenech, Edelmira. *La Frenología. Análisis Histórico de una Doctrina Psicológica Organicista*. Barcelona: Universidad de Barcelona; 1977.

Enciclopedia Universal Ilustrada Europeo-Americana. Vol. 24. Barcelona: José Espasa e Hijos Editores; 1915.

Granjel, Luis S. *La frenología en España (vida y obra de Mariano Cubí)*. Salamanca: Universidad de Salamanca; 1973.

Hernández Martín, F; Gallego Lastra, R; Alcaraz González, S; González Ruiz, JM. *La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional*. Cultura de los cuidados. 1997; vol. 1 (2).

Huarte de San Juan, Juan. *Examen de ingenios para las ciencias: en el qual el lector hallara la manera de su ingenio, para escoger la sciencia en que mas de aprouechar y la diferencia de habilidades que ay en los hombres: y el genero de letras y artes que à cada uno responde en particular.* Baeza: Casa de Juan Bautista de Montoya; 1594. 416 págs. Accesible en: <http://bdh-rd.bne.es/viewer.vm?pid=d-170235>

Hurtado de Mendoza, M. *Organología. Suplemento al diccionario de medicina del profesor D. Antonio Ballano. Vol III.* Madrid: Vda. De Barco López e imp. de Brugada; 1823.

Kérouac, Suzanne; Pepin, Jacinthe; Ducharme, Francine; Duquette, André; Major, Francine. *El pensamiento enfermero.* Barcelona: Masson; 1996.

Martínez Santos, Yolanda. *Las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios en España (193-1980). Historia de las Escuelas del Distrito Universitario de Zaragoza.* Tesis Doctoral, Universidad de Zaragoza; 2017 (inédita).

McReynolds, P. *Changing conceptions of anxiety: a historical review and a proposed integration.* Issues Ment Health Nurs. 1985; 7 (1-4): 131-158.

Moliner, María. *Diccionario de uso del español. Vol 1.* Madrid: Gredos; 1981.

Nightingale, Florence. *Notas sobre enfermería. Qué es y qué no es.* Barcelona: Elsevier Masson; 1990.

Reynolds, EH; Wilson, JV. *Depression and anxiety in Babylon.* J R Soc Med. 2013; 106 (12): 478-481.

Roget, Peter Mark. *Roget's II: The new thesaurus.* Boston: Houghton Mifflin; 1980.

Shapira, M. *The psychological study of anxiety in the era of the Second World War.* 20 Century Br Hist. 2013; 24 (1): 31-57.

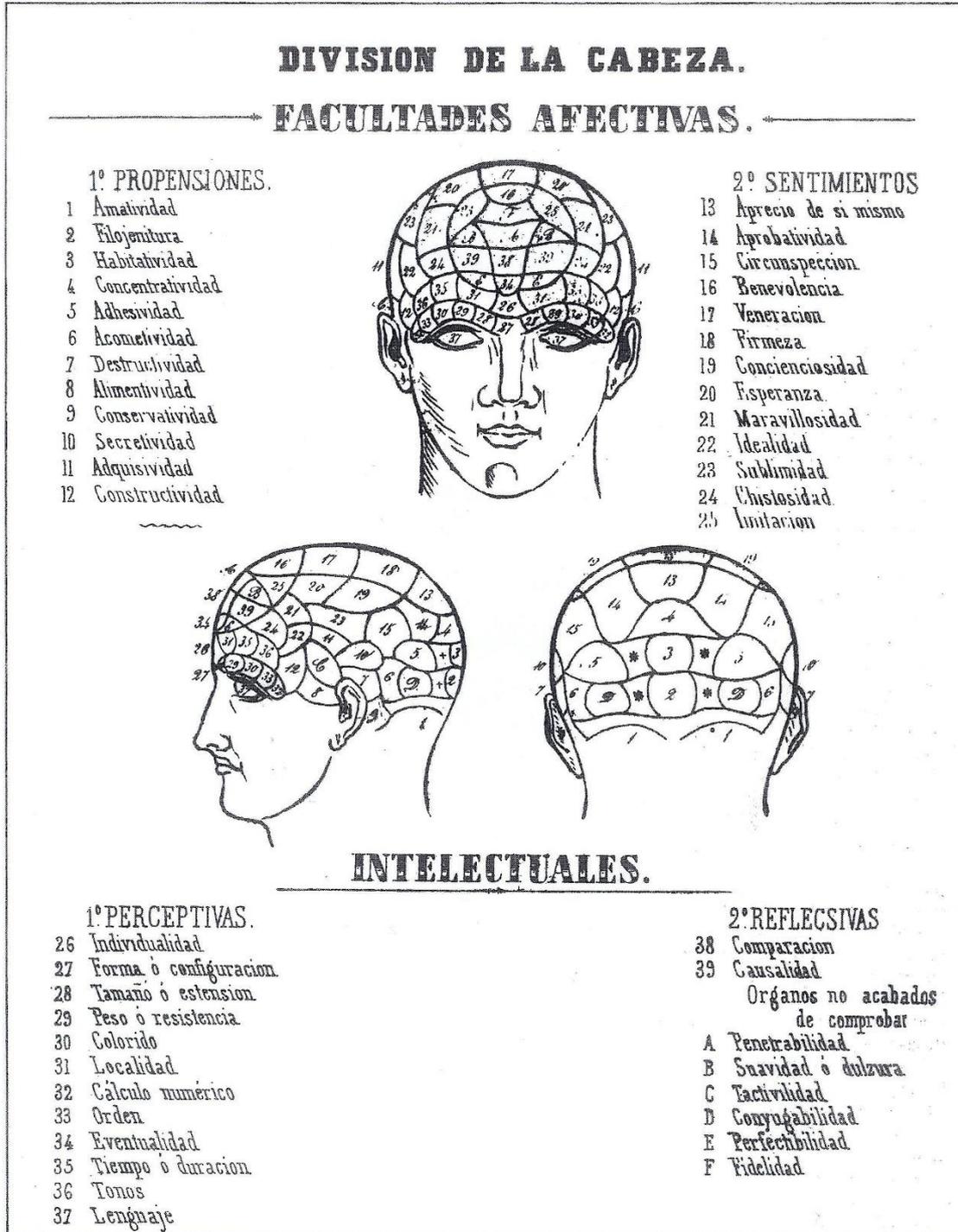
Sims, AC. *Anxiety in historical perspective.* Br J Clin Pract Suppl. 1985; 38: 4-9.

Sims, A. *Historical aspects of anxiety.* Postgrad Med J. 1988; 64 (2): 3-9.

Tone A. *Listening to the past: history, psychiatry, and anxiety.* Can J Psychiatry. 2005; 50 (7): 373-380.

7. ANEXOS

Anexo 1. Representación de una cabeza frenológica y la división de los órganos y sus facultades según Mariano Cubí (1844).



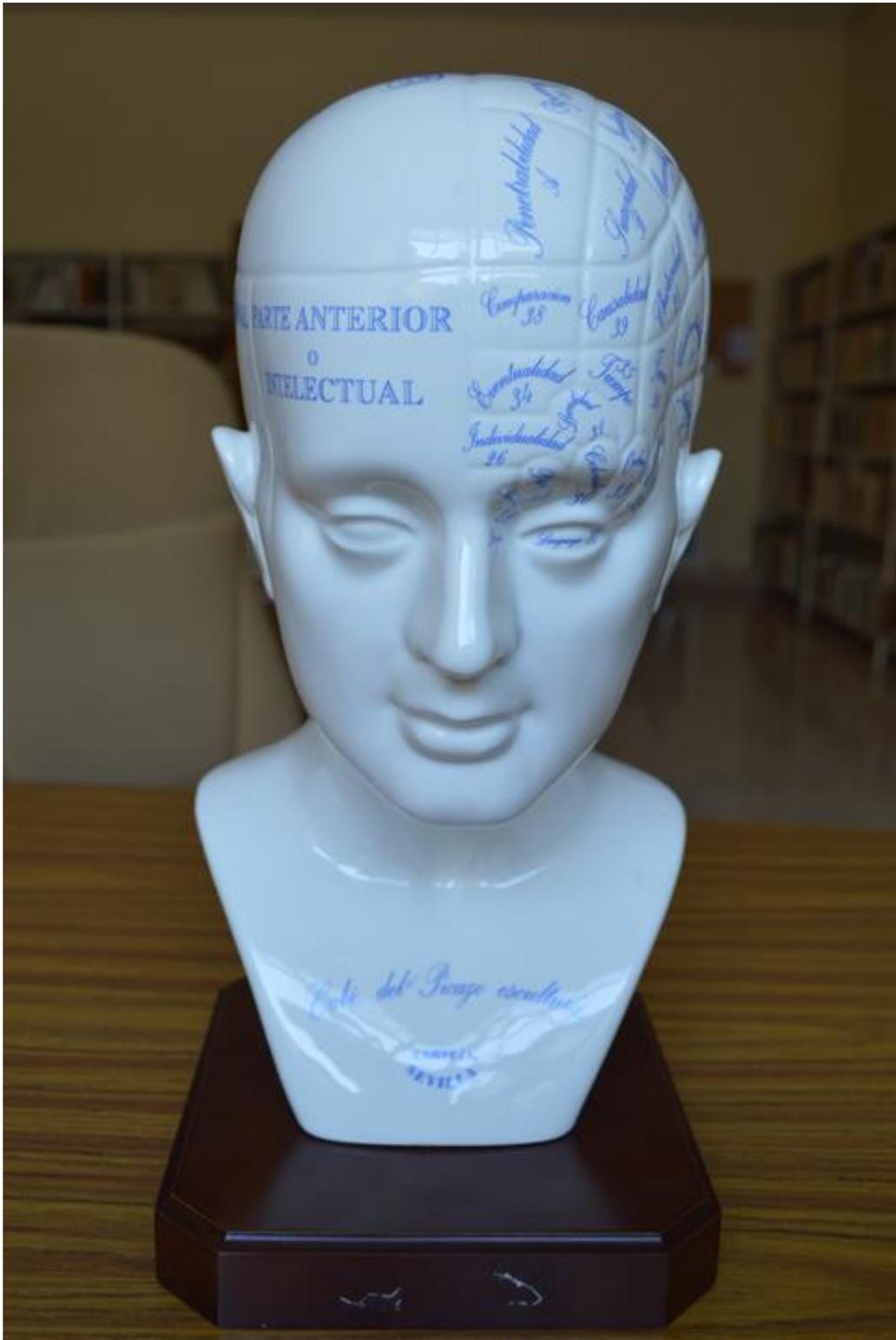
Anexo 2. Tabla de correspondencia por localización de los órganos frenológicos según autores.

	GALL		SPURZHEIM		CUBÍ (1844)
1	Instinto de generación	2	Amatividad	1	Amatividad
2	Amor de prole	3	Filoproletividad	2	Filojenitura
3	Apego	4	Adhesividad	5	Adhesividad
4	Valor, defensa personal	6	Combatividad o sea acometividad	6	Acometividad
5	Deseo de matar	1	Destructividad	7	Destructividad
6	Astucia, sentido de estrategia				
7	Sentido de propiedad	8	Adquisitividad	11	Adquisitividad
8	Orgullo, amor propio, soberbia	12	Aprecio de sí mismo	13	Aprecio de sí mismo
9	Vanidad, ambición	11	Aprobatividad	14	Aprobatividad
10	Cautela, previsión, prudencia	10	Cautelosidad	15	Circunspección
11	Memoria de cosas, educabilidad				
12	Sentido local	27	Localidad	31	Localidad
13	Sentido de personas				
14	Memoria verbal				
15	Sentido filológico	33	Lenguaje	37	Lenguaje
16	Sentido del color	26	Colorido	30	Colorido
17	Sentido de los tonos	32	Tono	36	Tonos
18	Sentido de contar	29	Cálculo numérico	32	Cálculo numérico
19	Sentido artístico, sentido de construcción	9	Constructividad	12	Constructividad
20	Sagacidad comparativa	34	Comparación	38	Comparatividad o comparación
21	Profundidad metafísica	35	Causalidad	39	Causalidad
22	Agudezas, chistes	20	Chistosidad	24	Chistosidad
23	Genio de poeta	19	Idealidad	22	Idealidad o perfectividad
24	Buen genio, compasión	13	Benevolencia	16	Benevolencia
25	Sentido de representar				
26	Teosofía, religión	14	Veneración	17	Veneración u obediencia ¹³⁴
27	Firmeza	15	Firmeza	18	Firmeza o constancia

Tanto Spurzheim como Cubí presentan más órganos de los que se muestran en la tabla, pero sólo se han relacionado los correspondientes a los 27 órganos que mostraba Gall en la primera teoría localizacionista de la Frenología.

¹³⁴ Es una de las facultades, además de la Maravillosidad y la Benevolencia, que más dilemas causó entre los frenólogos y los religiosos, aunque estuviera colocada en un lugar privilegiado: la zona más alta de la cabeza.

Anexo 3. Reproducción de cabeza frenológica en porcelana de la Cartuja (Sevilla) muy difundida en España.



Anexo 4. Clasificación de diagnósticos enfermeros según clasificación NNN. Dominio III. Psicosocial.

DOMINIOS	CLASES	DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS E INTERVENCIONES	DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS DE NANDA-I
PSICOSOCIAL Incluye diagnósticos, resultados e intervenciones para promover una salud mental y emocional óptima, así como el funcionamiento social satisfactorio.	Conducta	Acciones que promueven, mantienen o restauran la salud	Mantenimiento ineficaz de la salud Conductas generadoras de salud Incumplimiento Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar Disposición para mejorar la gestión de la propia salud Gestión ineficaz de la propia salud Descuido personal
	Comunicación	Recepción, interpretación y expresión hablada, escrita, y mensajes no verbales	Deterioro de la comunicación verbal Disposición para mejorar la comunicación
	Afrontamiento	Ajuste o adaptación a los acontecimientos estresantes	Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud Conflicto de decisiones Afrontamiento ineficaz Afrontamiento ineficaz de la comunidad Disposición para mejorar el afrontamiento de la comunidad Afrontamiento defensivo Afrontamiento familiar comprometido Afrontamiento familiar incapacitante Disposición para mejorar el afrontamiento familiar Negación ineficaz Duelo Duelo complicado Riesgo de duelo complicado Síndrome postraumático Síndrome de estrés del traslado Riesgo de síndrome de estrés del traslado Automutilación Riesgo de automutilación Riesgo de suicidio Riesgo de violencia autodirigida Disposición para mejorar el afrontamiento Estrés por sobrecarga Disposición para mejorar la toma de decisiones Deterioro de la capacidad de recuperación personal Riesgo de compromiso de la capacidad de recuperación personal Disposición para mejorar la capacidad de recuperación personal
	Emocional	Estado mental o sentimiento que puede	Ansiedad Ansiedad ante la muerte

		influir las percepciones del mundo	Temor Desesperanza Aflicción crónica
	Conocimientos	Comprensión y habilidad para aplicar información para promover, mantener y restaurar la salud	Conocimientos deficientes Disposición para mejorar los conocimientos
	Roles/ relaciones	Mantenimiento y/o modificación de las conductas sociales esperadas y de la conexión emocional con otros	Riesgo de deterioro de la vinculación Cansancio del rol de cuidador Riesgo de cansancio del rol de cuidador Conflicto del rol parental Procesos familiares disfuncionales Interrupción de los procesos familiares Deterioro parental Riesgo de deterioro parental Desempeño ineficaz del rol Deterioro de la interacción social Aislamiento social Riesgo de violencia dirigida a otros Disposición para mejorar los procesos familiares Disposición para mejorar el rol parental Disposición para mejorar las relaciones
	Autopercepción	Conciencia del propio cuerpo e identidad personal	Trastorno de la imagen corporal Trastorno de la identidad personal Riesgo de soledad Impotencia Riesgo de impotencia Baja autoestima crónica Baja autoestima situacional Riesgo de baja autoestima situacional Disposición para mejorar el autoconcepto Disposición para mejorar el poder Riesgo de compromiso de la dignidad humana