



**BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index**  
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

### **Cómo citar este documento**

Martínez Sola, Encarnación María; Berjón Aparicio, Sonia. Cultura, cuidados profesionales y populares en el País Vasco. Biblioteca Lascasas, 2009; 5(2). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0420.php>

**CULTURA, CUIDADOS PROFESIONALES Y POPULARES  
EN EL PAIS VASCO**

## INDICE

<b>RESUMEN</b>	4
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	5
1.1 EL ESTADO DE LA CUESTION	6
1.2 CONTEXTUALIZACION TEÓRICA	13
1.3 OBJETIVOS	20
1.4 METODOLOGÍA	21
<b>2. TRABAJO DE CAMPO</b>	24
2.1 DISEÑO DE LA ENTREVISTA	24
2.2 DESARROLLO DE LAS MISMAS	25
2.3 RESULTADOS	29
2.4 ANALISIS CRÍTICO	38
2.5 CONCLUSIONES	55
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	57
<b>ANEXOS</b>	58
ENTREVISTA A CUIDADORES PROFESIONALES	61
ENTREVISTA A CUIDADORES PROFESIONALES ENFERMEROS	64

## **RESUMEN**

Esta investigación cualitativa describe la medicina tradicional y la medicina científica que conviven en el país Vasco. Los investigadores eligieron la observación participante y entrevistarse con semi-estructural para entender y explorar el contexto en el cual estas terapias tienen lugar, así como las creencias acerca de los distintos sistemas y la imagen del terapeuta. Los participantes eran cuatro enfermeras cualificadas que trabajaban en el servicio médico nacional vasco (atención primaria y especializada), y cuatro terapeutas o curanderos que no pertenecen a la organización oficial del cuidado. Dos de ellos son médicos populares de la medicina y los otros dos abastecedores de la medicina alternativa. Los conceptos tales como cuidado, el entorno y la aceptación pública fueron explorados por los investigadores.

Tras una intensa investigación se llegó a concluir que la medicina tradicional y popular todavía coexisten en país vasco.

## **ABSTRACT**

This qualitative research study aims to describe the traditional medicine and the scientific medicine that takes place in towns and cities of Basque Country. The researchers chose participative observation and semi-structural interviewing in order to understand and explore the context in which these therapies take place, as well as believe systems and image of the therapist that may contribute to the effect of the therapy.

Participants were four qualified nurses working at the basque national health service (primary and secondary care), and four therapist or carers that don't belong to the official healthcare organization. Two of them are popular medicine practitioners and the other two alternative medicine providers.

Concepts such as care, carers, context/infrastructure and public acceptance were explored by the investigators. The intense work achieved working with and for the participants allowed to conclude that traditional and popular medicine still exists in Basque Country. These unconventional methods of caring for people have coexisted with the main stream scientific care models. Hence the importance of health believes and culture in the context of caring.

## 1. INTRODUCCIÓN

Existen muchas regiones en la Tierra en las que la medicina popular, el curanderismo, es la única institución para la lucha contra la enfermedad y la desgracia, donde por lo tanto no tiene lugar una separación del tratamiento de las enfermedades como somáticas y no somáticas. Los médicos y las instituciones de la salud en España, no parecen estar de acuerdo con estas afirmaciones o no se atreven a aplicar métodos menos convencionales, cuando los suyos no alcanzan el éxito deseado.

Sin embargo, todos sabemos que los curanderos son una parte importante del servicio de salud en muchos lugares de nuestro país, sobre todo en los pueblos y aldeas de las regiones menos industrializadas. Esto no quiere decir, que las personas de las ciudades no soliciten su ayuda, ya que cada vez lo hacen con más frecuencia (Blanco, 1992: 09-11).

En el País Vasco tal y como diferentes autores han apuntado (Salvatores, 1999:11, Erkoreka, 1985), el porcentaje de personas que acuden a curanderos o siguen prácticas terapéuticas populares de épocas anteriores es de los mas altos de España. Ya que la aceptación popular hasta hace muy pocas décadas del curanderismo contiene todo un universo de ideas. Coincidimos con Salvatores (1999: 11) en que la existencia de amplios sectores que actualmente acuden al curandero o 'brujo' es un tema importante para el profesional de enfermería. Por ello es por lo que nos hemos encaminado en esta aventura de investigar sobre los sistemas de cuidados existentes en el País Vasco.

## 1.1 EL ESTADO DE LA CUESTION:

### ❖ PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN:

*Cultura, cuidados profesionales y populares en el País Vasco.*

Aunque en la Edad Media la medicina oficial y la popular convivían al mismo tiempo, con el paso de los años ha quedado vinculada al mundo de supersticiones. Pero según Txomin Peillen (1998), aun perdura esa medicina tradicional; muchos de esos “cuidadores” peculiares han tenido que ir a las universidades y estudiar medicina o fisioterapia u otras profesiones relacionadas con la salud, para así evitar denuncias de grupos radicales de médicos.

Pero todo este rico saber, se está perdiendo con la pérdida de personas mayores sabias de estos conocimientos, las cuales acaban obligadas a morir en residencias de ancianos en contra de sus principios. Txomin Peillen<sup>1</sup> (enfermero y biólogo) ha conseguido reunir textos del siglo XVI, XVII y XVIII sobre todo de iglesias, escritos en euskera, francés y castellano, y así recopilar información sobre los cuidados antiguos del País Vasco. Él nos habla básicamente de “enderezadores de huesos” de los pueblos de la Ruta de Santiago del siglo XV, de hierbas medicinales, de la huella de una digitopuntura antigua vasca, cuidados de “la pena”, y tradiciones de pastores y artesanos orientados a la prevención de la enfermedad.

Antón Erkoreka, médico y antropólogo, considera la medicina primitiva en “Análisis de la medicina popular Vasca” de 1985, como la más antigua dentro de la medicina popular. Dentro de este campo, él ha investigado el *mal de ojo*, un tema que en su opinión ha estado completamente marginado. Él conoció a la última mujer vasca que sabía curar el mal de ojo; en la actualidad, según Antón, ya no queda nadie en el país Vasco que sepa hacerlo.

Atendiendo a la bibliografía revisada, nos ha llamado la atención que no exista ninguna publicación comparando los cuidados enfermeros con los cuidados llevados a cabo por los curanderos vascos. En cambio enfermeras como Paloma Salvadores et al (1999) exploran la influencia de las creencias,

---

<sup>1</sup> Peillen (1998), diferencia dos clases de medicina; una popular (*herri sendakuntza*) y otra doméstica (*etxe sendakuntza*), e identifica el uso de amuletos tanto para la prevención como en la curación de enfermedades, en la región vasco-francesa de Zuberoa.

ritos y representaciones sociales de épocas anteriores en las practicas del cuidado tradicional en áreas rurales. De esta manera descubren que si bien las creencias son un factor terapéutico importante en algunos casos, en otros sin embargo son altamente perjudiciales. Meses después, esta misma enfermera pero con otro equipo, publicaron un estudio comparativo entre la Medicina Popular y la Medicina Científica, a través de una historia de vida a un curandero del País Vasco. Esta concluye con que se ha producido un proceso de institucionalización y formalización de la práctica curandera.

González et al (1996:98) hacen una clasificación dentro de la variedad de amuletos que coincide con otras investigaciones realizadas en el País Vasco (Peillen, 1985; Kurlansky, 1999:80-102; Azurmendi, 2002:130-135): Los que PREVIENEN y los que CURAN el maleficio. Además, no solo pertenecen al reino animal, vegetal y mineral sino que en ocasiones se recurre a otros objetos a los que se les otorga virtudes antimaléficas.

La religión original vasca estaba directamente asociada con la naturaleza; dioses del sol, de la luna, de las rocas, de los árboles, de las montañas. Estos espíritus a veces tomaban forma de animales o personas, y a menudo combinación de ambas. Las casas tradicionales vascas aún se edifican con la puerta principal hacia el este, ya que el sol sale por esta dirección; esto junto con la colocación de un cardo silvestre (flor del sol) seco en la puerta, previene a la familia de enfermedades y maleficios (Kurlansky, 1999:82). El pan bendecido en el día de Santa Ágata protege a los vascos contra el fuego, y el pan de San Blas los salvaguarda de inundaciones. Si este pan o sal vendita se les da a comer a animales, ellos protegerán la casa.

La introducción del cristianismo en Euskal Herria supuso profundas transformaciones en la anterior mitología pre-cristiana. Incluso varias leyendas explican que la llegada desde Oriente de una gran nube luminosa fue el anuncio del nacimiento de Kixmi (Cristo) y el fin de la época histórica de los gentiles (jentillak), seres a los que se atribuía grandes capacidades físicas e intelectuales, si bien no cristianos, que acabaron suicidándose colectivamente al tirarse por barrancos o desapareciendo.

Entre las figuras mitológicas ligadas a la tierra (lur) y con mayor presencia en Euskal Herria destaca Mari, situada por encima del resto de los genios como la reina de estos. Esta vive bajo tierra, en cuevas y grutas de altas

montañas, rodeada de riquezas, desplazándose de vez en cuando al exterior a través de simas y otros conductos subterráneos.

De sexo femenino, Mari puede hacerse notar de innumerables maneras: una de las más extendidas es como una bellísima y elegante mujer; en sus habitáculos subterráneos es frecuente que muestre parte de sus extremidades de forma de animal (pies de cabra o de ave) o que toda su figura sea zoomórfica; en cambio, en el exterior y viajando por los aires es observada rodeada de fuego, en forma de nube rojiza o ráfaga de viento (Barandiaran, 1959, consultado de la 13 edición del 2001:86-103).

En la cultura vasca existe un culto de tipo familiar-doméstico hacia las almas de los antepasados. A la muerte de las personas el alma se separaba del cuerpo para, adoptando la forma de sombras, luz o ráfaga de viento inmorar del subsuelo de la tierra. Por las noches tales almas a través de cavernas regresaban periódicamente a su antigua casa<sup>2</sup>. Podían ser invocadas para prestar ayuda a los familiares todavía vivos. En todas estas tradiciones familiares y en la atención al espacio en la iglesia y a la tumba o la casa en el cementerio, cumplía el papel básico la señora de la casa (etxeoandre).

Teniendo en cuenta estos detalles mitológicos e históricos de la historia vasca, varios autores afirman que la existencia de la brujería estaba relacionada con el empoderamiento de la mujer, tal y como Pío Baroja decía, la caza de brujas en época de la Inquisición fueron en sí mismas un claro ataque al sexo femenino. Aunque pocos hombres también fueron acusados de brujería, la creencia esencial era que la mujer que tuviera poder necesariamente lo usaba para invocar el mal. El aspecto “antimujer” de la caza de brujas se hace más claro a la hora que se analizan algunas alegaciones, como por ejemplo, al dar énfasis en una perversión sexual de estas mujeres. Según Pío Baroja, estas mujeres se reunían en lugares secretos para practicar orgías (Akelarre), hasta llegar al bestialismo con un carnero (símbolo del demonio).

Pío Baroja escribió que la brujería fue solo un fenómeno Cristiano. “*En religiones Semíticas la figura femenina ha estado siempre prohibida en los altares, siempre pasiva e inferior al hombre*” (Baroja, 1993). Por otra parte, en religiones primitivas europeas, según Pío Baroja, “*aparece la gran y victoriosa*

---

<sup>2</sup> Tal y como dice Barandiaran, El culto al ‘etxe’; ‘el etxe’ es templo, ‘el etxe’ es sepultura. Pág. 48-57.

*figura de la mujer. Esos primeros Cristianos - la raza Judía- no tuvieron, no pudieron tener el culto a la Virgen Maria.”*

Durante la Edad Media, el hombre vasco explicaba todo lo desconocido mediante magia o fuerzas ocultas. El trueno y el bosque, el cielo y la fuerza de la naturaleza, el agua de las fuentes, el crecimiento de animales y plantas, y otras muchas cosas eran un misterio.

Las relaciones con lo desconocido siempre se le han atribuido a la magia. Un ejemplo de ello ha sido “la enfermedad”.

La enfermedad fue vista por la cultura sagrada como el castigo de alguien (Azurmendi, 2002:131). Algunas veces ese alguien se le atribuía a Dios, y otras veces a dioses o a “los del lado malo”.

La enfermedad era desconocida, un misterio. Desde la Edad Media hasta hoy en día ha sido la figura del “*Petrikillo*” la que por medio de su magia (rezos) y hierbas ha luchado contra las enfermedades. El Petrikillo por tanto, ha sido el puente entre lo absoluto y el hombre. Si buscamos el significado de Petrikillo en el diccionario, encontraremos una definición llena de connotaciones negativas, como es la palabra “*matasanos*”<sup>3</sup>. A menudo este personaje tenía que curar los males producidos por “*los del lado malo*”.

Estos personajes llamados “del lado malo”, en el País Vasco, eran o bien el demonio o bien los que estaban en contacto con él: “*Sorgina*” o bruja.

*Sorgina* es la poseedora de las fuerzas ocultas; tiene todas las virtudes que posee la naturaleza, y es capaz de enfermar o matar a alguien tan solo con una mirada. A esta fuerza especial de las brujas se le llama “Mal de ojo” ya comentado anteriormente.

*“Para los habitantes de Zugarramurdi, el que un niño de repente, y aparentemente sin motivo, muriese, no era una casualidad inexplicable. Tampoco era una simple cuestión de mala suerte si un cerdo empezaba a consumirse. Todo ello solo podía ser promovido por “malas personas”* (Henningsen, 1980:28)

Las primeras cuatro brujas de Zugarramurdi fueron acusadas por usar un conjunto de conjuros y polvos para matar a un total de 11 adultos y 18 niños, y causar varios daños a personas, animales y cosechas. Se decía que llegaban a chupar la sangre de los niños (Kurlansky, 1999:99)

---

<sup>3</sup> Definición del diccionario Hiztegia bi mila. Ekipen Taldea. 1994.

También según creencias populares, llegaban a tener relaciones sexuales con el demonio y unos con otros, tanto heterosexual como homosexualmente, incluso con miembros de su propia familia, todo ello supervisado por Graciana Barrenechea (bruja reconocida de Zugarramurdi). Causaban infanticidios, vampirismo, canibalismo etc. Se creía que se convertían en gatos, perros y cerdos para protegerse.

El País Vasco rural parecía estar bañado de una epidemia de brujas en el siglo XVII. De Lancre (personaje francés destinado al País Vasco para quemar brujas) tenía varias teorías que explicaba la abundancia de brujas en el País Vasco:

- Basándose en un viejo mito de religiones Semíticas dijo en 1600":*Este es un país de manzanas: las mujeres no comen más que manzanas, no beben mas que zumo de manzanas, y esto es lo que les hace ofrecer morder la manzana prohibida*" (Kurlansky, 1999:95) (estas y otras frases de este "cazador de brujas" serán básicas para explicar su lucha en contra del sexo femenino en el país vasco que comentaremos mas tarde).

- También decía que parte del problema surgió por Ignacio de Loyola (Jesuita vasco del siglo XV) y sus viajes (Kurlansky, 1999: 65-79). La evangelización de Japón y China infecto a los colonizadores vascos con demonios que después trajeron al País Vasco.

- También atribuyo De Lancre la brujería a efectos secundarios del tabaco, tan consumido en el País Vasco en esos tiempos.

- También mostró desprecio por las mujeres vascas y las acuso de brujas, alegando como prueba que daban a luz a niños con bajo peso o parían antes de tiempo, haciendo así que los niños murieran.

Este último factor puede ser verdadero, pero debido al factor Rh Negativo, tan frecuente en la población vasca.

Es de destacar el papel del "Saludador", estudiado principalmente por Rey M (2002) como personaje especializado en la curación de la rabia. Las características de estos personajes variaron con el tiempo, y según el lugar; en Vizcaya se pensaba que la séptima hija de una serie de seis varones podía ser saludadora.

Como ya dicho anteriormente, la especialidad de los Saludadores era curar la rabia, ante la cual, la medicina oficial estaba impotente. La presencia

de la cruz en el paladar confería a su saliva y a su aliento virtudes antirrábicas. El procedimiento de actuación también variaba según las regiones, en el País Vasco limpiaban con saliva las heridas causadas por el animal rabioso u posteriormente vertían sobre ellas aceite hirviendo que debía caer de la boca del saludador. El bilbaíno Antonio Magdaleno chupaba la herida y extraía el veneno con la boca, tras lo cual colocaba una cebolla frita a modo de cataplasma, sin emplear palabra alguna ni ningún otro ungüento.

Si sorprendentes eran sus capacidades terapéuticas, aun más asombrosas resultaban las propiedades que avalaban su cualificación y que estaban íntimamente relacionadas con el dominio del fuego: podían pisar brasas sin quemarse, lavarse las manos con aceite hirviendo, entrar en un horno encendido etc. que fueron determinantes a la hora de confirmar su auténtico poder sobrenatural. La creencia en saludadores no era exclusivamente de las clases menos favorecidas de la sociedad, también fueron empleados sus servicios por la clase alta española.

Desde el siglo XVI han sido numerosos los intelectuales que han dedicado estudios a estos curanderos. Los primeros fueron Castanega (1529, citado por Rey, 2002) y Ciruelo (1556, citado por Rey 2002); este último afirmaba que eran agentes del diablo y rechazaba sus supuestas cualidades curativas, que no eran más que prácticas supersticiosas encaminadas a lograr algunos bienes y librarse de ciertos males mediante conjuros, ensalmos y hechicería. Pero ya en el siglo XVIII, en plena Ilustración, el benedictino Benito Jerónimo Feijoo dedicó uno de los discursos de su *Teatro Crítico Universal* (1726-1740) a reducir el posible carácter sobrenatural de estos curanderos. Según este, los saludadores no curaban *supersticiosamente, ni lícitamente, ni por virtud sobrenatural, ni natural, ni diabólica*. Los consideraba ante todo, unos embaucadores.

Otro personaje curador importante es el *Hezur-zuzentzaile* (o enderezador de huesos), investigado con detenimiento por Txomin Peillen (1998). Estos surgieron en la Edad Media siglo XV en el Camino de Santiago que pasaba por Izuran (Behe Nafarroa, en el País Vasco francés) entre otras localidades. Aquí se construyó un hospital donde acudían peregrinos de todos los países de Europa. La familia Agerre fue la más importante entre estos

enderezadores de huesos, y desde entonces hasta ahora siempre se ha dicho que mantienen ese 'don' especial que aprendieron en el Camino de Santiago.

## **1.2 CONTEXTUALIZACION TEÓRICA:**

Enfermedad y salud son dos fenómenos indisociables socioculturalmente. Esto es, salud, enfermedad y muerte son sucesos naturales; pero su representación es uno de los elementos característicos del universo simbólico de cada sociedad. La enfermedad es universal, pero a sí mismo, todos los grupos humanos han inventado y desarrollado, dentro de su marco cultural, algún sistema teórico, mas o menos elaborado, para explicar, diagnosticar, justificar y combatir la enfermedad. Por lo consecuente, es de vital importancia destacar la cultura en la etiología de la enfermedad (Checa, 1998: 81-82).

Aunque el concepto de cultura proviene del campo de la antropología, se ha expandido a otras disciplinas, entre ellas a la enfermería. Nuestra disciplina fue la primera profesión de la salud en utilizarla, en los años 60 en los Estados Unidos de Norteamérica (Lipson, 2000: 22). Es evidente que el hilo conductor de unión entre la antropología y los cuidados enfermeros es la cultura de los individuos. Por ello, creemos indispensable definir estos tres contextos y justificar su relación.

Entendemos pues por antropología, la *ciencia que se encarga de estudiar al hombre inmerso en su cultura*, tal y como corroboran Jose Siles et al (2001:75).

Existen entre 150 y 200 distintas definiciones de cultura, pero pueden ser categorizadas en 2 tipos principales. Según Lipson (2000: 22), la *cultura como idea* es contemplada desde la perspectiva de sus orígenes mentales (significados, ideas y conocimientos). La *cultura como comportamiento* en cambio, es vista desde la perspectiva de las condiciones materiales de existencia (recursos o dinero).

Desde el punto de vista enfermero, podemos definir cultura según Leininger, como el *conjunto de valores, creencias, normas y estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos dentro de un grupo determinado, que orientan sus razonamientos, decisiones y acciones según modos de acción predeterminados*.

Para delimitar la estrecha vinculación existente entre antropología y enfermería, resulta imprescindible definir el concepto más esencial de la disciplina enfermera: el cuidado, *es el producto de la reflexión sobre las ideas, hechos y circunstancias (reflexión teórica, práctica y situacional) relacionadas con el proceso optimizador de las necesidades de salud que garantizan la integridad y armonía de todos y cada una de las etapas que constituyen la vida humana*, Siles (2000: 75).

La unión de estos tres conceptos se hace patente en el Modelo Sunrise de Leininger, con el concepto de Cuidados Culturales. Estos son *todos los valores, creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva y subjetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otra persona o grupo a mantener su estado de salud y bienestar o mejorar su situación y estilo de vida o afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte*. La enfermería no puede separar factores de la estructura social de la salud, el bienestar, la enfermedad o los cuidados de cada cultura porque tienden a relacionarse estrechamente y de forma independiente. Factores de la estructura social tales como la religión, la política, la cultura, la economía y el parentesco son fuerzas significativas que afectan a la salud, los cuidados y la curación. Esta interacción continua entre la persona y el entorno hace referencia a la *Integridad, Resonancia y Helicidad* del campo energético de los seres humanos y su alrededor, descrita por M. Rogers en su modelo de la "Ciencia de los Seres Humanos"<sup>4</sup>.

Es obvio pues, que el entorno juega un papel esencial a la hora de configurar la salud y la enfermedad; estamos de acuerdo con la afirmación de Amezcua de que el proceso de enfermar se encuentra vinculado al entorno sociocultural del individuo, moldeando su existencia como miembro de su sociedad, a esta pertenecen también los modos de concebir el mundo<sup>5</sup>, la salud y la enfermedad.

Según Amezcua (1997:180-181), se podrían identificar cuatro dimensiones dentro de las acciones para procurar la Salud:

A) *El Sistema oficial de salud*: En nuestro país está sostenido principalmente

---

<sup>4</sup> Martha Rogers distingue tres principios de Homeodinámica: La Integridad (interacciones continuas y mutuas entre los campos energéticos de la persona y el ambiente), la Resonancia (ondas de frecuencia) y Helicidad (diversidad continua creciente, no predecible, innovadora de los modelos del campo humano y entorno. (Wesley. Teorías y Modelos de enfermería. Pp 73)

<sup>5</sup> La visión del mundo de Leininger hace referencia a la perspectiva de una persona o grupo en razón de su visión del mundo o universo. Consta de *estructura social y contexto ambiental* (Wesley. Teorías y Modelos de enfermería. Pp121)

por los organismos públicos con una incipiente implantación de la iniciativa privada, que provee de un amplio abanico de servicios, casi siempre mediante sistemas de aseguramiento y que se basa en la oferta de disciplinas clásicas: medicina, enfermería, farmacia, veterinaria, etc. Leininger llama a esta dimensión *Sistema Asistencial Profesional*, considerándolo como el conjunto de conocimientos y prácticas de asistencia, salud, enfermedad, bienestar y otros conceptos relacionados, que predominan en las instituciones profesionales que cuentan normalmente con personal multidisciplinar para la asistencia a sus usuarios.

B) *El Sistema Informal de Cuidados*: Integrado por cuidadores familiares, grupos de autoayuda, acciones de autocuidado, y como parte de los últimos podría incluirse la medicina popular. Leininger lo llama *Sistema Asistencial Genérico (popular o local)*, en el cual se aplican los conocimientos y técnicas nativas (o tradicionales) y populares (domésticos) que se transmiten y utilizan para brindar cuidados, apoyo, capacitación o facilitación a otra persona, grupo o institución con necesidades reales o previstas, con el fin de mejorar o potenciar su modo de vida humano o estado de salud (o bienestar) o afrontar situaciones de discapacidad o de muerte.

C) *Las terapias alternativas*, que comprenden una serie de materias y disciplinas que se sitúan en el borde del sistema sanitario con más o menos alejamiento que condiciona el grado de control al que son sometidas, como la homeopatía, herbolario y la curandería entre otras.

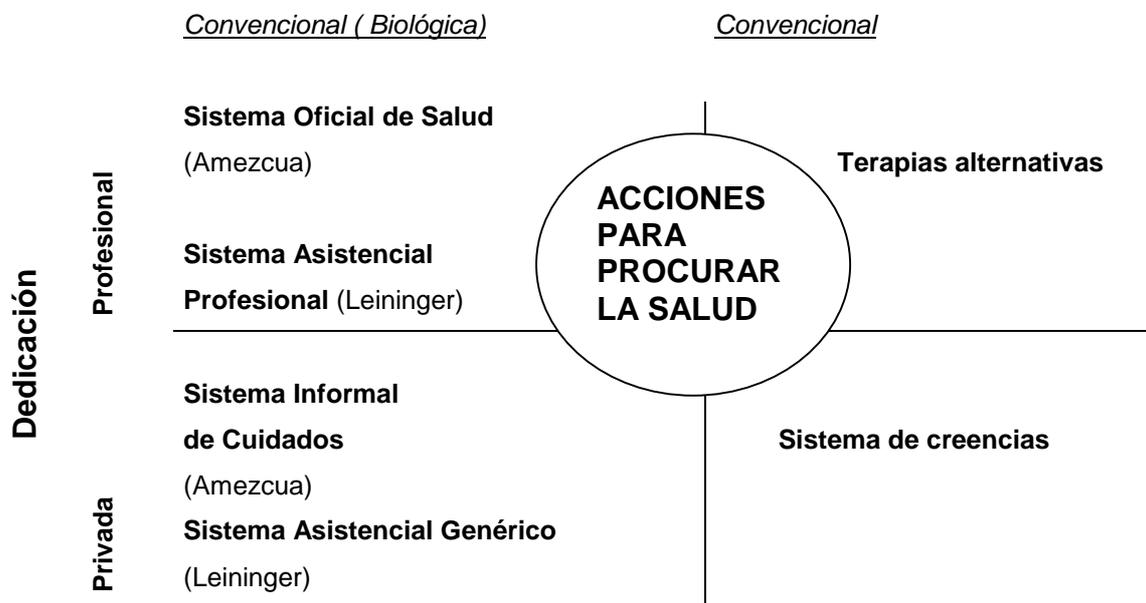
D) *Las que emanan del Sistema de creencias*, como la utilización de remedios tenidos por supersticiosos, las devociones o los milagros.

Si estos cuatro grupos los situamos en distintos planos pueden identificarse dos ejes que sirven para diferenciarlas según el nivel de profesionalización (plano horizontal) o su concepción de enfermar (plano vertical).

- a. El eje horizontal muestra cómo las disciplinas que integran el sistema oficial de salud y las terapias alternativas implican un alto grado de especialización y por lo tanto están desempeñadas por profesionales.
- b. El eje vertical, sitúa en un mismo plano el sistema oficial de salud y el informal de cuidados en tanto parten de una misma

concepción biológica del enfermar, lo cual favorece la existencia de un espacio terapéutico común.

## CONCEPCIONES DEL ENFERMAR



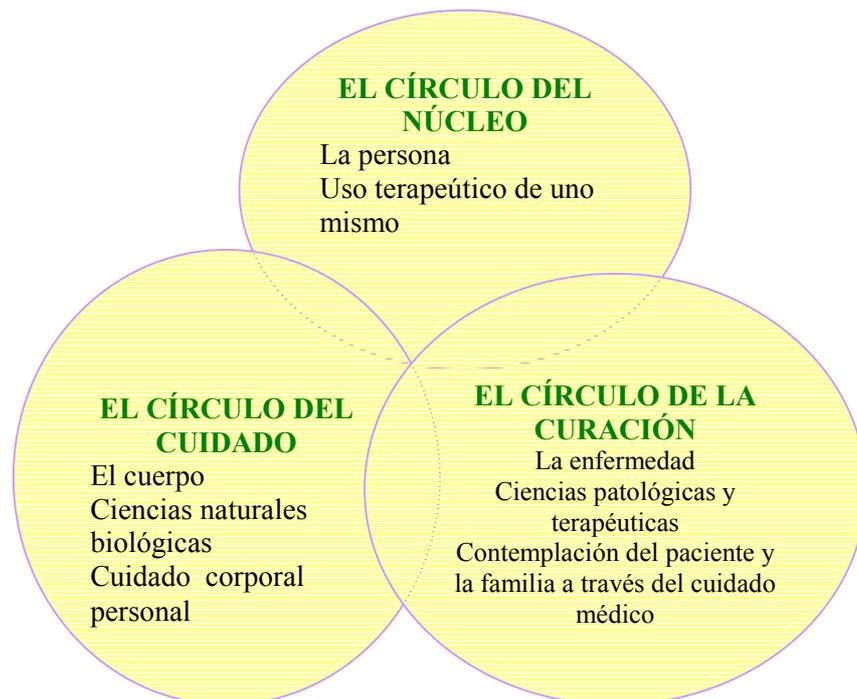
En el mundo Enfermero fue Leininger (1978) la primera en sintetizar y clarificar conceptualmente el término de cuidado. Ella presentó las diferencias entre cuidado genérico, cuidado profesional y cuidado profesional enfermero. El objetivo de su trabajo es identificar los actos de cuidado presentes, implícita o explícitamente, en las creencias, valores y prácticas de los distintos grupos culturales, para distinguir que actos o prácticas de cuidado son específicos de una cultura y cuáles son universales. Para esta autora,

- ▶ El **cuidado genérico** son aquellos actos de asistencia, soporte o facilitación prestados a individuos o grupos con necesidades evidentes y orientados a individuos o grupos con necesidades evidentes y orientados a la mejora y el desarrollo de la condición humana.
- ▶ Los **cuidados profesionales** son aquellas acciones, conductas, técnicas, procesos o patrones aprendidas cognitivamente y culturalmente que permiten (o ayudan) a un individuo, familia o comunidad a mantener o desarrollar condiciones saludables de vida. Cuando proporciona cuidado profesional el cuidador efectúa acciones intencionales basadas en un conjunto de saberes

usados para asistir a la persona que recibe la asistencia. Añade cierta destreza distintiva y complejidad en esas acciones de soporte y ayuda que son propias de los seres humanos.

► Los **cuidados profesionales enfermeros** son *todos aquellos modos humanísticos y científicos, aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades, culturalmente determinadas, técnicas y procesos de cuidado orientados al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte.* (Leininger, 1978:9, en Medina 1999: 41-42)

Vemos importante establecer una relación entre el curar y el cuidar. Este tema lo trató Lydia Hall en su modelo “Modelo Núcleo, el Cuidado y la Curación”. Esta teórica establece una base para el cuidado enfermero. Para ello establece tres círculos entrelazados entre sí: el círculo del Núcleo, el círculo del cuidado y el círculo de la curación. (Wesley, 1997:43-47).



- El círculo núcleo se refiere al paciente, incluyendo el cuidado enfermero que gira entorno al uso terapéutico de uno mismo.
- El círculo del cuidado. Se refiere al cuerpo del paciente. Representa el aspecto de “nutrición” del cuidado enfermero. Cabe destacar que según Hall la enfermera es la única encargada del cuidado.

- El círculo de la curación. Se refiere a los procesos patológicos o a las enfermedades. El médico es el encargado de este círculo.

Para finalizar este apartado creemos de especial importancia abordar el tema de la lengua. Tenemos que tener en cuenta que es el idioma (el Euskera) lo que define a los vascos (Kurlansky, 1999: 19). Han sido numerosos los intentos por descubrir su origen, que han fallado en el intento tal y como ya en 1884 escribía M. Unamuno en sus trabajos, por lo que se puede afirmar que el euskera es una lengua huérfana, que ni siquiera pertenece a la familia lingüística Indo-Europea (Kurlansky, 1999: 23).

El hablar es una actividad del hombre, y este habla siempre una lengua determinada. Esta lengua materna (en nuestro caso, el euskera) confiere al ser humano una determinada forma de ver el mundo. Así, Heidegger (1987, en Torralba, 1998: 214) caracteriza el hablar humano en un triple modo: como exteriorización fonética de estados de ánimo (la finalidad expresiva de hablar), como actividad humana histórica completa (historicidad del hablar humano), y como una representación simbólica y conceptual de la realidad y de la irrealidad. La lengua, como dijo Wittgenstein (en Torralba, 1998: 71) no es un simple vehículo de comunicación, sino un modo de ver y de comprender el mundo. Por ello remarcamos su importancia a la hora de estudiar los cuidados en el país vasco, ya que el conocimiento de esta lengua y de su cultura nos dará las claves para comprender la visión del mundo, y por lo tanto, la visión de la salud y la enfermedad del pueblo vasco.

### **1.3 OBJETIVOS:**

#### **OBJETIVO GENERAL**

- Describir las similitudes y diferencias entre el sistema de medicina popular y científica

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Enunciar los **cuidados** empleados en medicina popular y científica
- Describir los **entornos y medios** en los que se llevan a cabo los cuidados
- Identificar la **aceptación** del cliente que valida estos cuidados
- Describir al **cuidador** y sus características físicas, psíquicas, sociales y espirituales

## 1.4 METODOLOGÍA

En este estudio se ha empleado una metodología cualitativa, puesto que este tipo de enfoque asume que las personas tienen sus propios sistemas de creencias y que cualquier acercamiento al comportamiento no puede dejar de lado las creencias y circunstancias de la vida cotidiana de los individuos (Domingo, et al, 2001:38), aspecto esencial que se va a desarrollar a lo largo de esta investigación. Además esta metodología es la que ofrece mejores oportunidades para acceder a la comprensión y entendimiento de los procesos de vida que los sujetos (en este caso cuidadores profesionales) hayan podido experimentar respecto de algún fenómeno en el que han participado como protagonistas (el cuidado). (Ribot, et al, 2000:344)

En el desarrollo del método fenomenológico es, especialmente importante, la puesta entre paréntesis (“Epoche”) de nuestras preconcepciones del ser humano, de nuestras ideas comunes de lo que es la persona. Este momento de dejar de lado todo conocimiento que no este basado en la experiencia directa, forma parte de lo que Husserl *llamo la reducción fenomenológica de la realidad* (citado por Torralba, 1998: 64). Consiste esencialmente en una vuelta a las cosas mismas. Se ha de tratar de mirarlas con nuevos ojos, evitando la visión modificada por los conocimientos previos o por las teorías adquiridas. Esta mirada vertical, como diría Ortega y Gasset (citado por Torralba, 1998: 64), supone un arduo trabajo de purificación que solo es posible mediante el diálogo y la penetración, sin reservas, en la realidad. (Torralba, 1998:63-64). Es por ello que nosotras como investigadoras, hemos dejado a un lado nuestras creencias y prejuicios como enfermeras, para así poder profundizar y entender la realidad de los sujetos entrevistados. Pero esto no quiere decir que no hayamos anotado percepciones subjetivas sobre el entrevistado y su entorno, tal y como sé vera en el comentario de los resultados y análisis de estos.

El método cualitativo empleado, concretamente, ha sido la etnoenfermería (Welch, et al, en Marriner, 1998:444)<sup>6</sup>, puesto que en este

---

<sup>6</sup> En 1960 Leininger desarrollo metodos de etnoenfermería concebidos para estudiar de forma específica y sistemática los fenómenos de enfermería transcultural. Es un metodo etnológico cualitativo, una intersección entre el campo disciplinar enfermero y el antropológico.

trabajo se ha tratado de conocer los distintos puntos de vista, creencias y modos de vida de cuidadores pertenecientes a distintos sistemas de salud existentes. Apoyamos a la afirmación de Field y Morse (1985) de que el conocimiento y la difusión de métodos interpretativo-hermenéuticos como la etnografía, la investigación-acción, el interaccionismo simbólico, la fenomenología, la etnoenfermería, apenas usados en nuestro país, podemos desarrollar nuevos enfoques más cercanos a la verdadera naturaleza de la enfermería y de los cuidados de salud<sup>7</sup>.

Para realizar la recogida de datos los instrumentos que se han utilizado de forma conjunta han sido: la entrevista abierta semiestructurada y la observación participante.

La observación va implícita en la metodología cualitativa, tanto es así que según Santos M.A: *“la observación es la piedra angular de los métodos de investigación cualitativa”* (Santos, 1999:425). En el estudio que nos ocupa concretamente hemos utilizado la observación participante, puesto que en la realización de las entrevistas se tomaron notas de campo en las que se incluían comentarios textuales e interpretativos basados en las percepciones del investigador junto con fotografías del cuidador y su entorno.

Según Goetz *“la observación participante sirve para mantener de los individuos sus definiciones de la realidad y los constructos que organizan su mundo. Puesto que todo ello se expresa mediante pautas de lenguaje específicas, es esencial que el investigador esté familiarizado con las variantes lingüísticas o la jerga de los participantes”* (Goetz, 1998: 126)

Es por ello que el idioma que se ha utilizado al realizar la recogida de datos ha sido castellano o euskera dependiendo de las preferencias de los informantes claves. Estos han sido: cuatro enfermeros pertenecientes al Sistema de Salud Público del País Vasco (Atención primaria y hospitalaria) y cuatro cuidadores pertenecientes al Sistema de Salud no oficial (dos relacionados con la medicina popular y dos con la medicina alternativa).

El tipo de muestreo utilizado es opinático<sup>8</sup> (Pla, 1999:296); puesto que los informantes se han elegido y localizado gracias a las referencias de clientes

---

<sup>7</sup> Tal y como también corrobora Medina, en su artículo sobre la investigación enfermera (1994:148).

<sup>8</sup> Algunos autores plantean dos tipos de muestreo: opinático y teórico. El opinático es de tipo estratégico y los criterios de elección sin formulados de forma explícita a partir de determinados, intereses, facilidades, situaciones, etc. El segundo siempre corresponde a criterios teóricos.

de los cuidadores.

Se entrevistó a hombres y mujeres pertenecientes a zonas rurales y urbanas de Guipúzcoa y Vizcaya, de edades entre 25 y 70 años para ello fue necesario los siguientes recursos materiales:

- ▶ Grabadora
- ▶ Cámara de fotos: Tendrá el fin de captar: la estructuración del espacio, la actuación de las personas, la naturaleza, la disposición de los objetos...En definitiva: *“Las fotografías fijas se utilizarán como instrumento de reconstrucción de la realidad”* (Santos, 1999:428)
- ▶ Cuaderno de campo y lápiz: Donde se anotaron los aspectos más significativos de la entrevista y la observación.
- ▶ Medio de transporte
- ▶ Mapa de carreteras

## **2. TRABAJO DE CAMPO**

### **2.1 DISEÑO DE LA ENTREVISTA**

Elegimos una entrevista abierta porque para alcanzar nuestros objetivos era necesario recoger la visión subjetiva y personal de los cuidadores, con el fin de poder comparar los distintos puntos de vista existentes entre ellos. Según Alonso LE. las entrevistas abiertas son especialmente adecuadas cuando lo que queremos recoger es la heterogeneidad de los discursos prototipo o arquetipo en torno a lo investigado, cuando se buscan los puntos de vista, representantes, de las diversas posturas que pudiera existir (Ribot, et al, 2000:344). (La perspectiva de los distintos cuidadores).

Concretamente empleamos una entrevista abierta y semiestructurada, puesto que llevábamos un guión para recordar todos los aspectos a tratar. Atendiendo a la clasificación de Denzin (1978) se trata de una entrevista estandarizada no presencualizada. (Goetz, 1998: 133)

Estructuramos los temas de la guía para la entrevista según nuestros objetivos previamente fijados. De esta manera, abarca datos personales, rasgos y vida cotidiana, iniciación, la técnica, usuarios y entorno, y lugar donde se desarrollan los cuidados (veánse guías de las encuestas en Anexo). Se hicieron dos guías diferentes, pero manteniendo los mismos apartados, ya sean para enfermeros o para los demás cuidadores profesionales.

Se realizaron ocho entrevistas cuya duración aproximada fue de 45 minutos dependiendo de la disponibilidad de la persona.

Tal y como Patton (1980) recomienda se emplearon preguntas simples con el fin de no confundir al respondiente. (Goetz, 1998: 141)

El lugar donde se realizó fue el entorno donde el cuidador practicaba sus cuidados. Esto fue así porque tanto para la disciplina enfermera<sup>9</sup> como para la medicina popular es esencial el entorno donde se practican los cuidados.

## **2.2 DESARROLLO DE LAS MISMAS**

Las entrevistas se realizaron en sus respectivos lugares de trabajo, aunque no pudo ser en el caso de dos Enfermeras (según ellas por el exceso de trabajo y presión del medio), en la mayoría de los casos antes de comenzar su horario de visitas. Todas ellas se realizaron dentro de un margen de dos semanas, con previa citación y conversación telefónica días antes de la entrevista. Ellos y ellas dictaron el día, la hora y el lugar en el que la entrevista se iba a realizar. Y el orden de las entrevistas fue al azar, según la disponibilidad de cada individuo. Aunque habíamos planeado realizar dos sesiones con cada entrevistado, esto solo fue posible con uno de los casos, ya que decían carecer de más tiempo para volver a vernos.

Las entrevistas las realizó en todos casos un solo entrevistador, con el fin de establecer el máximo nivel de confianza entre el entrevistador y el entrevistado.

La primera fue a SG 56 años, conocido popularmente como el Rompehuesos, el día 23 de diciembre de 2002. Al hablar por teléfono, quedamos en un bar al lado de su consulta, que él frecuenta a menudo. Al llegar al pueblo (en coche), la gente nos guió al bar, y una vez allí, la camarera nos informó de su asiduidad al lugar y nos indicó quién era al llegar. Él saludó al investigador verbalmente, y lo introdujo en su consulta. Lo invitó a sentarse en la camilla, y él se sentó junto al investigador. Al inicio de la entrevista se mostró un poco reservado y observador, fumando continuamente, pero en la

---

<sup>9</sup> El entorno constituye un elemento del metaparadigma enfermero. Una de las teóricas que más importancia le ha dado a este ha sido Marta Rogers. Rogers ve *al individuo como un campo energético en interacción con el entorno, el todo no es la suma de sus partes*

medida que pasaba el tiempo, el entrevistado se mostraba más expresivo y con ganas de explicar sus experiencias, hasta el punto de que al final, de la segunda entrevista (el día siguiente), dijo al entrevistador que la mejor manera de descubrir sus habilidades eran sufriendolos en su propia piel. De esta manera invitó al entrevistador a quitarse la camiseta, tumbarse en la camilla, y le dio una sesión gratuita de sus servicios. Hubo muchas ocasiones de complicidad y risa, además de momentos de seriedad y confesiones. Además, se ofreció a posar para fotografías en su consulta. También habló de su hija, la cual también tiene su mismo don, y ofreció al investigador su tarjeta de visita. Al despedirnos, lo hizo con dos besos y un gran apretón de manos, ofreciéndose de nuevo en caso de que se le necesite para completar la investigación. El investigador llevaba consigo la grabadora, pero no considero oportuno su uso, dado que rompería la espontaneidad y la calidad de la información; en cambio, apunto todas sus percepciones y respuestas significativas del entrevistado en su cuaderno de campo. Después de la entrevista, el investigador dedico tiempo para transcribir la información y evitar que se pierdan sentimientos y percepciones del momento.

El día 28 de Diciembre fue la entrevista al segundo candidato, de una de las capitales Vascas. GI de 58 años, se califica a sí mismo, y lo acredita con titulación universitaria, como médico de Medicina Naturista. Su consulta esta situada en una zona muy conocida de la capital, por lo que es fácil encontrarla. Al hablar con él por teléfono, se mostró agradable y con ganas de cooperar, sobre todo cuando le dijimos que pacientes de él nos habían dado sus datos. La entrada a su consulta sorprendió al investigador por su carácter afable y abierto (uso agradable del tacto y el abrazo), comunicación no verbal de bienvenida (brazos abiertos y enseñando las palmas de las manos), uso agradable del COLOR (paredes verdes fosforito) y el OLOR (olor a menta que llegaba a la entrada del edificio) en el ambiente, presencia de flores secas en la pared, y cuadros con motivos transculturales y naturales (es indispensable señalar que había más pacientes observándonos en la sala de espera), figuras de madera, crucifijos y biblias antiguas, etc. Pero al entrar en su despacho, su carácter se volvió defensivo, y falto de tiempo, por lo que en la entrevista no se pudo profundizar ni sacar toda la información que potencialmente se podía. De todas maneras, el entrevistado no se negó a responder ninguna de las

cuestiones. Aunque el investigador llevaba consigo la grabadora, tampoco creyó oportuno utilizarla; pero se apuntaron percepciones y respuestas significativas del entrevistado en el cuaderno de campo. También se realizó una posterior transcripción de la información.

La siguiente entrevista fue en zona rural vizcaína, en un caserío, el 28 de Diciembre. Aunque fue difícil llegar al destino, la población nos guió hasta donde vive; nos informaron de que IE es, conocido en el pueblo como 'El Brujo' o Gitano, tiene 70 años, y que es capaz de curar animales y personas que veterinarios y médicos no han podido curar. Al llamarle por teléfono, resultaba imposible encontrarle, ya que siempre estaba ayudando a personas o animales enfermos (en sus casas, caseríos, etc). Su mujer es la que coge el teléfono, y nos aconseja sobre cuando venir, pero da especial énfasis a que es casi imposible encontrarle en casa, por lo que debemos llamar antes de partir. Al llegar y tocar la puerta (rodeada de perros y gallinas), su mujer entreabrió la puerta y preguntó quien era con cara de asombro al no conocernos. Nos hizo esperar 10 minutos, y salió IE, serio y distante. Se sentó en una roca enfrente de la puerta, y empezamos la entrevista, entrevistado y entrevistador a solas en el portón del caserío. Se mostraba observador, y a menudo que transcurría la entrevista se le notaba más expresivo y comunicador de sus habilidades y creencias, *"yo curo enfermedades que no tienen remedio. De 20 personas o animales yo curo 16"* dice. Además de contestar la entrevista, me comunicó las hierbas, alimentos, amuletos y medicamentos que utiliza para cada enfermedad o para prevenirlas, con actitud amable y dejando claro su sacrificio y entrega por los demás, y su amor a la naturaleza. Mostró en todo momento sinceridad y transparencia, además de seguridad y confianza en sí mismo y en sus creencias. Al despedirnos me invitó a hacer fotos al caserío, y se fue con un hombre que le vino a buscar para que curara a dos vacas enfermas de su caserío.

La cuarta entrevistada MD de 52 años, de una de las capitales del País vasco (Álava), en cambio, a pesar de mostrarse agradable por teléfono, mostró una actitud desconfiada en la entrevista. Se negó a decirnos cuanto cobra por visita, y a profundizar sobre la Espiritualidad (el centro de su atención). De todas maneras, el entrevistador hizo uso de sus habilidades personales y mostró a la entrevistada un carácter cordial, transparente y sincero, que

propicio una conversación agradable y personal. El local donde atiende a los pacientes esta cerca de su casa, y esta adornado con colores pálidos (domina el blanco y beige) con motivos místicos en los cuadros. Recalcó la importancia del anonimato para ella, y aunque no paraba de hacerme preguntas sobre quién me había hablado de ella, porque, etc. al final de todas maneras, me expresó que le había gustado hablar conmigo e intercambiar experiencias.

En cuanto a las cuatro entrevistas con los Enfermeros, TA, EA, LL y MI, todos ellos pertenecen al ámbito rural guipuzcoano de edades entre 25 y 55 años; se llevaron a cabo la primera semana de enero '03. Aunque las entrevistas de TA y EA (enfermero y enfermera comunitarios) se pudieron realizar en su entorno de trabajo (despacho de Enfermería en el centro de salud local), pero en el caso de LL y MI (enfermeras hospitalarias), prefirieron que las realizáramos en una cafetería, dado que en las horas de trabajo no tienen tiempo para ello. Todas ellas, solo fueron entrevistadas en una ocasión con duración de entre 45 y 60 minutos, dado a la presión asistencial y dificultad laboral. Las entrevistas fueron abiertas, sinceras, aunque hubo ocasiones en las que mostraban de manera no verbal y verbal, un cierto miedo a que las preguntas sean demasiado complicadas para ellas (en el caso de EA y LL). Dado a la confianza personal, hubo ocasiones de seriedad, confesiones y risas.

### **2.3. RESULTADOS**

#### **CUIDADOR**

Hemos podido diferenciar tres grupos de cuidadores entre los entrevistados: el primer grupo lo forman cuidadores que dicen tener un don sobrenatural (*instinto* o *gracia de Dios*), heredado de sus antepasados, para diagnosticar el problema físico de la persona; el segundo grupo, lo forman cuidadores que dicen tener un don humano (no sobrenatural ni heredado), y utilizan procedimientos y explicaciones científicas (Digitopuntura, reflexoterapia, etc.), y el tercer grupo vendría dado por cuatro Enfermeros pertenecientes al sistema de salud público oficial del País Vasco (bañados totalmente de una perspectiva biomédica de atención al enfermo), con explicaciones científicas y teóricas.

Dos de los cuidadores profesionales del primer grupo, afirman tener un “don sobrenatural”, heredado de sus antepasados, que deben emplear para el

beneficio de las personas; El *Rompehuesos* dice: “*Yo tengo un ‘instinto’ heredado de mi madre para identificar la localización de los problemas con tan solo imponer mis manos, pero es imprescindible estudiar para desarrollar esa gracia*”. Aunque este utiliza su instinto para identificar el problema músculo-articular u óseo de la persona con la imposición de manos, el diagnóstico y el tratamiento lo realiza siguiendo los canones científicos, muy similar a los del sistema de salud oficial. Utiliza libros de anatomía y fisiología para explicar a los pacientes donde impone las manos y porqué (a la hora del tratamiento), y su lugar de consulta es idéntico al que podría ser una consulta de Enfermería de Atención Primaria.

*El brujo* en cambio, llama “*gracia de dios*” a su don para diagnosticar el mal de la persona con solo mirarla exteriormente. En este segundo caso podemos identificar una connotación religiosa, sobre todo, en la nomenclatura que utiliza tanto para la explicación de su don como para nombrar a los clientes (dice tratar a ‘*cristianos y a animales*’). Pero también es importante señalar que no utiliza ningún tipo de elemento religioso en su práctica, ni en cuanto a la simbología, ni a la hora de explicar la naturaleza de la enfermedad, ni a la hora de aconsejar el tratamiento, ni en los amuletos de prevención de enfermedades. Todo lo contrario, El Brujo utiliza remedios naturales como pueden ser hierbas, emplastos, minerales, (aunque también utiliza vitaminas y medicamentos) a la hora de tratar o prevenir las enfermedades, (dice, ‘*las hierbas van limpiando, y con las vitaminas coge energía*’); también son numerosas las alusiones a los astros para prevenir o tratar ciertas alteraciones, “*es ideal hacer injertos a animales y a personas cuando la luna es menguante, y en plantas todo lo contrario, en creciente porque aumenta la humedad*”, también explica el carácter de personas o animales dependiendo del estadio de la luna del día en el que nacen.

El Naturópata en cambio, afirma tener un “*don Humano, perceptista*”, y que en su familia siempre ha existido un amor a la naturaleza. Coincide con la cuarta entrevistada MD con el que el centro de su atención es la ‘*espiritualidad*’ (que insisten en diferenciarla de la religión).

Todos ellos menos el Brujo tienen algún tipo de titulación académica, ya sea Técnico Quiromasajista, Médico Naturista o Técnico en Terapia Polarista.

Los cuidadores que consideran tener un don sobrenatural, empezaron a

atender enfermos cuando eran muy jóvenes (más o menos 14 años), y a partir de ahí, uno decidió estudiar Quiromasajismo, y el otro en cambio, siguió toda su vida sin ningún tipo de estudio académico.

Aunque todos los cuidadores vestían de calle, el Naturólogo era el único que vestía con bata blanca y fonendoscopio colgado en el cuello. Además, éste y la Polarista, utilizan: técnicas de comunicación verbal y no verbal, comportamiento atento y personal (apretón de manos y dos besos al entrar en la consulta), sin ningún tipo de prisa, y se dan a conocer a sus pacientes presentándose con su nombre y manera de trabajar.

En el caso de los cuatro Enfermeros entrevistados, ninguno de ellos dice poseer ninguna clase de don o vocación. La mayoría de ellos escogieron esta profesión por casualidad; TA dice, *“yo quería estudiar Química pero no sabía de matemáticas, por lo que tuve que estudiar ATS”*. Después de haber hecho la Diplomatura universitaria en Enfermería (o en un caso, ATS), todos ellos han seguido formándose a largo de su vida profesional, en materias específicas que les interesan, pero siempre de materias basadas en conocimiento científico y teórico, ofrecidos por el sistema de salud oficial (Podología, Enfermería materno-infantil, Enfermería pediátrica, etc.)

Sus uniformes son pijamas azules en general, aunque en el ambulatorio el único enfermero utiliza bata blanca (como los médicos). También es importante resaltar que trabajan en un equipo multidisciplinar, con funciones más o menos diferenciadas.

Estos enfermeros reciben a los pacientes en su consulta llamándoles por su nombre, pero no se presentan ellos mismos.

Además, es importante destacar que aunque todos ellos se consideran católicos ninguno de ellos cree que su religión o espiritualidad tiene que ver con su trabajo como enfermero. LL (enfermera hospitalaria), dice *“Nosotras no damos atención espiritual, ya que para eso está el cura que tenemos en el hospital”*

Los cuatro enfermeros afirman ser llamados de forma diferente que su nombre propio por los pacientes. Son llamados, *pincha-culos, señorita y practicante*.

Cabe destacar que las 8 personas entrevistadas son nacidas en el País Vasco, y dos de los entrevistados (el Naturista y la Polarista) son de habla castellana.

## **CUIDADOS**

En el caso de los cuidadores no pertenecientes al sistema oficial de salud, las técnicas utilizadas para los cuidados son: la imposición de manos, remedios naturales como el uso de hierbas o emplastos, dietas, reflexoterapia, digitopuntura, láser, vitaminas y medicamentos. El instrumento que utilizan todos los cuidadores profesionales (y ellos mismos identifican) son *las manos*.

Ninguno de los cuidadores profesionales hace uso de rezos, imágenes visiones sobre naturales o creencias cristianas, aunque uno de ellos (Iñaki el brujo) utiliza nomenclaturas con connotaciones cristianas, como el llamar 'cristianos' a sus clientes, y admitir poseer 'una gracia de Dios'.

Todos ellos afirman que no curan, sino que '*él es el mecanismo para que el individuo se cure a sí mismo*' dice el Naturólogo, '*yo no curo, sino que calmo el dolor*' dice el Rompehuesos, '*Yo ayudo a que los pacientes encuentren el camino para curarse a sí mismos*', dice la Polarista; el Brujo en cambio explica detalladamente como no se puede separar el curar y el cuidar, afirma que lo que él hace no es solo curar.

El proceso de atención que utilizan consta de etapas bien diferenciadas, como son la valoración (por medio de entrevista toma de constantes, tacto o observación), diagnóstico (de enfermedades y síntomas aceptados por el sistema científico oficial), tratamiento (utilizando diferentes recursos comentados anteriormente) y seguimiento (todos coinciden en que es necesario un seguimiento de la persona para una terapéutica adecuada y eficaz).

Todos ellos, menos el médico naturista, tratan solo a la persona afectada, y no a su entorno. MD la polarista afirma '*si cambias tú, el entorno cambiará*'.

Creemos importante señalar el concepto de Higiene, dado que es nulo en el caso de los cuidadores con 'don sobrenatural', ni en la práctica ni en el entorno.

Aunque los cuidadores con don sobrenatural sólo tratan dolencias de tipo biológico (físico), los otros dos cuidadores profesionales se centran básicamente en 'la espiritualidad', que según ellos se diferencia de la religiosidad; lo explican como un concepto propio de toda persona independientemente de su religión, que influye directamente en su salud o

enfermedad.

Para MD (la polarista), *la enfermedad es un aprendizaje externo e interno de la persona*. Además dice, *“no doy consejos, porque cada uno tiene sus motivos para hacer lo que estan haciendo (drogas, etc.). Solo les hago ver el porque lo hacen”*.

El procedimiento que los enfermeros entrevistados utilizan para curar, consiste en etapas diferenciadas de Valoración (en anamnesis, medida de constantes y observación), Diagnóstico y Tratamiento (aplicación de técnicas instrumentalizadas, y normalmente, por orden del médico). TA afirma *“Yo aplico los protocolos existentes en el centro, y llamo al Médico si tengo alguna duda”*. Todos los enfermeros afirman seguir los protocolos ya escritos en el centro donde trabajan. Aunque sobre todos los enfermeros comunitarios, dicen hacer un seguimiento con *valoración oral, observan la consecución del tratamiento médico y realizan la técnica que requieran (control de tensión arterial, extracción de sangre, sondajes, ECG, etc.) y muchas veces únicamente miden las constantes, y si hay algún cambio llaman al médico para que cambie la medicación*.

Afirman tratar a personas con enfermedades biológicas ya diagnosticadas por el médico, y afirman realizar técnicas ordenadas por él. Dicen cuidar de pacientes con enfermedades exclusivamente biológicas, aunque dicen tratarlos de manera biológica y psicológica. EA (enfermera comunitaria) afirma, *‘nosotras damos un tratamiento biológico al paciente, es lo que nos exige el sistema. Luego, está en manos de cada profesional el tratar aspectos espirituales o no’*.

EA además afirma que ha visto enfermeras en otros centros de Salud aplicando energía con las manos, y también ha visto realizar curas con miel. Pero dice que eso no era una actividad de enfermería, sino *“un favor personal”*.

Es importante resaltar, que todos ellos empezaron a trabajar de enfermeros al acabar sus estudios, cuando tenían de 21 a 28 años. Dos de ellos ya tenían familiares que eran Enfermeros.

## **ENTORNO/MEDIOS**

En el caso de los cuidadores no pertenecientes al sistema de salud oficial, los lugares de consulta se encuentran ubicados en un local cercano a

su domicilio habitual, excepto el caso del Brujo, que atiende a las personas y animales en la puerta de su casa (ver foto de Anexo).

Encontramos grandes similitudes entre una consulta de enfermería y la consulta de estos cuidadores profesionales, tanto en el mobiliario como en algunos de los complementos (ver fotos de Anexo). Nos llaman la atención los numerosos libros tanto de anatomía y fisiología, como de Filosofía clásica (en el caso del Naturista).

Además dos cuidadores de los entrevistados (naturista y polarista) poseen equipos informático lo cual nos hace pensar que están al día respecto a las nuevas tecnologías. Tanto es así que uno de ellos (naturista) emplea el láser para estimular zonas corporales.

En el entorno enfermero, se puede observar una importancia enorme de la higiene en los cuidados (hay desinfectantes, antisépticos, mucho orden e instalaciones impecables), unido a la apariencia limpia e higiénica de los enfermeros (pelo recogido, bata o pijama blanco o azul claro impecable, no utilizan anillos ni se pintan las uñas por cuestión de higiene, etc.)

La consulta de enfermería está dentro del Centro de Salud u Hospital, único en el pueblo. Trabajan de manera interdisciplinar con otras disciplinas presentes en el mismo edificio, con tareas más o menos definidas por el mismo sistema u organización. Es obvia la presencia de nuevas tecnologías, tanto en los equipos informáticos, instrumentos técnicos para el diagnóstico (esfingomanómetro, Rayos X, etc.), y instrumentos para el tratamiento (jeringuillas, láser, desfibrilador, máscaras de oxígeno, bombona de oxígeno, etc).

## **ACEPTACIÓN**

Respecto a los cuidadores profesionales hemos de destacar que la única forma de difusión que utilizan es la oral, aunque algunos de ellos posean tarjeta de visita.

Los usuarios, que acuden a los cuidadores que poseen un don sobrenatural, provienen de zonas urbanas y rurales del País Vasco y de distintas partes del Norte de España y País Vasco francés (pero señalan que la mayoría son del país vasco e Iparralde). Sin embargo los clientes que van a los cuidadores que poseen un “Don humano” pertenecen a zonas vascas rurales y

urbanas y a distintos lugares de España. (Estos usuarios que provienen de distintos lugares de España es porque tienen relación de una forma u otra con el País Vasco; ya sea por medio de familiares, amigos...)

Casi la totalidad de los usuarios que acuden a las consultas señaladas, vuelven con asiduidad a éstas y además difunden oralmente los servicios de su cuidador. Esto se debe a que todas las terapias que se utilizan requieren de un seguimiento por parte del terapeuta.

El precio de la visita va desde 30 a 90 euros, aunque es preciso señalar al brujo que no cobra nada. Muchos pacientes, en muestra de agradecimiento, les traen pequeños detalles como cuadros, alimentos (vinos, chocolates...) etc. Debemos señalar la simbología del cuadro regalado al Rompehuesos por uno de sus pacientes (ver foto) dado que a pesar de que el cuidador nunca utiliza bata blanca el paciente lo representa con ella.

Aunque tienen un horario establecido de visita, ninguno de ellos lo lleva a rajatabla, puesto que se acoplan a las necesidades y disponibilidades de los pacientes; muchos de ellos son deportistas vascos famosos (En el caso del Rompehuesos son: futbolistas, ciclistas y jugadores de pelota vasca). El caso del brujo es especial ya que se ha pasado toda su vida de un lado para otro. Este afirma que dado a que atender a las personas y animales enfermos es su "vocación" ha empleado toda su vida en ello y sin cobrar nada a cambio. Dice, "Para hacer lo que yo hago es preciso ser trabajador, dormir poco, pasar hambre y sed".

Dentro del ambiente rural es la misma población la que te guía para encontrar las consultas de los cuidadores populares y a menudo te informan de los lugares que frecuentan estos (El Rompehuesos si no está en su consulta esta en el bar de al lado). En caso de las consultas de enfermería (como parte del Centro de Salud o del Hospital), se encuentran señalados estos centros por señales oficiales en carreteras y calles del pueblo. Además, están equipadas por aparcamientos adjuntos, y los edificios tienen unas señales identificativas para que el usuario sepa que se trata del centro de Salud o del Hospital del Sistema de Salud Oficial Vasco.

La población paga con sus impuestos de manera obligatoria, los servicios de salud oficiales, y dentro de estos, los cuidados de enfermería. Aunque cabe destacar que ninguno de los enfermeros sabe decir cuanto por

ciento del dinero del estado esta destinado a la Sanidad oficial.

Todos los cuidadores profesionales (no enfermeros) entrevistados afirman no dudar en derivar pacientes al sistema oficial, en caso de que se vean imposibilitados para resolver el problema de sus clientes. Sin embargo, solo en el caso de los cuidadores populares son los profesionales del sistema oficial (médicos, veterinarios y fisioterapeutas) los que les han derivado pacientes.

Su opinión respecto a la medicina oficial es muy positiva en todos ellos. El Naturista opina que esta muy bien comparándola con la de otros países, y comparándola con como estaba hace 20 años. La polarista, aunque afirma pensar que son muy eficaces, dice faltarles un enfoque más psicológico y espiritual de la persona, ya que según ella, solo se ocupan de los problemas biológicos. Estos dos profesionales afirman la *necesidad de que la medicina científica oficial englobe a la alternativa, para que el individuo pueda elegir*.

Al hablar con los enfermeros, afirman encontrarse a muchos pacientes que acuden a 'curanderos', y a *menudo les aconsejan que sigan yendo al curandero si los remedios que les han dado les van bien*. TA por ejemplo, se ha encontrado en muchas ocasiones pacientes que utilizan *verbena para desinfectar, corteza de árbol para disminuir la tensión arterial, ortigas, medicinas de hierbas*, etc. También se ha encontrado a muchos pacientes que acuden a él derivados por los curanderos.

Estos enfermeros dicen nunca haber derivado ningún paciente al curandero, ni haber acudido ellos mismos nunca a la consulta de un curandero.

Mientras todos los cuidadores no enfermeros entrevistados muestran una actitud positiva respecto a la medicina oficial, la mayoría de los enfermeros dudan de la eficacia de otra medicina o cuidados que no sean los del sistema oficial. LL dice, *"pienso que las hierbas no pueden hacer daño, pero en el caso de que funcionen, creo que es debido al efecto placebo"*. En cambio, EA critica la medicina alternativa por los riesgos que esta puede tener, ya que están fuera del sistema oficial, y por lo tanto no están regulados ni controlados.

## **2.4. ANALISIS CRÍTICO**

En las entrevistas realizadas a los Enfermeros, hemos identificado que aun esta patente poder hegemónico médico, en la manera de que esta estructurado el sistema de salud oficial en nuestro país, dando a la curación

biológica todo el protagonismo, volviendo a los enfermeros meros seguidores de 'protocolos' y aplicadores de técnicas (afirman la totalidad de enfermeros entrevistados). Tal y como apoyan González y Rodríguez (1996: 232), se destaca la intervención técnica, excluyendo o minimizando el resto de dimensiones de la persona. Aborda el problema de la enfermedad y su modo de curación desde un paradigma biologista, con negligencia del componente psíquico y con total elusión de las implicaciones socioculturales.

Pero este poder medico hegemónico de paradigma biologista<sup>10</sup> no sólo lleva a un segundo plano el papel de los cuidados bio-psico-sociales y espirituales Enfermeros, sino que además se confronta con los principios tradicionales tanto de la medicina popular como la 'alternativa'. "La medicina esta predispuesta a no comprender a las otras medicinas porque ha nacido luchando contra ellas" (Pasqualino 1996: 165).

Por lo tanto existe una división entre medicina científica y medicina popular, la cual apareció gracias al positivismo del siglo XIX, a medida que la medicina oficial se institucionalizaba, desgajándose del saber popular tradicional. Desde occidente, esta es una relación inquebrantablemente jerarquizada.

Esta división se ha establecido según las concepciones que se tengan de salud, así Amezcua a la hora de procurar la Salud distingue cuatro dimensiones, anteriormente señaladas (ver apartado de contextualización teórica). No estamos en desacuerdo con la clasificación que hace este autor porque engloba dentro terapias alternativas tanto el curanderismo como la homeopatía, a pesar de que la Medicina alternativa pertenece al sistema científica al igual que la oficial. Por ello, nosotros hemos preferido basarnos en la clasificación de Pasqualino (1996: 166), a la hora de identificar grupos entre nuestros cuidadores entrevistados, para así poder aclarar terminologías. Además de los Enfermeros, encontramos<sup>11</sup>:

a) Cuidadores populares (El Rompehuesos y El Brujo)

---

<sup>10</sup> En la base de la medicina científica moderna esta el dualismo antropológico cartesiano: el hombre se compone de dos sustancias totalmente diferenciadas, el cuerpo material (res extensa) y el alma espiritual (res cogitans). (Torralba 1998:176, Gómez 1996: 233 en Checa 1998:88)

<sup>11</sup> Pasqualino (1996: 166), clasifica a los sistemas médicos en tres categorías, exceptuando el sistema medico oficial: Medicina popular, medicina étnica importada, y Nuevas medicinas 'alternativas' practicadas por nuevos curanderos.

b) Cuidadores pertenecientes a nuevas medicinas “alternativas”(El naturista y la polarista)

De esta manera, aunque podemos diferenciar tres tipos de cuidadores entre los cuidadores profesionales del país vasco: *Curanderos populares* (basados en conocimientos no científicos – creencias y procedimientos mágicos empíricos y religiosos-, son de difícil acceso por no estar estandarizados y utilizan remedios mágico-religiosos y empíricos) *los basados en la medicina alternativa* (aunque se basa en explicaciones científicas de salud y enfermedad, las técnicas de diagnóstico y tratamiento científicas que emplean no están aceptados por el sistema de salud oficial), y los *Enfermeros* (tal y como se ve en las entrevistas realizadas, ofrecen unos cuidados estrictamente biológicos, dado que el sistema de salud donde se realizan, medicina científica y teórica, no contempla los aspectos socioculturales y espirituales del individuo).

Como ya Pasqualino (1996: 171) señala, junto a la persistencia de la medicina popular entre las clases menos acomodadas, se difunden también entre las clases medias y altas de las áreas urbanas y rurales, curanderos no tradicionales, llamados ‘medicina alternativa’, realidad heterogénea e imprecisa en la que se imbrican y enlazan filones de procedencia distinta. Este sería el caso del Naturista y la Polarista entrevistados, los cuales utilizan medicinas típicas de otras civilizaciones o culturas, y las acoplan al entorno vasco (terapia polarista, acupuntura, reflexoterapia, etc.). También Perdiguero (1996: 92) ha observado este gran auge de las “medicinas alternativas”, y la cada vez más patente presencia del curanderismo, aunque refiriéndose a la situación de Alicante. Pero también hemos encontrado publicaciones donde se diferencia la ‘medicina complementaria’ de la ‘medicina alternativa’.<sup>12</sup> Además, se mencionan casos de interrelación entre el sistema sanitario oficial y el complementario, como ocurre en el Colegio de Médicos de Cataluña (donde están regulando el uso de la acupuntura, la naturopatía y la homeopatía) o el caso del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, donde tratan con acupuntura diariamente a 80 pacientes.

También para describir los cuidados de los distintos entrevistados lo

---

<sup>12</sup> La *medicina complementaria* se utiliza conjuntamente con la medicina convencional (un ejemplo sería la aromaterapia). La *medicina alternativa* en cambio, se utiliza en lugar de la medicina convencional (un ejemplo sería las dietas especiales para el tratamiento del cáncer en lugar de, la radiación o quimioterapia recomendados por un medico convencional).(http:// www.uuhsc.utah.edu/healthinfo/spanish/altmed/)

haremos bajo la perspectiva de Leininger (1978, en Medina, 1999:41) ya comentada anteriormente, para describir los cuidados en el País vasco en general: Cuidados generales (serían los ofrecidos domésticamente), Cuidados Profesionales (pensamos que aquí entrarían tanto los ofrecidos por el curandero como por los naturistas y polaristas) y Cuidados Profesionales Enfermeros (serían los cuidados ofrecidos por los Enfermeros)

Nosotros en este trabajo, vemos al curandero como figura 'profesionalizada', a la que acuden los pacientes con absoluta naturalidad. Esta actividad es primordialmente una práctica de tipo ritual; pero, como han puesto de manifiesto bastantes autores (González 1996, Checa1998), está recogida por procedimientos reglados, por más que su protocolo no esté escrito. Los cuidadores populares entrevistados por nosotros a la hora de administrar sus cuidados (SG y IE) recetan remedios naturales y empíricos, hierbas, raíces, ungüentos, etc. Tal y como corrobora Gómez (en González, 1996: 209-250), en primer plano funcionan los símbolos, junto a la carga emocional que implican.

Si hablamos de los cuidados en el campo de la enfermería podemos decir que se han realizado estudios para medir los cuidados (Pinto, consultado en 2002). En un estudio realizado por Ford (1981) la hora de evaluar las actitudes de cuidado, las frases que más repitieron las enfermeras fueron "verdadero interés" y "dado personalmente" y la actitud que calificaron más frecuentemente asociada al cuidado fue "la escucha". Roy evaluó estas actitudes desde la perspectiva de los pacientes y definición como factores más influyentes en la satisfacción del cuidado "contacto, escuchar y entender al otro", Otro estudio califica la empatía como medio para evaluar el cuidado según el paciente es la empatía. LaMonica la define como: "*Foco central y contacto con el mundo del paciente*"

Noodgins (1984) describió las relaciones entre empatía, contacto con, en cuidado y afirma que "*comprendiendo la realidad del otro, contacto con él como sentir cercanía, como sea posible, es la parte esencial del cuidado y el camino del único cuidado. Pero si yo tomo la realidad del otro como posibilidad y comenzando a sentir esa realidad, yo siento, entonces que es el deber ser del acto acordado*"

Estas actitudes, tras la realización de las entrevistas, nos hemos dado cuenta que se hacen más patentes en los cuidadores profesionales. Puesto

que estos a la hora de administrar sus cuidados, enfatizan en establecer una relación personal con el paciente. Tanto es así que Enrique Blanco ha calificado a los cuidadores pertenecientes a la medicina popular como psicoterapeutas populares. (Blanco, 1992:09-11).

La mayoría de los Enfermeros encuestados unen a la medicina popular o curanderismo con el efecto placebo. Aunque compartimos las afirmaciones de Fábrega (1975: 969) y Parsons (1970:440) en un trabajo de Martínez (1992:61), ( donde afirman que cuando observamos como en la particularidad de cada cultura se establece un consenso específico acerca de “que es enfermedad”(Fábrega) y ”cual es el rol del individuo enfermo” (Parsons), no las vemos precisamente con la capacidad activa del sistema simbólico en la construcción de la enfermedad, tanto en un plano individual como social), es preciso nombrar investigaciones realizadas en Gran Bretaña (Hoeman, 2002:70) que demuestran el papel tan importante del efecto placebo en la medicina científica. Por lo que podemos decir, que el efecto placebo de un tratamiento depende de la aceptación de dicha terapia de los individuos, independientemente sean terapias populares o científicas.

Una vez analizado el cuidado vamos a establecer su relación con el cuidar. Es preciso, para ello, destacar, que la dualidad del ser humano basado en la teoría Biologicista que caracteriza al mundo occidental (ya hemos comentado anteriormente), a dividido en dos el concepto de cuidar y el de curar del Modelo Científico de salud. A lo largo de la historia se ha visto que el cuidar (*saber práctico*), la Enfermera, quedo relegado a un segundo plano (Hernández Conesa 1999: 3), y el cuidar fue propio del poder medico hegemónico, los poseedores del conocimiento (*conocimiento teórico*), el Médico. Aunque enfermeras como Lydia E. Hall (Marriner, 1998: 132-141), en la que en su Modelo del Núcleo, el cuidado y la curación, (explicado en la contextualización teórica) divide a la persona/introspección en dos partes: el cuerpo (donde contempla los cuidados, llevados a cabo exclusivamente por Enfermería) y la enfermedad (donde contempla la curación, llevada a cabo exclusivamente por el médico), aunque existe una interacción entre ellos. Además, describe los tres aspectos esenciales de la persona el cuerpo, la patología y la personalidad.

*“Prestar cuidados, al igual que educar, es una actividad que se detecta*

*desde los orígenes de la Historia ya que probablemente pertenezcan, ambas, a la más genuina condición del hombre como individuo que piensa y siente” (Vila, et al, 1997)*

En el cuidado humano la relación entre curar y cuidar está invertida. Su énfasis está más bien, en la idea de que el cuidado potencializa los resultados de autocuración y que por tanto, cuidar puede ser un medio para curar. Esto se hace patente en el sistema sanitario oficial, el cual se caracteriza por tener una orientación curativa y escasamente cuidadora; el objetivo fundamental es la curación por lo que en esencia su estructura y funcionamiento obedecen y se sustentan en este fin.

*Concretamente, “cuidar es la esencia de la enfermería y el cuidado es el elemento paradigmático que hace la diferencia entre enfermería y otras disciplinas del área de la Salud. La mayoría de los enfermeros hacen más énfasis en la curación, han dirigido sus acciones y hecho algunos intentos investigativos orientados al área curativa, más que al cuidado mismo. (Pinto, consultado en 2002)*

Sin embargo, esta división cuidar/curar es inexistente tanto en la medicina popular como en la alternativa que nosotros hemos observado en nuestras entrevistas. “Yo no curo, ni nadie” dice el naturista “...yo ayudo al individuo para que se cure a si mismo”. Y dice el Brujo “el cuidar y el curar no se pueden separar, van siempre unidos, porque cuidando se cura”.

Una vez analizado el cuidar y el cuidado de los distintos sistemas de atención, nos centraremos en establecer similitudes entre la propedéutica del conocimiento enfermero y la del curandero. Hernández Conesa (1999: 9-25) menciona los tipos precientíficos de conocimiento inherente a la actividad del cuidado humano, para explicar de alguna manera la propedéutica del conocimiento enfermero. Menciona como tipos de conocimiento precientífico la explicación a partir de seres o poderes imaginarios, las generalizaciones a partir de la experiencia y las técnicas o reglas de actuación bien establecidas; elementos de los que de una manera u otra, también comparte la medicina popular del País Vasco, tal y corroboran algunos autores (Salvatores 1999, Erkoreka 1985). Además, podemos equiparar los elementos de los que

participa el saber Enfermero<sup>13</sup> con del curandero:



Como bien se puede ver en este recuadro de Hernández (1999: 15), los elementos que han influido en la Enfermería y los elementos de la medicina popular en el País Vasco tienen muchas cosas en común. Extrapolando las características del saber enfermero en sus orígenes (Hernández 1999: 17), podemos decir que la medicina popular y sus cuidados *se transmiten oralmente mediante lenguaje popular, hay una adquisición de hábitos por reiteración en el tiempo, se convierten en principios rígidos de conducta, existe un pensamiento inductivo; basado en generalizaciones desde un fenómeno particular, no precisa conocimientos previos y permite una rápida adaptación a la realidad.*

Los curanderos entrevistados a pesar de que tengan un don heredado que les permite hacer el diagnóstico, existe un aprendizaje ya sea por la experiencia, por observación o por transmisión oral de sus antepasados que les proporciona conocimientos, que se convierten en principios rígidos de conducta, generalizaciones, que permiten una rápida adaptación a su entorno cultural y de valores propios de la cultura vasca.

La diferencia entre las prácticas curanderas y las prácticas del sistema científico está, según Checa (1998:94-95), tanto en el sistema de valores y creencias que rodean al curandero y al paciente (ninguno establece una exclusión taxativa entre técnica y magia), cuanto a las formas que emplea para descubrir la enfermedad: la adivinación y la palabra, y las terapias (hierbas, plantas medicinales, tocamientos, amuletos, piedras y minerales, etc.). Estos remedios están culturalmente sobrecargados de simbolismos, que no todos

<sup>13</sup> Analizado desde una perspectiva positivista por Hernández Conesa (1999: 15).

conocen, pero que aceptan. En nuestro caso no cabe duda que los remedios y símbolos utilizados por el curandero tienen estrecha relación con la religión precristiana del País Vasco, donde los componentes de la naturaleza constituían los dioses venerados por los vascos de antaño (Barandiaran, 2001).

Continuando con las similitudes encontradas, hemos podido encontrar algunas entre ciertos cuidadores históricos del país vasco comentados en la contextualización teórica, donde hablábamos del *Petrikillo*, el *Enderezador de huesos*, la *bruja* (o *brujo*), los *Sanadores*, y otros, que convivían en la sociedad vasca de la edad media. (Rey 2002, Erkoreka 1985, Peillen 1998, Salvatores 1999). El curandero entrevistado, IE, es identificado por sus conciudadanos por 'brujo', según él, porque le atribuyen poderes sobrenaturales; pero otros le llaman 'gitano', de lo que nosotros suponemos tiene las mismas connotaciones (el que puede entrar en contacto con el mundo del bien (la salud) y el mal (la enfermedad), como ya se decía en la mitología vasca), aunque nosotros también lo calificaríamos como Petrikillo, por que es un 'curandero generalista' que afirma 'curarlo todo menos lo que necesita operación', tanto a animales como a personas, y siguiendo la misma metodología y principios de conocimiento. Por otra parte, es obvia la relación entre SG y el Enderezador de huesos de la Edad Media del Camino de Santiago; es conocido popularmente por 'el Rompehuesos', por su capacidad de solucionar problemas específicos articulares, óseos y musculares imponiendo sus manos y masajes (podemos decir que se trata de un curandero especialista en huesos y articulaciones).

Otra similitud entre los cuidadores populares entrevistados es que existe una clara herencia de un don sobrenatural de parte de las madres de los individuos (detalle curioso), cosa que no comparten investigaciones realizadas por otros autores (Briones 1996: 559, Salvatores, Etxebarria et al, 1999: 11), que afirman que no hay una justificación de la tradición familiar. Es curiosa la afirmación del Rompehuesos entrevistado que dice '*tengo un instinto heredado de mi madre* (...) *pero es imprescindible estudiar para desarrollar y poder aplicar ese don*', esta confesión nos da un dato nuevo nunca observado en la bibliografía manejada. Estamos de acuerdo con Briones (1996: 161) en que '*el curandero no se hace desde fuera sino que se nace curandero, se es un elegido por una instancia exterior*', pero el Rompehuesos nos aclara que para usar y desarrollar ese don adecuadamente, es necesario estudiar, "*porque...*"

dice, *“hay mucha gente que estudia pero no tiene ningún don, por lo que no lo puede hacer tan bien como yo. Pero hay gente que tiene un don y no estudia, por lo que se queda estancado sin poder aprovecharlo”*.

Estos dos cuidadores populares afirman solo cubrir las necesidades biológicas de la persona, pero los cuidadores de medicinas alternativas entrevistados afirman tratar enfermedades físicas, mentales y dan especial importancia a la espiritualidad. El *equilibrio* y la armonía entre estos elementos representa la salud (Berenzón 2001), y la enfermedad, según MD, *representa un aprendizaje externo e interno*. Buscan una salud integral y global que incluiría lo somático, lo psicológico, lo social, lo cultural y lo espiritual y ecológico (Briones 1996: 556). Igual que en el estudio realizado por Berenzón en México, estos dos entrevistados nos hablan de esa armonía entre el individuo y su entorno; pero ni MD ni los curanderos tratan el entorno o la familia, dado que *“si cambia el individuo, su entorno cambiará”* dicen.

Otro tema que vemos necesario abordar es el lenguaje utilizado por los cuidadores, por lo que es preciso que hablemos las metáforas (Darriba, 1999:54-58). Son abundantes las metáforas orientacionales,<sup>14</sup> sobre todo en el lenguaje empleado por el Brujo; llama ‘cristianos’ (Kristauak) a las personas que acuden en su ayuda, y ‘ganado’ (Ganaua) a los animales que cura. Así dicen Lakoff y Jhonson *“en realidad creemos que ninguna metáfora se puede entender, ni siquiera representar adecuadamente, independiente de su fundamento en la experiencia”*.

El Brujo, dialoga espontáneamente, en su lenguaje popular y con gran sentido común, con los que acuden, y les aconseja. Receta muchos medicamentos y vitaminas y también remedios con yerbas, dietas y ungüentos hechos con minerales, hojas y más elementos de la naturaleza<sup>15</sup>. Y además afirma *“las Yerbas van limpiando, y con las vitaminas coge energía”*, identificando claramente conceptos de limpieza propios del Higienismo de la medicina científica. Se introducen palabras extraídas de la medicina científica,

---

<sup>14</sup> Según Darriba, 1999: 55, *organizan un sistema global de conceptos, tienen su base en la experiencia personal, física y cultural, ya que pueden variar de una cultura a otra.*

<sup>15</sup> Coincide con descripciones sobre el curanderismo en otras partes del Estado Español (Gómez, 1996: 215).

*ya que este concepto de contaminación es propio de la medicina oficial (Checa, 1998:83).*

*La introducción del lenguaje médico en el discurso de los curanderos pone de manifiesto como el discurso médico ha invadido el discurso de los curanderos, tomando prestados los términos médicos que son del dominio popular (Berenzón, et al, 2001).*

*En el mundo Enfermero, como parte del sistema oficial científico de salud, hacemos un gran uso de metáforas en nuestro entorno de trabajo, tanto metáforas estructurales, como orientacionales o/y ontológicas (Darriba, 1999: 54-55). Además, las exigencias tecnológicas, la parcelación del saber en multitud de especializaciones, la incomprensión de la lógica y de los presupuestos de la medicina moderna, tienden a empanar la relación humana, haciendo que el paciente se sienta a menudo prisionero de una maquina sin rostro (Pasqualino, 1996:161). Este mundo de tecnologías y deshumanización también esta reflejado en el mundo de los cuidados Enfermeros, ya que nuestras encuestadas afirman que la falta de tiempo para hablar con el paciente, y profundizar en su relación humana y espiritual es imposible debido a la manera en que el sistema sanitario esta organizado, y debido a la falta de tiempo. Esto hace que en la práctica enfermera sea muy difícil tener en cuenta los aspectos bio-psico-sociales y espirituales del paciente, y que nos limitemos a una asistencia biologista marcada por el paradigma biomédico.*

Sin embargo la medicina popular, tiene en cuenta la faceta cultural del enfermo y otorga un tratamiento igualitario dando un trato integral y comunitario.

Nuestros resultados coinciden con otros estudios realizados. Respecto a la medicina popular Salvatores dice que un 21% de la población vasca estudiada acude en primera opción a este sistema. Respecto a la medicina complementaria, podemos decir que está ampliamente aceptada entre la población, muestra de ello es que un 80% de la humanidad acude asiduamente a consultas naturistas, homeopáticas o acupunturales. (Cabal, consultado 2003).

Hemos podido comprobar a través de la entrevista y la observación participante, que entre los clientes de los curanderos populares y de la medicina alternativa, se encuentra un gran numero de gente con estudios

universitarios (tales como una Química, una topógrafa y una profesora de universidad de matemáticas), y personas con alto reconocimiento en la sociedad vasca (como son futbolistas, *pelotaris* o *aizkolaris* profesionales vascos) con lo que se demuestra que estas prácticas no se reducen al ámbito rural (Salvatore 1999), o gente sin recursos educativos o económicos (Berenzón 2001). Como señala Kieckhefer (1992:9, en González 1996: 97) *“la magia es un cruce de caminos donde la religión converge con la ciencia, las creencias populares se interseccionan con las de las clases educadas, y con las convenciones de la ficción se encuentran en la vida diaria”*.

Una vez que hemos hablado del lenguaje vamos a analizar semánticamente los conceptos de cuidador profesional y cuidador profesional enfermero. Podemos observar que tienen una palabra en común “profesión” Si analizamos la formación de estas “profesiones” según Wilensky (Wilensky, 1964 en Hernández et al, 1997) tenemos las siguientes etapas:

#### ❖ **Primera etapa: La emergencia ocupacional**

“Una profesión comienza a surgir cuando ciertos individuos observan una necesidad social y se comprometen a cubrirla, actuando sobre un grupo determinado de problemas. En este grupo trabaja en dedicación exclusiva, y de hecho, cuando la sociedad precisa de sus servicios espera no encontrarle nunca “fuera de servicio” (Martín y De Miguel en Hernández et al, 1997). Es característico, en este sentido, observar como generalmente los profesionales alardean de no tener horarios: incluso su tiempo de ocio e intereses tienden a estar impregnados con actividades laborales o cuasilaborales (Elliot, 1975 en Hernández et al, 1997)

*Viendo los aspectos de las dos definiciones vemos, que tanto los cuidadores pertenecientes a la medicina científica como los de la popular poseen los siguientes conceptos: los dos han surgido como una necesidad social, hay una dedicación exclusiva, aunque los cuidadores profesionales tengan, en algunos casos, un horario establecido lo moldean según las necesidades y disponibilidad del cliente, incluso Iñaki el Brujo se desplaza a donde se le requiera. (de los entrevistados todos tenían dedicación exclusiva, aunque El brujo anteriormente fue agricultor para poder subsistir). Esto no*

ocurre en el caso de los enfermeros, puesto que ellos trabajan en la institución a la que pertenecen dentro de un horario estandarizado y no amoldable al cliente. Bajo, nuestro punto de vista, esto ocurre porque los clientes no eligen el enfermero que le va a atender.

En esta etapa en el campo de la enfermería se distinguen dos etapas:

1. **Etapa preprofesional:** Caracterizada por la tradición oral y escrita (reglas monásticas y medicalización de la asistencia). La primera se caracterizaba por dar una asistencia gratuita e igualitaria independientemente de la clase social.

Actualmente estos aspectos están patentes en la medicina popular: se da un tratamiento igualitario independiente de la clase social, difusión oral y en algunos casos gratuidad de las visitas; por ejemplo Iñaki el Brujo no cobra nada por visita.

Sin embargo la medicina popular no posee difusión escrita, puesto que sus contenidos siempre se han transmitido oralmente.

2. **Etapa profesional**

Caracterizada por la aparición de Salud de la OMS "... como máximo estado de bienestar..., y no solo la ausencia de enfermedad" Es con esta definición con la que la población no solo demanda la conservación de la vida, sino calidad de vida. En esta etapa también se empiezan a desarrollar Modelos Conceptuales de Enfermería.

❖ **Segunda etapa: establecimiento de procedimientos institucionalizados de selección y formación de los candidatos para la profesión.**

En esta etapa se define la cualificación que deben poseer los futuros cuidadores.

Concretamente en enfermería en esta fase se escriben manuales por y para enfermeros<sup>16</sup>, se desarrollan las funciones básicas de enfermería y en 1977 se produce la incorporación de la enfermería a la universidad.

Esta fase, bajo nuestro punto de vista no se da en la medicina popular, ya que no está establecido el proceso para ser cuidador popular. Esto se debe a que no se puede aprender a serlo: "la cultura no se aprende sino que se vive o se

---

<sup>16</sup> En 1617 se escribe el primer manual sobre cuidados de enfermería escrito por un enfermero para enfermeros "Instrucción de Enfermeros" (García, Hernández, 1993en Hernández, et al, 1997)

*adquiere mediante la socialización”* (Blanco, 1992:09-11)

Sin embargo los cuidadores pertenecientes a la medicina científica que se califican con poseer “un don humano” aunque en nuestro país su titulación no esté homologada, en otros lugares si lo está. Este es el caso de GI, que dice tener el doctorado en Naturopatía por una Universidad Italiana.

#### ❖ **Tercera etapa: la formación de una asociación profesional**

En el caso de la enfermería está el Colegio de enfermería, estableciéndose en la Real Orden de 28 de Diciembre 1929 la colegiación obligatoria para los practicantes. Más tarde con el Real Decreto 1856/1978 de 29 Junio se aprueban los Estatutos de la organización Colegial de ATS cuyas finalidades principales son: ordenar el ejercicio de la profesión y representar a ésta y defender sus intereses. (Hernández et al, 1997)

En el caso de los cuidadores con “un don sobrenatural” no encontramos ningún tipo de asociación, puesto que cada uno posee características propias. Sin embargo en el caso de los que poseen “un don humano” aunque sea una enseñanza no reglada en nuestro país tiene una eficacia reconocida en el mundo científico. Cabe destacar que en Comunidades como Aragón esta reglada la publicidad de contenido parasanitario (homeopatía. Acupuntura...) <sup>17</sup> También hemos encontrado asociaciones de medicina complementaria como por ejemplo la Sociedad Española de Acupuntura.

#### ❖ **Cuarta etapa: el reconocimiento público y el apoyo legal**

Esta etapa hace referencia a la institucionalización de la profesión. Tanto los cuidadores pertenecientes a la medicina científica como los pertenecientes a la popular tienen un claro reconocimiento social. En lo que difieren es en el aspecto legislativo, el cual es nulo en la medicina popular. A pesar de ello Salvatores P. aboga por la institucionalización del curanderismo *“...a la vez que se ha producido un proceso de institucionalización y formalización de dicha actividad profesional (refiriéndose al curanderismo en el País Vasco...”* (Salvatores, et al, 1999:11)

---

<sup>17</sup> Decreto 187/1997 de 18 de Noviembre, del Gobierno de Aragón (consultado en el 2003 <http://www.aragob.es/edycul/salud/med1.html>)

Dentro de la medicina científica encontramos dos situaciones:

- Los enfermeros poseen una legislación específica que permita, de un lado, delimitar sus competencias y responsabilidades (el Código Penal, por ejemplo recoge los actos de denegación de auxilio) defendiéndola del intrusismo y exigiendo su actuación cuando sea preciso, y de otro, regulando su ejercicio profesional mediante una legislación laboral concreta.

Dos aspectos esenciales para la institucionalización de la enfermería en España fueron: la regulación legal de las Direcciones de Enfermería y las Consultas de Enfermería.

- Los cuidadores que realizan técnicas complementarias (aproximadamente 2000 profesionales). Estos profesionales están luchando para conseguir el reconocimiento legal y la homologación de sus técnicas sanitarias. (Cabal, consultado en 2003). Esta situación la podemos equipar a la lucha que tiene la disciplina enfermera para conseguir el reconocimiento legal y la homologación de un 2º ciclo.

#### ❖ **Quinta etapa: La elaboración de un código formal de ética de deberes profesionales**

Solo los cuidadores profesionales enfermeros poseen un código ético: Código Deontológico de Enfermería.

Una vez analizados todas estas etapas, estamos en posesión de decir que los cuidadores que poseen “un don sobrenatural” (medicina popular) su actividad no se puede considerar como profesión. Los que poseen un don “humano” (medicina alternativa) su actividad la podemos calificar como cuasi-profesional puesto que hay etapas que todavía no se han desarrollado. Finalmente de forma unívoca afirmamos que la enfermería es una profesión, pero muy joven y le queda mucho por andar: *“ninguna ocupación tiene un futuro de profesionalización tan esperanzador como la enfermería”* (Gracia en Hernández, et al, 1997)

En cuanto al tema de la aceptación, bajo nuestro punto de vista, en el País Vasco los cuidadores profesionales están aceptados entre la población. Muestra de ello es que los clientes de los cuidadores profesionales conocen la vida de su terapeuta, a diferencia de los clientes de los cuidadores

profesionales enfermeros, que en muchos casos los pacientes no saben ni siquiera el nombre del enfermero. Esto se debe al trato a la deshumanización existente en el sistema en el que se encuentran los enfermeros entrevistados: el sistema oficial.

A estos sanadores populares se les atribuye alguna cualidad especial, que hace que estos tengan la confianza de sus conciudadanos (Salvatores, Uliarte, 1999:13). Tal y como estas autoras también han comprobado, la visita al curandero, lejos de ser una práctica marginal, en el País Vasco esta muy extendida, si bien es un recurso que fundamentalmente se escoge tras acudir a la medicina ortodoxa.

Finalmente, en contra de las investigaciones de Boltanski (1969, en Loux, 1996: 126) en Francia que afirman que la medicina popular es completamente dependiente de la medicina sabia (o científica), este estudio ratifica la coexistencia de la medicina popular vasca y la científica, también reconfirma la persistencia en el tiempo y vigencia de estas practicas, que se representan con un recurso complementario para el tratamiento de diversas enfermedades. Sobre todo, aquellas que el sistema oficial de salud no ha podido resolver. También hemos de señalar, que al igual que Salvatores (1999: 12), hemos observado según las entrevistas a los curanderos, que las personas que acuden a ellos en la actualidad lo hacen buscando soluciones empíricas y no mágicas; aunque es obvio que los cuidados de los pacientes en el área rural del País Vasco están aun muy condicionados por las creencias, ritos y representaciones sociales de épocas anteriores.

## **2.5. CONCLUSIONES**

Tras realizar este estudio, nuestras indagaciones ratifican la existencia de la medicina popular y la científica en esta zona del País Vasco (Guipúzcoa y Vizcaya), también reafirman la persistencia en el tiempo y vigencia de las prácticas populares las cuales se han transmitido de forma oral intergeneracionalmente. Es por ello que afirmamos que aún perdura la huella de la tradición familiar en los cuidadores populares vascos (cosa que niega Salvatores, Etxebarria, et al, 1999:11).

La medicina popular aunque ha quedado en el ámbito de lo rural, tanto personas de zonas rurales como urbanas reclaman sus servicios.

Las consultas pertenecientes a la medicina complementaria o alternativa, están localizadas en el ámbito urbano, aunque personas de zonas urbanas y rurales demandan sus servicios. El tipo de medicina aplicada es científica pero con gran enfoque espiritual y holístico de la persona, aunque no reconocida por el sistema sanitario oficial.

Según las etapas definidas por Wilensky para establecer una profesión, llegamos a la conclusión de que los cuidadores profesionales enfermeros, constituyen una profesión, a diferencia de los cuidadores profesionales pertenecientes tanto a medicina alternativa o complementaria como los que pertenecen a la popular. Cabe señalar que los cuidadores que prestan sus cuidados en el sistema alternativo, constituyen una cuasi-profesión.

A pesar de los modelos culturales de enfermería existentes (como el de Leiniger y el de Watson), en la realidad hemos visto que no se llevan a cabo en los cuidados profesionales enfermeros, ni siquiera se tienen en cuenta<sup>18</sup>. Esto no sólo se le debe atribuir a la falta de interés de los profesionales enfermeros, sino que es la consecuencia de un sistema de salud rígido y volcado a la atención exclusivamente biomédica de los individuos

Creemos conveniente hacer un llamamiento al personal sanitario perteneciente al sistema médico hegemónico, para que tengan, a la hora de prestar sus cuidados, la existencia de otras culturas con sus propias concepciones de Salud y Enfermedad.

Estamos de acuerdo con Loux cuando dice que: *“...Yo pienso que los que trabajan en la atención sanitaria, antes de querer conocer y, eventualmente, hacer cambiar las prácticas de los otros que les parece que son supersticiones, deberían referirse a su propia cultura, y no hacer en ellos el corte entre medicina tradicional y medicina oficial; o mejor, saber profano y saber profesional”*

Para finalizar, hemos de decir que el sistema médico oficial al que pertenecen los enfermeros entrevistados, se encuentra inmerso en una crisis cultural y tecnificada, en la que se ha tratado al individuo bajo una perspectiva biológica, olvidándose de sus dimensiones psico-social y espirituales (cosa

---

<sup>18</sup> Tal y como demuestran estudios realizados por Granados, 1999:59-68, que tras analizar 250 historias de enfermería, observando los resultados que obtuvieron vemos que son escasos los diagnósticos relacionados con los factores culturales.

que la medicina popular y alternativa han contemplado desde sus orígenes hasta hoy en día). Por ello, creemos necesaria una revolución del sistema sanitario oficial, para conseguir volcar ese paradigma biomédico reduccionista del ser humano, y convertirlo en un medio ideal para los cuidados humanos y culturalmente coherentes, que la medicina popular vasca ha respetado desde sus orígenes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Azurmendi X. (2002) XIII.mundu sakratua eta Laikoa.  
<http://suse00.su.ehu.es/liburutegia/liburuak/lenkidetzan/003/03130144.pdf>
2. Barandiaran JM. (2001) Mitología Vasca. 13 ed. San Sebastián: Txertoa.
3. Berenzón S, Hernández J, Saavedra N. (2001) Percepciones y creencias en torno a la salud-enfermedad mental, narradas por curanderos urbanos de la ciudad de México. *Gazeta de Antropología*; 17:17-21.
4. Bergara A. (2002) Mitológica. Una visión contemporánea de los seres mágicos de Euskadi. Bilbao: Ediciones Astiberri S.L.
5. Blanco E. (1992) Los curanderos, psicoterapeutas populares. *Gazeta de Antropología*; 9: 09-11.
6. Cabal E. *Revista Natural*. (2003).  
<http://www.revistanatural.com/verano396/seguridades.htm>
7. Checa F (ed.). (1998) Africanos en la otra orilla. Icaria, Barcelona. Apartado de "Cultura y Salud": 81-141.
8. Comelles JM. (1992) Cuidar y curar. Bases para una historia antropológica de la enfermería hospitalaria. *Rev. Rol de Enfermería*; 172:35-41.
9. Darriba P. (1999) Las Metáforas en el lenguaje hospitalario. *Rev. Cultura de los Cuidados*; 6: 54-58.
10. Dolores Krieger.(2002)  
<http://www.shop.store.yahoo.com/soundstrustore/kriegerd.html>
11. Domingo P, Gabaldón EM, Fernández MA. et al. (2001). Integración de la metodología cuantitativa y cualitativa en la Investigación en Enfermería. *Rev. Index. de Enfermería*; 34:37-39
12. Duch LL. (1998) Mito interpretación y cultura. Barcelona: Herder.
13. Erkoreka A. (1985) Análisis de la Medicina Popular Vasca. Bilbao: Layburu.
14. Fernández G. (1998) Los Kallawayas: Medicina Indígena en los Andes Bolivianos. Murcia: Colección Humanidades. Compobell, S.L.
15. García A, Briones R. (2001) Curanderismo y trance. Curanderas de Kazajistan. *Gazeta de Antropología*; 17: 17-18
16. Goetz JP. (1998). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata
17. Gómez P. (1997) *El curanderismo entre nosotros*. Granada: Universidad de Granada.

18. González JA, Rodríguez S. (1996) Creer y curar: la Medicina Popular. Granada: Diputación Provincial de Granada.
19. Granados G, Evaluación de la formulación docente diagnóstica como calidad docente. En: González C, Marcos E, Cabrera D, et al. (1999). Investigación en enfermería. I Jornadas Científicas de enfermería Almeriense: Universidad de Almería, Servicio de Publicaciones: Almería; 59-68.
20. Henningsen G. (1980) The Witches' Advocate: Basque Witchcraft and Spanish Inquisition. Reno and Las Vegas: University of Nevada Press.
21. Hernández F, Gallego R, Alcoraz S, et al. (1997) La enfermería en la historia, un análisis desde la perspectiva profesional. Rev. Cultura de los cuidados, no2.  
<http://culturacuidados.ua.es/2/indice2.htm>
22. Hernández H, Miguel JL, Rodríguez S. (1999) Las diferencias entre una sociedad de pensamiento netamente mágico y otra de pensamiento racional. Cultura de los Cuidados; 5: 64-68
23. Hernández J, Esteban M. (1999) Fundamentos de la Enfermería. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
24. Hoerman D. (2002) Meaning, medicine and the placebo effect. Cambridge University Press.
25. Iban A. Txomin Peillen: Euskara etnologian ez da erabiltzen. Euskalduran Egunkaria, 1999-04-09.
26. Kenny YM, de Miguel JM (eds.), (1980) La Antropología Médica en España. Barcelona: Editorial Anagrama.
27. Kurlansky M. (1999) The Basque History of the World. London: Vintage.
28. Lipson JG. (2000) Cultura y cuidados en enfermería. Rev. Index de enfermería; 28-29: 19-24.
29. Marriner A, Alligood M. (1998) Modelos y Teorías en Enfermería. Harcourt Brace, 4 edición.
30. Martínez A. (1992) Eficacia simbólica, eficacia biológica. Hacia un nuevo modelo analítico y terapéutico en la asistencia sanitaria. Rev. Rol de Enfermería; 172: 61-67.
31. Medina JL. (1994) La investigación enfermera: entre el mito de la racionalidad y la necesidad de un cambio de paradigma. Enfermería Clínica;

- 4 (4):147-149.
32. Medina JL. (1999) La pedagogía del cuidado: Saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería. Barcelona: Alertes Psicopedagogía.
33. Mitología y Leyendas. Mitología Vasca. (2002)  
[http:// www.geocities.com/Athens/Bridge/2252/mitologia.htm](http://www.geocities.com/Athens/Bridge/2252/mitologia.htm)
34. Nebreda J.J. ((2002) Sobre hechiceros y curanderos o el antropólogo y su estrategia.  
[http://www.ugr.es/~pwlac/g11\\_04Jesus\\_Nebreda\\_Requejo.html](http://www.ugr.es/~pwlac/g11_04Jesus_Nebreda_Requejo.html)
35. Peillen T. (1998) Euskal sendakuntza eta sendagingoa Zuberoan.
36. Perdiguero E, Comelles JM (eds.). (2000) Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina. Barcelona: Edicions bellaterra.
37. Pinto N. (2002) Indicadores de cuidado  
<http://www.galenico.com/publicaciones/enfermeras/Rev4Nº1/articulo.especial.htm>
38. Pla M. (1999) El rigor en la investigación cualitativa. Atención Primaria; 24: 295-300.
39. Ribot C, Fernández MA, García D. (2000) Investigación cualitativa en atención primaria. Una experiencia con entrevistas abiertas. Rev. Atención Primaria; 25(5): 343-348.
40. Salvatores P, Uriarte MR, Campo L. (1999) Ritos y cuidados mágicos en la historia del País Vasco. Rev. Index de Enfermería; 22-25: 11-13.
41. Salvatores P, Etxeberria V, Arrizabalaga N, et al. (1999) La institucionalización del curanderismo. Un estudio a través de una historia de vida. Rev. Index de Enfermería; 27: 9-11
42. Santos MA. (1999) La observación en la investigación cualitativa. Una experiencia en el área de salud. Rev. Atención Primaria; 24(7): 425-430.
43. Siles J, et al. (2001) Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. Rev. Cultura de los Cuidados; 10: 72-87.
44. Stake RE. (1998) Investigación con estudio de casos. Madrid: Morata.
45. The Therapeutic Touch Network (Ontario). (2002)  
<http://www.therapeutictouchnetwk.com>
46. The Transcultural Nursing Society. (2002)

<http://tcns.org>

47. Torralba F. (1998) Antropología del Cuidar. Barcelona: Institut borja de bioética, Fundación Mapfre Medicina.
48. Vila B, Bilbao C, Porrás A, et al. (1997) Aproximación al contexto actual de enfermería. Cultura de los cuidados; 1.  
<http://www.culturadeloscuidados.ua.es/1/contexto.htm>
49. Welch A, Alexander J, Beagle C, et al. En Marriner A, Alligood M. (1998). Madeleine Leininger. Cuidados culturales: teoría de la diversidad y la universalidad: 444.
50. Wesley RL. (1997) Teorías y Modelos de Enfermería. 2ª ed. México: McGraw- Hill Interamericana.

## **ANEXOS:**

### **ENTREVISTA A CUIDADORES PROFESIONALES**

#### **SESIÓN PRIMERA**

##### **1- Datos Personales**

- Nombre y apellidos
- Nombre popular
- Lugar de nacimiento
- Situación familiar (estado civil, hijos)
- Profesión o rentabilidades
- ¿Fuera de su trabajo proporciona cuidados?
- Nivel de formación
- Educación religiosa

##### **2- Rasgos principales (observación participante y entrevista)**

- Descripción física.
- Forma de vestir (Uniforme y colores)
- Carácter
- Costumbres en su vida diaria
- Aficiones y lugares que frecuenta
- Relaciones sociales
- Participación en los actos religiosos (Tipo de religión, ¿Practicante?)

##### **3- Iniciación**

- Edad en que comenzó a trabajar
- Visiones o locuciones sobrenaturales.
- Transmisión del don o proceso de aprendizaje.
- Ritual de la adquisición del don.
- Efectos identificativos
- Antecedentes de curanderos en la familia.
- Antecedentes en la zona.

##### **4- Lugar donde se desarrollan los cuidados (observación participante y fotografías)**

- Descripción
- Presencia de imágenes u objetos de significación especial o mágica

- Senas externas de identidad
- Cargo del cuidado de la casa

## **SESIÓN SEGUNDA**

### **5- Técnica:**

- Modalidad de atención (consulta en casa, domiciliarias, itinerantes...)
- Días y horario de visitas
- Formas de contactar
- Formas de acceso a la consulta
- ¿Cuál es la forma de admisión de pacientes en su institución? ¿Le parece adecuada?
- Gestos o postulados para recibir a los pacientes.
- ¿Cómo describiría el lenguaje que utiliza como profesional?
- Además de los cuidados propios de su profesión ¿qué otras funciones realizas al cuidar?
- ¿Qué tipo de enfermedades trata?
- Procedimiento para curar
- Aconseja ¿encomendarse a alguna devoción religiosa?
- Actitud hacia el Sistema Sanitario Oficial
- ¿Crees en las supersticiones?

### **6- Usuarios:**

- Tipología
- Honorarios y regalos
- Medios de propaganda y difusión
- Problemas de tipo legal
- ¿Sabes si tus pacientes visitan el sistema oficial?
- ¿Cómo contemplan la Salud y la enfermedad?
- ¿Crees que tus cuidados están validados por tus clientes?

# ENTREVISTA A CUIDADORES PROFESIONALES ENFERMEROS

## SESIÓN PRIMERA

### 1- Datos Personales:

- Nombre y apellidos
- Lugar de nacimiento
- Situación familiar (estado civil, hijos)
- Profesión o rentabilidades
- ¿Cuál es su salario aproximadamente?
- ¿Fuera de su trabajo proporciona cuidados?
- Nivel de formación
- Educación religiosa

### 2- Rasgos principales (observación participante y entrevista)

- Describir el uniforme, los colores
  - Aficiones
  - Relaciones sociales
- ¿Tienes amigos pertenecientes al entorno sanitario?
- ¿Sueles hablar de tu trabajo cuando sales de él?
- Participación en la religión
- Tipo de religión
- ¿Practicante?
- ¿Crees en los milagros, apariciones, actos de fe?

### 3- Iniciación:

- Edad en que comenzó a trabajar
  - ¿Piensas que tienes alguna habilidad especial para ser enfermera?
  - ¿Cómo descubrió que le gustaba la enfermería?
  - Antecedentes familiares
- ¿Algún miembro de tu familia anteriormente fue enfermero?
- Además de ti hay ¿algún otro miembro de tu familia, enfermero?
- ¿Te gustaría que tus hijos fueran enfermeros?

- ¿Conoce a curanderos que vivan en su entorno sanitario?

#### **4- Lugar donde se desarrollan los cuidados (observación participante y fotografías)**

- Descripción
- Presencia de imágenes u objetos de significación especial o mágica
- Senas externas de identidad

### **SESIÓN SEGUNDA**

#### **5- Técnica:**

- Situación de la consulta o el estar de enfermería dentro de la organización
- ¿Cuál es la forma de admisión de pacientes en su institución?
- ¿Cómo describiría el lenguaje que utiliza como profesional?
- ¿Cuál es su horario de trabajo?
- Además del sitio donde trabaja:  
¿Presta cuidados a familiares, vecinas...?
- Además de los cuidados (propriadamente técnicos) ¿qué otras funciones realizas al cuidar? (asesora, consejera, escuchar...)
- Podrías describir el proceso de cuidar
- ¿Sigues algún modelo a metodología (PAE)?
- ¿Qué tipo de enfermedades tratas?
- ¿Has visitado alguna vez un curandero o lo has aconsejado?
- ¿Qué actitud tienes ante los curanderos?
- ¿Crees en las supersticiones?

#### **6- Usuarios**

- ¿Sabes si tus pacientes visitan a los curanderos?
- ¿Cómo contemplan la Salud y la enfermedad? ¿Mezclan lo religioso con el sistema sanitario? ( estampas, ayuda espiritual)
- ¿Crees que tus cuidados están validados por tus clientes?
- ¿Cómo crees que esta contemplada la figura de la enfermera en la sociedad?
- ¿Alguna vez te han regalado algo por prestar tus cuidados?
- ¿Qué piensas del sistema sanitario actual?
- Difusión y propaganda que se le hace al sistema sanitario

- ¿Sabes cuanto pagan los usuarios por la Sanidad?

Mostramos nuestro agradecimiento a los enfermeros y cuidadores profesionales que desinteresadamente, nos han mostrado sus conocimientos y opiniones

Eskerrik asko.