

Proyecto Docente

2021
Granada

Rosa María Medina Domenech

Departamento: Anatomía Patológica e Historia de la Ciencia. Facultad de Medicina.
Instituto Universitario de Investigación de Estudios de las Mujeres y de Género
de la Universidad de Granada.



UNIVERSIDAD
DE GRANADA

Este texto está sujeto a la **Licencia Creative Commons Atribución**

NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/> o envíe una carta a Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

Portada: Pablo Picasso. *Ciencia y Caridad*. Barcelona, 1897. Óleo sobre lienzo 197 x 249,5 cm. Museu Picasso, Barcelona. Donación Pablo Picasso, 1970. MPB 110.046. Museu Picasso, Barcelona. Fotografía, Miquel Coll © Sucesión Pablo Picasso, VEGAP, Madrid 2020

Proyecto Docente

Rosa María Medina Domenech

**Resolución de 6 de abril de 2021 de la Universidad de Granada
modificada por la Resolución 10 de mayo de 2021
(BOE 24 de mayo de 2021)
Código de la plaza: 12/2/2021**

Categoría: Catedrático/a de Universidad

<i>Área</i>	Historia de la Ciencia
<i>Perfil de docencia</i>	Historia Cultural e Interdisciplinar de la salud, enfermedad y la medicina
<i>Perfil investigador</i>	Historia, cultura y emociones en los procesos de salud, enfermedad: análisis desde metodologías interdisciplinares
<i>Departamento</i>	Anatomía Patológica e Historia de la Ciencia

FACULTAD DE MEDICINA



UNIVERSIDAD
DE GRANADA

Este Proyecto Docente se presenta para la obtención de la plaza con código 12/2/2021, correspondiente al concurso convocado por la Universidad de Granada (Resolución de 6-4-2021 de la Universidad de Granada, modificada por la Resolución de 18-5- 2021 y publicada en el BOE del 24-5- 2021) por la que se convoca acceso a plazas de cuerpos docentes universitarios para optar al cuerpo de Profesorado Catedráticos/as de Universidad, por el Área de Historia de la Ciencia. Esta plaza se define con el perfil docente de "HISTORIA CULTURAL E INTERDISCIPLINAR DE LA SALUD, ENFERMEDAD Y MEDICINA" y el perfil investigador de HISTORIA, CULTURA Y EMOCIONES EN LOS PROCESOS DE SALUD, ENFERMEDAD: ANÁLISIS DESDE METODOLOGÍAS INTERDISCIPLINARES.

La presentación del proyecto docente es uno de los requisitos necesarios para el acceso al cuerpo de Profesores o Profesoras Catedráticos o Catedráticas de Universidad según la Ley Orgánica 4/2007 de 12 de abril (LOMLOU) por la que se modifica la Ley Orgánica 6/2001 de 21 de diciembre (LOU). Esta ley más reciente estableció una nueva definición de los cuerpos de personas funcionarias docentes, y un nuevo procedimiento de acceso que requiere la obtención previa de una acreditación por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA). Esta acreditación, obtenida por la candidata con fecha 28 de abril del 2020, la habilita a concurrir en todo el territorio nacional a concursos de acceso al cuerpo docente universitario de catedráticos o catedráticas de Universidad en la rama de conocimiento de Arte y Humanidades.

La normativa actual de la Universidad de Granada, según lo dispuesto en la convocatoria, establece que las personas aspirantes deberán entregar un Historial docente e investigador, un Proyecto Docente y un Proyecto Investigador (Procedimiento aprobado en Consejo de Gobierno de la Universidad de Granada del 27 de septiembre de 2011, y publicada en el BOJA número 199 de 10 de octubre de 2011).

***“Recordad, la mente es como un abanico,
si no se abre no sirve para nada”.***

Manuel López de Lerma Díez

(En Araujo, Ángel, Un sol en cada plaza, 2015, 114)

A mi madre, sin la que nada de esto hubiera sido posible.

Índice

I	Capítulo I Hacia una historia de la experiencia de enfermar	13
II	Capítulo II Metodologías docentes	71
III	Capítulo III Evaluación	89
IV	Capítulo IV Materiales docentes	121
	Bibliografía	341

Capítulo I

Hacia una historia de la experiencia de enfermar



1	Justificación de la propuesta docente	15
2	Interdisciplinariedad: necesidad y reto	23
3	Saberes y emociones en la historia del padecimiento	29
4	Una historia de la enfermedad centrada en la experiencia doliente	39
5	Archivos de la experiencia doliente	53

Capítulo I

Presentación PD



1 Justificación de la propuesta docente

El perfil docente e investigador propuesto para esta plaza se sustenta en el devenir de nuestra materia en las últimas décadas. Para elaborar la propuesta me basaré en la experiencia adquirida a lo largo de la biografía académica individual, tanto como institucional/grupal, del área de Historia de la Ciencia dentro del departamento Anatomía Patológica e Historia de la Ciencia de la Universidad de Granada y de los Institutos de Investigación a los que he pertenecido estos años (Paz y Conflictos e Estudios de las Mujeres y del Género). Las transformaciones intelectuales e institucionales, el propio proceso personal y las oportunidades docentes y de investigación de las últimas décadas enmarcan, por tanto, la forma y fondo de esta propuesta.

Trazaré el proyecto como un itinerario que se viene configurando desde la historia de los saberes sobre la salud y la enfermedad y la propuesta de hacer historia de la experiencia doliente. Me situaré por tanto desde una historia de saberes culturales (incluidos los biomédicos) que han proporcionado alivio y desarrollado diversas prácticas para afrontar el padecimiento.

Utilizaré una narrativa engarzada en el anclaje histórico que proporciona la biografía personal, para ir componiendo el sentido y significado de la propuesta. Amparada en el marco normativo que permite flexibilidad en la forma de presentación del proyecto, he tratado de reflexionar y darle sentido a las transformaciones conjuntas, de la materia docente y de una trayectoria de investigación académica que ha navegado, no siempre con la misma

agilidad, entre diversas disciplinas y escenarios institucionales que cristalizan en este proyecto docente e investigador. Espero, como objetivo tentativo, que la propuesta consiga plasmar una idea que considero central para el análisis histórico del saber. Me refiero a que toda forma de cocimiento es hija de su tiempo, es decir, de sus instituciones, regulaciones, gobiernos y agentes sociales, tanto como de los mecanismos discursivos y diversidades culturales de cada contexto, con sus agentes históricos respectivos. La propuesta da forma a una **visión mundana del saber** y, en concreto, del saber sobre el padecimiento, que reordena las jerarquías y descentra la (bio)medicina situándola como una etnociencia más ante el dolor y el padecimiento (Obregón, 2001), aunque reconoce sus valores epistémicos propios sobre los significados del rigor o la validación.

Este proyecto plantea cierta desobediencia con el reparto separado de tareas entre Historia y Antropología que, como señalaba Diana Obregón (2000), se había dado en el mundo académico de Colombia (y quizá en otras regiones) para el estudio del saber. Parecía que las etnociencias correspondían a quienes practican Antropología, mientras que quienes hacen Historia de la Ciencia se habían centrado en cómo se introdujeron las ciencias modernas en América Latina, asimilando o naturalizando la modernidad. Tampoco trato de justificar, en este proyecto, por necesario que haya sido en años anteriores —especialmente en relación a la presencia de la historia en medicina—, reivindicar y ofrecer las utilidades y beneficios de una disciplina de humanidades en el grado de otra considerada “científica” en el ordenamiento del saber como es la medicina. Numerosos trabajos en los últimos años, en nuestro contexto nacional, han argumentado sólidamente

la necesaria “intervención” de las humanidades en la enseñanza de la medicina. Comelles y Martínez-Hernández ya plantearon en 1993 el papel de la Antropología en Medicina. Más recientemente, Rosa Ballester (2011), en relación al papel de la historia en las llamadas “humanidades médicas”, argumentaba la necesidad de una agenda centrada en la historia de pacientes que también debía incluir el carácter histórico del conocimiento y, especialmente, de la historia de la salud pública en la enseñanza de la medicina. También, en las últimas décadas, Diego Gracia y José Lázaro (1991) han expuesto argumentos necesarios sobre el papel de las humanidades médicas, especialmente en su vertiente ética y filosófica, situándose como continuadores de la antropología filosófica de Pedro Laín Entralgo (1985).

Sin embargo, lo que planteo en este proyecto es, precisamente, superar el reparto entre disciplinas, en el que subyace un juicio sobre su mayor o menor grado de “cientificidad”, y reflexionar sobre la apuesta interdisciplinar (mestiza o híbrida) de las disciplinas tradicionales en el contexto del siglo XXI. Aportaré algunas reflexiones sobre cómo cristalizar esta apuesta en una historia del padecimiento que contemple, además, **la experiencia como forma de producción de saber** – de un saber, quizá, no sistemático – que vaya más allá del binarismo experto/lego. No se trata, por tanto, de un proyecto finalizado, sino, más bien, de un proceso de indagación que las circunstancias institucionales y biográficas me han permitido sostener; sigue siendo un trabajo en construcción tanto en la tarea docente como en la de investigación. Una de esas circunstancias institucionales, relevantes para el enfoque de este proyecto, es el haber estado involucrada, a lo largo de los años, en experiencias docentes no sólo centradas en el alumnado de

Medicina. La preocupación por transmitir la reflexión histórica sobre la enfermedad y la medicina, en aulas fuera de la Facultad de Medicina, ha dado forma a la concepción sobre la materia que plasmo en este proyecto y que se une a la propuesta de Joan Scott de situar a la historia como parte de la teoría crítica que contribuye a reflexionar y transformar el mundo presente (Scott, 2017).

Cuando en 1989 entré a formar parte del grupo que constituía el Área de Historia de la Ciencia, como becaria predoctoral FPU, en el marco institucional del Departamento de Anatomía Patológica e Historia de la Ciencia de la UGR, la docencia encargada se expandía por diversas licenciaturas, configurándose más como Historia de la Ciencia que como una Historia de la Medicina exclusivamente. Algunas de las asignaturas que se han ido impartiendo hasta la fecha han sido:

- a Terminología científico-médica (Traducción e interpretación, 1983-2015)
- b Historia de las ciencias de la vida (Biología 2003-2009).
- c Historia de la química
- d Historia de la ciencia y de la técnica (Licenciatura de Historia, 1999-2010)
- e Ciencia, tecnología y sociedad (Libre configuración específica, 1999-2001)
- f Tecnociencia, medicina y cultura (Libre configuración específica, 2001-2009)
- g Historia de las ciencias de la salud (2012-Presente, Grado de Terapia ocupacional)

- h Historia de la odontología y metodología científica
- i Historia de las ciencias y de la documentación científica (Diplomatura en Biblioteconomía y documentación, 1995-2010)
- j Historia de la medicina (1976-presente)

En la microcultura del área, la Historia de la Medicina tenía mayor raigambre, y quizá mayor prestigio docente, que otras historias de las ciencias. Su implantación física en la Facultad se produjo a partir del nombramiento del Profesor Luís García Ballester (1936-2000), en 1976, como primer Catedrático de Historia de la Medicina en la Facultad de Granada, contando con Guillermo Olagüe de Ros como Profesor Agregado. Además de la docencia e investigación histórica, García Ballester impulsó el desarrollo y primer servicio de documentación hospitalaria de Andalucía, con implicaciones docentes para el área. También puso en marcha la hemeroteca de la Facultad y Hospital Clínico, que cuenta hoy con un rico fondo histórico hemerográfico gracias a la centralización de fondos, iniciada a finales de los setenta, tareas a la que también dedicó mucha empeño Guillermo Olagüe de Ros (Ortiz, 1997; Olagüe, 2001).

Por los mismos años en que se asentaba la Historia de la Medicina en la Facultad, cursé la licenciatura de Medicina y Cirugía, entre 1975 y 1981, y recuerdo con especial interés la materia que cursábamos en el cuarto año de la licenciatura y entre cuyo profesorado se encontraban dos de los catedráticos del área: Guillermo Olagüe de Ros y Esteban Rodríguez Ocaña.

Para algunas personas que iniciamos los estudios de Medicina en los setenta, la materia de Historia de la Medicina, impartida en el corazón de los “modernos” saberes biomédicos de la carrera, era un revulsivo en el sentido de hacernos repensar la genealogía histórica de lo que, en el resto de las materias, estudiábamos como el mejor de los saberes posibles sobre la enfermedad como “patología” (y la salud). El mejor de los saberes posibles, precisamente, por ser el del presente. Éramos fieles a un **presentismo triunfalista**, particularmente vivo en los jubilosos primeros años postfranquistas, donde la percepción social de haber superado tiempos oscuros, avivaba la ideología del presente como el mejor de los tiempos posibles (Hunt, 2002).

La **asignatura de Historia de la Medicina**, ya en aquel curso 1979-1980, representaba una **luz sobre el papel del pasado** como materia real, constituyente del presente, en cuestiones como el saber biomédico y sus concepciones sobre el cuerpo o la enfermedad. Quizá, así lo vivimos, particularmente, quienes, por venir de familias represaliadas, conocíamos, por la experiencia directa familiar y la memoria viva en nuestras casas, que el pasado no se había difuminado con la muerte del dictador. Desde aquellos años de estudiante de Medicina he valorado mucho, íntima y políticamente (“lo personal es político”),¹ la importancia, política y transformadora, de recordar cómo funciona el pasado

1 La frase no es atribuible a ninguna mujer en particular, es una creación colectiva que trasciende al feminismo blanco. Se trata, por tanto, de un código de lucha feminista activo en la acción política feminista actual. La voz de la Wikipedia da cuenta de cómo algunas feministas rechazan atribuirse la idea. Lo personal es político, Wikipedia, la enciclopedia libre https://es.wikipedia.org/wiki/Lo_personal_es_pol%C3%ADtico#cite_note-Burch139-5 La frase, que aúpa el feminismo de los setenta, cristaliza y da cuenta de una larga historia de la herramienta patriarcal de separar lo público de lo privado que tuvo profundos efectos en la producción del sujeto doméstico/público y de los saberes asociados a la división público/privado (McKeon, 2005; Hellman, 2011).

en el presente. Particularmente, en nuestra recién (re)estrenada democracia, vivíamos en un mundo donde la ideología del “presentismo” aún no había sufrido la nostalgia del “desencanto” que se fue fraguando en los siguientes años de la Transición (Vilarós, 1998). Quienes inauguramos nuestra formación con la muerte de Franco éramos una generación bastante despolitizada, al menos en el sentido tradicional de lo político, y, sobre todo, comparada con la generación que nos precedía y que organizó las resistencias políticas en la Universidad de Granada en aquellos años.

En gran medida cuando, unos años después, me incorporé al área de Historia de la Ciencia para realizar la tesis doctoral que leí en 1993, **recuperé dos percepciones que me habían interesado como estudiante**, sobre lo que representaba el área de Historia de la Medicina. Por un lado, la importancia de comprender los efectos del pasado en el presente. Por otra, el área representaba, al menos para mí, una visión, desde las humanidades, crítica con dos “representaciones”, en el sentido que plantea Stuart Hall (1997), muy operativas en la docencia médica. Por una parte, con la representación de la Medicina como un saber hegemónico, firme creyente en que el presente es el lugar del mejor saber. Por otra, crítica con la visión, también presentista, de que el modelo hospitalocéntrico actual era el mejor de los modelos alcanzables. Aún mantengo vivo el impacto de una de las primeras lecturas históricas que me recomendó José Valenzuela Candelario, de Fernando Álvarez Uría (1983), *Miserables y locos*, sobre pobreza y asistencia en el siglo XIX español. Recuerdo cómo me impactó la complejidad del entramado social de unos siglos que, desde el paradigma ingenuo de una joven especialista recién salida de

la formación como Médica Interna Residente (MIR), parecían simplemente una sociedad “atrasada” contemplados desde la lógica moderna, tecnocientífica y social. El impacto en la memoria que me causó la lectura de este libro cobra sentido hoy, leído desde el devenir de la historiografía y el marco que anima este proyecto. Por una parte, por su enfoque foucaultiano que inspira la concepción del poder en mi propia agenda de investigación y docencia. Por otro, porque anticipaba, como ha señalado Mónica Bolufer (2002), que la temática de la pobreza y la asistencia caritativa ya representa, en sí misma, una preocupación a caballo entre la historia social y la cultural.

Muy brevemente he recordado, desde la **experiencia y memoria personales**, aspectos del pasado que aportan sustento a este Proyecto Docente. De una parte, la importancia de la **memoria personal como forma de acceder a la experiencia** y generar historias menos lineales y más complejas del conocimiento. Por otra, he recogido el **significado y tarea que la Historia de la Medicina tenía en la Facultad de Medicina como materia que aportaba reflexión crítica**, sobre la propia práctica profesional, y trascendía la idea de superioridad epistemológica de los saberes biomédicos o “expertos” que trasmitían el resto de las asignaturas.

2 Interdisciplinariedad: necesidad y reto

La necesidad de incorporar enfoques interdisciplinarios en la docencia y la investigación es una preocupación que recorre las venas de la institución universitaria desde hace varios años y, como sugiero con el título de esta sección, sigue siendo aún una necesidad y un reto, más que un logro.

Una de las **formas más comunes** de abordar la “interdisciplinariedad” consiste en configurar equipos de personas que proceden de disciplinas distintas, alrededor de un tema de investigación específico. Aunque este formato pueda dar frutos importantes, con frecuencia se olvida el difícil proceso de establecer un lenguaje común que permita configurar las preguntas a plantear y las conversaciones académicas en las que se quiere intervenir. Así, la tarea interdisciplinar se puede ver reducida a un reparto poco dispuesto al diálogo y con tareas y metodologías distanciadas. Esto también sucede en la docencia universitaria, de las humanidades o de las ciencias médicas, donde las materias se imparten, con frecuencia, repartidas entre docentes con perspectivas diferentes que no han sido elaboradas y procesadas en un diálogo común.

Merece la pena detenerme en la **experiencia**, que será un faro en este proyecto, para proporcionarle un contexto y darle sentido al enfoque interdisciplinar que planteo, ya que mi propia **biografía académica** proporciona razones para apostar por la interdisciplinariedad. Entre 1991 y 2021 estuve adscrita al Instituto de Investigaciones de la Paz y los Conflictos, de la Universidad de Granada, donde manejábamos, entre la caja de herramientas

teóricas, lo que Johan Galtung, fundador del área de Estudios en Paz y Conflictos y Resolución de Conflictos, había propuesto como “**transdisciplinariedad**”. Precisamente Galtung cuestionaba el modelo de adjuntar disciplinas y en su texto *Peace by peaceful means* (1998) planteaba la tarea transdisciplinar como una manera de pensar a través de las disciplinas, sobrepasando sus techos explicativos particulares, incluso sus formas específicas de operar. El objetivo, como planteaba Galtung era poder proporcionar explicaciones complejas y evitar el reduccionismo de la parcelación. El planteamiento de Galtung no era tanto ofrecer un concepto más, sino que sugería la transdisciplinariedad como una necesidad epistémica ante el reto de explicar fenómenos complejos. En su caso se trataba de la violencia/paz, en el nuestro, de la enfermedad/salud. En ambos casos, podríamos decir, hay que trascender los territorios demarcados disciplinarmente (economía, religión, instituciones, cultura, percepciones, sociedad, o emociones...), si el objetivo es generar explicaciones complejas. Las “prácticas de separación” que planteaba Foucault como herramienta de objetivación (Rose, 1994; Vázquez García, 1995), han establecido históricamente las distinciones entre: salud/enfermedad, locura/cordura, vagancia / incapacidad que afectan nuestro trabajo. Estas prácticas también incluirían los procedimientos por los que personas y poblaciones se convirtieron en objetos de atención médica separados de aquellos objetos de atención por otros aparatos (religión, educación o ley).

El cuestionamiento de las prácticas divisorias inspira una agenda de investigación para la Historia de la Medicina que, como señaló Nikolas Rose (1994), no acepte las demarcaciones y preferencias establecidas por la medicina (curación frente a

prevención, hospital frente a salud de la comunidad) y que afronte el discurso de la medicina como inseparable de las estructuras en las que se desarrolla (no sólo un mero contexto). También, como interesa subrayar aquí, las demarcaciones disciplinares producen efectos, no siempre deseables, en nuestra docencia tanto como en nuestras hipótesis de investigación y explicaciones aportadas al enigma de la enfermedad. Aún más, algunos de nuestros “objetos” de análisis o preguntas de investigación son resultado de preocupaciones más disciplinares que de asuntos que afectan al mundo.

Galtung (1998) señalaba que aceptar el reto del trabajo transdisciplinar requería humildad para poder reconocer que nuestra pericia, aquella en la que hemos recibido entrenamiento dentro de una disciplina, no es suficiente. En segundo lugar, requería, entender que las cosas (la enfermedad, los saberes sobre la vida etc.) se configuran en procesos y no en eventos, podríamos decir que tienen temporalidades diversas, extrañas a veces (Dinshaw, 2012), que combinan muchos elementos causales a lo largo del tiempo y rompen la formulación binaria pasado/presente. Por último, esta posición transdisciplinar, también requeriría del interés por otras disciplinas: por sus formas de pensar, de dar explicaciones, de plantear preguntas de investigación. Me atrevo a formular este requerimiento desde una óptica más emocional, es decir, que la interdisciplinariedad requiere “empatía disciplinar” y no “enjuizamiento disciplinar”.

Aunque aún siga siendo un deseo más que una realidad, esta idea de transdisciplinariedad inspira esta propuesta de proyecto docente. Al menos en dos cuestiones centrales. Por un lado, en trabajar con la idea de que enseñar y comprender la enfermedad

en la historia nos plantea procesos complejos que requieren del trabajo compartido. También, en el llamamiento a comprender mejor a otras disciplinas y a sus formas de afrontar la indagación y aportar visiones, metodologías, materiales y conceptos útiles de otras disciplinas que nos ayuden a enseñar cómo comprender la enfermedad como experiencia clave para la humanidad. Viviendo en el tiempo actual con experiencias tan dolientes como las ocasionadas por la pandemia de COVID, resulta complicado plantear que quienes hoy estudien los grados o carreras tendrán suficiente (teoría, metodología, etc.) con las herramientas de disciplinas constituidas en siglos anteriores. Como señalaba recientemente, en el debate público de twitter, el antropólogo Corsin² es fundamental conocer el uso de las mascarilla en clave cultural.

Diseñar políticas a las bravas, despreciando y desconociendo los usos populares, por muy racionales y razonadas que sean aquellas, nunca sale bien. Y seguimos sin tener idea de algo tan básico como qué usos y percepciones (de seguridad, confianza, cuidado) damos a las mascarillas.

Para manejar y aliviar el contagio, no basta con confiar en el “progreso” y en la fabricación de mascarillas con tecnologías punteras o vacunas eficaces. El proceso científico-técnico no es progresivo o lineal, sino históricamente específico. Sin olvidar que constituye sólo un factor más, entre los numerosos factores sociales y culturales amalgamados con el uso de las mascarillas o vacunas, tanto como lo fue en los procesos pandémicos del pasado (Báguena Cervellera, 2020; Porras, 2002 y 2008).

2

<https://twitter.com/acorsin/status/1417171742188089344?s=20>

Sigue siendo necesario comprender, en relación a la pandemia actual de COVID, explicada en la — históricamente reciente — clave microbiológica, que el contagio atraviesa, de muy diversas maneras, la experiencia humana, como para confiar en que una sola disciplina explicará un proceso tan complejo (corporal, social, moral, experiencial, discursivo y generizado...) como el contagio.³ Una docencia que piense en la formación con la mirada puesta en el futuro, ha de transmitir esta insuficiencia de los saberes parcelados para los retos que depara el futuro, porque en sí misma estas prácticas “producen” objetos de análisis que quizá son más fabricaciones de la mente disciplinar que procesos humanos complejos.

3 López Terrada, 1991; Báguena, 1999; Dopico, 2001; Bashford, 2004; Wald, 2008; Pelling, 2014. Desde la emergencia del brote pandémico, numerosos grupos de trabajo, con perspectiva cultural o social, han difundido reflexiones de gran interés. Véase por ejemplo la interesante serie Dispatches from the pandemic publicado por Somatosphere <http://somatosphere.net/series/dispatches-from-the-pandemic/>. También la Sociedad Española de Historia de la Medicina ha desarrollado la serie Epidemias y salud global Reflexiones desde la Historia con diversos recursos disponibles en <https://sehmepidemiassaludglobal.wordpress.com/>

3 Saberes y emociones en la historia del padecimiento

Para una apuesta docente inter(trans)disciplinar, los Estudios Sociales de la Ciencia han generado, también, herramientas teóricas útiles para trabajar en la docencia de una Historia de los saberes sobre el padecimiento. Me referiré brevemente a algunas aportaciones concretas de Donna Haraway y Bruno Latour porque iluminan transversalmente tanto la concepción de “saber”, como la manera en la que la ciencia y el saber, en un sentido general, entran en acción.

La bióloga Donna Haraway co-fundadora del Departamento de *History of Consciousness* en la Universidad de California (Santa Cruz), es una de las teóricas críticas feministas más influyentes en el feminismo contemporáneo. Sus aportaciones sobre la perspectiva parcial y local (anti-universal) de todo conocimiento situado, plantea aún todo un reto para la investigación. Este reto ha sido asumido, con mucho compromiso, por la investigación de género y feminista. No es fácil plantear una docencia y desarrollar una investigación que incorpore que “los conocimientos situados requieren que el objeto del conocimiento sea representado como un actor y como un agente, no como una pantalla o un terreno o un recurso, nunca como esclavo de un amo que cierra la dialéctica en su autoría del conocimiento objetivo” (Haraway, 1995, 341). En relación a la docencia esta concepción sobre lo situado del conocimiento advierte, muy certeramente, del riesgo de transmitir las materias como esclavas de ciertos amos, sean las instituciones o, incluso, quienes enseñamos. Haraway apuesta por mantener

una relación crítica y reflexiva con la dominación y atenta con las desigualdades en el privilegio y la opresión de todas las posiciones en juego.

Mediante el uso de metáforas vivas tanto como informáticas o cyborg, Haraway ofrece una narrativa que leo como planteamiento transversal sobre el conocimiento. Me refiero a enseñar sin centros ni periferias de conocimiento sino transmitiendo el conocimiento como un “circuito universal de conexiones”. Yo añadiría que un circuito también a través del tiempo que comunica pasado <-> presente, como nos recuerdan los Estudios Culturales, y que nos deja en una trama de múltiples conocimientos locales de diversas temporalidades. La docencia, particularmente desde las humanidades, debería transmitir destrezas epistemológicas y metodológicas para una cuestión que entiendo transversal en la docencia de la historia de los saberes. Me refiero a enseñar con el objetivo de que el alumnado adquiriera la habilidad de “traducir los conocimientos entre comunidades muy diferentes y diferenciadas a través del poder” (Haraway, 1995, 322). También, a transmitir el saber con un “mirar desde abajo” que incluye tanta pericia con las visualizaciones técnico-científicas como con los cuerpos y con el lenguaje, con las mediaciones de la visión. Este “mirar desde abajo” sería la objetividad feminista, dispuesta a aceptar y analizar el papel de la especulación en la producción de conocimiento. Algo que Haraway plantea como modo de hacer de la ciencia — profundamente especulativa con todo su “rigor” —, tanto como compromiso con nuestros presentes y futuros posibles. La exposición reciente, comisariada por Maria Ptqk en el CCBA de Barcelona “Ciencia *fricción*. Vida entre especies compañeras”⁴

4 Ciencia fricción. Exposiciones. CCCB
<https://www.cccb.org/es/exposiciones/ficha/ciencia-friccion/234907>

expande el pensamiento de Haraway y de otra bióloga, Lynn Margulis, mostrando la imposibilidad del mundo antropocéntrico pues la biología deja clara la interdependencia de la vida y la falacia de la supremacía humana. Como inspiración y apoyo a lo que planteo en este proyecto docente, la exposición creo que muestra bien las aperturas que ofrecen las visiones interdisciplinares, especialmente ante la crisis medioambiental y sus efectos en la salud global que empezamos a percibir.

Este enfoque en el aula es esencial, pues vincula a quien se sitúa en el lugar “estudiante” con sus responsabilidades futuras en el mundo y, más específicamente, con la transformación de los sistemas de conocimiento y el reconocimiento de la vulnerabilidad de todo conocimiento.

Donna Haraway no estuvo sola para pensar estas cuestiones, no es una aislada “genia” de las ideas, en el sentido explicativo heroico que proporcionaba la historia de la ciencia más tradicional. Haraway piensa contando con la memoria transformadora de los cambios sociales (y universitarios) de los años sesenta y setenta en EEUU. Sus aportaciones se entienden en conversaciones situadas y comprometidas que incluyen a otras autoras tan relevantes como Sandra Harding o Evelyn Fox Keller. Aquí me he limitado a recoger cuestiones que entiendo esenciales para un proyecto docente, interdisciplinar y cultural, sobre la historia de la enfermedad y la salud. Particularmente, me parece fundamental su visión de la vulnerabilidad situada del saber. También, el haber destacado la importancia de la especulación (o intervención creativa) como forma de transformar. Son dos aspectos esenciales de los enfoques feministas que me son queridos y de gran ayuda para sustentar este proyecto docente.

Un último aspecto del trabajo de Donna Haraway, fruto también de la posición feminista del saber, me servirá de enlace con los Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología. Me refiero a que el pensamiento de Haraway invita a rechazar la idea de objetos de conocimiento como pasivos e inertes (como en la racionalidad científica tradicional), “los conocimientos situados requieren que el objeto del conocimiento sea representado como un actor y como un agente, no como una pantalla o un terreno o un recurso, nunca como esclavo de un amo que cierra la dialéctica en su autoría del conocimiento objetivo” (1995, 341). Los objetos – incluyendo las diversas materialidades involucradas en la ciencia médica en acción –, no son pasivos. Este planteamiento, presente en Haraway desde su manifiesto ciborg de 1991, desoye la lógica tradicional del descubrimiento y plantea que las versiones del mundo dependen de la relación social, de las conversaciones que se generan, sin olvidar que están cargadas de un poder distribuido de forma desigual.

Incorporar el **valor de los “actantes” o actores, incluidos los objetos materiales en acción**, requiere (re)pensar cómo se produce la articulación de los diferentes elementos. En este sentido el concepto de **ensamblaje** que ha adquirido relevancia, en los últimos años, resulta muy útil para poder pensar y enseñar cómo se producen interacciones para la producción de conocimiento. Como plantea Rose (1994) la idea de ensamblaje puede relacionarse con la agenda de investigación que generaron las ideas de Foucault. Las máquinas de producción de verdad de Foucault son ensamblajes de partes, un régimen de miradas y espacios en los que puede emerger el conocimiento. Esto lo ejemplifica Foucault con el surgimiento del hospital en el siglo XVIII. Muy esquemáticamente

y con el objetivo de ejemplificar la idea de ensamblaje para la docencia de la historia de la enfermedad, podríamos decir que en el surgimiento del hospital confluye:

- a urbanización e industrialización, ingreso de enfermos
- b leyes de asistencia por la cuestión social
- c cuestionamiento del valor del hospital como lugar de enfermedad y miasmas (para justificar su existencia había de transformarse en lugar de luz y “máquina de curación”)
- d visibilización y normalización de la enfermedad a través del reclutamiento de pacientes y autopsias. Los síntomas toman sentido porque pueden entenderse como un caso particular en el marco de un comportamiento normalizado
- e el sensualismo que le dio dignidad epistemológica a la observación que estimuló el empiricismo
- f el pensamiento estadístico (Laplace, Condorcet, pensamiento probabilístico)
- g el dispositivo espacial del hospital.

Visto como ensamblaje, el hospital no es un objeto dado para nuestro análisis o explicación, sino una espacialidad a explicar donde se produce una forma de conocimiento con sus variaciones y contextos.

En el acercamiento historiográfico que realicé para apoyar el proyecto docente de titularidad (Medina Doménech, 2005), ya señalé las potencialidades de pensar desde el modelo de los

ensamblajes para entender el saber en acción. Su importancia venía de la mano de las aperturas generadas por la revisión postcolonial de la historia de la ciencia. Helen Verran y Turnbull (1995) mostraron, en su estudio sobre la comprensión territorial de los aborígenes australianos, la utilidad de pensar en términos de “ensamblajes”. Para este proyecto docente me parece importante recuperar la utilidad del término ensamblaje en la docencia de la historia de los saberes sobre la salud y la enfermedad. En su formulación inicial Giles Deleuze y Felix Guattari (1987) definían ensamblaje como:

«Una episteme con tecnologías añadidas pero que señala la contingencia ad hoc de un collage en su capacidad para abarcar una gran variedad de componentes incompatibles. También hace referencia a prácticas activas y en evolución más que a estructuras pasivas y estáticas. Implica una solidez construida sin un marco teórico completamente interpretado y acordado. Pero, a la vez, sugiere la naturaleza inherentemente espacial de las prácticas y de sus relaciones.»

En este proyecto planteo afrontar la historia del conocimiento sobre la enfermedad/salud y su enseñanza con este modelo en mente. Esta formulación de los **ensamblajes como articulaciones para la producción del saber** recupera visiones premodernas, como señalaba Bruno Latour en su provocadora monografía “Nunca fuimos modernos” (2007). Latour subrayaba las continuidades temporales con la “premodernidad”, en el sentido de que la modernidad no ha podido consolidar y estabilizar, completamente, algunos de los binarismos cartesianos sobre los que se asienta el conocimiento techno-científico. De hecho esta visión dicotómica

(cuerpo-mente, naturaleza-cultura, vida-muerte, psique-soma) está siendo contestada desde algunas parcelas del propio saber biomédico (Sandeep, 2017).

A efectos de nuestra docencia, argumento en este proyecto la importancia de incorporar estos **modelos complejos de la producción del saber en la práctica**, aunque suponen un reto explicativo. El modelo de “ensamblajes” en la producción de saberes sobre la enfermedad o el cuerpo, ayuda en el enfoque transdisciplinar, proporcionando visiones alejadas de ciertas explicaciones causales cerradas sobre sí mismas. Ayuda a producir explicaciones no cerradas, pues las dinámicas de los ensamblajes, el pensar sobre las “imbricaciones” de sus partes, abren la posibilidad de futuras investigaciones que incluyan lo material más allá de concebirlo como mera herramienta humana, como plantean los nuevos materialismos (Star y Lampland, 2009; Sánchez Criado, 2016). Así se puede transmitir el conocimiento, desde las humanidades, como un saber en marcha que se transforma en su recorrido espacial e histórico y que necesita abrirse a su nuevo mundo.

Una contribución específica, a este proyecto docente, procedente de la línea de investigación que perfila la plaza, es incorporar, también en la docencia, las emociones o sentimientos como “actantes” en los ensamblajes que producen saberes sobre la salud y la enfermedad. No sólo para explicar las emociones como actantes en la generación de saberes considerados “expertos”. También para indagar en su papel en los saberes locales, subalternos o experienciales. Quizá, incluso podríamos plantear, que las emociones circulan a través del ensamblaje de diversos saberes (con sus materialidades) y contribuyen a darle sentido y

alivio al padecimiento humano.

En nuestro trabajo de investigación en colaboración con Richard Cleminson mostramos el papel de los valores profesionales imbricados en tecnologías médicas para la toma de decisiones sobre el cuerpo de las personas que recibían el diagnóstico de “hermafroditas” (intersexualidad) en las décadas iniciales del siglo XX (Cleminson & Medina Domenech, 2004; Cleminson 2012, Vázquez & Cleminson, 2018). Este trabajo hacía parte de un monográfico publicado con Alfredo Menéndez en la revista *Dynamis*, que profundizaba sobre el significado histórico de los objetos del tecnomundo médico poniendo el foco en diversos escenarios históricos y geográficos contemporáneos (Medina Domenech & Menéndez Navarro, 2004). Más recientemente hemos mostrado que las emociones y sentimientos juegan un papel determinante en el ensamblaje de la clínica sexual contemporánea aunque no “cristalicen” explícitamente, ni sean admitidas por profesionales como determinantes de las decisiones en los procesos de modificación de los cuerpos intersex (Fernández Garrido & Medina Domenech, 2020).

En la experiencia docente de la asignatura de Historia de la Medicina, la incorporación de seminarios de debate a la docencia de la materia troncal, permitió explorar, a partir de estudio de casos específicos, algunas formas de intervención de los sentimientos en los procesos históricos de enfermar. Sobre la base de nuestras investigaciones propuse e impartí, durante varios cursos, el Seminario titulado “Hermafroditas” que puede verse en el apartado de “Programas” de este proyecto. Los debates con los grupos reducidos permitían un diálogo fluido donde emergían las concepciones y valores subyacentes, cargados de emociones,

y con los que futuros profesionales tendrían que trabajar, ante la problemática de personas con cuerpos que no encajan en el binarismo sexual tradicional que se estudia como “normativo” en las aulas de Medicina. También organizamos un seminario centrado en los “artefectos” -- puede verse la guía en la misma sección--, presentes en diversos padecimientos, donde la colaboración de estudiantes de antropología y medicina permitió una experiencia muy enriquecedora que inició la indagación sobre los vínculos emocionales con las materialidades que venimos desarrollando en nuestra investigación actual.

El enfoque histórico sobre las emociones en la cultura que vengo desarrollando como línea de investigación en los últimos años, ha sido de enorme utilidad para la docencia específica de la Historia de la Enfermedad (y la Medicina) orientada a la formación de estudiantes de antropología. Como puede verse en el programa de la materia, hay temáticas donde, de forma más específica, se pueden analizar los procesos emocionales. Cuestiones como la búsqueda del alivio en las comunidades curativas que emergieron en el siglo XIII en el mundo medieval occidental, que la historiadora Sara Ritchey (2016) viene estudiando, muestran la importancia de los vínculos afectivos para darle sentido a los procesos de enfermar. Esas comunidades, como los actuales grupos de ayuda mutua, merece la pena plantearlos en la docencia como testimonio del carácter colectivo del saber sobre la enfermedad y de la importancia del alivio que trasciende a la terapéutica biomédica individualizada. Como muestra Ritchey, fueron habituales las comunidades o más bien redes sociales no institucionalizadas alrededor de santas o santos no muy conocidos. Las comunidades contribuían a tejer procesos narrativos, relatos de historias del

poder curativo de la santa y alentaban a traducir el sufrimiento de cada cual en narrativa. Estas narrativas moldeaban las experiencias de enfermar y el proceso de curación de las personas que vivieron en aquel periodo. Los relatos de los cambios en las creencias y comportamientos, se planteaban en clave de curaciones. El trabajo de Sara Ritchey (2016) ejemplifica, para este proyecto, un enfoque docente de la historia que permite plantear cuestiones muy vivas en el presente preservando el historicismo y evitando, por tanto, presentismos. El trabajo de esta medievalista inspira para enseñar la historia de la enfermedad en relación con el presente, no sólo como genealogía histórica, sino como reflexión y conocimiento sobre nuestros presentes. En su libro reciente con Sharon Strocchia (Ritchey & Strocchia, 2020) plantean el género como un principio organizador de la atención a la enfermedad, desafían los binarios tradicionales que separan históricamente asistencia/curación, medicina/religión, y curación doméstica/servicios médicos, en el contexto histórico medieval. Destaco estos trabajos históricos como inspiración docente, precisamente, porque cuestionan una visión separada y privilegiada del saber experto, contribuyendo a una de las mejores enseñanzas de Joseph Needham, que como he comentado subrayó Diana Obregón (2001), la de ubicar la ciencia como una etnociencia al lado de otras etnociencias.

4 Una historia de la enfermedad centrada en la experiencia doliente

“Una historia es experiencia vicaria, y el tesoro de narraciones en que podemos entrar incluye, ambiguamente, relatos de experiencias reales u ofertas de una imaginación culturalmente conformada”.

(Bruner, 1990, 85)

Otra **clave para este Proyecto**, resultado del devenir docente y académico, es **enfocar la docencia en la experiencia humana de enfermar**, más que en las ideas o saberes “expertos” generados por la biomedicina. Varias influencias teóricas de las últimas décadas ayudan a comprender este “giro” hacia la experiencia, trataré de exponerlas brevemente. Pero antes me gustaría recordar el efecto que este giro tiene también en las aulas de la Facultad de Medicina. En algunos cursos de la asignatura de Historia de la Medicina, en las clases iniciales, he utilizado una secuencia de *El Doctor* (Randa Haines, 1991), que narra la historia de un cirujano prestigioso y muy especializado que al ser diagnosticado de cáncer, tiene que abandonar su terreno de privilegio y vivir como paciente. Este giro experiencial del médico, captura la atención del alumnado, especialmente cuando, al volver a la docencia clínica, invita a sus estudiantes a cambiar de posición en la experiencia doliente:

“Ahora vais a desnudaros y poner os batas de enfermos [...] hablo en serio. Doctores habéis dedicado mucho tiempo a aprender los nombres latinos de las enfermedades de vuestros pacientes, ahora vais a aprender algo mucho más sencillo: los pacientes tienen

nombres ... se sienten asustados, azorados y vulnerables. Se sienten mal y lo que más desean es ponerse bien y con esa esperanza nos confían sus vidas. Podría intentar explicároslo hasta ponerme ronco, pero creo que no serviría de nada. Yo no lo entendía tampoco. Durante las 72 horas próximas os voy a asignar a cada uno una enfermedad concreta. Dormiréis en cama de hospital, comeréis comida de hospital, se os harán todas las pruebas necesarias, pruebas que algún día prescribiréis, ahora ya no sois médicos, sois enfermos de un hospital. Buena suerte, os veré en las visitas.”

Aunque con la teoría podamos explicar esta visión experiencial de la enfermedad hasta producirnos ronquera, esta escena resume a la perfección la necesidad de centrar la docencia en la experiencia de quien padece. Recientemente Kenneth M Boyd (2020) de la Edinburgh University Medical School y el Institute of Medical Ethics, enfatizaba la experiencia de enfermar frente a las formas limitadas de entenderla de la biomedicina o la religión y señalaba:

“Conceptos como enfermedad y salud pueden resultar difíciles de definir con precisión. Parte de la razón de esto es que encarnan juicios de valor y están arraigados en metáforas. El significado preciso de términos como salud, probablemente curación e integridad (wholness) sigan siendo esquivas, porque la desconcertante apertura de las perspectivas obtenidas de la experiencia sola, se resiste a la reducción de los juicios en primera persona (incluidos los de la religión) en explicaciones en tercera persona (incluidas las de las Ciencias)”.

Trataré ahora de recoger algunos hilos teóricos que me han resultado relevantes en mi propia trayectoria para tejer este enfoque historiográfico que inspira la docencia. La visión (o giro)

postcolonial, que ya planteé en el proyecto para la obtención de la titularidad (Medina Domenech, 2005) ha supuesto orientarse hacia – en el sentido que plantea la teórica feminista Sara Ahmed (2006), de prestar atención – hacia ciertos aspectos, lecturas o enfoques que no son definidos por la biomedicina. Un estímulo cercano para girar y orientar nuestra docencia (e investigación) hacia la experiencia, vino de la apuesta del congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina que tuvo lugar en Granada en el 2008, por centrar las contribuciones en “La experiencia de enfermar en perspectiva histórica”. El congreso contó con más de cien comunicaciones y para el equipo de organización local, constituido por varios miembros del área de Historia de la Medicina, fue una satisfacción la acogida de la temática. Esta propuesta del congreso nacional del 2008, suponía recoger el giro historiográfico de la denominada “History from below” que apostaba por la historia de la gente corriente en lugar de la de sus gobernantes o instituciones. Aunque merecería la pena un trabajo historiográfico riguroso que permitiera indagar la influencia de la **“historia desde abajo” o la “historia de la gente”** en su recorrido a lo largo del siglo XX y su influencia en el campo de la Historia de la Medicina, coincido con Rosa Ballester (2011) en señalar que el trabajo pionero de Roy Porter (1985) “Patient’s View: Doing History from Below” es esencial en nuestra área de especialización para ese cambio hacia una historia de quien padece.

Porter planteaba algunas cuestiones importantes, que comparte este proyecto, sobre el significado de este giro historiográfico hacia la experiencia “desde abajo” en la historia de la medicina. Por una parte, argumentó que ponerse en la piel de quien padece era fundamental porque muchas aflicciones no

pasan por la atención profesional. También advirtió del peligro de caer en una historia uniforme de esta experiencia de enfermar o de seguir una línea narrativa guiada por la historia centrada en los relatos de curación. En realidad, podríamos afirmar que, centrarse en el objetivo curativo es un presentismo, es decir una manera de mirar, incluso a la biomedicina, con óptica contemporánea. Otro aspecto a considerar, desde esta propuesta de **una historia “desde abajo” alejada de los relatos de curación**, es la de hacer historia de las formas en las que la gente ha mantenido rutinas físicas y psicológicas para, lo que Foucault (1990) llamaba, el “cuidado del sí”, frente a los moldes psicológicos que han proporcionado las ciencias psicológicas y cuya crítica debemos, como ha mostrado Francisco Vázquez (2018), más a George Canghuillem que al propio Foucault.

Este punto de interés en el saber sobre lo que queda por fuera del “saber experto”, aproximaba a Porter a lo que, años después, tomaría fuerza como visión o crítica postcolonial. Me refiero a que, ya en 1985, subrayaba que el cuidado de sí, requiere de unos saberes individuales y colectivos. Este enfoque de la historia desde abajo es central en la orientación de este proyecto docente. Tanto por enfocar la atención en la experiencia de enfermar, como por enseñar la historia de la enfermedad no tanto (o no sólo) desde la Medicina – con sus saberes e instituciones y culturas médicas específicas –, sino desde (el saber de) quien padece.

Además, según la propuesta de Porter, acercarse a estos cuidados del sí, para llevar a cabo el objetivo de “*Mens sana in corpore sano*”, implica profundizar en cuestiones históricas más amplias y culturalmente esenciales. Porter se refería a las concepciones del yo, del auto respeto o de la autonomía. También

advertía que considerar la historia de la enfermedad desde abajo, implica dejar otros presentismos y considerar la enfermedad como un evento muy relevante, vitalmente cargado de significado y no tanto, como ocurre quizá en ciertas sociedades actuales, un acontecimiento puntual a superar con tratamiento. También pienso que es fundamental desprenderse en la docencia del presentismo de considerar la enfermedad como evento aislado o individual, una creencia muy arraigada en nuestro presente que con frecuencia olvida entender la enfermedad como proceso colectivo, como resultado del reduccionismo de considerar la enfermedad sólo como patología orgánica.

En este texto historiográficamente programático de Roy Porter, hay una última cuestión, también esencial para nuestra docencia. Como señalaba, ni siquiera la historia de la medicina (como atención) “primaria” es la historia de los alivios primarios que aplica la gente al enfermar. Por tanto, nuestro enfoque docente no es una historia del éxito de la medicalización, al menos no solamente, aspecto que resumía certeramente Porter con la frase “sufferers are fertile in their resources”. Esta fertilidad es la que planteo como uno de los objetivos docentes de una materia que explora la enfermedad como experiencia cultural y lugar para comprender el saber en la cultura del padecimiento.

El éxito en recuperar fuentes históricas fértiles para la historia de pacientes está en manos de quienes historian los siglos XVII y XVIII. Los archivos de correspondencia con médicos han resultado de una riqueza extraordinaria para comprender, no tanto la experiencia de enfermar, sino la forma específica que adquiere esta experiencia cuando las personas se dirigen a los médicos (Pilloud, Hächler & Barras, 2004). Tanto el trabajo pionero de

Barbara Duden (1991) como de Michael Stolberg (2011), utilizando las cartas de pacientes – medio habitual de dirigirse a los médicos en el siglo XVIII centroeuropeo – y diarios médicos, muestran la autonomía de pacientes, y no sólo por elaborar teorías explicativas sobre la enfermedad, al reclamar la existencia de una “materia mórbida”, e ir más allá del humoralismo vigente entre los médicos. También, las mujeres consultaban buscando una mera opinión en los médicos, pues tenían ideas propias sobre qué tipo de terapias podrían beneficiarlas.

En el contexto español de la modernidad, son pioneros y esenciales los trabajos de Zarzoso (2001), Pardo Tomás y Martínez Vidal (2008). Quizá el vuelco historiográfico más relevante, por la expansión extraordinaria de fuentes y acercamiento a la experiencia de quien padece (procesos judiciales, literatura de creación, etc.), pueda atribuirse a la monografía de Carolin Schmitz (2018), *Los enfermos en la España barroca*. La diversidad del archivo y el andamiaje teórico hace de este libro una pieza imprescindible para comprender en profundidad el manejo de la salud desde la perspectiva de quien padece, con una exploración muy estimulante del papel de la colectividad (vecindario) en las decisiones sobre la enfermedad y el alivio. La monografía es el resultado de la tesis dirigida por Mari Luz López Terrada quien también se había acercado a la experiencia del alivio, mediada por curanderos en la Valencia del siglo XVI (López Terrada, 1991). Este acercamiento que arroja luz sobre las experiencias sanadoras a las que recurría la gente lo conocemos también, para el siglo XIX, por trabajos como los de Perdiguero (1992). Por la cercanía departamental, de equipo y proyectos de investigación, conozco algunas investigaciones muy recientes que aportarán luz sobre la perspectiva de quien padece.

La tesis doctoral de Julen Ibarburu Antón (2020) sobre el hospital Real de la Granada del XVIII, incluye capítulos muy orientados hacia la experiencia de quien padece. También las investigaciones recientes de José Valenzuela (2021), utilizando como fuentes los Libros de Entrada de los Reales Hospitales granadinos y fuentes literarias, proporciona una excelente fotografía de la experiencia de enfermar de “bubas” o llagas, en los cuerpos de mujeres, que generó unas taxonomías hospitalarias adheridas a los códigos de género y a la violencia sexual del XVI-XVII. La experiencia de muchas mujeres ingresadas –desnudez, pobreza extrema – fue desgarradora a tenor de los estragos en la apariencia física y, como consecuencia, la alteración de su vida social y subsistencia.

En el entramado historiográfico de su libro, Schmitz sugiere que antes del artículo programático de Roy Porter, este enfoque de la historia de pacientes, ya era una preocupación para historiadores clásicos, como Sigerist y, desde un punto de vista más bioético o “idealizado”, del propio Laín Entralgo (1983, 1964) en su acercamiento a la relación entre profesionales y pacientes. Aunque no comparto la visión, quizá, demasiado optimista – puede que por centrarse en la historiografía de pacientes en la modernidad–, que plantea Carolin Schmitz de la historia de pacientes como un territorio ya asentado dentro de la historiografía médica, sí creo que se trata de un terreno de trabajo en expansión. **Especialmente si, como argumento en este proyecto, la historia de pacientes se abre a la idea más amplia de hacer historia de la experiencia de enfermar, más allá del mundo experiencial concreto que marca la relación con la Medicina.**

Unos años después del trabajo de Porter, la historiadora feminista Joan Scott (1991) reflexionaba sobre los riesgos de caer

en una “ideología de la experiencia” que la asumiera como verdad última de la historia, en nuestro caso, de la historia de enfermar. Como antídoto a caer en esta ideología, la historiadora proponía hacer historia problematizando las categorías que usamos, incluso la de “experiencia”, “Se parte de considerar que la experiencia es lo que la gente tiene en vez de preguntarnos por cómo las concepciones de nosotros (de los sujetos y de sus identidades) son producidas” (782). También, para no caer en esa ideología, habría que desprenderse del axioma de que la experiencia es una fuente fiable de conocimiento.

Joan Scott asumía una posición intelectual postestructuralista y se apoyaba, entre otras, en las aportaciones de la teórica cultural y feminista Teresa de Lauretis (2004) —quien había sugerido que lo que vale como experiencia viene determinado por la época—. También recogía las críticas de la filósofa postcolonial Gayatri Spivak sobre el llamado “efecto sujeto” (2014), es decir que lo que entendemos como experiencia propia es una edificación —a través de un proceso histórico-cultural— para la percepción de un yo individual que hay que ir sosteniendo con diversas prácticas sociales.

Si coincidimos con estas críticas, la experiencia no debe asumirse como una fuente fiable de conocimiento, habría que evitar naturalizarla y tender a analizar la relación entre palabras/cosas tomando todas las categorías de análisis como contextuales, contestables o contingentes, es decir, practicar un sano historicismo en relación a la concepción misma de “experiencia”. Con estas críticas en mente, se trataría por tanto de responder a las preguntas ¿Cómo se produce la experiencia de enfermar? ¿Cómo se reconocen determinadas experiencias en

una época y no otras? ¿Interfieren en esta experiencia el género, la raza o la clase? La enfermedad es una experiencia universal pero ¿es universal la experiencia de estar o ser una persona enferma? ¿Cómo construye una época los significados de padecer una enfermedad? ¿Podemos trasladar expresiones como “pluralismo médico” al pasado, o es más preciso analizar las experiencias y prácticas desarrolladas para aliviar dolencias?

Escapar de la tendencia a naturalizar la experiencia puede implicar asumir ciertos enfoques en nuestros programas de historia de la enfermedad. Algunos **ejemplos** me permiten entroncar con contenidos específicos docentes que he venido desarrollando en los últimos años. Por ejemplo, prestar atención a los contextos y discursos que hicieron posible e inteligible **la experiencia de la convalecencia** en ciertas épocas contemporáneas, una experiencia muy poco historiada a pesar de su frecuente presencia en materiales culturales tan diversos como la novela o la pintura. También, las que hicieron posible la **hipocondría**, que puede considerarse una enfermedad con la marca social del género, casi paralela a la histeria diagnosticada en mujeres. Ciertos contextos posibilitaron la experiencia de la hipocondría más allá de la ansiedad, el comportamiento o la personalidad, como quizá hoy la entendemos (Berrios, 2001; Noyes, 2011). Otras cuestiones claves que podrían formar parte de nuestros programas serían las **quejas**, un aspecto cuyo interés para poner el foco histórico ha mostrado, por ejemplo, Pilar León (2015) y que permite afrontarlas desde perspectivas historiográficas muy distintas. También merecería la pena retomar la línea de trabajo de Elvira Arquiola (1995), en un mundo como el actual que afronta el reto del **envejecimiento** en sus sociedades más ricas, una experiencia vital que pone en jaque los

valores sociales y que entronca con toda la política de los cuidados que viene desarrollando el feminismo en los últimos años, también desde los Estudios Sociales de la Ciencia (Bellacasa, 2017). El final de la vida sería también una experiencia esencial que merecería atención en nuestros programas de historia de la enfermedad tanto en la docencia dirigida a estudiantes de medicina o ciencias de la salud, como de antropología o de historia (en su caso).

El alumnado de Antropología Social y Cultural está familiarizado, a través del enfoque etnográfico, con un acercamiento desde la experiencia, particularmente con la experiencia de quien hace el trabajo de campo, al tratarse de una disciplina con mucho trabajo auto-reflexivo (Kleinman y Kleiman, 1991). En otro sentido, también en los debates de clase es usual que emerjan experiencias personales de padecimiento, particularmente frecuentes en el campo de la salud mental. El ambiente de debate, en una materia enfocada a la enfermedad, estimula la incorporación auto-etnográfica de la experiencia en el aula. El alumnado no es ajeno a una cuestión tratada por figuras de la Antropología médica como Arthur Kleinman (1998). Kleinman, en su acercamiento a la idea de experiencia, enfatiza particularmente, el carácter intersubjetivo de toda experiencia (“nacemos en el curso de una experiencia palpable”) que incluye prácticas, negociaciones y contestaciones que transcurren en mundos locales, que afectan a biologías y moralidades locales. En estas experiencias el cuerpo hace de conector entre lo mundano y supra-mundano. También, leo la aportación de Kleinman en clave de entender la experiencia como una forma de saberes locales, más o menos compartidos (“Culture in the form of local knowledge and practices is as much about what is not shared as it is about what is shared”), y destaco su énfasis

en que lo que importa como experiencia tiene un significado que es tan individual (sentimientos) como colectivo (normas, valores y relaciones). El significado de la experiencia sería similar a una marea que va y viene articulando ambas orillas (individual y colectiva). Hay tres aspectos más que me gustaría destacar porque inspiran la tarea docente e investigadora de este Proyecto. Por una parte, el valor que otorga Kleinman a los procesos afectivos que envuelven toda experiencia. También, por defender que centrarnos en la experiencia supone interesarnos en los procesos de cambio social y en los mundos locales, más que en los procesos globalizados que engendra el neoliberalismo. Por último, coincido con Kleinman, en que enfocarnos en el análisis histórico de la experiencia supone prestar atención a las formas de resistencia. Kleinman, en este texto, se centra en la experiencia histórica del sufrimiento social, mostrando cómo los cambios de sensibilidad de una época, hacen de la experiencia algo cambiante. Pero estas ideas son perfectamente aplicables al padecimiento de la enfermedad.

Estas claves someras interdisciplinares que he expuesto para fundamentar el enfoque de la docencia en una historia desde abajo, más allá de los saberes expertos o la historia de las instituciones sanitarias y sus agentes, abren numerosas preguntas docentes y de investigación que pueden trabajarse en la docencia universitaria. Queda mucho por conocer sobre la “experiencia doliente”, pues dolerse, como advierte Cristina Rivera Garza (2015), requiere un lenguaje y “siempre es escribir de otra manera”. Esta historiadora y novelista mexicana, habla desde el sufrimiento social y denuncia a los “Estados sin entrañas”. Pero esta búsqueda del **“escribir de otra manera” inspira, también, la tarea de enseñar la historia de la experiencia doliente.**

Desde esta óptica de la experiencia, la historia de los saberes expertos se desplaza hacia comprender cuestiones como:

- las diferentes formas de incorporación de los saberes médicos en la cultura de diversos contextos históricos,
- la contribución de los saberes al gobierno del cuerpo individual o colectivo y a la construcción histórica de la “normalidad”, y, sobre todo,
- cuestiones culturales amplias y transhistóricas como: los alivios, los cuidados, la cohesividad social ante la enfermedad, la vivencia del contagio, la percepción de la normalidad, de la salud y la enfermedad en momentos históricos diferentes, la percepción de la locura o la convalecencia, las quejas de pacientes y profesionales, las relaciones entre pacientes y profesionales a lo largo de la historia o el papel de las emociones y materialidades en estos procesos,

por poner algunos ejemplos desarrollados o desarrollables en la docencia.

A la luz de la experiencia docente adquirida estos años, he sugerido algunas de las temáticas en las que puede profundizarse a través de diversos escenarios históricos. He ido configurando este programa de forma orgánica y práctica en lugar de plantear unos contenidos organizados por la temporalidad “ascendente” que corre el riesgo de caer en el presentismo y transmitir una visión progresivista de la historia del padecimiento o de la relación de pacientes y profesionales.

En un aula formándose, particularmente, en materia cultural, este tipo de enfoques abre un diálogo interdisciplinar entre la historia y la antropología que beneficia a la propia investigación y pone en valor la idea de “**comunidad de aprendizaje**” (Elboj et al. 2006). Comparto la idea, e intento ponerla en práctica, de que quien ocupa la posición de “docente” se enriquece haciendo fluida su posición y adquiriendo conocimientos diversos que se ensamblan con los del aula y estimulan la investigación.

Es importante subrayar que este enfoque experiencial de la docencia en historia de la enfermedad se aleja de una visión unívoca u homogénea de la enfermedad y asume la interseccionalidad de toda experiencia y el valor de historizarla a la luz de las herramientas analíticas que proporcionan el género, la raza o la clase social. También se aleja de la idea de que la experiencia en cualquier contexto pueda proporcionar saberes culturales universales. Precisamente este enfoque cultural de la experiencia doliente deja muy claro el carácter local del saber de quien padece pero, también, participa de la idea de que el pasado puede ser un repositorio de saberes para ser articulados en las experiencias del presente (Medina Domenech, 2014).

5 Archivos de la experiencia doliente

Una docencia centrada en la experiencia de enfermar requiere un material histórico adecuado que proporcione un archivo de la experiencia. La problematización historiográfica del archivo, una vez contestada la visión “positivista” en la práctica histórica, ha sido un estímulo intelectual esencial para repensar los materiales para nuestro trabajo. Uno de los aprendizajes de este cuestionamiento ha sido el repensar las fuentes y verlas no sólo como algo procedimental, sino como material con efectos en las preguntas docentes y de investigación que nos hacemos. En relación a cómo construir un archivo de la experiencia, la asignatura de “Metodología Feminista” en el máster GEMMA de Estudios de Género (UGR), ha sido un estímulo esencial para ir configurando una concepción cultural del archivo que no sólo interese a personas licenciadas en el grado de Historia. El alumnado de máster que he ido conociendo en estos años, sintoniza con la preocupación por recuperar las huellas en la historia y memoria de mujeres y personas que a lo largo de la historia han vivido en la disidencia sexual, y que no dejan huella en los archivos institucionalizados. También, es un alumnado con creatividad a la hora de pensar sobre el archivo como intervención política y, quizá, menos “disciplinado” en el sentido foucaultiano del término, es decir, con más disposición a adentrarse en otro tipo de formatos más allá del papel, y desdibujar los límites entre el mundo académico y el del arte.

La crítica a los archivos “oficiales” por la ausencia en sus estantes y cajas del rastro de mujeres, disidentes sexuales

(Cleminson, 2007) o más generalmente de personas disidentes con la hegemonía, no sólo se ha superado con la apuesta de leer el texto contracorriente. Las teorías críticas recientes han producido una biblioteca, extensa y rigurosa, sobre la operación de exclusión de ciertas vidas de los archivos hegemónicos. Estas críticas fueron espoleadas por la reflexión epistemológica del archivo que recogiera Derrida (1997) en “Mal de archivo”, a partir de las problemáticas sobre la memoria del pasado y del cuestionamiento práctico que había generado el asentamiento de internet sobre el archivo institucionalizado. El movimiento de contestación al “archivo oficial” ha procedido, en gran medida, de los estudios de género, los de memoria histórica, los postcoloniales o los estudios procedentes de las disidencias sexuales (Sampedro, 2008; Tortorici, 2014, entre muchos más). Este movimiento de “archivización” crítica redefine el archivo, como planteó Carolyn Steedman (2002), como repositorio de todo aquello que, como el polvo, no se desvanece. Supone, por tanto, abrir el archivo a todo aquello que queremos recordar, por lo que no es difícil comprender que el archivo se convierta entonces en una práctica política. Esta contestación a la visión tradicional de archivo se ha acompañado, también, de lo que podríamos mencionar como una apropiación cultural y también artística, que parece sintonizar fácilmente con la conciencia política en las aulas de estudios de género como muestran los Trabajos Fin de Máster GEMMA que he dirigido en los últimos cursos (Cuevas Parra, 2020; Ortega Ruiz, 2021).

Desde el trabajo docente en el grado, el aula universitaria del siglo XXI supone un reto para estimular la atención de generaciones que son ya nativas digitales, sin duda esto requiere adentrarse en el mundo de las fuentes visuales o sonoras y manejar algo más

que fuentes escritas o textos. En mi propia experiencia he visto, a veces con sorpresa, que en estas aulas hay estudiantes con mucha familiaridad con expresiones artísticas, y con una imaginación documentalista muy estimulada por el mundo visual y tecnificado en el que han crecido.

Algunas iniciativas institucionales, en nuestro contexto geográfico, eran muy prometedoras en relación a la creación de un “archivo virtual de la experiencia”, un proyecto que estuvo presente durante algunos años y donde se recogían testimonios sobre padecimientos tanto como sobre otros eventos vitales. Fue un intento de recopilar experiencias diversas a través de recoger testimonios sobre cuestiones como el baile, la amistad, el ocio o la enfermedad. Tal y como mostraba su presentación: “Usted es protagonista del **Archivo de la Experiencia**, que recoge el relato de personas mayores de 55 años en distintos lugares de España. Hombres y mujeres cuentan ante la cámara una experiencia, un recuerdo o una anécdota que forma parte de sus vidas y que sirve para explicar a las generaciones más jóvenes la historia reciente de nuestro país. Cada protagonista complementa su **testimonio** con un objeto, un documento o una fotografía que ilustrará su relato.”

Era, por tanto, una aportación a la memoria colectiva de la vida cotidiana del siglo XX en nuestra sociedad. Pero, como en otros proyectos digitales, su vida fue efímera, y en la consulta que realicé recientemente me confirmaron su desaparición, una cuestión que sorprende dada la materialidad y volumen de testimonios de la que ya se disponía. Lamentablemente, este ejemplo nos advierte de la **vulnerabilidad del archivo virtual**. A veces, por los vaivenes en su financiación, en este caso se trataba de un fondo europeo que probablemente no encontró posibilidades de continuidad.

En otras, por ser respuesta a problemáticas cuyo interés puede desaparecer. Estos archivos virtuales, como también comprobé en la investigación sobre la colonización de Guinea, el soporte es quizá aún más vulnerable que el del archivo oficial. Algunos de estos materiales han sido archivados en el “Internet Archive” y son aún una buena muestra de las posibilidades que brindaba para la docencia y la investigación.⁵

Una metodología esencial para la contestación del archivo tradicional es la diversificación y el uso de mosaicos de fuentes no consideradas “valiosas”. Durante el proyecto de investigación que concluyó con la publicación del libro *Ciencia y sabiduría del amor*, fue una experiencia comprobar la disonancia entre los discursos que construían unas ciencias del amor en los textos médicos, y lo que testimoniaban las **fotografías, canciones, películas y cartas a consultorios** amorosos por mujeres jóvenes. La orquestación polifónica de voces compendiaba un archivo más profundo del mundo emocional, durante el régimen franquista, e incluso permitía iluminar algunas posturas médicas menos adscritas a los mandatos del nacional-catolicismo. Pero, sobre todo, arrojaban luz sobre lo que hemos denominado como “resistencias emocionales”, es decir prácticas y experiencias no dóciles con el régimen emocional del franquismo (Rosón & Medina, 2017). Esta experiencia de investigación marcó un aprendizaje clave sobre el valor histórico de estas disonancias inesperadas que consideré esencial poder transmitir en la tarea docente.

En este sentido ha sido muy fructífera la **fotografía**. Los trabajos históricos de contraste entre los relatos “oficiales” y las

5 Archivo de la Experiencia
<https://web.archive.org/web/20080629201525/http://www.archivodelaexperiencia.es/testimonios/>

experiencias ocultadas que se desvelaban con la recuperación de fotografías y álbumes fotográficos familiares ha sido esencial para expandir la idea de agencia histórica de sujetos de la historia silenciados. Es fundamental la obra de la fotógrafa e historiadora afro-americana Deborah Willis (1994) que ha llevado a cabo la magna tarea de escribir la historia de la fotografía de las personas negras en los EE.UU. desde 1840 hasta la actualidad, una historia visual y cultural imprescindible que denuncia la historia hegemónica de la fotografía como identidad blanca. La artista trabaja con sus fotografías familiares creando “diarios visuales” que conectan la materialidad de la fotografía con valores colectivos y reparativos de la memoria afroamericana. Estas fotografías han sido reelaboradas en el documental dirigido por su hijo Thomas Allen Harris, titulado *Through a Lens Darkly: Black Photographers and the Emergence of a People* (2014), donde muestra cómo estas fotografías – recuperadas una a una con afecto y gran esfuerzo de investigación – montadas en formato narrativo, reparan un archivo hasta entonces inexistente y construyen una memoria colectiva estadounidense ocultada por el racismo constitutivo de la nación.

La fotografía es poderosa como experiencia inmersiva en una situación histórica. Merece la pena mencionar, como ejemplo de aplicación docente, el seminario práctico sobre “Medicina Colonial” que impartí en la asignatura de Historia de la Medicina, y puede consultarse en la sección de materiales docentes. Utilicé una fotografía de una finca en Guinea Ecuatorial, rescatada del Archivo General de la Administración, datada probablemente hacia mitad del siglo XX, para analizar las causas del paludismo que se vieron agravadas con el proceso de colonización por la metrópolis española. La concreción y especificidad de la escena que generaba

esa fotografía desencadena una experiencia en el alumnado muy vinculada a un sentido, incluso sensorial, que supera el efecto de la lectura “racionalizada” de textos. También he utilizado fotografías para un ejercicio tentativo de reconstrucción histórica a partir de una muestra de material de archivo, en el marco de la asignatura de Metodologías Feministas para abordar críticamente el archivo como base de la metodología histórica. Al suministrar una pieza archivada (carta, relato ficción, fotografía, audio... etc) los equipos trabajan reconstruyendo contexto y tratando de formularse preguntas de indagación no resueltas desde una óptica analítica de género. El resultado ha sido excelente y muy satisfactorio, lo que hace sin duda necesario replantearse el formato docente y encaminarse hacia estas metodologías de carácter más práctico y orientado al quehacer y donde se genere cierto vínculo emocional y sensorial con el pasado, como he planteado en la propuesta “sentir la historia” (Medina Domenech, 2012).

Desde otro ángulo, la fotografía es importante para abrir posibilidades de entroncar la historia del padecimiento con el activismo actual de pacientes. Así ha quedado de manifiesto en la investigación sobre poliomielitis en nuestro país, llevada a cabo por un equipo de historiadores de la medicina de diversas universidades (Porrás, Ayarzagüena, Las Heras & Báguena 2013; Toledo-Marhuenda & Ballester, 2020). Estas investigaciones han puesto el foco no sólo en cómo la biomedicina moldeó la investigación sobre esta pandemia y los factores políticos asociados a la vacunación. Muy especialmente, han contribuido al análisis de las narrativas dolientes y a la historia del asociacionismo de pacientes. Merece la pena mencionar — dado el enfoque de este proyecto docente —, la transferencia de investigación del historiador Juan Antonio

Rodríguez Sánchez (2011 y 2012), en el apoyo al activismo de personas que padecieron poliomielitis y sufren en la actualidad el síndrome postpolio, tan olvidado ahora como la vacunación por el régimen de Franco. Así quedó patente en la exposición fotográfica “Memorias heridas, cuerpos rebelados: itinerarios contra el olvido. Poliomielitis y Síndrome Post-Polio en la Península Ibérica”.⁶

También la **pintura realista del siglo XIX**, ha supuesto en los últimos años una fuente de inspiración personal para la docencia y la configuración del archivo de la experiencia doliente. La búsqueda de fuentes pictóricas que estimularan la imaginación histórica en el aula, me ha dado la oportunidad de acercarme a una tradición pictórica riquísima que proporciona un retrato extraordinario de la enfermedad en la época. Falta aún investigaciones interdisciplinares que nos permitan conocer los vínculos de ese realismo con las claves históricas de la ciencia y la medicina en el momento, tanto como con el realismo de la propia ficción de la época. Como el propio Benito Pérez Galdós (1889) comentaba en su discurso de entrada a la RAM “La sociedad presente como materia novelable”, el realismo del arte puede entenderse como una elaboración muy rigurosa de la sociedad de la época.

Dos ejemplos muy breves me van a permitir, someramente, mostrar el juego que puede proporcionar este tipo de fuentes en la docencia. Particularmente “Ciencia y caridad” (1897) de Pablo Picasso, que aparece en la portada de este proyecto, muestra una escena extraordinaria para comprender la enfermedad de las mujeres, la maternidad, la orfandad, los cuidados de las órdenes religiosas, el padecimiento, la propia práctica médica a la cabecera

6 Véase «Memorias heridas, cuerpos rebelados: itinerarios contra el olvido. Poliomielitis y Síndrome Post-Polio en la Península Ibérica» <https://youtu.be/UqKdh15vqEw>

de pacientes o la importancia del pulso y su herencia hipocrática. Como las obras de Benito Pérez Galdós que han dado pie tanto al análisis de la medicina en la época (López Piñero, 1971) como de la presencia de la medicina en su obra (Gilfoil, 2006; Stannard, 2015; Similaru, 2018), el realismo de la pintura, antecedente del objetivismo fotográfico, parece respirar los ideales científicos de la última mitad del siglo y merece una mayor atención historiográfica como fuente para el conocimiento de la enfermedad. Para algunas experiencias que como señalaba Roy Porter no son tenidas en cuenta por la biomedicina, la pintura es la fuente en la que aparecen más nítidamente. Me refiero, por ejemplo, a la convalecencia, que debió ser una experiencia bastante común en la época — dados los estragos epidémicos que causó la tuberculosis —, como muestran los retratos de Joaquín Sorolla y Bastida “La convalecencia de mi hija (María en el Pardo)” (1907) o el (probable) autorretrato convaleciente (1930-1932) de Marie Blanchard que falleció de tuberculosis dos años tras pintar la obra.

El **cine**, como hemos explorado desde 1999 (Medina Doménech & Menéndez Navarro (1999), Medina Doménech, 2003; Menéndez Navarro & Medina Doménech, 2006),⁷ es una herramienta muy útil y atractiva en el aula que, en la última década, ha recibido bastante atención docente desde ámbitos muy diversos, incluidas las Humanidades Médicas y la bioética y ha generado la creación de la revista *Cine y Medicina* iniciada en el 2005 por José Elías García Sánchez y que cuenta en su consejo editorial con el historiador Juan Antonio García Sánchez de la Universidad

7 Lamentable algunos de estos materiales han sufrido los efectos de la fragilidad de los materiales en la web y no se encuentran en la actualidad accesibles; anuque en el futuro iré subiendo materiales para el archivo internet.

de Salamanca. Durante varios años realizamos, en colaboración con Alfredo Menéndez, el seminario “Cine, Historia y Medicina” que ha dejado su huella posterior en numerosos materiales que seguimos utilizando en las diversas asignaturas que componen la docencia actual del área. En la presentación al Congreso de la SEHM, realizado en 2002, utilicé un comentario de un/a estudiante plasmado en su hoja de evaluación y que resumía con precisión la utilidad del cine:

«Es enriquecedor tener en cuenta varios puntos de vista, incluso la opinión y observaciones de gente que no tiene una educación como la nuestra (médicos) y, además de enriquecedor, es necesario y útil para llegar a comprender al/la paciente y no sólo curar sino también tranquilizar y dejarles satisfechos, etc.».

Como ya planteamos, a partir de la experiencia docente adquirida en la Facultad de Medicina, el cine ofrece una visión más poliédrica del padecimiento que los saberes transmitidos en la facultad de medicina y la perspectiva histórica contribuye a entender la práctica en su contexto. En el contexto del aula de Antropología, hemos utilizado algunos de aquellos materiales, como el episodio “Los médicos” de “Caro Diario” realizada por Nani Moretti (1993).

También, hemos profundizado, en el programa de la Historia de la Enfermedad, en las **relaciones pacientes-profesionales** con el film “Las confesiones del Dr Sachs” dirigida por Michel Deville (1999) que ofrece la oportunidad de afrontar una visión relacional entre pacientes y profesionales y conocer los determinantes del padecimiento (lugar, ruralidad, pobreza, relaciones...), además

de afrontar el mundo de las quejas en la cotidianidad de estas relaciones. Merece la pena reflexionar, aunque sea muy brevemente, dados los objetivos generales de este proyecto, sobre la importancia de incluir la historia de esta relación pacientes-profesionales en las asignaturas que impartimos en nuestra área.

La historia de esta relación, tal y como argumento en mi docencia, puede afrontarse **como una “zona de contacto”**, concepto que tomo de la crítica postcolonial realizada por Mary Louise Pratt (1992). “Zona de contacto” hace referencia a un espacio entre culturas diversas, en nuestro caso se trataría de culturas del padecimiento que han variado históricamente. En esta zona de contacto quienes interactúan no disponen del mismo acceso a poder decidir sobre la salud o las terapias, aunque esto ha variado históricamente. Algunos planteamientos muy presentistas sobre la mayor autonomía de pacientes en la Medicina contemporánea (Lázaro & Gracia, 2006), no parecen confirmarse con los estudios históricos que siguen apareciendo con la renovación del archivo y que, incluso en un momento histórico como el de la guerra civil de EE.UU., muestran que algunas pacientes esclavas liberadas hacían de guía terapéutica a los médicos en momentos de gran desigualdad y gravedad como las sepsis postparto (Pohl, 2012). También, en la Inglaterra victoriana, para abandonar terapias como la hipnosis, parece haber sido decisiva la preocupación por la autonomía de las pacientes, particularmente las mujeres. Sirva este breve comentario para argumentar, muy vivamente, la introducción de la reflexión histórica rigurosa sobre las relaciones pacientes-profesionales a través de la historia que, afortunadamente, cuenta cada vez con más desarrollo historiográfico como he mostrado más arriba. **Enmarcar la enfermedad**, conocer los factores que la

cristalizan de una determinada manera (Rosenberg, 1997), hace necesario conocer en profundidad las experiencias y conocimientos de quienes padecen.

Además del cine, **el documental** es un material fílmico que, en algunos casos, puede ser una fuente histórica primaria. Tal sería el caso del documento “Comunidad de locos” (Ana Cutuli, 2005) que proponemos al afrontar la docencia sobre la enfermedad mental en la asignatura de Historia de la Enfermedad. Ana Cutuli recoge testimonios de psiquiatras y pacientes argentinos para ofrecer una visión menos eurocéntrica del movimiento conocido como anti-psiquiatría. El documento permite conectar las comunidades actuales de pacientes con un movimiento que daba, desde dentro de la psiquiatría, la voz a quienes padecen. Me refiero a colectivos actuales que – como quienes se presentan en *PrimeraVocal.org*⁸– practican ayuda mutua y desarrollan la creación de saberes comunitarios en primera persona resistentes con la bio-psicopolítica. Además de los documentales, otros materiales online se han convertido en un recurso muy valioso. Por ejemplo, *The Willard Suitcase Exhibit Online*,⁹ que recoge las fotografías, cartas y pertenencias de cientos de personas ingresadas en este manicomio, y que al cerrarse este asilo de Nueva York, en 1995, fueron encontradas en las dependencias de la institución. Dos exposiciones han dejado su huella en el archivo de YouTube, mostrando más allá de los textos, las enfermedades del alma. Me refiero a las exposiciones sobre la melancolía que mostraron la importancia cultural de este padecimiento y su huella material en la pintura a ambos lados del atlántico: *Tiempos de Melancolía*,

8 ¿Qué es Primera Vocal? - Primera Vocal | Primera Vocal.<https://primeravocal.org/about/>
9 <http://www.suitcaseexhibit.org/index.php?section=about&subsection=suitcases>

exhibición que tuvo lugar en Valencia en el Museo de Bellas Artes, y *Melancolía* mostrada en el Museo Nacional de Arte de México en Ciudad de México.¹⁰

Este **material visual**, combinado con **relatos diversos procedentes de la ficción o la autobiografía**, es una inmersión, emocional, sensorial y racional, en la experiencia del padecimiento mental y en las sabidurías que en diversos contextos históricos genera quien padece estas afecciones. También permite explorar la íntima conexión de los padecimientos mentales a las estructuras culturales más profundas que dan sentido a una época o, incluso, desde los que la época adquiere sentido. Me refiero, por poner ejemplos utilizados en el aula, a la melancolía como expresión histórica compleja de los males de una época, marcada por el proyecto imperial, que transicionaba entre visiones ontológicas que como el mecanicismo y el vitalismo también proporcionaban explicaciones de la materialidad del cuerpo muy distintas (Bartra, 1999 y 2001) o, como ejemplo más contemporáneo, al capitalismo como estructura no sólo económica sino cultural y simbólica (Zapata, 2021).

Como recordaba recientemente Luís Montiel (2020), en su contribución al texto recopilatorio “Cuarenta historias para una cuarentena”, la literatura es un auténtico “microscopio emocional” de la experiencia de enfermar. En un momento de expansión de **la literatura** de pacientes, los textos literarios suponen una fuente de primera mano para entender la complejidad de la experiencia. Montiel reflexionaba sobre dos textos fundamentales para recoger la experiencia epidémica, *Decamerón* (1353) y *La peste* (1947). Este

10 Puede consultarse en <https://youtu.be/kdyNhWlJUqA> y <https://youtu.be/D5lFr-1AdTA>

último es un texto que hemos utilizado con muy buena acogida en clase. Partiendo del cuestionario que he adjuntado en la sección de materiales docentes, se abren debates respecto a las emociones subyacentes en la experiencia del contagio, las reacciones de negación inicial por parte de profesionales, la pervivencia de modelos hipocráticos y bacteriológicos o la dureza del afrontamiento de esta experiencia, que aparece incluso en una narrativa descriptiva y objetivista como la que usa Camus en la novela. Este texto sigue siendo una pieza fundamental para la docencia. También *Diario del año de la peste* (1722), de Daniel Defoe, ofrece un relato muy vívido -- y también objetivista --, probablemente basado en el diario de su tío que sí fue testigo directo de la peste de 1665 en Londres que narra la novela. Esta “ficción” que recoge memoria directa de la experiencia del contagio permite no sólo entender el papel de una incipiente estadística, también, especialmente, reflexionar sobre los efectos de la experiencia del encierro domiciliario y establecer diálogos, a través del tiempo, sobre experiencias que hemos vivido de forma muy cercana con el COVID.

En los últimos cursos, en la asignatura de Historia de la Enfermedad y la Medicina, hemos analizado, en contraste con el texto de Camus, un fragmento de la obra de García Márquez, seleccionada por Marco Aurelio Luna Maldonado (2008) que inició su trabajo doctoral en el programa de doctorado Salud, Antropología e Historia, impartido, entre el 2000 y 2007, por los departamentos de Anatomía Patológica e Historia de la Ciencia y Antropología de la Universidad de Granada. Precisamente su Diploma de Estudios Avanzado (“Salud y enfermedad en el Macondo de García Márquez. Aproximación al uso de la literatura como fuente para el conocimiento histórico-cultural de la enfermedad”), exploraba a

través de esta novela-archivo de la memoria cultural de la Colombia del XIX, en tránsito hacia la modernidad, los efectos de este tránsito en la experiencia del padecimiento. El episodio recomendado por Marco Luna, *La fiebre del insomnio*, nos ha permitido no sólo su visión premonitoria sobre los efectos sociales de la demencia y el envejecimiento, también invita a comprender los efectos en la salud de los crueles modelos liberales hiperproductivistas (Franco, 2016) que la modernidad parecía traer a un país como Colombia y cuyos efectos en la salud empiezan a ser reconocidos y a reconocer el limitado alcance de la medicina tecnificada en sociedades con otras temporalidades de la modernidad.

También **la prensa**, una fuente más trabajada, puede dar acceso, más o menos directamente a la observación y contribuir a la reconstrucción del archivo de la experiencia de enfermar. Disponemos, en nuestro contexto, por poner algunos ejemplos, de los trabajos de Isabel Porras (1995) sobre el papel de la prensa en la epidemia de gripe, o los que publicamos a partir de la tesis de Alina Danet (2015a, 2015b) sobre la experiencia de los trasplantes de órganos, donde la prensa ofrece discursos culturales que, manejados en la docencia, abren ventanas a la experiencia individual en relación a discursos colectivos más amplios o vinculados al gobierno, la Transición española o la nosopolítica.

Este tipo de fuentes, para un acercamiento a la experiencia de enfermar, pueden usarse en las aulas de Medicina o Ciencias de la Salud, en la docencia de una Historia de la Enfermedad que contribuya a las Humanidades Médicas para profundizar, reflexionar y proporcionar una buena caja de herramientas, atenta con valores necesarios para la práctica profesional. En el caso de estudiantes de Antropología, contaremos con su receptividad estimulada en

un grado enfocado en recuperar las experiencias de comunidades culturales diversas. Por tanto, entre el alumnado de antropología, el objetivo docente, puede trascender tanto la cuestión de estimular la “escucha” de quien padece – esencial entre futuros estudiantes de Medicina (Huertas, 2019) – como la de reflexionar sobre las prácticas profesionales y la relación pacientes-profesionales que con frecuencia no está ni siquiera conceptualizada como “relación”. Entre estudiantes de Antropología, puede que haya repercusiones de la docencia en el futuro ejercicio profesional si llegan a realizar investigación aplicada a salud o enfermedad. De hecho, algunas de las personas que cursan Antropología están ya vinculadas a profesiones sanitarias por lo que este tipo de enfoques puede tener utilidad para su propia experiencia profesional. En términos más genéricos y acordes con los objetivos formativos de la carrera, la historia de la experiencia doliente proporciona herramientas para reflexionar y conocer la cultura de la salud y la enfermedad y explorar la diferencia cultural desde el padecimiento. El pasado, además, ofrece la posibilidad de comprenderlo como “país extranjero”, allí donde las cosas ocurrían de otra manera, parafraseando la cita con la que arrancaba la novela de Leslie Poles Hartley, *The Go-Between* (1967). Con un foco más cercano a sus vidas, la enfermedad es una de las experiencias más ubicuas de la humanidad, y esto facilita la vinculación del alumnado en los debates suscitados y, quizá, la significación de los aprendizajes.

En esta sección del proyecto docente he presentado un abordaje docente apoyado en el devenir biográfico docente e investigador, que ha definido un itinerario que desde la historia de los saberes médicos, incluido su contexto social de producción, se ha ido desplazando hacia una comprensión cultural e histórica del padecimiento como “experiencia” que produce saberes locales e híbridos para poder darle sentido a la experiencia de enfermar y aliviar el padecimiento.

Capítulo 2

Metodologías docentes



Capítulo II

Metodologías docentes



Un punto de partida en el enfoque de la docencia ha sido, desde el inicio de esta andadura, el concebir **la separación entre docencia e investigación como una dicotomía perjudicial**. En mi itinerario académico, la docencia ha sido siempre un estimulante para la investigación y, viceversa, es decir he ido encontrando formas de exponer –en la actividad docente– la investigación que venía realizando, especialmente en asignaturas de postgrado, como puede verse al cotejar los resultados publicados de investigación con los contenidos de las materias impartidas. Impartir clases requiere un grado de **síntesis**, que tiene potencia epistémica, pues algunas preguntas de investigación se perfilan mejor al ser expuestas ante un aula no especializada.

Precisamente, la experiencia del **proyecto de innovación docente** del curso 2007-2008 *Fortalecer el autoaprendizaje y la reflexión crítica en la asignatura troncal de Historia de la Medicina* que nos permitió transitar en Historia de la Medicina hacia el **sistema de créditos del Espacio Europeo de Educación Superior**, fue, sin duda, **una experiencia de cómo trabajar la síntesis** de un programa para reducir temario. Este trabajo de síntesis, que no estuvo exento de disensos no siempre fácilmente afrontados, tuvo repercusiones en la arquitectura de la materia y en la concepción de sus prioridades en el contexto de la formación para personas futuras profesionales de la Medicina. También nos dio impulso para alejarnos del modelo de las clases magistrales y poder fomentar el autoaprendizaje y el análisis de fuentes históricas y textos –incluyendo los fílmicos– por el alumnado. Esta experiencia puso de manifiesto la carencia de habilidades para trabajar en equipo y,

de hecho, propusimos fomentar el aprendizaje de estas habilidades en los seminarios y reflexionar sobre el trabajo en equipo, facilitado por un cuestionario de auto-evaluación que se recoge en la sección de materiales docentes.

Ciertamente esta tarea de establecer comunicación entre la docencia y la investigación, que sería una de las fases esenciales de la transferencia, parece más factible realizarla en la docencia en grupos pequeños que suministra el postgrado o las aulas fuera de la Facultad de Medicina. En los grupos pequeños, la dinámica del debate y la participación es más factible que en aulas de más de ochenta personas. Sin embargo, ciertas **estrategias** que hemos desarrollado a lo largo de los años **ayudan a superar el modelo de la “lección magistral”** que sigue teniendo su utilidad en ese tipo de aulas numerosas, frecuentes en las Facultades de Medicina (salvo en los seminarios prácticos).

Una de las **estrategias** ha sido la elaboración de **seminarios de textos**, con cuestionarios dirigidos que hacían más fácil el manejo docente del debate en aulas grandes. Pueden verse algunos ejemplos en la sección de materiales docentes. También ha sido útil el respeto al tiempo de preguntas, se hicieran o no, o el ir señalando específicamente a ciertas personas e invitando a la formulación de preguntas o dudas o generar grupos de cercanía en las grandes aulas. Proponer, en el aula, plantear preguntas o responder a las formuladas en cuestionarios con anticipación, es una buena técnica que puede incluso facilitar la colaboración en clase. Quizá la estrategia docente más eficaz ha sido la rutina de establecer **rondas finales de síntesis**. Formulada en términos muy sencillos como ¿Qué te llevas de la clase? ¿Qué te ha interesado de la clase de hoy?, ayuda a conocer el aprendizaje que se ha

generado y que suele coincidir con los aspectos más claramente impartidos, de manera que proporciona mucha información sobre los aspectos docentes a los que dedicar más tiempo y es una práctica que contribuye a precisar los objetivos de cada tema y de la materia en su conjunto. También permite detectar la diversidad de comprensión de contenidos e intereses en el aula. Dejar un tiempo para escribir un pequeño esquema, unas notas para responder a estas preguntas de síntesis final, da resultados, quizá no desde el primer día, pero es fundamental establecer esa práctica como algo habitual.

Otra estrategia de fomento de la participación, muy útil y con muy buena acogida, ha sido la de redactar microrrelatos de ficción. El **microrrelato** proporciona una forma de materializar, en escenarios históricamente específicos, la experiencia del padecimiento, incluso sensorialmente, y puede ser facilitado evocando una situación mediante el uso de fotografías, pinturas o textos de la época. A lo largo de los cursos, en estos microrrelatos han emergido dinámicas de género en las consultas médicas, cartas a médicos del siglo XIX, convalecencias, experiencias de locura, padecimientos abdominales, contagios, etc. En dos cursos, gracias a la colaboración grupal, he trabajado la metodología de la performance o las **técnicas del Teatro de las personas oprimidas** de Augusto Boal (2006; Calsamiglia-Madurga, Cubells-Serra, 2016) donde los relatos podían escenificarse profundizando el grado de conciencia sobre las experiencias y explorando los factores decisivos para el curso de los acontecimientos. Es una metodología que permite **incluir el cuerpo en los procesos de aprendizaje**, en lugar de limitarse a una experiencia mental y facilita el entramado de lo aprendido con la experiencia. Para la introducción de esta metodología docente contamos con un

Proyecto de Innovación Docente “Implicarse en la comunidad que habita el aula universitaria: Aprendizaje y Aplicación de Modelos colaborativos y con significado vital” en el curso 2016-2017.

El relato tanto como la **performance**, facilitan la habilidad de realizar tareas de síntesis. A lo largo de la docencia este objetivo de **afinar las habilidades de síntesis**, ha sido un reto docente muy personal. Superar el descriptivismo, carente de mapa narrativo, es esencial para la redacción de cualquier documento sea o no de carácter profesional y más aún para documentos académicos o profesionales. En el trabajo con performance, la elaboración de síntesis es imprescindible para escenificar con precisión un determinado problema o situación. La performance tiene otra cualidad esencial para las metodologías de este proyecto docente, me refiero a su capacidad de cristalizar el aprendizaje como una experiencia que deja huella en la memoria del trabajo que ha sido necesario llevar a cabo.

Para el estímulo de la participación también es esencial **enseñar por preguntas**, una forma de hacer explícitos, de forma sintética, los objetivos de cada tema en el contexto general de la materia. **¿A qué pregunta responde esta clase? ¿A qué contribuye en el contexto de la materia en su conjunto?** No siempre es fácil mantener la disciplina de enfocar las clases dejando clara la intención del tema pues la tarea acumulativa de la preparación anual a veces requeriría cambiar por completo la orientación del tema, sino del temario. Pero ciertamente se puede ir clarificando a lo largo de los cursos y distribuyendo anualmente la tarea. Creo que es esencial mantener esta visión por preguntas porque sirve para **dotar de coherencia a la materia** y a la dinámica de

la comunidad de aprendizaje que cohabita el aula, estimulando el debate y detectando los “a priori” del alumnado. También aprender a hacerse preguntas es una herramienta imprescindible para nuestro trabajo, esencial en la investigación, y para mejorar la distinción entre lo que se conoce y lo que aún desconocemos. Por tanto, toda tarea que estimule y ponga en práctica el hábito de inquirir es esencial en la formación global de estudiantes universitarios y es la base práctica del **fomento del pensamiento crítico** con el género, la raza o la clase **en lugar de sostener la hegemonía o abandonarnos al pensamiento rutinario**. Podemos hablar, si usamos el lenguaje más administrativo, de fomentar el pensamiento para la **innovación**, pero un problema de este enfoque administrativo más neutro es que no deja espacio para asumir que el pensamiento crítico puede producir dolor, al encontrarse frente a los procesos hegemónicos presentes en la propia institución académica. Por eso, como anima Lucas R. Platero (2018), es esencial el humor para aprender junto al alumnado con “diálogo lúdico, abierto, constructivo y poco jerárquico” que permita afrontar emociones que nos parecen poco presentables socialmente. Estas pedagogías generan incertidumbres y nos hacen vulnerables pero, como habitante de un cuerpo discapacitado y generizado, con los años vengo asentando la idea de que la **incomodidad** es un motor de vitalidad que da sus frutos, también, en la función docente, precisamente porque tiene en cuenta y acoge la **vulnerabilidad**.

A mi entender este compromiso con la docencia requiere alejarse del *habitus*, particularmente en las Facultades de Medicina de enseñar cada materia entre varios docentes, especialistas en temas específicos, en mi opinión, se trata de una mala praxis.

Las clases de grado no son seminarios especializados de cada tema sino orientaciones sobre cómo pensar ciertas materias y qué recursos y herramientas son esenciales para conocerlas. En Humanidades esta **práctica de la multiplicidad de docentes complica la oportunidad de hacer de la docencia una tarea más creativa y vinculada con cuestiones centrales de investigación** (no tanto particularidades). Esto no es sólo una opinión personal, en el mundo académico de habla inglesa, especialmente en las Humanidades y Ciencias Sociales se fomenta una docencia más personal que estimula a la propia persona docente a ser creativa en sus metodologías. También es cierto que, en esas geografías, las materias en humanidades tienen con frecuencia perfiles originales que no están alejados de las trayectorias de investigación. A pesar de la distancia de los modelos, en mi opinión, impartir las asignaturas completas incrementa la coherencia de la materia y es una oportunidad para estimular la propia investigación.

Raúl Pacheco-Vega (raulpacheco.org), establecido en la Universidad Latinoamericana de Ciencias Sociales en Aguascalientes (México), es un referente mundial —cuenta con cincuenta mil seguidores en twitter— como académico y docente muy comprometido con la tarea metodológica. Su blog y reflexiones docentes son una inspiración para estudiantes y profesorado, como también lo es el de la australiana Pat Thompson (patthomson.net). Ambos representan uno de los grandes beneficios de estar en una academia global y conectada. Algunos de los planteamientos de Pacheco-Vega me parecen esenciales en relación a con qué identificarse al impartir la docencia. Su énfasis en la metáfora de la navegación, del rumbo y la dirección en la docencia se trasmite en prácticas comunes como las de recapitular y situar el punto en el temario en el que se está, o mostrar explícitamente el mapa de

navegación hacia el que se dirige el programa y la materia. En este sentido sugiere **presentar los programas como narrativas**: “I am well trained in how to tell a story and this training permeates my teaching. I love creating narratives with the courses I teach, and I think narrative approaches to research and teaching are extremely powerful and hold promise to enhance students’ experiences” (Pacheco-Vega, 2016). Son narrativas que dan sentido a por qué se está enseñando la materia de esa manera y de qué manera son útiles para alguien que estudia ese grado en particular. Creo que Raúl Pacheco explica muy bien la vulnerabilidad que podemos sentir al presentar la materia de esa manera narrativa, pero comparto su idea de que las ventajas son extraordinarias, “that’s how I see my syllabi: they’re stories that I need to tell about the skills my students need to learn. And those are good stories to share”.

Redactar los objetivos de los programas de las asignaturas en clave narrativa, eludiendo formulismos genéricos que hemos aprendido a copiar de modelos administrativos de guías docentes, ayudan a quien se acerca a la materia a vincularse con sus contenidos. Párrafos del tipo “como estudiantes de medicina ... conocer la historia del padecimiento puede ayudaros a ... porque necesitáis ... este tipo de herramientas en la práctica” son más accesibles para entender lo que una asignatura puede aportar en la formación. En el marco de asignaturas optativas, este tipo de presentación del programa, resulta más atractivo a la hora de mantener un número de estudiantes en el aula. Pero, sobre todo, permite constatar con precisión los posibles aprendizajes y valorar su consecución al finalizar los cursos.

Precisamente, una formulación clara de los objetivos en un lenguaje narrativo, puede ayudar a valorar un aspecto esencial en

la docencia: **el cambio**. Me refiero no sólo al cambio en relación a los contenidos aprendidos, sino, también, respecto a cómo han cambiado algunas percepciones iniciales. En cuestiones de salud o emociones es frecuente que el aula parta de una serie de concepciones y valores que puedan transformarse en el curso de la materia. Valorar estos cambios puede hacerse re-evaluando los cuestionarios que detectan los puntos de partida (véase en la sección cuestionarios). Desde hace años vengo repensando aquella pregunta que me hizo un estudiante de medicina “¿quieren que le contemos lo que ustedes quieren escuchar?” y que remitía a si el objetivo docente es que respondan con los contenidos memorizados o tenemos otro tipo de expectativas docentes. Pienso que detectar las ideas que se han modificado sería una buena forma de responder a aquella pregunta.

Hacer explícita la **dinámica de las clases**, en mi experiencia, es una manera de vincular a los estudiantes con la materia. Es habitual el formato pasivo, en unas facultades más que en otras, de clase magistral que no requiere mayor explicación de la dinámica. Si nos salimos del **formato magistral** que “**pasiviza**” al **alumnado**, habrá que contar con el esfuerzo de involucrarlos en la nueva dinámica y ser flexibles en las modificaciones que, necesariamente, surgirán en el curso. Al elaborar la dinámica de clases, es necesario contar con alumnado con necesidades especiales. Es por ello que los **cronogramas** siempre son difíciles de cumplir de forma estricta, aunque una cierta orientación, compartida y negociada en clase, construye la tarea docente como algo común. Para quién enseña, el cronograma es un moderador en el sentido de poder atribuir unos tiempos más equilibrados a los temas y poder orquestrar el

exceso de materia, o el defecto.

La experiencia pandémica ha puesto a prueba la flexibilidad en las metodologías docentes y ha supuesto un reto adaptativo sin precedentes. Mantener la atención y la asistencia ha requerido, al menos en mi experiencia, ciertos cambios que pueden incluso verse desde un ángulo positivo. Me refiero a una mayor colaboración del alumnado en el análisis y presentación de textos, incentivados por su plasmación positiva en la nota final. Es cierto que las tareas en equipo o los formatos más innovadores, no han sido posibles al usar el medio virtual, pero sí la presentación de textos esenciales para el debate.

Precisamente la experiencia pandémica ha dejado aún más claro que el seguimiento de la materia requiere de cierta generosidad en los **materiales docentes suministrados**. Las diversas plataformas que hoy auspician nuestras universidades son también **un archivo docente** muy valioso. En UGR sigo usando la plataforma **Swad**, a pesar del llamamiento a utilizar **Moodle**. Las razones son básicamente de maestría en el manejo de swad y de convicción en que una mejor plataforma (en el caso de que Moodle lo fuera) no hace mejor a quien imparte la docencia.

El uso de software, en particular de **presentaciones con Power Point**, ha recibido sus críticas y genera muchas ambivalencias en relación a su utilidad. Imagino que es común y razonable pensar que una presentación muestra un guion básico, fija los contenidos a aprender, etc. Pero, como señalan las críticas, una presentación puede dar una falsa impresión de que todo es conocido u organizado¹ o de simplificar los contenidos.

1 Our love-hate relationship with PowerPoint - BBC Worklife
<https://www.bbc.com/worklife/article/20180125-our-love-hate-relationship-with-powerpoint>

No parece útil, como hemos utilizado durante tantos años, repetir los contenidos que decimos de palabra en el texto de las presentaciones. De hecho parece que algunos estudios confirman que esa repetición perjudica la comprensión de los contenidos², como provocativamente planteó el periodista francés Frank Rommer (2012) en “Powerpoint te hace estúpido”. Se refería al tipo de lógica social y cultural que ha hecho de esta herramienta el monstruo de uso masivo que es, y destacaba la lógica narcisista, la de la inmediatez y la escasa implicación que trasmite este tipo de presentaciones, muy marcadas por el modelo corporativo de las grandes empresas en el que nació. Estemos más o menos de acuerdo con los aspectos más críticos, lo cierto es que seguimos usando este software, en ocasiones como un sistema de notas personales o una especie de “memoria periférica”. Creo necesario asumir la advertencia de **no reducir lo que contamos en nuestras clases a un alarde de sofisticadas presentaciones** sin reflexión sobre la lógica que subyace.

Frente a esta preocupación, a veces demasiado centrada en las presentaciones, olvidamos que en el grado, incluso en el máster, es raro que el alumnado conozca **herramientas básicas metodológicas** desde cómo hacer un buen *close reading* de un texto a cómo organizarse con un **gestor de bibliografía, realizar una mapa mental de ideas o elaborar un resumen**, no digamos cómo **analizar una fuente histórica**. En los últimos cursos vengo insistiendo mucho en trabajar y capacitar para la **elaboración de un buen resumen** porque la síntesis es esencial, como he indicado más arriba, y puede convertirse en la puerta de entrada a una beca o

2 Ahora resulta que usar PowerPoint para una presentación es mala idea: los investigadores de Harvard avisan de sus desventajas
<https://www.xataka.com/aplicaciones/ahora-resulta-que-usar-powerpoint-para-presentacion-mala-idea-investigadores-harvard-avisar-sus-desventajas-1>

un trabajo. Creo que debemos prestar atención a estas cuestiones básicas que desempeñan un papel esencial en una de las lacras académicas más graves, el **plagio académico** que tiene su origen en un uso desproblematizado de los textos ajenos durante la formación de grado. La **Universidad de Granada** cuenta con una **normativa anti-plagio** que formula esta cuestión en los siguientes términos, permitiendo penalizar esta práctica. Según consta en el Boletín Oficial de la Universidad de Granada nº 71. 27 de mayo de 2013 NCG71/2, la *Normativa de evaluación y de calificación de los estudiantes de la Universidad de Granada Aprobada en la sesión extraordinaria del Consejo de Gobierno de 20 de mayo de 2013*, plantea:

Artículo 14.- Originalidad de los trabajos y pruebas

- 1 La Universidad de Granada fomentará el respeto a la propiedad intelectual y transmitirá a los estudiantes que el plagio es una práctica contraria a los principios que rigen la formación universitaria. Para ello procederá a reconocer la autoría de los trabajos y su protección de acuerdo con la propiedad intelectual según establezca la legislación vigente.
- 2 El plagio, entendido como la presentación de un trabajo u obra hecho por otra persona como propio o la copia de textos sin citar su procedencia y dándolos como de elaboración propia, conllevará automáticamente la calificación numérica de cero en la asignatura en la que se hubiera detectado, independientemente del resto de las calificaciones

que el estudiante hubiera obtenido. Esta consecuencia debe entenderse sin perjuicio de las responsabilidades disciplinarias en las que pudieran incurrir los estudiantes que plagien.

- 3 Los trabajos y materiales entregados por parte de los estudiantes tendrán que ir firmados con una declaración explícita en la que se asume la originalidad del trabajo, entendida en el sentido de que no ha utilizado fuentes sin citarlas debidamente.

Siguiendo con la importancia de los materiales docentes suministrados, en mi experiencia el alumnado agradece mucho los **audios con las grabaciones de las clases** que permiten una formulación narrativa del tema. Es una práctica que he llevado a cabo tanto como docente de Historia de la Medicina en la Facultad de Medicina, como en Historia de la Enfermedad en el grado de Antropología. En el primer caso, los estudiantes me mostraron con entusiasmo su agradecimiento, acostumbrados al estudio por apuntes de la empresa de turno, un hábito que ahora se ha expandido hasta el escándalo (Silió, 2021), pero que en Medicina era muy conocido. En los últimos cursos en Antropología, durante el periodo de pandemia, los audios me han permitido evitar la tediosa tarea de exponerle a una pantalla y fomentar así clases más participativas a partir de las ideas que han interesado, las que generan dudas o cuestionarios para estimular los debates. También ha permitido que el alumnado participe exponiendo lecturas preparadas.

El aula es un lugar complejo para las relaciones humanas donde con frecuencia se notan las fricciones gestadas por la propia institución. Especialmente en el postgrado, la incentivación de la competitividad, dado el modelo neoliberal de excelencia individual, genera tensiones difíciles de resolver por la falta de claridad institucional ante la carrera académica y la pérdida de objetivos comunes que son esenciales siempre pero, especialmente, en ciertas etapas de la biografía. Esta es una problemática que sobrepasa los límites de reflexión de este proyecto y requeriría un trabajo en equipo. Una pequeña aportación a un **entrenamiento en la dinámica de colaboración y equipo** y a una intensificación del **compromiso grupal** en la tarea, ha sido la elaboración de lo que he denominado **“Observatorio de los cuidados”**. El Observatorio de los Cuidados es una técnica experimental que utilicé en el máster de Estudios de Género en el marco de la asignatura de “Metodologías feministas”. Este procedimiento estimula la implicación global de todas las personas que componen el aula al fomentar la auto-observación de los comportamientos, y la producción de soluciones prácticas a los conflictos específicos que se generan, basadas en la observación y compromiso grupal. La importancia social de los cuidados ha sido reivindicada desde diversos ámbitos académicos especialmente desde la crítica feminista. El cuidado tanto como las **actitudes reparativas**, en lugar de confrontativas, ponen el énfasis en el sostenimiento de la comunidad en el aula (Sedgwick, 2003) y en los procesos de atención a las necesidades individuales respetando las del colectivo. Abre por tanto un ámbito de co-responsabilidad para la orquestación de las posibles tensiones del aula, no tanto basado en derechos y responsabilidades sino en relaciones de cuidado (Tronto, 1987). Su puesta en práctica es sencilla, pues sólo requiere de la colaboración de dos personas observadoras

por sesión que notifican al inicio de la siguiente sesión algunas necesidades grupales detectadas para el funcionamiento más confortable del grupo. El procedimiento de convertir las críticas a personas concretas en necesidades de esa persona y del grupo, alivia las tensiones de transformar los conflictos en problemas personales. La base es la metodología de **Comunicación No Violenta** (Rosenberg, 2016) que también fue parte de la formación recibida en el **PID que mencioné anteriormente “Implicarse en la comunidad que habita el aula universitaria”**. En mi experiencia, especialmente en algún curso con necesidades más complejas, esta metodología ha tenido un potencial para la maduración humana, de enorme valor en las diferentes etapas formativas, y permite hablar de los conflictos con un lenguaje más abierto y lleno de potencial transformador.

Tras la experiencia adquirida estos años, creo que me siento identificada con la propuesta de Donald Finkel **“Dar clase con la boca cerrada”**. En primer lugar, por su propuesta de que el aprendizaje sea una experiencia y se plasme experiencialmente, como planteo con los microrrelatos, las performances, las exposiciones, o la elaboración de preguntas propias. Me parece fundamental la idea de que el aula desarrolle su propia capacidad como grupo sin depender de la autoridad de quien enseña, de manera que quienes estudien se vivan como responsables de su aprendizaje. Este aspecto no siempre se logra por igual en todos los cursos, pero hay que tomarlo con humor que, precisamente, es otra de las herramientas que propone Finkel (2008) para descargar el aula de cierta rigidez en la acción docente y para darle significación a

ciertos contenidos. Una práctica de callarse es recoger en la pizarra el mapa de ideas que surgen en el debate y luego hacerlo disponible en la plataforma como fotografía. La escucha se convierte en una actitud más importante que el hablar, por parte de quien ocupa la posición docente, sin olvidar que el objetivo último de toda docencia es poner la mente (y yo añadiría también el cuerpo) a trabajar, producir conexiones, para “aumentar la comprensión del mundo en el que vivimos” y porque, precisamente, **indagar más allá de lo establecido es producir conocimiento**, como afirma Finkel. En este sentido me gustaría añadir algo de lo que he aprendido con Bain (2007) que el profesorado siempre tenemos algo que aprender. No me refiero sólo sobre los contenidos de la materia, sino de las propias personas que cada año llenarán las aulas, precisamente, porque serán quienes nos enseñen a comprender qué significa aprendizaje en nuestras propias disciplinas. Así podremos contribuir a una verdadera Universidad del Aprendizaje, del profesorado (investigación) y del alumnado (docencia), en la que la distinción investigación/docencia desdibuje sus fronteras.

Capítulo III

Evaluación

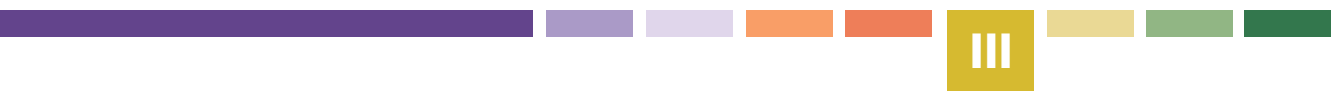


1 **Evaluar destrezas en la “lógica del ranking”** 91

2 **Experiencias y prácticas evaluadoras en el aula
universitaria** 105

Capítulo III

Evaluación



1

Evaluar destrezas en la “lógica global del ranking”

Una de las problemáticas que vivimos actualmente, en el acompañamiento académico de grado tanto como los TFGs y TFM, es la **formulación burocratizada de las destrezas a adquirir** tal y cómo quedan plasmadas en las guías docentes. Esta burocratización, en la expresión de los objetivos formativos, se ha intensificado con la implantación de un modelo de gestión Universitaria basada en los **indicadores de calidad** que afectan a las universidades y sus trabajadores, que merece una reflexión general en este proyecto docente.

Algunos analistas de estos sistemas de evaluación por indicadores (Chacón Moscoso *et al*, 2001) los plantean como **solución** ante la “multiplicidad de perspectivas” y la inestabilidad de un sistema donde “la toma de decisiones está influida por intereses, a veces, contrapuestos”. Formulada en estos términos de solventar la complejidad universitaria, la situación generada por la introducción de estas **tecnologías de la medición**, podría ser, en sí misma, un objeto de estudio desde nuestro ámbito, la Historia de la Ciencia y los Estudios Críticos Sociales de la Ciencia (CTS). De hecho, esta **gerencialización** institucional que en los últimos años viene afectando a la Universidad, fue un proceso que ya infiltró a la asistencia médica, como plantearon los historiadores de la ciencia Steve Sturdy y Roger Cooter (1998). La gerencialización, con sus verificaciones de títulos y sus procesos asociados –autonómicos y nacionales– hasta la inclusión de títulos en el Registro de Universidades, Centros

y Títulos (RUCT),¹ nos afecta cotidianamente. El profesorado universitario nos hemos visto afectados en todos los ámbitos de nuestro trabajo, materiales y simbólicos, de la práctica docente al salario (la precarización del profesorado no permanente, con sus efectos consiguientes, es alarmante) (Subias & Adinolfi, 2011).

Precisamente el trabajo de Sturdy y Cooter (1998) demostraba que la asistencia médica, marcada por el modelo de organización del estado gerencial, afectaba la manera misma de concebir la enfermedad por el sistema biomédico, desmontando la dicotomía historiográfica entre historia social e historia de las ideas al argumentar que las ideas pueden ser generadas y moldeadas por las estructuras institucionales. En este mismo sentido, es posible afirmar que el **objetivo central de la tarea docente**, que en este proyecto planteo como la enseñanza de un pensamiento histórico interdisciplinar, reflexivo y crítico, sobre el **padecimiento humano** y sus formas de afrontarlo, se ve **afectado en sus contenidos y forma de producción por la gerencialización** de las instituciones que nos albergan.

La **orientación hacia el mercado del proyecto universitario** que hemos visto consolidarse en las últimas décadas, no está exenta de polémicas y discusión en revistas especializadas (Giroto & Hiern, 2013). Estas lógicas más generales no son el único factor que moldea la plasmación de objetivos y contenidos de las materias y sus correspondientes sistemas de evaluación. Los factores más locales relacionados con micropolíticas y culturas departamentales son claves en el ensamblaje que genera docencia universitaria. De hecho contamos con pocos estudios

1 <https://administracion.gob.es/pagFront/tramites/fichaTramite.htm?idTramiteSeleccionado=3656&idMateria=42&idBoletin=29>

sobre el grado de conflictividad en los escenarios locales y quizá merecería un estudio histórico-etnográfico que iluminara también aspectos sombríos de nuestras dinámicas, al estilo de lo que, en su día, nos mostró Bruno Latour en su *Ciencia en acción* (1992). Estas dinámicas que ensombrecen el bienestar de los grupos humanos, trabajadores en la Universidad, también requerirían una mayor atención por los órganos de gobierno proveyendo de herramientas eficaces a las Defensorías Universitarias, y formación, tanto como acompañamiento, para la orquestación de conflictos concretos.

Desde el marco general, la progresiva **gerencialización institucional** ha ido produciendo efectos específicos ante las directrices marcadas por la mentalidad empresarial. Particularmente la **informatización masiva de las tareas académicas** ha ido incluyendo, intensificada por la pandemia de COVID, la virtualización de la propia tarea lectiva. No es difícil establecer paralelismos con el proceso histórico de **alejamiento del cuerpo del paciente**, en la práctica médica, que conocemos bien en Historia de la Medicina. La cientifización de la medicina y la aparición de una base técnica en sus narrativas —o mentalidades (Barona, 1992)— del enfermar basadas en tres pilares (lesional, funcional y causal), supuso un alejamiento progresivo de la narrativa de los pacientes, un aspecto que hemos desarrollado como enfoque central en la asignatura de Historia de la Enfermedad y de la Medicina para el grado de Antropología y al que también hemos contribuido desde la investigación. La proximidad física y narrativa, así como la experiencia en primera persona de quien padece, ha sido históricamente sustituida por una distancia de los y las profesionales de la salud. Tecnologías, protocolos, gráficos y artefactos diversos, con sus lenguajes respectivos, han

ido inundando el escenario clínico, y transformando la “zona de contacto” (Pratt, 2010) entre pacientes y profesionales.

Aunque podamos debatir sobre sus potenciales virtudes y matizar sus peculiaridades históricas, este distanciamiento que afecta a la relación pacientes-profesionales, guarda ciertos paralelismos con **el distanciamiento que ha ido adquiriendo la relación alumnado-profesorado en los últimos años**. Entre los efectos de la mentalidad gerencial, de la “revolución” informática y de la **virtualización** de la Universidad, hay que incluir el alejamiento de la realidad física de quienes estudian, un distanciamiento agravado, como señalaba, por el lenguaje administrativo usado en las propias guías docentes y en las consideraciones sobre la evaluación de las tareas de profesorado y alumnado.

Estos lenguajes responden más a los objetivos de las universidades de obtener **índices de calidad** —y presencia en el ranking internacional de Shangai (2003) u otros—, que en plasmar narrativamente los objetivos específicos que propone una materia. El trasfondo que nos atrapa, en lo que podríamos denominar **“lógicas del ranking”**, responde al mercado docente global, público y privado, en expansión desde finales del siglo XX. Lejos hoy de la filosofía de los *studia generalia* y del papel de las Universidades Europeas, nacidas en torno al siglo XIII, los objetivos actuales son bien distintos, enmarcados en la lógica de la competencia, la mercantilización, el intercambio global de un “mercado” de personas graduadas, la validación de títulos, la medición en índices, el respaldo de los sellos de calidad, etc. Como señala Ellen Hazelkorn (2018), buena conocedora de esta cuestión, recogiendo diversos estudios, la Educación Superior “is too self-serving rather than concerned with giving students a quality education”. La **historia**

de los rankings tiene apenas un siglo de historia (Usher, 2017) pero, hoy en día, construyen nuestras realidades universitarias diarias más o menos resistentes con la máquina globalizada de la Universidad neoliberal. Numerosos estudios están valorando sus efectos, pero falta perspectiva para conocer en qué medida, en el marco de esa gramática del conocimiento que impone la lógica del ranking, se producen **resistencias**. ¿Es posible, aún, plantear la enseñanza universitaria, especialmente de las humanidades críticas que incorporan la crítica postcolonial (Spivak, 1993), como una **“intervención”** (en el sentido de las intervenciones artísticas) resistente frente a la hegemonía del pensamiento neoliberal? Así lo sugiere Gayatri Spivak (2012) planteando un reto educativo para la educación superior que trato de recoger, en cierto sentido, en este proyecto.

Peters (2019) ha planteado un **Manifiesto** con algunos de los principios que deberían inspirar la orientación de una **Universidad postcolonial** y que incluyen, precisamente, estas cuestiones que he apuntado, muy someramente, para la reflexión. Una Universidad inmersa en el mundo globalizado global y consciente de sus efectos en la tarea cotidiana y local debería de:

- I Desarrollar perspectivas críticas e históricas de la universidad colonial como parte de la colonización, administración, ideologías y cultura material europea;
- II Rehabilitar las historias locales, la lengua y las lenguas indígenas y los sistemas de conocimiento;
- III Centrarse en el cultivo de las subjetividades e identidades colectivas de los estudiantes como reflejo de múltiples historias, grupos indígenas y estilos de aprendizaje;

- IV Adoptar estilos de liderazgo local como una forma de democracia poscolonial con énfasis en la autodeterminación y la participación, acceso e inclusión de los estudiantes;
- V Fomentar planes de estudio, cursos y sistemas de revistas universitarios que reflejen el entorno local (medio ambiente, cultura, idioma) y se centren en los problemas locales;
- VI Problematizar el posicionamiento de la universidad en las economías de mercado emergentes y las democracias en el sistema financiero global.

Este manifiesto contiene, a mi entender, aspectos esenciales para una docencia consciente de los procesos históricos (incluidas sus dinámicas estructurales neoliberales) que nos atraviesan en estas décadas el siglo XXI. En la línea que argumento en este apartado me parece esencial el punto (vi) del manifiesto, particularmente en un proyecto docente que trata de transmitir la visión de una **historia crítica con la producción del conocimiento** y que reconoce los efectos, como señalaba, de los modelos académicos e institucionales vigentes, sobre la producción y enseñanza de saberes.

Es relevante para la tarea docente e investigadora reflexionar sobre los efectos de la aplicación de lenguajes intrincados, o jergas administrativas, como resultado de la **progresiva gerencialización en la universidad neoliberal** que impulsó la confluencia universitaria Europea iniciada con la **declaración de Bolonia en 1999**.

No pretendo defender aquí una concepción del poder neoliberal como un poder estructural de éxito total que nos deja sin

posibilidad de dar respuesta. Más bien, entiendo **el poder desde un marco historiográfico que denuncia su ambivalencia**. Tanto los Estudios Feministas como los Estudios Postcoloniales han ofrecido claves relevantes para expandir la visión foucaultiana del biopoder en este sentido ambivalente que me parece útil para el análisis de la estructura en la que realizamos la tarea docente. Para entender las claves del éxito de la agenda neoliberal en el mundo universitario — muy brevemente expuesto— Foucault (1995) nos ayudó a entender que el poder en las sociedades contemporáneas nos constituye y nos hace socialmente legibles o interpretables. Esta vertiente constitutiva es el lado más ambivalente en la relación con el poder o la dominación, y, a la vez, nos ha permitido ver cómo afloran otras formas de resistirle. Es en este marco desde donde puede entenderse la **ambivalencia ante el poder** colonial y la imitación como forma de subvertir o de resistencia ante el orden colonial o patriarcal, que plantean la teoría postcolonial y feminista.² Las ambivalencias ante las formas que adquiere el patriarcado con el que lidiamos diariamente, dejan, por tanto, un lugar para un lado subversivo o, al menos, para cierta resistencia.

Los efectos ambivalentes del poder neoliberal, en la vida académica, y la resistencia escasa a sus dinámicas quizá se pueden explicar también en clave sociológica, me refiero a la **rutinización**, en el sentido que planteó Guiddens (1995), como proceso que perpetúa ciertas prácticas (rutinas) organizativas que anquilosan socialmente y explicarían, desde otro ángulo, la falta de respuestas críticas colectivas. Como historiadora interesada en la manera en la que las tecnologías médicas fueron ocupando un lugar cada día más

2 En este sentido de la imitación como subversión son esenciales los trabajos de Luce Irigaray (2009, 1977) y Hommi Bhabah (2013, 1994).

relevante en la asistencia médica, el trabajo de Howell (1995) sobre la tecnología hospitalaria, sin usar la idea de “rutina”, muestra muy bien la dificultad para incluir innovaciones en las organizaciones. Además de los efectos de la rutina en la aceptación acrítica de modelos administrativos neoliberales, también parece que es más difícil estructurar una oposición a las innovaciones organizativas neoliberales si vienen cargadas de prestigio académico y social. Un prestigio que trasluce la hipervaloración de los ideales de “modernidad” o “modernización” que con tanta fuerza han marcado las jerarquías de saberes contemporáneas que ordenan nuestro mundo. Incluso para quienes, conscientemente, nos posicionamos críticamente a estas dinámicas, observamos ciertos efectos positivos que hacen más difícil extraer un balance sólo negativo. Me refiero a cuestiones como la oxigenación de los saberes en los procesos de internacionalización de la investigación —mucho más complejos para las Humanidades y Ciencias Sociales—, hasta otras más básicas como la concreción obligatoria de programas o bibliografías, o el fomento de debates y procesos argumentativos en aulas o departamentos.

Aun asumiendo gran parte de las críticas a la modernización, es probable que algunas dinámicas que impulsó el proceso de confluencia europea de Bolonia, hayan tenido, por tanto, efectos positivos, pero no es objeto de este proyecto docente hacer un balance exhaustivo. Sin embargo, quienes nos dedicamos a la artesanía de la historia, sabemos que a este proceso contundente, aparentemente hegemónico, de la organización con lógica empresarial de las instituciones académicas le han surgido numerosas disidencias, quizá “artes del débil” (Scott, 2003) a tenor de las diversas manifestaciones del malestar y de la indignación,

dentro del mundo universitario, que afloró con el movimiento 15 M y se plasmó en sus propuestas de “Universidad en la calle”.³ Estas propuestas no sólo buscaban debilitar la lógica empresarial, también fueron experimentos creativos sobre cómo hacer que el saber de la gente fuera saber académico y el saber académico fuera de la gente. En ese sentido, quienes tuvimos la suerte de vivir la experiencia de aquella “revuelta”, guardamos muy viva la memoria del entusiasmo de la cercanía a la gente, de experimentar la proximidad de comunidades espontáneas y de trabajar a “pie de calle”. Una memoria que representa un vivo contraste con los procesos de distanciamiento que impulsa el modelo empresarial. Al menos en la Universidad de Granada, y probablemente en otras universidades, se generó un grupo de trabajo que dio continuidad a la revuelta de la Universidad en la calle. El resultado fue la revisión crítica de otra reforma, la que propuso el informe de expertos del ministro José Ignacio Wert en 2013, que iba dirigida a emular el modelo de las universidades privadas norteamericanas que lideran el ranking de Shangai, y a debilitar la Universidad pública mediante diferentes procedimientos como fomentar la contratación laboral o eliminar la evaluación nacional, dejando las contrataciones en manos de tribunales locales y liberalizando los precios de las matrículas. El modelo propuesto por los expertos incrementaba las desigualdades entre universidades y endeudaba a los estudiantes, como denunció el grupo de trabajo.⁴

Para trazar una breve **genealogía de la crítica a esta lógica**

3 Véase el documento audio visual sobre la experiencia de Universidad a la calle en la UGR <https://youtu.be/TMKe3sEVSdM>

4 El documento puede consultarse en https://docs.google.com/file/d/0B_lpRemt-mZ2HdC0xYW5lB19nZnM/edit?resourcekey=0-SRGD3zi_Y95jAu90xSE6sA

liberal del marketing universitario, es justo mencionar nuestra propia área. La Historia de la Ciencia ha participado muy activamente de esta transformación que podríamos llamar de cuestionamiento postcolonial de centros y periferias del saber y de las cartografías coloniales del conocimiento. Resulta importante destacar, en el panorama intelectual de nuestro contexto, la trayectoria del historiador **Antonio Lafuente**. Lafuente representa muy bien el recorrido crítico que inspira el presente proyecto docente. Este recorrido va desde la historia de los vínculos de la ciencia al proyecto de los centros (coloniales, imperiales o institucionales) a la revalorización de las periferias como productoras de un **conocimiento local que ha sido subalternizado**. Sus trabajos sobre ciencia e imperio, en el marco del grupo de investigación “Mundialización y Mundanización de la Ciencia”, son hoy clásicos⁵. Su perspectiva de científico —su carrera se inició en la Física—, crítico con los vínculos imperiales de la ciencia española, que le hizo adoptar la visión postcolonial para mirar la ciencia hoy, encontró un terreno interdisciplinar muy fértil al vincularse a la iniciativa de **Medialab Prado**. Merece la pena citar el fragmento donde se presenta el devenir de su biografía académica:

Ha trabajado en la expansión colonial de la ciencia y en la relación de la ciencia con sus públicos y el conocimiento profano. Más recientemente investiga la relación entre tecnología y procomún⁶ así como los nexos entre nuevos y viejos patrimonios. El interés por

5 Por señalar algunos ejemplos: Lafuente y Salas (1992) Lafuente, de la Sota y Vilchis (2012)

6 Qué es el Procomún | Medialab-Prado Madrid

<https://www.medialab-prado.es/noticias/que-es-el-procomun>

los bienes comunes le ha conducido al estudio de los problemas que plantea la expansión de los derechos de propiedad intelectual en ciencia, como también al análisis de las implicaciones que tienen los conceptos de ciencia abierta, democracia técnica, economía de la contribución, laboratorios ciudadanos, innovación frugal y cosmopolíticas. Es editor de los blog tecnocidados y Aprendizajes comunes. Actualmente coordina el proyecto La Aventura de Aprender, una colaboración entre el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, TVE y Medialab-Prado.⁷

Como se deduce de este retazo de la biografía de Lafuente, Medialab-Prado puede leerse como testimonio de formas de enseñanza/investigación que se salen de las lógicas neoliberales, en su búsqueda de generar **conocimiento para lo común**. Nace en Madrid, entre 2000-2004, como MedialabMadrid con el proyecto de favorecer “un diálogo entre arte, ciencia, tecnología y sociedad. Se concibió como un proceso de investigación e innovación social y cultural que exploraba el binomio arte-vida a la luz de los avances científicos y tecnológicos en relación con los lenguajes y prácticas emergentes vinculados con la creación contemporánea y las correspondientes dinámicas sociales”⁸. En 2007 se traslada a los bajos de la Serrería Belga, un ejemplo de edificación moderna —por ser uno de los primeros edificios españoles en incorporar el hormigón— y pasa a denominarse **Medialab-Prado** por su ubicación próxima al Museo Nacional del Prado. Desbordando el concepto de exhibición y museo, este laboratorio se convirtió en un espacio de producción cuyo centro gravitatorio era la **noción**

7 Antonio Lafuente | Medialab-Prado Madrid

<https://www.medialab-prado.es/personal/antonio-lafuente>

8 <http://www.medialabmadrid.org/medialab/quees.php>

de **“abierto”**. Como estructura organizativa pública, dependiente del ayuntamiento de Madrid, ha representado una contestación, como el propio Lafuente señala, a las **“métricas del impacto”** para la producción de conocimiento, siguiendo una **lógica “hacker”** o, si nos remontamos históricamente, una lógica de la práctica científica hasta que nacionalismos, capitalismo y patentes individuales y lucrativas marcaran la trama histórica científica.

Para este proyecto docente, Medialab Prado es una inspiración para el objetivo de contribuir, a escala local y docente, al compromiso de la innovación social⁹ que busca trascender las lógicas administrativas y las rutinas de la maquinaria neoliberal. Pero, quizá más importante, Medialab representa la idea de **“ciencia abierta”** que incluye pluralidad de saberes interdisciplinares, redes organizadas en lo pro-común y tejidas en el cultivo de cuidados mutuos. Como realidad institucional plasma muchas de las provocadoras intervenciones de las teorías contemporáneas feministas y de los estudios críticos de la ciencia, en lo establecido. De hecho, va más allá de los modelos que buscan la participación ciudadana y practican modelos difusionistas, de transferencia, de la ciencia. Ciencia abierta, comunidades de saberes, prototipados, laboratorios ciudadanos, innovación social, son parte del lenguaje que ha generado y puesto en práctica Medialab.

Buena prueba del temor a lo que pueda representar Medialab —institucional y simbólicamente— se ha visto en la reciente y precipitada decisión de su desmantelamiento, propiciado por la concejala de cultura Andrea Levy del ayuntamiento de Madrid, afín a la lógica de la **“modernidad cruel”** que expuso Jean Franco

9 Historia | Medialab-Prado Madrid

<https://www.medialab-prado.es/medialab/mas-informacion/historia>

(2016) para América Latina y que, en su vertiente más necropolítica, representan los gobiernos de Martínez-Almeida e Isabel Ayuso, amparados en el neoliberalismo y sus formas de producción y consumo¹⁰, tal y como hemos podido comprobar durante la pandemia del COVID. El desmantelamiento de Medialab sigue en suspenso, ante las protestas de muy diversos grupos sociales ante la pérdida de capital cultural que representaría y la posibilidad de perder la posibilidad del reconocimiento por UNESCO del eje Prado-Retiro como un Paisaje de las Artes y las Ciencias que incluye a Medialab. Antonio Lafuente (2021), uno de los redactores de la solicitud, resumía así los efectos de su desaparición “Se acaba con un nuevo paradigma cognitivo, con una comunidad, una red y un nuevo estilo de vida”¹¹. Esperemos, ya lo dirá el devenir histórico, que el amparo de Unesco permita el sostenimiento de este testimonio de otras formas de entender y practicar la ciencia, o en un sentido más genérico, el conocimiento abierto.

10 El Ayuntamiento de Madrid ralentiza el traslado de Medialab por la candidatura de la UNESCO. <https://www.publico.es/culturas/medialab-prado-ayuntamiento-madrid-ralentiza-traslado-medialab-candidatura-unesco.html>

11 El Ayuntamiento de Madrid desmonta Medialab Prado a toda prisa https://www.eldiario.es/madrid/ayuntamiento-madrid-desmonta-medialab-prisa-trabajadores-piden-paralizar-traslado_1_7303782.html Se acaba con un nuevo paradigma cognitivo, <https://ctxt.es/es/20210301/Firmas/35329/#.YEKHyHfbco4.twitter>

En estos párrafos he dibujado brevemente el contexto de la universidad neoliberal actual que enmarca nuestra tarea docente de evaluar. También he sugerido algunas respuestas y alternativas institucionales que han surgido, con objetivos diversos, tanto en la Universidad de Granada como en Madrid. He tratado de indicar brevemente los efectos de la gerencialización de nuestras tareas, estableciendo paralelismos con los cambios que este tipo de estructuras ya han generado en la relación entre pacientes y profesionales, para advertir del riesgo de alejarnos de las personas que ocupan las aulas. He argumentado la importancia de la interdisciplinariedad y de recoger los aportes de la teoría crítica postcolonial y el feminismo para sustentar un proyecto docente interdisciplinar crítico con la “lógica del ranking” y las condiciones que la hacen posible.

En lo que resta de esta sección aportaré algunas **experiencias de evaluación**, adquiridas en la docencia que imparto, para la evaluación de los Trabajos Fin de Grado, los Trabajos Fin de Máster y en la propia evaluación de las asignaturas de máster y grado.

2 Experiencias y prácticas evaluadoras en el aula universitaria

En las figuras siguientes muestro dos ejemplos que ilustran la incorporación de los lenguajes administrativos a las tareas y objetivos de la docencia universitaria. Uno corresponde a la adherencia del Grado Antropología al Sistema de Garantía de la Calidad y el otro al de programas que, como Arqus, promueven colaboraciones europeas interuniversitarias en la UGR. Son dos ejemplos de los muchos que podrían recopilarse para ilustrar esta gerencialización de la Universidad que he tratado de mostrar como contexto profesional en el que desempeñamos nuestro trabajo.

Adherencia del Grado de Antropología al Sistema de Garantía de la Calidad

La Universidad de Granada, con el objeto de favorecer la mejora continua de los Títulos de Grado que imparte ha establecido el Sistema de Garantía Interna de la Calidad de los mismos. Las acciones propuestas en este sistema están en consonancia con los “Criterios y directrices para la garantía de calidad en el EEES” elaborados por la European Network for Quality Assurance (ENQA) así como con la normativa nacional y regional dictada al respecto.

De acuerdo con esto, los Centros Académicos junto con los/las coordinadores/as de los Títulos de Grado Oficiales de la UGR, se comprometen con los siguientes objetivos generales asociados a la calidad:

- 1 Extender la cultura de la calidad y mejora continua y sistemática en el funcionamiento académico y administrativo de la Titulación.
- 2 Velar para que la eficacia, eficiencia y transparencia sean los principios en los que se basa la gestión académica y administrativa de la Titulación.
- 3 Impulsar la innovación docente y de gestión así como la investigación para la mejora de la calidad de la docencia y de la gestión de los Títulos de Grado del centro académico.

Fuente: https://grados.ugr.es/antropologia/static/CMSRemoteManagement/*/vic_cal/_dir_remotos/base_grado/_list_/calidad-seguimiento-y-mejora-del-grado

Entrepreneurial University and Regional Engagement

This Action Line is coordinated by the Entrepreneurship Board, chaired by University of Lyon, and has the following main objectives:

- 1 Stimulating entrepreneurial mind-set and creativity
- 2 Reinforcing regional engagement
- 3 Building on complementary strengths and cross-sectoral collaborations

Fuente : <https://www.arqus-alliance.eu/>

Evaluación en postgrado

En la Universidad emprendedora, en muchas ocasiones el lenguaje que expresa el pensamiento administrativo, sustituye a los procesos de debate. Como he señalado, algunos de los efectos de la universidad diseñada desde la lógica neoliberal serían el alejamiento del alumnado. Pero otro efecto preocupante, en los equipos docentes, es la sustitución del diálogo para la **construcción de consensos locales**, por un lenguaje administrativo impreciso y opaco. Estos consensos locales serían esenciales para que la comunidad académica hiciera común la necesidad de que todos los trabajos realizados compartieran el aprendizaje de cuestiones específicas aplicables desde los trabajos de las asignaturas en el grado, hasta los TFGs, TFMs, tesis y publicaciones. Sería fundamental lograr consensos amplios, y espacios flexibles para debatirlos, en cuestiones como la de articular trabajos haciéndose preguntas de indagación específicas (hipótesis) y en diálogo con lo que se conoce de una determinada cuestión (estado de la cuestión o del arte) y ante lo que se proponen ciertas respuestas (aportaciones específicas) basadas en las metodologías empleadas para dejar claro qué aporta cada trabajo específico a lo que ya se sabe. Frente al modelo de investigaciones descriptivas que no dejan claras aportaciones concretas, es necesario fomentar investigaciones entrelazadas en conversaciones vivas en la comunidad académica internacional. Este modelo facilita la internacionalización de nuestras publicaciones y las de quienes en el futuro investiguen. El entrenamiento en una estructura de investigación básica que se transmita en el grado y postgrado e, incluso, en nuestras propias clases, requiere un buen acompañamiento en tutorías antes y después del acto de evaluar.

Frente al modelo oficial de evaluación propuesto, por ejemplo, en el grado de Antropología Social y Cultural, que utiliza un lenguaje formalizado que hace opacos los requerimientos y destrezas a adquirir y se expande en 22 competencias generales y 18 específicas,¹² propongo una **formulación más mundana de la rúbrica para los TFGs y TFMs**, basada en 12 criterios o preguntas guía que he ido configurando a lo largo de la experiencia en la dirección de **trabajos de investigación académica**:

1 ¿Ha mejorado su capacidad de organizar y planificar el tiempo en el proceso de investigación?

2 ¿Ha aprendido a localizar bibliografía relevante para el área de su trabajo manejando buscadores, localizando materiales y organizando una base de datos?

3 ¿Sabe cómo discriminar lecturas relevantes de las que no lo son? ¿Sabe realizar un *close reading* de los textos? ¿Sabe cómo analizar y contextualizar fuentes históricas?

4 ¿Ha aprendido a estructurar sus ideas y ponerlas en conversación con la bibliografía?

5 ¿Ha aprendido a distinguir con precisión entre ideas propias y las procedentes de otras publicaciones y a citarlas adecuadamente sin plagiar?

12 GUIA DOCENTE DE LA ASIGNATURA · TRABAJO FIN DE GRADO. Curso 2020-2021

[https://antropologia.ugr.es/pages/tfg/GuiaDocenteTFG/!](https://antropologia.ugr.es/pages/tfg/GuiaDocenteTFG/)

- 6 ¿Ha aprendido a realizar preguntas de investigación sobre la temática y en conversación con la bibliografía existente?
- 7 ¿Ha aprendido a proponer una metodología adecuada para afrontar sus preguntas?
- 8 Respecto a la escritura ¿Ha mejorado la organización argumentativa de su escritura? ¿Ha mejorado el estilo académico de redacción de su escritura? ¿Sabe realizar un buen resumen?
- 9 ¿Ha aprendido a distinguir entre opiniones y argumentos para el desarrollo de un trabajo organizado como artículo científico en nuestra área?
- 10 ¿Ha aprendido a elaborar conclusiones que dan respuesta a las preguntas de investigación propuestas? ¿Deja claras sus aportaciones específicas?
- 11 ¿Ha aprendido a localizar revistas posibles receptoras para la publicación potencial de su trabajo?
- 12 ¿Sabe exponer su trabajo con precisión adecuándose al tiempo límite marcado?

Otra formulación posible, que incluye la valoración cuantitativa sería la siguiente:

PROPUESTA RÚBRICA TFM GEMMA

1 El trabajo deja claro el argumento/lo que quiere decir/o lo que aporta nuevo (*explora la capacidad de definir una pregunta de investigación precisa*)

- No queda claro (4 o <4)
- Sólo muy parcialmente (5-6)
- Claro pero podría mejorarlo (6-8)
- Muy claro, preciso y original (8-10)

2 El trabajo muestra que conoce lo que se ha dicho hasta ahora sobre la temática (*explora la capacidad de leer críticamente y hacerse preguntas a partir de conocer la bibliografía existente*)

- No conoce el estado de la cuestión (4 o <4)
- Sólo muy parcialmente (5-6)
- Conoce la literatura pero podría mejorarla (6-8)
- Conoce a fondo los debates del tema que estudia (8-10)

3 Deja claro por qué merece la pena realizar la investigación afrontada en el TFM (*explora la capacidad de justificar la relevancia de una investigación y de conocer las razones de dicha relevancia*)

- No lo deja claro en absoluto
- Sólo muy parcialmente
- Apunta algunas ideas, pero podría mejorarlo
- Justifica muy claramente y con originalidad por qué merece la pena realizar esta investigación

4

El trabajo muestra que conoce los métodos para afrontar la pregunta de investigación que se hace (*explora la capacidad de aplicar metodologías adecuadas a las preguntas de investigación y de conocer en profundidad la metodología*)

- No conoce o no usa la metodología adecuada
- Sólo muy parcialmente
- Podría mejorar la metodología para poder dar respuesta a la pregunta de investigación que propone
- Usa una metodología muy adecuada con habilidad y solidez

5

El trabajo muestra que conoce los métodos de escritura académica (coherencia, estilo, citación) (*explora la capacidad de exponer con coherencia ideas y atenerse a requisitos profesionales de escritura*)

- No escribe correctamente, no tiene coherencia suficiente, ni cita con consistencia y precisión
- Sólo muy parcialmente
- Podría aún mejorar la coherencia del texto, su estilo de escritura y/o el rigor en la citación
- Escribe con originalidad, coherencia, buen estilo y perfecta citación.

** Sería recomendable reservar la máxima a aquellos trabajos que por su originalidad en las aportaciones, coherencia y capacidad de elaboración, y solidez metodológica podrían ser publicados en alguna revista relevante del campo de trabajo sin cambios o con escasas modificaciones.

Las materias impartidas en el máster permiten emular escenarios de evaluación que se darán en la vida académica real. Me refiero, por ejemplo, a la presentación de **comunicaciones a congresos** sobre la investigación que llevamos a cabo. En la asignatura que comparto con la profesora Margarita Birriel de *Historiografía Feminista*, impartida en el máster GEMMA de estudios de Género, utilizamos el formato de presentación de una propuesta de investigación emulando un Congreso. Para ello las exposiciones se realizan en dos días, distribuidas en mesas que agrupan temáticas generales y las alumnas disponen de 15 minutos para sus exposiciones, unos 15 minutos de debate por mesa donde se proponen algunas modificaciones que puedan mejorar la propuesta final que se entrega por escrito unos días después. La elaboración inicial de una pregunta de investigación específica, a partir de las temáticas tratadas a lo largo del curso, requiere de tutorización extensa, donde se desgranar de forma práctica y experiencial los elementos básicos para elaborar una propuesta de investigación. Los criterios de evaluación se incluyen en el programa de la asignatura que puede verse en la sección de programas. También suministramos hojas personalizadas para la evaluación mutua de todas las ponentes, aunque, en nuestra experiencia, la valoración suele ser poco discriminatoria, entre pares, al predominar la solidaridad grupal.

Otra modalidad de actividad práctica para la evaluación de estudiantes de máster son las denominadas **“Conferencias de Consenso”**, una práctica de participación ciudadana en decisiones sobre temáticas que afectan a las comunidades y relacionadas, por ejemplo, con impactos tecnológicos. El procedimiento fue recogido por Javier Rodríguez Alcázar (2004) con quien compartimos la

asignatura de *Ciencia, tecnología y sociedad: poder conflictos y valores* en el máster de Estudios por la Paz (UGR). El alumnado trabaja en dos grupos que exponen sus argumentos —contando con un pequeño grupo que modera— y deben alcanzar acuerdos específicos sobre una temática en debate. En el máster de Estudios de Género hemos realizado debates de consenso sobre la pregunta “¿Existe una metodología feminista?” La preparación de los puntos de vista a partir de bibliografía, el formato argumentativo y expositivo y la integración de contenidos teóricos en el debate, hace de estas conferencias una herramienta muy útil que permite seguir la idea de Finkel de “enseñar con la boca cerrada”, para dotar de mayor valor experiencial al aprendizaje. La evaluación es más compleja pero la actividad puede servir para una evaluación complementaria o parcial. Tanto la experiencia de organizar una conferencia de consenso como la de organizar una mapa de ideas colectivo, obliga a “hacer”, e imaginar soluciones a diversos dilemas que se puede presentar en el curso de las elaboraciones. De esta manera **el aprendizaje se prende en la experiencia.**

En el Grado de Antropología Social y cultural, así como en el de Ciencias de Salud, he utilizado para la evaluación **la elaboración de un Portafolio** (Murillo, 2012). Inicialmente usado en el mundo del arte, se plantea como una herramienta cuya materialidad y concreción permite la reflexión sobre el proceso de aprendizaje. He propuesto un uso preciso como carpeta que recoge el trabajo elaborado a lo largo del curso, alguno establecido en el propio programa (cuestionarios a textos diversos que puede verse en el apartado correspondiente de programas). Pero el elemento esencial para su evaluación es la elaboración breve y precisa de una idea que ha resultado de interés en el tema, explicando el por

qué y utilizando la bibliografía recomendada.

En estos años, han surgido diversas problemáticas respecto a **las dificultades que ha generado el portafolio**. Es común encontrar una descripción de contenidos más que una idea concreta que ha interesado con una justificación explicativa. A pesar de hacer rondas de preguntas la final de las sesiones sobre qué idea ha interesado, parece que sigue siendo difícil plasmarlo y requiere constancia en el mantenimiento de la rutina de preguntar por este aspecto. También es habitual la dificultad para distinguir entre la idea específica del tema y la opinión personal, por lo que la práctica de aprender a exponer argumentos y alejarnos de las opiniones es un objetivo docente que considero esencial. También es habitual el “reciclaje” de aprendizajes, es decir el uso de lecturas y contenidos de otras materias realizar el portafolio sin especificidad. A pesar de estas problemáticas, las destrezas que se trabajan con el portafolio, su valor como aprendizaje experiencias, sigue haciendo de este método de evaluación una procedimiento muy conveniente en aulas no excesivamente numerosas.

CRITERIOS EVALUACIÓN PORTAFOLIO

APROBADO (5-6)	NOTABLE (7-8)
<p>Entrega de una reflexión propia por tema (incluida la introducción) en la que se especifiquen dos ideas que os hayan interesado y se explique porqué.</p>	<p>Entrega de una reflexión propia por tema (incluida la introducción) en la que se especifiquen dos ideas que os hayan interesado y se explique porqué.</p> <p>Incorporación en la reflexión de al menos uno de los temas de la lectura de algún textos recomendado en la bibliografía del tema.</p>
<p>Entrega de las tareas que se piden para cada tema según está detallado en el programa de la asignatura.</p>	<p>Entrega de las tareas que se piden para cada tema según está detallado en el programa de la asignatura.</p>

CRITERIOS EVALUACIÓN PORTAFOLIO

SOBRESALIENTE (9-10)	MATRÍCULA
<p>Entrega de una reflexión propia por tema (incluida la introducción) en la que se especifiquen dos ideas que os hayan interesado y se explique porqué.</p> <p><u>Incorporación en la reflexión de más del 50% de los temas de la lectura de algún texto recomendado en la bibliografía del tema.</u></p>	<p>Entrega de una reflexión propia por tema (incluida la introducción) en la que se especifiquen dos ideas que os hayan interesado y se explique porqué.</p> <p><u>Incorporación en la reflexión de más del 50% de los temas de la lectura de algún texto recomendado en la bibliografía del tema. Además se incorporará bibliografía extra en la reflexión propia de algún tema</u></p>
<p>Entrega de las tareas que se piden para cada tema según está detallado en el programa de la asignatura.</p>	<p>Entrega de las tareas que se piden para cada tema según está detallado en el programa de la asignatura.</p>

PORTAFOLIO (70%)

- Extensión de la reflexión propia por tema (incluida la presentación): máximo 1 folio y medio en times new roman 12 espaciado sencillo.
- Cuestionarios y demás tareas pedidas para cada tema se incluyen a continuación de la reflexión
- Bibliografía citada con normas APA
- Portada e índice
- Entrega en papel fecha límite la programada como día del examen de junio.
- Existe la forma opcional de presentar el trabajo en formato blog.

Aunque en algunos cursos y seminarios hemos realizado cuestionarios para **la evaluación de la materia y del profesorado** que recogían aspectos útiles e incorporables, en los últimos años vengo recogiendo las sugerencias en diálogo con las aulas de cada curso, a veces, con necesidades particulares que conviene tener en cuenta de forma específica. He incorporado las sugerencias de suministrar los audios, de contar con las exposiciones del alumnado, o de proporcionar los materiales de estudio. También he dedicado alguna sesión a cómo configurar un método básico de trabajo en el grado. Creo que estas autoevaluaciones –menos protocolizadas y algo desobedientes con los lenguajes administrativos de las agencias de calidad– pueden ser incorporadas con facilidad y mejorar y transformar la experiencia docente.

Capítulo 4

Materiales Docentes

IV

1	Programas de Asignaturas de Grado	123
2	Programas de Asignaturas de Postgrado	225
3	Programas de Seminarios Prácticos	287
4	Cuestionarios y Guías	319

Capítulo IV

Materiales Docentes



IV

1

Programas de Asignaturas de Grado

Curso 2008-2009.

Historia de la Medicina.

Grado en Medicina

Curso 1999-2000.

Historia de la Ciencia y de la Técnica.

Licenciatura de Historia

Curso 2004-2005.

Tecnociencia, Medicina y Cultura.

Licenciaturas de Antropología, Humanidades, Historia

Curso 2016-2017.

Historia de las Ciencias de la Salud.

Grado Terapia Ocupacional

Curso 2020-2021

Historia de enfermedad y la medicina.

Grado en Antropología Social y Cultural

Asignatura: **Historia de la Medicina**

Programa: **Curso 2008 - 2009**

Grado de Medicina y Cirujía

Consulta en línea del programa y materiales de teoría

<http://swad.ugr.es>

Consulta en línea de materiales de prácticas

<http://www.ugr.es/local/hciencia/practicas>

■ Profesorado

GRUPO A (aula 1): Profa. Rosa M^a Medina Doménech

■ Tutorías y contacto

Profa. Rosa M^a Medina Doménech
(Correo electrónico: rosam@ugr.es)

Martes de 10 a 12 h. y Miércoles de 17 a 20 h. Otros horarios previa solicitud de cita por correo electrónico. Lugar: Dpto. Historia Medicina.

■ Presentación y Objetivos

La asignatura de Historia de la Medicina consta de 4 créditos teóricos y 2 créditos prácticos y se desarrolla durante el segundo cuatrimestre del segundo curso de la licenciatura.

Su **objetivo general** es familiarizar al alumnado con el carácter de construcción social, cultural e histórica de los saberes y prácticas en torno al complejo salud/enfermedad/asistencia. Así, junto al reconocimiento de la naturaleza cultural, social y biológica de la enfermedad, el curso aspira a mostrar la naturaleza histórica y social de los conocimientos médicos sobre salud/enfermedad y de las prácticas sanadoras a ellos asociados. El curso debe permitir, además, identificar los factores sociales, culturales y políticos que encuadran el ejercicio médico y la relación entre los pacientes y los profesionales sanitarios en cada momento histórico. Por último, el curso debe introducir al alumnado en los principios básicos de la comunicación científica y médica, proporcionando instrumentos

básicos para poder escribir, presentar y analizar artículos y textos científicos de carácter médico e histórico-médico.

Para lograr estos objetivos el curso cuenta con un **programa teórico** que se estructura en 14 temas con una organización básicamente cronológica y un **programa práctico** de 5 sesiones presenciales y un trabajo individual y en equipos de autoaprendizaje. El programa teórico se imparte con **clases** que combinan la **exposición de contenidos** por el profesorado, con el debate y participación del alumnado en las **sesiones de análisis de textos**. Todos los materiales necesarios para el seguimiento del curso estarán accesibles online en la plataforma swad. Los textos a analizar en cada grupo de teoría estarán también disponibles en la fotocopiadora de la Facultad.

Para la preparación de las clases teóricas el alumnado dispondrá de una bibliografía básica accesible tanto en la biblioteca del departamento como en la Biosanitaria. Asimismo, a lo largo del curso se recomendará alguna bibliografía adicional para completar la formación y la comprensión de los contenidos teóricos.

El **programa práctico** cubre 2 créditos ECTS y se divide en dos partes bien diferenciadas. El **primer módulo** está destinado a iniciar al alumnado en técnicas de documentación científico-médica y constará de dos sesiones presenciales (4 horas) y una serie de tareas individuales de autoaprendizaje (alrededor de 6 horas). Para ello el alumnado cuenta con un tutorial accesible vía internet en <http://www.ugr.es/local/hciencia/practicas>

El **segundo módulo** ofrece la posibilidad de realizar un análisis crítico de las lecturas de apoyo recomendadas en la enseñanza

teórica y profundizar en los objetivos generales y particulares de la asignatura mediante el análisis de textos o imágenes. Este módulo de prácticas constará de tres sesiones presenciales (4 horas) y una serie de tareas de autoaprendizaje (hasta 6 horas).

■ Criterios de Evaluación

La evaluación se propone dar cuenta de todas las actividades desarrolladas por el alumnado a lo largo del curso. La evaluación global (10 puntos) se desglosará de la siguiente manera:

Programa práctico: 3 puntos (30% de la calificación final).
Dicha calificación se obtendrá por:

- 0-1,5 puntos: trabajo de documentación y búsqueda bibliográfica.
- 0-1,5 puntos: trabajo de análisis de textos y de exposición en el aula sobre las lecturas programadas.

Programa teórico: 7 puntos (70% de la calificación final).
Dicha calificación se obtendrá en la prueba final, escrita u oral, que constará de 7 preguntas. Se valorará la asistencia, participación y aprovechamiento de las enseñanzas del programa teórico.

■ Bibliografía General

BARONA, José Luis. *Introducción a la medicina*. Valencia, Universidad de Valencia, 1990.

LÓPEZ PIÑERO, José M^a. *La medicina en la historia*. Madrid, La esfera de los libros, 2002.

PORTER, Roy. *Breve historia de la medicina. Las personas, la enfermedad y la asistencia sanitaria*. Madrid, Taurus, 2003.

Programa Teórico

Tema 1. Salud / enfermedad / asistencia: conceptos fundamentales

Objetivos

Exponer la contribución de la historia para la comprensión de los conceptos básicos de la acción médica, en particular la variación de su expresión según los contextos socioculturales. Mostrar la insuficiencia del concepto biomédico de enfermedad, por su definición reduccionista de dicho fenómeno humano, mediante la aportación de las ciencias sociales.

Contenidos

- Universalidad y variabilidad del complejo salud/ enfermedad / asistencia. Pruebas etnográficas y paleopatológicas.
- El modelo biomédico de enfermedad. Eurocentrismo.
- Dimensiones culturales de la enfermedad (malestar, patología, dolencia).
- La construcción de la “normalidad”: conceptos de ciencia, androcentrismo y análisis de género.

Tema 2. La medicina como sistema socio-cultural. Pluralismo asistencial

Objetivos

Examinar la estructura compleja de la acción humana destinada a combatir la enfermedad y procurar la salud, en su contexto histórico y cultural preciso. Describir formas de racionalidad distintas a la propia de nuestra cultura occidental. Discutir las razones de la confluencia de modelos distintos en el contexto actual. Mostrar la dimensión socio-cultural ineludible de todo acto técnico.

Contenidos

- Cultura: definición. Contenidos (materiales y simbólicos).
- El complejo salud/enfermedad/asistencia como sistema socio-cultural. Estructura.
- Pluralismo asistencial. Las llamadas medicinas alternativas o complementarias. Curanderismo. Medicinas tradicionales
- Las relaciones entre los subsistemas: itinerario terapéutico.

Tema 3. Enfermedad y población. Patrones históricos de enfermar

Objetivos

Examinar la enfermedad como fenómeno colectivo en las poblaciones humanas, a través de la historia. Analizar el devenir

histórico de las enfermedades como un proceso al que coadyuvan factores biológicos, sociales y culturales.

Contenidos

- Concepto de epidemiología histórica. Crisis demográficas y crisis de mortalidad. Las enfermedades catastróficas.
- Enfermedades y muerte en la historia de las sociedades occidentales. Procesos de homogeneización epidemiológica.
- Transición sanitaria y transición epidemiológica. Persistencia de patrones de desigualdad.

Tema 4. Prácticas, método y saberes médicos en el mundo antiguo y medieval (1). La tradición oriental. Las medicinas hipocrática y galénica

Objetivos

Analizar la aparición de conceptos naturalistas de salud/enfermedad en distintas civilizaciones. Mostrar los inicios de una tradición médica occidental empírico-racional y la constante pluralidad de prácticas.

Contenidos

- Medicinas racionales asiáticas. Medicina china y ayurveda.
- La medicina hipocrática en su contexto sociopolítico y filosófico. Hipócrates de Cos (460-380 a.C.) y la colección hipocrática. La tradición empírico-creencial griega. La medicina como técknê.

- Galeno de Pérgamo (129-216) y la refundación de la medicina. La síntesis galénica.
- Cuerpo isomórfico y androcentrismo en la medicina clásica griega.

Tema 5. Prácticas, método y saberes médicos en el mundo antiguo y medieval (2). El galenismo y su desarrollo en las sociedades islámicas y cristianas

Objetivos

Analizar la continuidad y cambio en la teoría y prácticas médicas en distintos contextos culturales, a través de los cuales se forma el sistema medicofilosófico conocido como galenismo. Conocer las aportaciones originales de los autores islámicos durante la Edad Media y sus efectos sobre el mundo latino cristiano.

Contenidos

- El galenismo medieval: concepto y etapas en su formación.
- El marco histórico de la transmisión de la medicina helenística a las sociedades islámicas (núcleo oriental y núcleo occidental).
- El periodo de elaboración creadora de la medicina islámica.
- Los contactos entre el mundo latino y el mundo árabe. Salerno y Toledo. Autoría y género.
- La dimensión intelectual de la medicina en el mundo medieval cristiano: la creación de la universidad y la medicina escolástica.

Tema 6. Cristianismo, caridad y medicina. Profesión, prácticas sanadoras y asistencia en el mundo medieval

Objetivos

Examinar los procesos de difusión de los saberes filosóficos y médicos en el mundo latino a partir del s. XII, en coincidencia con el nuevo despegar de las ciudades y la aparición de la burguesía. Analizar el nacimiento de la profesión médica y la creación de una red asistencial en el contexto de dichos cambios sociales, dotada de determinados contenidos teórico-prácticos. Analizar el inicio del fenómeno hospitalario a través de la conjunción de objetivos religiosos, visibilidad social y espacio urbano. Poner en evidencia el consiguiente proceso de exclusión de las mujeres.

Contenidos

- Modelo abierto y modelo universitario de formación médica. El lugar de la enseñanza.
- Procesos configuradores de género en la profesión médica y regulación de las actividades profesionales (siglos XII-XVI).
- Los contenidos de la medicina práctica. La terapéutica. Los Regimientos de salud.
- El fenómeno hospitalario en la Europa latina.

Tema 7. Medicina y orden social en el mundo moderno (1). Transformaciones sociales y cambios en la práctica científico-médica europea de los siglos XVI y XVII. El caso de la anatomía

Objetivos

Analizar el descrédito del galenismo y el comienzo de su desaparición, en el marco de la expansión europea de la vida urbana, y el nacimiento de los estados. Relacionar dicho contexto con la nueva valoración de la ciencia y la técnica. Examinar el caso del estudio del cuerpo humano para mostrar los cambios en la percepción del universo y las transformaciones en el método para obtener conocimiento.

Contenidos

- Racionalidad y técnica en el mundo moderno. La nueva ciencia y la nueva organización de las actividades científicas.
- La anatomía italiana del Renacimiento y el modelo de Vesalio (1514-1564). Isomorfismo morfológico y androcentrismo.
- El inicio de la movilización de las formas en el mundo moderno, la Anatomia animata: La contribución de William Harvey (1578-1657).

Tema 8. Medicina y orden social en el mundo moderno (2). Empirismo y sistematización de la medicina entre los siglos XVII y XVIII

Objetivos

Analizar las nuevas formas teorías que sustituyen al paradigma galénico, en interrelación entre doctrinas filosóficas, religiosas, políticas y médicas. Analizar la noción de anacronismo, como componente en la percepción histórica, y el carácter histórico de la noción de “verdad” en relación a las construcciones científicas.

Contenidos

- Paracelso (1493-1541) y las primeras doctrinas médicas modernas: iatroquímica y iatromecánica.
- El empirismo clínico del siglo XVII. Thomas Sydenham (1624-1689).
- Sistemáticos, empíricos y antisistemáticos. La patología vitalista.
- Diversidad de bases doctrinales y prácticas eclécticas. Consolidación de la clínica.

Tema 9. Medicina y orden social en el mundo moderno (3). Medicina y Estado: políticas de salud en la Ilustración

Objetivos

Analizar el nacimiento de la intervención gubernativa sobre la salud de las poblaciones, por imperativo político, en relación con un pacto entre los estados y la profesión médica, que impuso las características de una profesión de servicio.

Contenidos

- Un saber nuevo: la salud de las poblaciones. Formación de la higiene pública en el siglo XVIII en el contexto de la “medicina de la predisposición”. Las topografías médicas.
- La campaña de salud de la Ilustración. Intervención urbana. Reformas en la enseñanza, control profesional y reforma hospitalaria.
- La defensa contra las epidemias.
- El ascenso de la cirugía.
- Variolización y vacuna antivariólica.

Tema 10. Narrativas médicas contemporáneas sobre la enfermedad: medicina anatomoclínica, medicina de laboratorio

Objetivos

Conocer los cambios y continuidades en las formas de entender la enfermedad en el tránsito del periodo moderno al contemporáneo. Comprender los cambios en las diferentes funciones del hospital y la relación de estas funciones con la comprensión de la enfermedad. Relacionar los cambios en la asistencia y la enfermedad en este periodo con el contexto socio-cultural. Vincular las transformaciones de las ideas médicas a los cambios en la profesión médica.

Contenidos

- El papel de la medicina en la configuración de la subjetividad occidental. Procesos de cambio en la consideración del paciente durante la transición del periodo premoderno al moderno: del socorro del pobre al restablecimiento del trabajador.
- El hospital, institución central en el desarrollo de las políticas sanitarias iniciadas en la Ilustración y en el desarrollo del conocimiento científico médico del siglo XIX (modelo hospitalocéntrico).
- La medicina hospitalaria. La búsqueda de la lesión (patología anatomoclínica) y el auge en la práctica medicoquirúrgica y obstétrica.
- La medicina del laboratorio. La narración (orientación) fisiológica: la búsqueda de la función. Escenarios y agentes.

- La medicina del laboratorio. La narración (orientación) etiológica: la búsqueda de la causa.

Tema 11. Ciencia, medicina e industria. La nueva función social de la ciencia y la consolidación del método científico occidental.

Objetivos

Analizar las transformaciones sociales, económicas e intelectuales que implicó la industrialización y que condicionaron el nuevo contexto de producción y función social de la ciencia. Se explora el impacto de la doctrina positivista en la construcción del conocimiento y se toma como ejemplo el auge del determinismo biológico. En el caso de la salud/enfermedad/asistencia, estas novedades se concretan en el surgimiento de la industria farmacéutica y la industria tecnológica médica.

Contenidos

- Industrialización: cambios sociales, políticos y demográficos.
- Propuestas para un nuevo orden social: el positivismo científico. Concepto, impacto en el método, nueva concepción del progreso. Formas de resistencia social
- La ciencia como legitimadora del nuevo orden social: el determinismo biológico
- El auge de la investigación industrial: la industria farmacéutica y la tecnoindustria médica.

Tema 12. La población como preocupación social. Salud pública y sistemas asistenciales en las sociedades industriales

Objetivos

Analizar la evolución de los sistemas asistenciales como modos históricos de acción social frente a la pobreza. Analizar el papel conformador de los sistemas de intervención en salud sobre las identidades de género. Estudiar el proceso de formación de los sistemas nacionales de salud en el contexto del estado de bienestar y su crisis.

Contenidos

- Pauperismo industrial, enfermedad y acción social. El ciclo Pobreza-Enfermedad. Beneficencia pública y seguros sociales de enfermedad.
- La disposición de localidad: las ciudades, fuente de enfermedades. El programa higienista de encuesta, saneamiento y moralización.
- El impacto del laboratorio en la intervención salubrista.
- Higiene o medicina social. Las mujeres como destinatarias y mediadoras en las campañas médico-sociales.
- Los sistemas de seguridad social universales y su crisis en Occidente.

Tema 13. Medicina, colonialismo e internacionalismo

Objetivos

Mostrar el escenario colonial en el que se desarrolló y legitimó la práctica sanitaria a finales del siglo XIX y primera mitad del XX.

Comprender la diferencia entre la medicina colonial y los sistemas médicos existentes en los territorios colonizados. Dotar de significado histórico a las instituciones (OMS, PAHO, etc.) u organismos (ONGs) que en la actualidad desempeñan tareas de colaboración sanitaria a escala transnacional, así como identificar los factores que han permitido los giros sociales en su orientación

Contenidos

- Colonialismo, mundialización de la economía, e internacionalismo científico: un escenario para la expansión europea.
- El proceso de expansión colonial europea y la intervención médica en relación a las políticas sanitarias metropolitanas.
- Evaluación del impacto de la medicina colonial en los territorios coloniales y sus consecuencias en el periodo post-colonial.
- La diversidad de conocimientos sanadores en la población autóctona de las colonias africanas.
- La colaboración sanitaria internacional: de la defensa de la metrópoli a la salud para el desarrollo.

Tema 14. La consolidación del modelo médico hegemónico. Tecnificación, medicalización, desigualdades, especialización y feminización

Objetivos

Examinar el conjunto de procesos que han permitido la consolidación del modelo biomédico en torno al hospital tecnologizado y dotado de una cultura administrativa. Se exploran sus implicaciones para las sociedades contemporáneas en términos de medicalización, dependencia, consumo y perpetuación de las desigualdades, incluyendo las de género, tanto en el acceso a los sistemas asistenciales como en la composición de las profesiones sanitarias.

Contenidos

- La medicina tecnológica.
- Introducción y difusión de las tecnologías médicas.
- Especialismo médico. Concepto.
- La generalización de la práctica especializada.
- El papel de las mujeres en la profesión médica y en otras profesiones sanitarias.
- El escenario asistencial: el hospital tecnologizado y jerarquizado.
- El espacio social: la medicalización y las desigualdades en salud.

Asignatura: **Historia de la Ciencia y de la Técnica**

Programa: **Curso 1999 - 2000**

Licenciatura de Historia

■ Profesores encargados

Ramón Gago Bohorquez
Mikel Astrain Gallart
Rosa María Medina Doménech

■ Departamento

Anatomía Patológica e Historia de la Ciencia

■ Horario

Segundo cuatrimestre, de 8,30 a 10 de la mañana, martes y jueves

■ Lugar

Aula 14, Facultad de Letras B

■ Resumen

Se trata de una asignatura de carácter general, que pretende acercar al estudiante de Humanidades a la historia de la ciencia tanto en sus aspectos teóricos y metodológicos como en aquellos de interés para las posibles salidas profesionales de esta licenciatura.

La Ciencia y la Tecnología han alcanzado una importancia sin precedentes en la constitución de nuestra sociedad post-industrial. Los estudios sobre historia social de la ciencia y la técnica han ido desvelando su carácter social, no sólo por estar sujetas a los avatares y conflictos de intereses de la sociedad en la que se

insertan sino por constituir en sí un configurador de primer orden de la vida humana. Es por tanto de interés, en una licenciatura de este tipo, suministrar al alumnado las herramientas necesarias para acercarse desde la historia al conocimiento científico y al proceso científico y técnico que lo genera.

El primer apartado es de carácter introductorio y en él, se tratan los aspectos conceptuales, institucionales y metodológicos de la historia de la ciencia y se revisan las relaciones entre la historia de la ciencia y la historia. El programa hace hincapié en temas historiográficos en los que las aportaciones de la historia de la Ciencia resultan especialmente enriquecedoras para una concepción global de la historia. Se tratan además nuevos enfoques que desde la sociología del conocimiento, el análisis del discurso o los estudios de género han enriquecido notablemente la reflexión crítica sobre la Ciencia.

El segundo apartado pretende acercar al alumnado a los denominados estudios sobre Ciencia, Tecnología y Sociedad y a la museística. Son estas áreas relevantes en las salidas profesionales de los futuros licenciados dada la incorporación de estas materias en los programas de bachillerato y el creciente interés de los museos de Ciencia en la divulgación científica.

Programa

1. Concepto de Historia de la Ciencia.

1.- La Historia de la ciencia como disciplina.

- El objeto de la Historia de la ciencia. Acerca de la ciencia
- Configuración de la historia de la ciencia como disciplina autónoma.
- Institucionalización de la historia de la ciencia.

2.- Objeto y fuentes de la historia de la ciencia.

- Delimitación de las áreas de actividad científica.
- Definición y clasificación de fuentes.
- Repertorios y fuentes específicas.
- Diccionarios biobibliográficos de historia de la ciencia.
- Principales repertorios y revistas de historia de la ciencia.

3.- Métodos y técnicas de trabajo en historia de la ciencia.

- La controversia internalismo-externalismo.
- Los modelos de cambio científico.
- La historia social de la ciencia.
- Métodos y técnicas: El análisis de texto, la historia de científicos, la historia experimental, la prosopografía y la historia cuantitativa, la historia institucional.

4.- El método científico desde una perspectiva histórica.

5.- Historia de la ciencia e historia.

- Butterfield, Bachelard, Vilar y la historia integral.
- Relaciones historia de la ciencia e historia:
 - Paleopatología y prehistoria
 - Epidemiología histórica y demografía histórica
 - Bases científicotécnicas de los descubrimientos geográficos
 - Revolución científica y revolución industrial
 - Salud pública y transformaciones urbanas
 - El impacto social de la ciencia.

6.- Modernidad, Postmodernidad y Ciencia

- Críticas a la ciencia y su método: género y ciencia
- Sociología del conocimiento científico
- La retórica de la ciencia y la ciencia como retórica
- La construcción social de la ciencia
- La historia cultural y la historia de la ciencia.

II. Los estudios Ciencia, Tecnología y Sociedad

7.- Ciencia, Tecnología y Sociedad: Tradiciones y perspectivas.

- Los estudios CTS en Europa y Estados Unidos
- Los estudios CTS en España
- Educación CTS en enseñanza secundaria y universidad

8.- El mito de la neutralidad de la ciencia y de la tecnología.

9.- Evaluación social de la ciencia y la tecnología

- Teoría y práctica de la evaluación de las tecnologías
- La participación pública
- Evaluación de las tecnologías y política científico-tecnológica
- La democratización de la política científico-tecnológica: propuestas

10.- Los museos de ciencia

III. La ciencia por dentro: los grandes periodos

11.- La ciencia antigua. Del mito al conocimiento.

- La ciencia en las culturas arcaicas del Antiguo Oriente y su trasmisión a los griegos.
- Concepción de la naturaleza en las principales corrientes filosóficas griegas: pitagorismo, atomismo, idealismo platónico, síntesis aristotélica y estoicismo.
- Las grandes enciclopedias clásicas.

12.- La ciencia medieval.

- Los enciclopedistas latinos.
- Ciencia y técnica en el mundo islámico.
- La recepción de la ciencia greco-árabe en el mundo cristiano occidental.

- Platonismo y aristotelismo en la ciencia escolástica.

13.- El método científico moderno.

- Naturalismo y magia en el Renacimiento.
- La idea de progreso: la imagen moderna de la ciencia.
- La revolución del pensamiento científico en los siglos XVI y XVII.
- Ciencia e ilustración.

14.- El gran desarrollo de la ciencia en los siglos XIX y XX.

- Dogmatismo y criticismo en los científicos del siglo XIX.
- El positivismo.
- La revolución del pensamiento científico en los siglos XIX y XX.

V. El nacimiento de la ciencia moderna.

15.- El contexto de su estudio.

- Las revoluciones en la historia.
- La perspectiva transcultural.
- Los presupuestos teóricos y los métodos.

16.- Motores y obstáculos.

- El renacimiento científico del siglo XVI.
- Las instituciones científicas.
- Las grandes empresas científicas.
- Ciencia y censura inquisitorial.

17.- La revolución astronómica y el nacimiento de la física moderna.

- La obra de Copérnico y su difusión en el siglo XVI.
- Novae y cometas: su función en la crisis de la cosmología tradicional y en la revolución copernicana.
- Tycho Brahe, Kepler y Galileo.
- La mecánica en el siglo XVII entre Galileo y Newton.
- La síntesis newtoniana y el legado de Newton.

18.- La química.

- La alquimia.
- Las actividades químicas en el siglo XVI.
- El comienzo de la consideración de la química como ciencia independiente.
- Del flogisto al oxígeno: el nacimiento de la química moderna.

19.- Las ciencias de la tierra.

- La apertura de la discusión sobre el origen de los fósiles en el siglo XVI.
- El Prodomus de Steno (1669): texto fundador de la ciencia geológica.
- Neptunismo y plutonismo en el siglo XVIII.
- Uniformistas y actualistas y los Príncipes de la Geología de Charles Lyell (1833).

20.- Las ciencias biológicas.

- La indagación de las formas y funciones orgánicas.

- El estudio de la diversidad y distribución de los seres vivos.
- La patología, ciencia de las enfermedades.

■ Bibliografía Básica

BASALLA (1989). *The evolution of technology*. Cambridge University Press.

KRAGH, Helge (1989). *Introducción a la historia de la Ciencia*. Barcelona, Grijalbo, Ed. Crítica.

OLBI, R. (1990) *Companion to the History Modern Science*. London, Routledge.

SERRES, M. (1991) *Historia de las Ciencias*. Madrid, Teorema.

Asignatura: **Tecnociencia, Medicina y Cultura**
Programa: **Curso 2004 - 2005**
Licenciaturas de Antropología, Humanidades, Historia
Libre Configuración Específica

■ Profesorado:

Rosa M^a Medina Domenech (*rosam@ugr.es*).
Coordinadora del curso

Alfredo Menéndez Navarro (*amenende@ugr.es*)

■ Horario Tutoría

Rosa M^a Medina Domenech: miércoles de 10 a 13 horas.
Otro horario con cita previa por correo electrónico. También pueden realizarse consultas por correo electrónico.

Alfredo Menéndez Navarro: Lunes de 10 a 14 horas; jueves de 9 a 11 horas.

■ Introducción

La asignatura pretende acercar al alumnado de ciencias humanas y sociales a las complejas interacciones históricas entre la cultura y los procesos tecnocientíficos, componentes esenciales de todas las sociedades. Precisamente porque lo científico y lo tecnológico impregnan nuestras formas cotidianas de comprender y vivir en el mundo, tendemos a no examinar su contribución en nuestras vidas o a delegar su comprensión en manos de expertos. El acercamiento de los estudiantes de ciencias humanas y sociales a estas cuestiones contribuirá a una comprensión más compleja y completa de “lo social” y “lo cultural”.

Los contenidos de la asignatura no privilegian la racionalidad científica, tradicionalmente entendida como ciencia occidental universal, sino que la muestran como una etnociencia junto a otras

etnociencias, es decir, como una forma, entre otras, de explicar lo que nos sucede de forma individual y colectiva. Sin embargo, sí se pretende acercar al alumnado a los procesos por los que ciertas formas de conocer se han convertido en hegemónicas (poder). Así mismo, se ofrece una perspectiva distanciada de una concepción de la historia como un proceso de progreso humano.

De forma particular en *Tecnociencia, Medicina y Cultura*, el alumnado estudiará las formas en las que la medicina, producida por médicos en laboratorios, hospitales y consultas, ha contribuido a comprendernos como sujetos sanos o enfermos. La definición de un sujeto como sano o enfermo no es una mera descripción de utilidad individual sino que ha cumplido funciones sociales o culturales en diferentes momentos históricos.

El ordenamiento del mundo que propone la tecnociencia ha contribuido a consolidar y desarrollar formas específicas de desigualdad en función del género que serán analizadas en relación a determinadas tecnologías.

De forma particular esta asignatura estudia la contribución de la ciencia a las culturas colectivas y las tecnologías museísticas desarrolladas para la exhibición de lo científico.

La asignatura proporciona una visión integradora que intenta superar los dualismos ciencia/sociedad, ciencia/tecnología, naturaleza/cultura, sujeto cognoscente/objeto cognoscible, expertos / legos.

La metodología didáctica intenta promover un papel activo del alumnado y solicita, por tanto, la colaboración en la asistencia al curso y la realización de tareas y actividades diversas.

■ Objetivos

1. Analizar la manera en la que la tecnociencia, y particularmente la medicina, son componentes inseparables de nuestras sociedades y nuestras vidas.
2. Promover un acercamiento crítico a los conocimientos tecnocientíficos desde diversas corrientes teóricas actuales que pretenden cuestionar la tradicional separación experto y lego.
3. Conocer los fundamentos culturales y sociales tanto como tecnocientíficos de los procesos de ordenamiento de la realidad en la cultura contemporánea (normalidad, raza o género).
4. Analizar algunas tecnologías contemporáneas destacadas en nuestra sociedad (biotecnologías, tecnologías médicas y tecnologías de la información) y su impacto en el ordenamiento desigual del mundo.
5. Comprender los procedimientos de difusión y apropiación del conocimiento científico en la llamada cultura de masas.

■ Metodología

El curso se desarrollará siguiendo una metodología activa y participativa. Cada uno de los temas del programa requiere la realización de diversas tareas tal y como se expone en este cuadernillo. Algunos de las temas se desarrollarán mediante clases expositivas aunque la mayor parte de los temas serán desarrolladas por el propio alumnado.

IMPORTANTE: El curso requiere la participación activa y asistencia regular, por tanto no es recomendable la matriculación para quienes no puedan asistir a las clases presenciales del programa y realizar las tareas requeridas.

■ Evaluación

La evaluación continuada de este curso no requiere la realización de un examen final pero sí el compromiso del alumnado para una presencia y participación activa a lo largo del curso. La evaluación se basará en los siguientes criterios:

Asistencia y participación. No deberán de producirse más de tres faltas de asistencia a lo largo del curso. Las faltas de asistencia habrán de justificarse

Realizar las actividades obligatorias correspondientes a los temas.

Elaboración de un ensayo sobre tres cuestiones que el alumno o alumna considere relevante haber aprendido a lo largo del curso. Este ensayo no deberá constar de más de 5 páginas a 1,5 espacios y 11 puntos.

Programa

PRESENTACIÓN:

Tema 1. La ciencia y la medicina como cultura

Metodología: la lección expositiva requiere de la participación activa del alumnado. Las alumnas y alumnos proporcionarán ejemplos de formas de comprender el mundo que nos rodean que pongan de manifiesto la combinación de explicaciones en las que, en ocasiones, la visión que proporciona la ciencia se contrapone a otras explicaciones culturales.

Lectura recomendada: Medina, M. Ciencia y tecnología como sistemas culturales. In: López Cerezo, J.A.; Sánchez Ron, J.M. *Ciencia, Tecnología, Sociedad y Cultura en el cambio de siglo*, Madrid, Biblioteca Nueva, Organización de Estados iberoamericanos, 2001, pp. 69-88.

CONOCER Y ORDENAR:

Tema 2. Tecnociencia, poder y sociedad en el mundo moderno: la nueva filosofía natural

Metodología: 2 sesiones consistentes en lección expositiva y sesión-debate con comentario del vídeo. Para esta sesión-debate los alumnos habrán visualizado la película Galileo de la directora Liliana Cavani y realizado la lectura del texto recomendado. El profesorado dirigirá la discusión en grupo.

Lecturas obligatorias: Shapin, S. *¿Cómo se adquiriría el conocimiento?* En: *La revolución científica una interpretación alternativa*, Barcelona, Paidós, 2000, pp. 91-151.

Actividad: Entrega de resúmenes breves (no más de dos páginas) de la lectura recomendada y del cuestionario de la película.

Tema 3. Biopoder. Control y vigilancia del cuerpo

Metodología: Taller de textos. Para esta sesión los alumnos habrán de haber leído las lecturas obligatorias y los cuestionarios de los textos sobre la que se realizará la discusión del texto en clase. Una alumna o alumno dirigirá la discusión en grupo.

Lecturas obligatorias:

Foucault, M. Las políticas de salud en el siglo XVIII. In: *Saber y verdad*, Madrid, La Piqueta, 1985, pp. 89-106.

Foucault, M. Derecho de muerte y poder sobre la vida. In: Foucault, M., (ed.) *La voluntad de saber. Historia de la sexualidad*, vol 1, Madrid, Siglo XXI, 1995, pp. 163-194.

Actividad: Se entregarán las respuestas a los cuestionarios.

Tema 4. Las grandes narrativas sobre la enfermedad: las llamadas “mentalidades médicas”

Metodología: Taller de textos. Para esta sesión los alumnos habrán de haber leído la lectura recomendada. La clase se distribuirá en pequeños grupos de discusión que a lo largo de la última media hora de la clase se reunirán para realizar una puesta en común.

Lecturas obligatorias: Barona, J. L. *Origen histórico de la medicina actual: ciencia y escuelas clínicas durante el siglo XIX*. In: Barona, J.L., (Ed.) *Introducción a la medicina*, Valencia, Univ. de Valencia, 1990, pp. 127-140.

Actividad: Entrega de resúmenes breves (no más de dos páginas) de lecturas obligatorias.

Tema 5. Ciencia y sociedad industrial: el determinismo biológico

Metodología: sesión expositiva y posterior sesión de debate con comentario del documental La historia de Lynchburg (Stephen Trombley, 1993).

Lecturas obligatorias: García González, Armando; Álvarez Peláez, Raquel. Introducción. En: *En busca de la raza perfecta. Eugenesia e higiene en Cuba (1898-1958)*, Madrid, CSIC, 1999, pp. XXI-IL.

Actividad: entrega de resúmenes breves de las lecturas (no más de dos páginas) y entrega del cuestionario relativo al documental.

Tema 6. Ciencia y colonización

Metodología: lección expositiva

Actividad: realización de un mapa conceptual de la clase que será debatido en tutoría de grupo.

CONOCER Y TRANSFORMAR

Tema 7. Introducción a los procesos tecnocientíficos

Metodología: lección expositiva y debate en clase

Lecturas obligatorias: Winner, L. Dos visiones de la civilización tecnológica. In: López Cerezo, J.A.; Sánchez Ron, J.M. (eds.), *Ciencia, Tecnología, Sociedad y Cultura en el cambio de siglo*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2001, Organización de Estados iberoamericanos, pp. 55-65.

Tema 8. Tecnologías de la información

Metodología: sesión de consenso. Para su desarrollo será necesario que los alumnos y alumnas se dividan en dos grupos que representarán diferentes puntos de vista de las dos visiones contrapuestas. Con anterioridad a la fecha del debate realizarán lecturas individuales según su propia búsqueda o con material proporcionado^{3/4} para sustentar, durante el debate, las tesis que los textos proporcionan. El día de la sesión de consenso cada grupo discutirá los diferentes argumentos proporcionados, escogerán

los más convincentes y elegirán a los representantes del grupo que actuarán de portavoces públicos. Un alumno o alumna actuará anotando y resumiendo las ideas principales expuestas por los portavoces, mientras que otros dos redactarán el párrafo de consenso que quedará aprobado al final de la sesión. El profesor o profesora actuará moderando la discusión. En este procedimiento es crucial compartir la responsabilidad respecto a no monopolizar la discusión, evitar la crítica sistemática y áspera, cuestiones que serán garantizadas por la persona que modera.

Tema 9. La perspectiva de género

Metodología: Taller de textos y clase expositiva.

Actividad: El alumnado habrá de presentar un breve trabajo (máximo dos páginas) en el que se analice alguna tecnología desde la perspectiva de género o alguna imagen (anuncios, televisión, ficción, etc.) que muestre como se representan de las mujeres en trabajos científico o tecnológicos.

Lecturas obligatorias: González García, Marta. Género y conocimiento. In: López Cerezo, J.A.; Sánchez Ron, J.M. *Ciencia, Tecnología, Sociedad y Cultura en el cambio de siglo*, Madrid, Biblioteca Nueva, Organización de Estados iberoamericanos, 2001, pp. 347-358.

CONOCER Y PERSUADIR

Tema 10. Ciencia y cultura de masas

Metodología: Clase expositiva y debate. Visita al Parque de las Ciencias. Tras realizar la lectura recomendada los alumnos visitarán el Parque de las Ciencias y completarán el cuestionario correspondiente a la visita. Visita al Museo Arqueológico. Tras realizar la lectura recomendada los alumnos harán una visita guiada al Museo.

Lecturas obligatorias:

Butler, Stela. Los museos de ciencia. In: Rodríguez Alcázar, F. J.; Medina Domenech, R. M.; Sánchez Cazorla, J. A. *Ciencia, tecnología y sociedad : contribuciones para una cultura de la paz, Granada*, Universidad de Granada. [Colección Eirene], 1997, pp 223-237

Lafuente, Antonio; Elena, Alberto. *Los científicos ante su imagen y su público. Claves de Razón Práctica*, 1996, núm. 67, 48-55.

Actividad: Entrega de resúmenes breves sobre las visitas a los museos.

■ BIBLIOGRAFÍA

Ackerknecht, E. H. *Medicina y antropología social* (Estudios varios), Madrid, Akal, 1985.

Barona, Josep Lluís. *Introducción a la medicina*, Valencia, Universitat de València, 1991.

Barona, Josep Lluís. (ed.). *Malaltia i cultura*, Valencia, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, 1995.

Castells, Manuel. *La era de la información. Economía, sociedad y cultura. Vol. 1. La sociedad red*, Madrid, Alianza Editorial, 1996.

Comelles, Josep M.^a; Martínez Hernández, J. M. *Enfermedad, Cultura y Sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina*, Madrid, Eudema, 1993.

Foucault, Michael. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, 2^a ed., México, Siglo XXI, 1975.

Lewontin, R. C.; Rose, S.; Kamin, L. J. *No está en los genes. Racismo, genética e ideología*, Barcelona, Crítica, 1987.

López Cerezo, J. A.; Sánchez Ron, J.M. *Ciencia, Tecnología, Sociedad y Cultura en el cambio de siglo*, Madrid, Biblioteca Nueva, Organización de Estados iberoamericanos, 2001.

Perdigueru, Enrique; Comelles, Josep M^a (eds.). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Barcelona, Bellaterra, 2000.

Rodríguez Alcázar, Francisco Javier; Medina Domenech, Rosa María; Sánchez Cazorla, Jesús. *Ciencia, tecnología y sociedad. Contribuciones a una cultura por la paz*, Granada, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Granada, Seminario de Estudios por la Paz. Colección Eirene, 1997.

Porter, Roy. *Breve historia de la medicina. Las personas, la enfermedad y la asistencia sanitaria*, Madrid, Taurus, 2003.

Asignatura: **Historia de las Ciencias de la Salud**

Programa: **Curso 2016 - 2017**

Grado Terapia Ocupacional

■ Departamento

Anatomía Patológica e Historia de la Ciencia

■ Profesorado

Prof. José Valenzuela Candelario (Coordinación asignatura)

Profa. Rosa M^a Medina Domenech

Tutorías y Contacto

Prof. José Valenzuela Candelario (jvalenz@ugr.es)

Profa. Rosa M^a Medina Domenech (rosam@ugr.es)

■ Horario

Martes y jueves, antes de clase. Otros horarios previa solicitud de cita por correo electrónico. Lugar: Dpto. Historia Medicina (Facultad de Medicina).

■ Consulta

En línea de la asignatura: PLATAFORMA SWAD

En línea de materiales de prácticas: <https://sites.google.com/site/practicashm2013/home>

■ Descripción de contenidos

La asignatura de Historia de las Ciencias de la Salud se concibe como una materia básica para el grado de Terapia Ocupacional, pues explora una perspectiva humanística, social y cultural de la salud y la enfermedad. Permite comprender que la salud y la

enfermedad son realidades complejas, cuyas configuraciones dependen de la identidad cultural y social de quien las describa y que la enfermedad no sólo es un suceso biológico, sino que tiene un significado vital y repercusiones sociales y culturales. Por ello, se pretende capacitar al alumnado en el análisis de las condiciones materiales y de los factores socioculturales e históricos que modelan la racionalidad y la subjetividad colectiva e individual de la sociedad occidental en los campos de la salud y la enfermedad y en los medios de promover la salud y prevenir o tratar la enfermedad. La asignatura también proporciona al alumnado las herramientas básicas para comprender las dinámicas de producción del conocimiento científico así como las habilidades para comprender el valor de la cultura propia de las personas enfermas a la hora de establecer sus vínculos con profesionales de la salud.

■ **Objetivos**

Generales

- Comprender la variabilidad histórica, social y cultural de los conceptos de salud y enfermedad.
- Conocer la pluralidad histórica de los saberes y prácticas asistenciales y terapéuticas.
- Identificar la variabilidad histórica de los encuentros clínicos y terapéuticos.
- Identificar procesos de continuidad y cambio en la historia de la salud y la enfermedad.

Específicos

- Reflexionar sobre la variabilidad de las representaciones del cuerpo en la historia.
- Reconocer la diversidad histórica de las experiencias (individuales y colectivas) de enfermar.
- Conocer la cambiante significación de la locura en la historia.
- Incorporar el concepto de “género” como herramienta analítica para comprender los procesos de salud y enfermedad en la historia.
- Reconocer la importancia de los saberes y prácticas de los pacientes para una comprensión empática del padecimiento.
- Conocer la especificidad histórica de las relaciones entre sanadores/as y pacientes.
- Comprender las relaciones entre enfermedad, literatura e historia.
- Conocer las bases históricas de la metodología para la adquisición de conocimiento en las ciencias sociosanitarias.
- Conocer la estructura del artículo científico como medio básico para la comunicación del saber experto.
- Conocer y valorar críticamente las tecnologías y fuentes de información en ciencias de la salud.
- Estimular y desarrollar la capacidad de análisis y síntesis de los textos escritos.

Para alcanzar estos objetivos el curso cuenta con un programa teórico y un programa práctico. El programa teórico se imparte con clases que combinan la exposición de contenidos por el profesorado, con debates y participación del alumnado. Cada tema incluirá además de las clases expositivas introduccionarias análisis de textos históricos o material visual que permita la implicación del alumnado en un trabajo personal. El programa práctico suministrará al alumnado las herramientas necesarias para dar respuesta a las preguntas: ¿Para qué es necesaria la información científica y cómo buscarla? ¿Cómo leer críticamente un artículo? ¿Cómo planificar una investigación?

■ Criterios de evaluación

- Asistencia y participación activa: 10%
- Presentación del trabajo de prácticas (realización de una búsqueda bibliográfica, confección de fichas de trabajo y elaboración y presentación de una propuesta de investigación): 30%
- Elaboración de carpeta de trabajo o portafolio del curso: 60%
 - Con una reflexión propia (de un máximo de un folio) indicando dos aspectos del tema que le parecen relevantes y explicando por qué. Tenéis disponible una guía para la elaboración (y evaluación) de la reflexión propia en el swad.
 - Las tareas específicas requeridas en cada tema.

(Los trabajos plagiados serán suspendidos automáticamente)

■ Bibliografía general

PORTER, Roy. *Breve historia de la medicina. Las personas, la enfermedad y la asistencia sanitaria*. Madrid, Taurus, 2003.

FERNÁNDEZ GUERRA, José. *Medicina y literatura: Hacia Una Formación Humanista*. Grupo Editorial 33 SL, 2010.

■ Bibliografía complementaria

BARONA, José Luis. *Introducción a la medicina*. Valencia, Universidad de Valencia, 1990.

BONGERS, Wolfgang, Tanja Olbrich, y Thomas Anz. *Literatura, cultura, enfermedad*. Buenos Aires: Paidós, 2006.

HUERTAS, Rafael. *Historia cultural de la psiquiatría*. Madrid, Los libros de la catarata, 2012.

LAÍN ENTRALGO, P. *La relación médico-enfermo : historia y teoría*, Madrid, Alianza Editorial, 1983.

PORTER, Roy. *Historia social de la locura*. Barcelona, Crítica, 1989.

RIVERA GARZA, C., 2010. *La Castañeda: narrativas dolientes desde el Manicomio General, 1910-1930*, México, D.F.: Tusquets, 2010

■ Bibliografía: pacientes hablan

Allué, Marta. Perder la piel. Barcelona, Planeta, Seix Barral, 1996.

Azorín, El enfermo. Madrid, Biblioteca Nueva, 1961.

Bonnett, Piedad. Lo que no tiene nombre. Alfaguara, 2013.

Mann, Thomas. La montaña mágica. Barcelona, Edhasa, 2005.

Shua, Ana María. La muerte como efecto secundario. Suramericana, 1997.

■ Programa Teórico

Tema 1. Salud / enfermedad / asistencia: conceptos fundamentales

Objetivos: Exponer cómo la historia ayuda a comprender la variación humana en la percepción de la enfermedad y de las prácticas que tratan de aliviarla. Mostrar la insuficiencia del concepto biomédico de “enfermedad”, por su definición reduccionista de una experiencia humana compleja. Conocer herramientas de análisis (eurocentrismo, género) de los saberes y prácticas sobre el padecimiento humano.

Contenidos

- Universalidad y variabilidad del complejo salud/ enfermedad / asistencia.

- El modelo biomédico de enfermedad. Eurocentrismo y diversidad del saber sobre la salud.
- Dimensiones culturales de la enfermedad (malestar, patología, dolencia).
- Cultura: definición. Contenidos (materiales y simbólicos).
- La construcción de la “normalidad”: conceptos de androcentrismo y análisis de género.
- Un ejemplo de varibilidad cultural: saberes y prácticas de la medicina china (conocimiento del cuerpo, la enfermedad y el tratamiento).

Método: Clase expositiva y debate en clase sobre el cuestionario introductorio.

Tarea 1: Cuestionario introductorio

El objetivo de este cuestionario es conocer algunas de las ideas y concepciones del alumnado sobre la historia de la Salud (presentismo, idea progresiva de la historia, determinismo biológico, etc.). Es importante conservar las respuestas al cuestionario hasta el final del curso para valorar si, como resultado de haber cursado la asignatura, el alumnado cambia en algún sentido sus respuestas iniciales.

1. *Lea con atención esta frase: “El concepto de ‘normalidad’ en relación a la salud es una realidad objetiva”. Indique si está o no de acuerdo con esta afirmación y razone su respuesta.*
2. *¿Cree que la menopausia es una enfermedad? ¿Cree que a lo largo de la historia siempre se ha considerado una enfermedad?*

3. *Lea con atención esta frase: “Una paciente embarazada conoce su embarazo mejor que los profesionales que la atienden en su centro de salud”. Señale si está o no de acuerdo con esta afirmación razonando su respuesta.*
4. *Una paciente que ha sufrido quemaduras muy graves lleva más de un año en diversos centros hospitalarios recibiendo tratamiento: (a) Sólo debe de obedecer las indicaciones de los y las profesionales sanitarios (b) Dispone de un conocimiento importante sobre los diversos tratamientos que podrían ser de interés para los profesionales y ser beneficiosos para los resultados clínicos (c) Los conocimientos que posee la paciente carecen de importancia para los profesionales que la atienden y para el resultado último de la enfermedad.*
5. *Lea con atención esta frase: “La medicina y terapias que se practican en los centros hospitalarios europeos son superiores a las diversas formas de medicina tradicional que se practican en África”. Indique si está o no de acuerdo con esta afirmación y razone su respuesta.*
6. *Lea con atención esta frase: “La medicina y terapias que se practican en los hospitales norteamericanos son superiores a la que se practica en los hospitales españoles.” Indique si está o no de acuerdo con esta afirmación y razone su respuesta.*
7. *Lea con atención esta frase: “La medicina actual es superior a la de los siglos pasados.” Indique si está o no de acuerdo con esta afirmación y razone su respuesta.*
8. *Complete (con su propia opinión) la frase: “La enfermedad mental es ... ”*

9. Lea con detenimiento la frase: “El/la terapeuta ocupacional debe tener presente las necesidades de las personas enfermas y no sólo las pautas de la medicina clínica.” Indique si está de acuerdo o no con esta afirmación.

Bibliografía

Sontang, Susan, *La enfermedad y sus metáforas. El Sida y sus metáforas*, Taurus, 2003, pp. 1-15. Accesible en: <http://goo.gl/4QGdzP>

Fausto-Sterling, A. (2006). Duelo a los dualismos. In: *Cuerpos sexuados: La política de género y la construcción de la sexualidad*, Melusina, pp. 15–20. Accesible en: <https://is.gd/WMUISG>

Rosenberg, C. E. (2002). The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *The Milbank Quarterly*, 80(2), 237–60.

Tema 2. Salud, enfermedad y sistema socio-cultural. Pluralismo asistencial

Objetivos: Examinar la complejidad y diversidad (histórica y cultural) de la acción humana para combatir la enfermedad y procurar la salud. Mostrar la dimensión socio-cultural de todo acto sanador o terapéutico. Describir formas de racionalidad distintas a las de nuestra cultura occidental. Reflexionar sobre las razones de la confluencia de modelos distintos en la sociedad actual.

Contenidos

- Significaciones de la enfermedad.
- El complejo salud/enfermedad/asistencia como sistema socio-cultural. Estructura.
- Pluralismo asistencial. Las llamadas medicinas alternativas o complementarias. Curanderismo. Medicinas tradicionales
- Las relaciones entre los subsistemas: itinerario terapéutico.

Método: Clase expositiva y debate documental “Caro Diario” (Nanni Moretti).

Bibliografía

KLEINMAN, Arthur. [Qué es específico de la medicina occidental] What is specific to Western medicine?. en: Bynum, William F.; Porter, Roy, eds., Companion Encyclopaedia of the History of Medicine. London-New York, Routledge, 1993, vol. 1, pp. 15-23.

Tarea 2: Responder al cuestionario del episodio “Médicos” de la película “Caro Diario” (Nani Moretti, 1993)

1. *¿Qué sistemas asistenciales recorre Nanni Moretti para intentar solucionar el picor que le hace padecer?*
2. *En su opinión ¿En qué sistema asistencial se despliega por parte de los sanadores mayor persuasión para convencer al paciente?*
3. *¿Con qué criterios toma Moretti la decisión de acudir a cada uno de los diversos sistemas asistenciales que muestra el episodio?*

4. *¿Qué ejemplos de autoatención se ven en el episodio Médicos?*
5. *¿Cómo explica usted que encontrándose las claves para el diagnóstico de la enfermedad desde los supuestos de la Biomedicina en una enciclopedia general, los distintos especialistas no acertaran en el diagnóstico?*
6. *¿En su opinión qué sistema asistencial parece resultarle menos extraño o más empático al propio Nanni Moretti dentro de los que muestra en el episodio?*
7. *Como verá, en el film Nanni Moretti pone mucho énfasis en las recetas que le prescriben los médicos ¿Qué papel juegan las prescripciones en la relación médico-paciente?*
8. *¿Calificaría de responsable la manera en la que Nanni Moretti gestiona su problema de salud?*
9. *¿Cree usted que la asistencia biomédica /alopática es (o debiera ser) incompatible con otras medicinas complementarias heterodoxas? Razone su respuesta.*
10. *En su opinión ¿qué límites de la biomedicina pone de manifiesto el episodio “Médicos”?*

Tema 3. Prácticas culturales, saberes y espacios asistenciales en el mundo antiguo y medieval.

Objetivos: Conocer la diversidad de saberes y terapias frente a la enfermedad en las culturas de oriente y occidente en el mundo antiguo y medieval. Comprender la racionalidad del galenismo como base para la práctica médica en occidente durante varios

siglos. Conocer la difusión del galenismo tanto en el mundo islámico como en el cristiano medievales. Conocer el proceso de institucionalización de los hospitales en Occidente.

Contenidos

- Religión y Medicina.
- Saberes sobre el cuerpo y la enfermedad en el Corpus hipocrático.
- El galenismo como saber médico sobre la enfermedad en el mundo medieval cristiano e islámico..
- El fenómeno de la locura.
- Enfermedades y terapias en el mundo antiguo y medieval. Las curaciones milagrosas.
- El pluralismo médico bajomedieval: médicos, cirujanos, sangradores y otras prácticas sanadoras.
- El hospital en la Antigüedad tardía y el mundo medieval.
- Terapias musicales.

Método: Clase expositiva y lectura y análisis de documentos notariales medievales.

Bibliografía

Moreno Rodríguez, Rosa M^a. Moreno Rodríguez, Rosa M. *Ética y medicina en la obra de Galeno*. Dynamis, 2013, 33 (2), 441-460

García Ballester, Luis. *La búsqueda de la salud. Sanadores y enfermos en la España medieval*. Barcelona, 2001, Península (especialmente, cap. 5).

Tarea 3: Responder al cuestionario sobre los documentos seleccionados:

1. *Cómo acceden los sanadores al desempeño de sus oficios.*
2. *¿Existe alguna jerarquía en la regulación de las ocupaciones y prácticas sanadoras?*
3. *¿De qué tipos de saberes hacen gala los sanadores?*
4. *¿Hay restricciones a la práctica de los oficios?*
5. *¿Puede citar algún ejemplo de itinerario terapéutico?*
6. *¿Qué criterios ordenan la toma de decisiones en dicho itinerario?*
7. *¿Qué es un zaratán?*
8. *¿Cómo se valida el éxito de las curas?*
9. *¿Cómo acceden las personas enfermas y necesitadas a los hospitales?*
10. *¿Qué tipos de cuidados ofrecen los hospitales?*
11. *¿Aprecia algún tipo de reservas o cautelas de los sanadores en su práctica terapéutica?*

Tema 4. Prácticas culturales, saberes y espacios asistenciales en el mundo moderno (siglos XVI-XVIII).

Objetivos: Mostrar que la experiencia corporal es variable y está enraizada en la historicidad de las comunidades. Mostrar la historicidad de las experiencias de enfermar. Ampliar los significados de la categoría analítica “curación”. Conocer la implicación de las mujeres en las actividades curativas y asistenciales. Conocer los procesos asistenciales. Conocer el significado de la caridad.

Contenidos

- El cuerpo en la Edad Moderna.
- Las tramas y los lenguajes de la enfermedad.
- El pluralismo asistencial y los cuidados (‘técnicas del cuerpo’, ‘artesanos del cuerpo’, ‘bodywork’).
- El hospital general.

Método: Clase expositiva

Bibliografía

Rublack, Ulinka. Flujos. El cuerpo y las emociones en la Edad Moderna. En: María Tausiet; James S. Amelang (eds.). *Accidentes del alma. Las emociones en la Edad Moderna*. Madrid, 2009, Abada editores, pp. 99-122.

Moreno Rodríguez, Rosa María; Valenzuela Candelario, José. Lenguajes de enfermedad en el siglo XVIII. La experiencia del enfermar ante el tribunal inquisitorial. *Historia Social*, 2010, 66, 23-39.

Tarea 4

Responder al Cuestionario sobre el texto de Miguel de Luna 'Escrito sobre la conveniencia de restaurar los baños y estufas' (1592) [Transcrito en: García-Arenal, Mercedes; Rodríguez Mediano, Fernando. Médico, Traductor, Inventor: Miguel de Luna, cristiano arábigo de Granada. *Chronica Nova*, 2006, 32, 187-231 (pp. 226-230)]:

1. *¿Qué representación del cuerpo humano se difunde en el escrito?*
2. *¿Qué doctrina médica rige el conocimiento de las enfermedades?*
3. *¿Qué razones alega Miguel de Luna en defensa de los baños?*
4. *¿Están indicados los baños para evitar la aparición de las enfermedades?*
5. *¿Qué son las bubas?*
6. *¿Por qué están especialmente indicados en el tratamiento de las bubas?*
7. *¿Hay razones socio-culturales a favor y en contra de los baños?*
8. *Cómo interpreta usted la alusión que hace el autor a la profecía de San Juan Evangelista? ¿Ofrece alguna pista el verso en árabe que incluye en su escrito? ¿Quién fue Miguel de Luna?*

Tema 5. Bases históricas de las ciencias contemporáneas de la salud: la lesión, la causa y la alteración de la función en la enfermedad (siglo XVIII-XIX).

Objetivos: Conocer los cambios y las continuidades en las formas de entender la enfermedad en el tránsito del periodo moderno al contemporáneo. Comprender los cambios en las diferentes funciones del hospital y la relación de estas funciones con la comprensión de la enfermedad. Relacionar los cambios en la asistencia, la enfermedad y las profesiones sanitarias de este periodo con el contexto socio-cultural.

Contenidos

- El papel de la medicina en la configuración de la subjetividad occidental.
- El tratamiento moral.
- El hospital, institución central en el desarrollo de las políticas sanitarias iniciadas en la Ilustración y en el desarrollo del conocimiento científico médico del siglo XIX (modelo hospitalocéntrico).
- La medicina hospitalaria. La búsqueda de la lesión (patología anatomoclínica) y el auge en la práctica medicoquirúrgica y obstétrica.
- La medicina del laboratorio. La narración (orientación) fisiológica: la búsqueda de la función. Escenarios y agentes.
- La medicina del laboratorio. La narración (orientación) etiológica: la búsqueda de la causa.
- El paciente en el marco de la medicina moderna.
- Locura y degeneración

Método: Clase expositiva

Bibliografía

Barona, J. L. Origen histórico de la medicina actual: ciencia y escuelas clínicas durante el siglo XIX. In: Barona, J.L., (Ed.) *Introducción a la medicina*, Valencia, Univ. de Valencia, 1990, pp. 127-140.

Tarea 5: "La peste" (1947) Albert Camus

1. *Lea el primer capítulo de la novela "La peste" (1947) de Albert Camus, donde se describe el surgimiento de una epidemia de peste en Orán, bajo el gobierno colonial francés. Trate de responder a las siguientes preguntas:*
2. *Indique los fragmentos del texto que le han interesado e indique por qué.*
3. *Cite qué párrafos en el texto reflejan una explicación hipocrática de la enfermedad que estaba brotando en la ciudad y quienes defienden esta explicación.*
4. *Cite qué párrafos en el texto reflejan una explicación epidemiológica y de laboratorio de la enfermedad y quienes la defienden.*
5. *Indique la cadena de acontecimientos claves que conducen a la identificación de la epidemia de peste .*
6. *¿Qué sentimientos, desencadenados por la peste, parecen afectar a los médicos?*
7. *¿Aceptaron los médicos con facilidad la necesidad de declarar públicamente la epidemia de peste? Razone su respuesta*

8. *¿Qué reacciones emocionales se producen entre los habitantes de la ciudad ante la aparición de la enfermedad?*
9. *Describa muy brevemente las medidas sanitarias que se fueron adoptando*

Tema 6. Enfermedad y población. Patrones históricos de enfermar. Políticas asistenciales y preventivas centradas en la población. La expansión colonial de la medicina.

Objetivos

Comprender las transformaciones socio-políticas que adjudicaron valor económico a la salud de la población

Conocer las bases sociales y médicas del desarrollo histórico de la higiene pública, la Medicina Social y la Salud Pública.

Examinar la relación entre la expansión mundial de la medicina y el colonialismo.

Analizar la pobreza con perspectiva histórica.

Contenidos

- Relaciones entre medicina y estado. Higiene pública, medicina social y Salud Pública
- Factores sociales implicados en los cambios sobre la concepción de la salud: Industrialismo, positivismo y el ideal de “progreso”.
- Medicina y colonización.
- Pobres, miserables, excluidos. La pobreza en perspectiva histórica
- Sistemas de asistencia médica

Método: Clase expositiva y análisis de casos clínicos

Bibliografía

Rodríguez Ocaña, Esteban (2002). La medicina como instrumento social. [monográfico “La acción social de la medicina y la construcción del sistema sanitario en la España contemporánea”], *Trabajo Social y Salud*, 2002, 43, 19-36.

Campos, Ricardo (2009). “La clasificación de lo difuso: el concepto de ‘mala vida’ en la literatura criminológica de cambio de siglo.” *Journal of Spanish Cultural Studies* 10 (4): 399–422.

Oxfam. Crisis, desigualdad y pobreza. aprendizajes desde el mundo en desarrollo ante los recortes sociales en España. Vol. 32. 2012. <http://www.pensamientocritico.org/Intermon0113.pdf>

Oxfam. Crisis, desigualdad y pobreza. Vídeo http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=02uAvgO45N8

Tarea 6

Análisis de los casos clínicos que presenta Franz Fanon en el libro “Los condenados de la tierra” (FCE, 1961).

Tema 7. La consolidación del modelo hegemónico en las ciencias de la salud. Tecnificación, especialización y feminización profesional. Medicalización, desigualdades y envejecimiento. La terapia ocupacional como especialidad.

Objetivos

Examinar la consolidación del modelo biomédico en torno al hospital tecnologizado y su cultura administrativa. Analizar las implicaciones de este modelo para las sociedades contemporáneas en términos de medicalización, dependencia, consumo y perpetuación de las desigualdades, incluyendo las de género, tanto en el acceso a los sistemas asistenciales como en la composición de las profesiones sanitarias.

Contenidos

- La “medicina tecnológica.”
- Introducción y difusión de las tecnologías médicas.
- Especialismo médico. La terapia ocupacional como especialidad.
- El papel de las mujeres en la profesión médica y en otras profesiones sanitarias.
- El escenario asistencial: el hospital tecnologizado y jerarquizado.
- El espacio social: la medicalización y las desigualdades en salud.

Bibliografía

Martínez Pérez, José, y María Isabel Porras Gallo. «Hacia una nueva percepción social de las personas con discapacidades : legislación, medicina y los inválidos del trabajo en España (1900-1936)». *Dynamis* 26: 195-219 (2006. Web. 4 feb. 2013. <http://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/114237>

Medina Domenech, Rosa M. Visiones críticas sobre el desarrollo tecnológico. Ponencia presentada a XVII Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. Sociedad del conocimiento y servicios de salud. Granada: 20, 21 y 22 de noviembre de 2003. Manuscrito.

Tarea 7: Visualizar el documental *Sicko* (Michael Moore, 2007), sobre los problemas de la asistencia médica en EE.UU. y responder al cuestionario.

1. *Qué argumentos, según el documental, explican la falta de asistencia universal en los EE.UU.*
2. *¿En que consiste la "asistencia universal"?*
3. *Según el documental ¿Cómo afecta a la salud de los pacientes la falta de asistencia universal*
4. *¿Encuentra algún aspecto criticable en el documental de Moore? Razone su respuesta*
5. *¿Cuenta España con asistencia universal?*

Tema 8. Las relaciones entre pacientes y profesionales sanitarios en perspectiva histórica

Objetivos

Conocer las variaciones históricas de la concepción del “paciente”.

Esclarecer los diversos factores (sociales, culturales, emocionales) implicados en la relación clínica/terapéutica con pacientes.

Contenidos: El valor del relato de la persona enferma en el acto clínico. Diferencias entre el modelo hipocrático-galénico, y biomédico contemporáneo.

- Movimientos sociales colectivos en la lucha por la asistencia médica
- La perspectiva individualizada. Pacientes en la medicina a la cabecera del paciente, “objetivación de la enfermedad” y construcción del “paciente”. El paciente como “cliente”
- El papel de emociones y sentimientos en la práctica profesional cotidiana (climas emocionales)
- Pacientes ante el sistema sanitario: La autonomía y los derechos de los pacientes

Bibliografía

Lázaro, J.; Gracia, D. (2006) La relación médico-enfermo a través de la historia. *An. Sist. Sanit. Navar.* 29 (3): 7–17.

Gilman, Charlotte Perkins (1899). «El papel de tapiz amarillo». Accedido 4 feb. 2013. <http://www.lamaquinadel tiempo.com/prosas/perkins01.html>

Tarea 8

Visualizar la película Las confesiones del doctor Sachs dirigida por Michel Deville (1999) y responder al cuestionario:

- 1. ¿Piensa que la película plantea los límites del saber médico ante la enfermedad?*
- 2. ¿En algún momento recomienda Sachs a sus pacientes alguna actividad que pueda considerarse parte de una Terapia Ocupacional?*
- 3. En un momento de la película se oye la frase «La mayoría de las enfermedades se denominan con el nombre del médico que las describe, no el de la persona que las sufre. Es decir, los médicos son los dueños de la enfermedad.» ¿Puede explicar el significado de esta frase con sus propias palabras?*
- 4. Se ha señalado que la novela «La enfermedad de Sachs» es una crítica al poder médico. Explique si está de acuerdo con esta reflexión y razone su respuesta.*
- 5. ¿Qué papel juega la escucha en el tratamiento que aplica el Dr Sachs?*
- 6. ¿Con que figura se ha identificado a lo largo de la película, con el médico o con alguno de sus pacientes? Explique porqué*

7. *¿Le parece que el sistema sanitario francés que se muestra en la película es similar al español? Razone su respuesta*
8. *¿Cree que el Dr Sachs también sufre? Razone su respuesta*
9. *¿Cree que, como profesional de la Terapia Ocupacional, tendrá que afrontar en el futuro problemas humanos similares a los que afronta el Dr Sachs?*
10. *La película muestra el profundo efecto de la enfermedad en la vida de las personas. Por favor indique qué caso particular le ha impresionado en la película e indique por qué.*

Tema 9. El padecimiento mental en perspectiva histórica.

Objetivos

Comprender la variación histórica en la experiencia humana de la locura.

Conocer las teorías médicas y modelos asistenciales para afrontar la “enfermedad mental” a lo largo de la historia.

Comprender la relevancia y el significado humanos de la condición de “paciente”.

Contenidos

- El significado socio-cultural de la locura en perspectiva histórica
- Modelos explicativos médicos de la enfermedad mental a lo largo de la historia: biologicismo (materialismo) / moralismo /

psicologicismo /enfermedad social

- Orígenes e historia de las Psicoterapias (mesmerismo, hipnotismo, psicoanálisis, terapia farmacológica)
- De la histeria como forma de control de las mujeres a las enfermedades psicosomáticas
- La antipsiquiatría y la recuperación del saber del paciente sobre su padecimiento mental.
- Sistemas asistenciales: manicomio, desinstitucionalización, comunidades terapéuticas

Método: Clase expositiva, conferencias de profa. invitada y análisis del documental “Comunidad de locos” (Ana Cutuli, 2005).

Bibliografía

Bernabeu-Mestre, J., Cid Santos, A. P., Esplugues Pellicer, J., & Galiana-Sánchez, M. E. (2008). Categorías diagnósticas y género: los ejemplos de la clorosis y la neurastenia en la medicina española contemporánea (1877-1936). *Frenia*, 60, 83–102. Acvcesible en: <http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/viewArticle/245>

Desviat, Manuel. *Cohabitar la diferencia: de la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva*. Madrid: Grupo 5, Colección Salud mental colectiva, 9.

Desviat, M. (2010). Los avatares de una ilusión : la reforma psiquiátrica en España. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 253–263.

Levinton Dolman, Nora (2000). "La mujer pensada y descrita por Freud, Viena fin de siglo. En: *El superyó femenino: la moral en las mujeres*. Madrid, Biblioteca Nueva, 2000, pp. 40-51.

Ruiz Somavilla, M^a José, Jiménez Lucena (2003). Género, Mujeres y Psiquiatría: una Aproximación Crítica. *Frenia*, 3, 7–29.

"Voices matter". Documental sobre el movimiento internacional "Oír voces". <https://www.youtubecomwatch?v=IVUHDrSnOII#t=33>

Escuchando voces que deprimen: Recursos y Estrategias para ayudarse así mismo. http://www.power2u.org/articles/selfhelp/voices_spanish.html

Enlaces de interés

El Asilo Psiquiátrico de Willard (Nueva York) : <http://www.suitcaseexhibit.org/indexhasflash.html>

Tarea 9

Visualizar el documental "Comunidad de locos" (Ana Cutuli, 2005). Documental basado en el libro "Las Huellas de la Memoria, Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los años 60' y 70' de Enrique Carpintero y Alejandro Vainer. El documental versa sobre las comunidades terapéuticas en Argentina a finales de los años sesenta y principios de los setenta. Un movimiento que va de la mano de la antipsiquiatría, y que vio su culminación con los sucesivos golpes militares, terminando su último foco en el año 1976. Accesible en http://www.youtube.com/watch?v=_Yr9C00yiDo

Responder al cuestionario:

- 1. El modelo de las “comunidades terapéuticas de pacientes” es presentado en el documental como un modelo intermedio entre la psiquiatría represiva (electroshock) y la “boutique psicoanalítica”. ¿Podría indicar a qué se refiere Wilbur Grimson con este término?*
- 2. ¿Qué momento histórico del siglo XX aparece como decisivo para acabar con el modelo de la psiquiatría represiva?*
- 3. Según el documental los pacientes en las comunidades actuaban como “auxiliares terapéuticos”. También se menciona la idea de que psiquiatras y terapeutas han de actuar de “secretarios del psicótico”. Indique con estos términos qué papel, en relación a su propia enfermedad, se plantea para las personas con enfermedad mental.*
- 4. Indique qué tipo de rutinas o prácticas frecuentes en el hospicio y el manicomio tuvieron que eliminarse para poner en marcha la comunidad terapéutica*
- 5. Que factores sociales, se mencionan en el documental, como favorecedores de la aparición de estos modelos de comunidades terapéuticas*
- 6. Históricamente la mayoría de los tratamientos que se han aplicado en psiquiatría tienen una base empírica, pero ninguna base fisiopatológica. ¿Cree que en la actualidad sigue ocurriendo así? Razone su respuesta*
- 7. En el documental se habla de la figura de los “psiquiatrones”. ¿Puede indicar a qué se hace referencia con este término?*

8. *La prohibición de las comunidades terapéuticas se produjo por circunstancias políticas. Indique cuales*
9. *¿Colaboraron en su desaparición las asociaciones profesionales de psiquiatría?*

Asignatura: **Historia de la enfermedad y la medicina**

Programa: **Curso 2020 - 2021**

Grado: Antropología Social y Cultural

■ Departamento

Anatomía Patológica e Historia de la Ciencia. UGR.

■ Profesorado

Profa. Rosa M^a Medina Domenech

■ Horarios, tutorías y Contacto

Clases: lunes y miércoles de 12.30 a 14.30

Aula virtual: <https://meet.jit.si/ClaseHEMRosaMedina>

Tutorías: Profa. Rosa M^a Medina Domenech
(Correo electrónico: rosam@ugr.es)

- Solicitud de cita por correo electrónico.

Consulta en línea de la asignatura: PLATAFORMA SWAD
SWAD: Información para principiantes, <https://swad.ugr.es/begin/>

Swad dirección directa asignatura: <https://swad.ugr.es/?crs=8874>

■ Periodo Lectivo

Lunes, 22/02/2021 miércoles, 09/06/2021

■ Convocatoria de exámenes:

CONVOCATORIA ORDINARIA: miércoles, 23/06/2021. Entrega portafolio hasta las 2pm por correo electrónico.

CONVOCATORIA EXTRAORDINARIA: 13/07/2021. Entrega portafolio hasta las 2pm en por correo electrónico.

■ Descripción de contenidos

La asignatura de Historia de la enfermedad y la medicina explora la salud/enfermedad/atención en su contexto histórico. Permite comprender que la salud y la enfermedad son realidades complejas inmersas en la cultura y la sociedad de cada época. La enfermedad no sólo es un suceso biológico o individual, sino que tiene un significado vital y repercusiones sociales y culturales. La experiencia de la enfermedad, para las personas, está moldeada por la historia. Estas experiencias no son sólo individuales sino, también, de carácter colectivo.

Los contenidos capacitarán al alumnado a comprender la experiencia de enfermar, colectiva e individual, de las personas y las respuestas históricas al padecimiento. De forma específica, a lo largo del curso indagaremos sobre dos cuestiones: 1.- ¿Es importante recuperar la experiencia histórico-cultural de enfermar en el presente? 2.- ¿Las experiencias de los pacientes contienen “saberes” útiles para la sanación o el alivio? 3.-¿Cómo ha variado y configurado, históricamente, la relación entre la experiencia de la enfermedad y la bio(medicina)? ¿Puede entenderse más profundamente la experiencia de enfermar desde los ejes de análisis que ofrece la historia, es decir, el contexto, el poder, las resistencias, los saberes?

■ Objetivos Generales

- Comprender que la enfermedad (saberes y experiencias culturales) es el resultado de contextos históricos

- Identificar la pluralidad histórica de saberes y prácticas asistenciales y terapéuticas
- Identificar procesos de continuidad y cambio en relación a la historia de la enfermedad
- Cuestionar el presentismo para la comprensión del pasado

■ **Objetivos Específicos**

- Explicar los procesos históricos que han influido en las experiencias e ideas sobre el cuerpo y la enfermedad
- Incorporar el “género” como herramienta analítica para comprender los procesos históricos de salud y enfermedad.
- Comprender las experiencias (individuales y colectivas) de enfermar con perspectiva histórica.
- Indagar históricamente en el padecimiento mental.
- Identificar las relaciones existentes entre “saberes expertos” y “saberes populares” de las enfermedades.
- Conocer la especificidad histórica de las relaciones entre sanadores/as y pacientes.
- Comprender el papel de las emociones en la historia de la salud y la enfermedad.
- Analizar las bases históricas de la metodología para la

adquisición de conocimiento en las culturas médicas.

- Analizar fuentes históricas para conocer los cambios en las percepciones del cuerpo, la salud y la enfermedad o la asistencia y el alivio del padecimiento.
- Comprender las relaciones entre enfermedad, literatura e historia.
- Comprender históricamente las culturas de los pacientes en torno a la experiencia de enfermar.

■ Criterios de evaluación

Esta asignatura **está diseñada para impartirse de forma presencial** y con el formato de evaluación continuada. Quienes opten por el formato de evaluación única habrán de solicitarla específicamente tal y como establece la normativa de la UGR en las dos primeras semanas del curso (“NCG71/2: Normativa de evaluación y de calificación de los estudiantes de la Universidad de Granada en su artículo 8 relativo a la “evaluación única final”).

Las circunstancias pandémicas actuales condicionan el formato docente que ha de ser adaptado a la docencia virtual. Los criterios para la evaluación serán:

70% Elaboración de carpeta de trabajo o portafolio del curso que contenga:

- una reflexión propia (de un máximo de un folio) indicando uno o dos aspectos vinculados exclusivamente a los

contenidos específicos de cada tema que le hayan parecido relevantes y explicando por qué le han interesado. Habrá de usarse la bibliografía del tema.

- Las tareas específicas requeridas en cada tema

20%. Asistencia y participación. LA ASISTENCIA A LAS SESIONES DE DEBATE PROGRAMADAS ES ESENCIAL PARA COMPRENDER LA ASIGNATURA

10%. Presentación de un trabajo extra breve sobre contenidos del curso del tipo: (a) reseña de un texto recomendado en la bibliografía de alguno de los temas; (b) exposición breve grabada sobre alguno de los temas tratados en la materia; (c) una reflexión global sobre los contenidos de la materia (Historia de la enfermedad y la medicina) a la formación en antropología.

El portafolio se entregará en las fechas de las convocatorias ordinaria/extraordinaria en la secretaria del departamento antes de las 2pm.

***** Los trabajos plagiados serán suspendidos automáticamente.**

Bibliografía general

LUPTON, Deborah. *Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body in Western Societies*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications, 2003. [Acceso electrónico biblioteca UGR]

PORTER, Roy. Breve historia de la medicina. *Las personas, la enfermedad y la asistencia sanitaria*. Madrid, Taurus, 2003.

■ Bibliografía complementaria

BARONA, José Luis. *Introducción a la medicina*. Valencia, Universidad de Valencia, 1990.

BONGERS, Wolfgang, Tanja Olbrich, y Thomas Anz. *Literatura, cultura, enfermedad*. Buenos Aires: Paidós, 2006.

BOUND ALBERTI, Fay (2016). *This mortal coil. The human body in history and culture*. Oxford: Oxford University Press.

COURTINE, J. J., CORBIN, A., & VIGARELLO, G. (Eds.). (2005). *Historia Del Cuerpo*. Madrid: Taurus.

JACKSON, Mark. *The Routledge history of disease*. The Routledge histories: Routledge histories.

JOHANNISSON, Karin. *Los signos: el médico y el arte de la lectura del cuerpo*. Barcelona, Melusina, 2006.

KIPLE, K. F. *The Cambridge World History of Human Disease*, Cambridge. Cambridge University Press, 1995.

LAÍN ENTRALGO, P. *La relación médico-enfermo: historia y teoría*, Madrid, Alianza Editorial, 1983.

ORTEGA, Francisco. *El cuerpo incierto: corporeidad, tecnologías médicas y cultura contemporánea*. Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Estudios Sobre La Ciencia, 2010.

PORTER, Roy. *Historia social de la locura*. Barcelona, Crítica, 1989.

ROSENBERG, Charles. Framing Disease: illness, society and history. In: *Explaining Epidemics and other essays in the history of medicine*, Cambridge University Press, 1992, pp. 305-18

RIVERA GARZA, C.. *La Castañeda: narrativas dolientes desde el Manicomio General*, México, 1910-1930, México, D.F., Tusquets, 2010.

PÉREZ SEDEÑO, Eulalia; ORTEGA ARJONILLA, Esther. *Cartografías del cuerpo : biopolíticas de la ciencia y la tecnología*. Madrid, Cátedra, 2014.

SCHMITZ, C. (2018). *Los enfermos en la España barroca y el pluralismo médico. Espacios, estrategias y actitudes*. Madrid, CSIC.

SCULL, A. *La locura: una breve introducción*. Madrid, Alianza Editorial, 2013.

VIGARELLO, Georges. *Lo sano y lo malsano: historia de las prácticas de la salud desde la Edad Media hasta nuestros días*. Madrid: Abada, 2006.

VIGARELLO, G. *Lo limpio y lo sucio. La higiene del cuerpo desde la Edad Media*. Madrid: Alianza, 1991.

■ Bibliografía (experiencia desde las personas enfermas)

Allué, Marta. *Perder la piel*. Barcelona, Planeta, Seix Barral, 1996.

Allué, Marta. *El paciente inquieto : los servicios de atención médica y la ciudadanía*. Barcelona : Bellaterra Serie General Universitaria 135, 2013.

Azorín, *El enfermo*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1961.

Balius, F., & Pellejer, M. (2018). *Desmesura : una historia cotidiana de locura en la ciudad*. Barcelona: Bellaterra.

Bonnett, Piedad. *Lo que no tiene nombre*. Alfaguara, 2013.

Pérez Galdós, B. (2007[1884].). *Lo prohibido*. Madrid: Alianza editorial.

Mann, Thomas. *La montaña mágica*. Barcelona, Edhasa, 2005.

Shua, Ana María. *La muerte como efecto secundario*. Suramericana, 1997.

Reverte, Jorge M, "Sobrevivir Al Ictus," *El Pais* (18-1-2015). Accesible en: http://elpais.com/elpais/2015/01/16/ciencia/1421431719_475834.html>

KREAMICS. Asociación de afectados por las quemaduras de Cataluña . <http://www.kreamics.org/qui-som/>

La vida con trastorno bipolar. El diario 18/09/2013. accesible en: http://www.eldiario.es/desalambre/trastorno_bipolar-enfermedad_mental_0_176732836.html

Las padece el 24% de la población activa. Las enfermedades que vienen (y que no se cuentan al médico) <http://www.elconfidencial.com/alma-corazon-vida/2013/03/01/las-enfermedades-que-vienen-y-que-no-se-cuentan-al-medico-115935/>

Primera Vocal. <https://primeravocal.org/>

Plataforma no-gracias. Organización civil independiente por la transparencia, la integridad y la equidad en las políticas de salud, la asistencia sanitaria y la investigación biomédica. <http://www.no-gracias.eu/>

Reportaje: La red como terapia. “Querido blog: lucho contra el cáncer”. http://elpais.com/diario/2011/07/31/domingo/1312084359_850215.html

“Voices matter”. Documental sobre el movimiento internacional “Oir voces”. <https://www.youtube.com/watch?v=IVUHDr snOll#t=33>

Zürn, U. (2005). *Primavera sombría*. Madrid: Ediciones Siruela.

Zürn, U. (2006). *El hombre jazmín : impresiones de una enfermedad mental*. Madrid: Ediciones Siruela.

■ Programa Teórico

Tema 1. Introducción. Salud / enfermedad / asistencia: conceptos útiles para comprender la experiencia de enfermar

Objetivos

Exponer cómo la historia ayuda a comprender la variación humana en la percepción de la enfermedad y de las prácticas que tratan de aliviarla. Mostrar la insuficiencia del concepto biomédico de “enfermedad”, por su definición reduccionista de una experiencia humana compleja. Conocer herramientas de análisis crítico (eurocentrismo, género) de los saberes y prácticas sobre el padecimiento humano.

Contenidos

- Universalidad y variabilidad del complejo salud/ enfermedad / asistencia.
- El modelo biomédico de enfermedad. Eurocentrismo y diversidad del saber sobre la salud.
- Dimensiones culturales de la enfermedad (malestar, patología, dolencia). La enfermedad como metáfora. La tiranía diagnóstica y la enfermedad como “experiencia”.
- La construcción de la “normalidad”: conceptos de androcentrismo y análisis de género.
- La diversidad histórica de sistemas de atención a la enfermedad (pluralismo asistencial)

Debate:

Debate sobre presentismo: Hunt, L. (2002). Against Presentism | Perspectives on History | AHA. Retrieved February 16, 2021, from <https://www.historians.org/publications-and-directories/perspectives-on-history/may-2002/against-presentism>

Debate sobre el cuestionario inicial y relacionando los textos: Kleinman, Arthur. [Qué es específico de la medicina occidental] What is specific to Western medicine?. en: Bynum, William F.; Porter, Roy, eds., *Companion Encyclopaedia of the History of Medicine*. London-New York, Routledge, 1993, vol. 1, pp. 15-23. (*Disponible traducido en Swad*)

“Caro Diario”. Episodio los Médicos (Nani Moretti, 1993)

Tareas Tema 1.

(a) Cuestionario introductorio para conocer las ideas sobre salud en el aula. *El objetivo de este cuestionario es conocer algunas de las ideas y concepciones del alumnado sobre la historia de la Salud (presentismo, idea progresiva de la historia, determinismo biológico, etc.). Es importante conservar las respuestas al cuestionario hasta el final del curso para valorar si, como resultado de haber cursado la asignatura, el alumnado cambia en algún sentido sus respuestas iniciales.*

1. *Lea con atención esta frase: “El concepto de ‘normalidad’ en relación a la salud es una realidad objetiva”. Indique si está o no de acuerdo con esta afirmación y razone su respuesta.*
2. *¿Cree que la menopausia es una enfermedad? ¿Cree que a lo largo de la historia siempre se ha considerado una enfermedad?*
3. *Lea con atención esta frase: “Una paciente embarazada conoce su embarazo mejor que los profesionales que la atienden en su centro de salud”. Señale si está o no de acuerdo con esta afirmación razonando su respuesta.*
4. *Una paciente que ha sufrido quemaduras muy graves lleva más de un año en diversos centros hospitalarios recibiendo tratamiento: (a) Sólo debe de obedecer las indicaciones de los y las profesionales sanitarios (b) Dispone de un conocimiento importante sobre los diversos tratamientos que podrían ser de interés para los profesionales y ser beneficiosos para los resultados clínicos (c) Los conocimientos que posee la paciente carecen de importancia para los profesionales que la atienden*

y para el resultado último de la enfermedad.

5. *Lea con atención esta frase: “La medicina y terapias que se practican en los centros hospitalarios europeos son superiores a las diversas formas de medicina tradicional que se practican en África”. Indique si está o no de acuerdo con esta afirmación y razone su respuesta.*
6. *Lea con atención esta frase: “La medicina y terapias que se practican en los hospitales norteamericanos son superiores a la que se practica en los hospitales españoles.” Indique si está o no de acuerdo con esta afirmación y razone su respuesta.*
7. *Lea con atención esta frase: “La medicina actual es superior a la de los siglos pasados.” Indique si está o no de acuerdo con esta afirmación y razone su respuesta.*
8. *Complete (con su propia opinión) la frase: “La enfermedad mental es ... ”*

(b) Cuestionario Texto Kleinman ¿Qué es específico de la medicina occidental

1. *¿Qué características comparten los sistemas de atención a la salud?*
2. *¿Por qué Kleinman prefiere hablar de biomedicina en lugar de “medicina occidental”?*
3. *Defina brevemente «monoteísmo» como característica de la biomedicina.*
4. *¿Qué quiere decir darle una explicación significativa a la*

experiencia de la enfermedad?

5. *¿Qué significa crear “escenarios de eficacia”? ¿puede proporcionar algún ejemplo?*
6. *¿Comprende el significado de “eufemización” del sufrimiento? Proporcione un ejemplo*
7. *¿Quién, según Kleinman, contribuye a limitar la deshumanización de la biomedicina contemporánea?*

(c) Cuestionario Episodio “Médicos” de la película “Caro Diario” (Nani Moretti, 1993)

8. *¿Qué sistemas asistenciales recorre Nani Moretti para intentar solucionar el picor que le hace padecer?*
9. *En su opinión ¿En qué sistema asistencial se despliega por parte de los sanadores mayor persuasión para convencer al paciente?*
10. *¿Con qué criterios toma Moretti la decisión de acudir a cada uno de los diversos sistemas asistenciales que muestra el episodio?*
11. *¿Qué ejemplos de autoatención se ven en el episodio Médicos?*
12. *¿Cómo explica usted que encontrándose las claves para el diagnóstico de la enfermedad, desde los supuestos de la Bio-medicina, en una enciclopedia general, los distintos especialistas no acertaran en el diagnóstico?*

13. *¿En su opinión qué sistema asistencial parece resultarle menos extraño o empático al propio Nani Moretti dentro de los que muestra en el episodio?*
14. *Como verá, en el film Nani Moretti pone mucho énfasis en las recetas que le prescriben los médicos ¿Qué papel juegan las prescripciones en la relación médico-paciente?*
15. *¿Calificaría de responsable la manera en la que Nani Moretti gestiona su problema de salud?*
16. *¿Cree usted que la asistencia biomédica /alopática es (o debiera ser) incompatible con otras medicinas complementarias heterodoxas? Razone su respuesta.*
17. *En su opinión ¿qué límites de la biomedicina pone de manifiesto el episodio “Médicos”?*
18. *¿Ve de utilidad el concepto de “monoteísmo terapéutico” que plante Kleinman para comprender el episodio que padece Nani Moretti?*

Bibliografía

Sontang, Susan, *La enfermedad y sus metáforas. El Sida y sus metáforas*, Taurus, 2003, pp. 1-15. Accesible en: <http://goo.gl/4QGdzP>

Fausto-Sterling, A. (2006). Duelo a los dualismos. In: *Cuerpos sexuados: La política de género y la construcción de la sexualidad*, Melusina, pp. 15–20. Accesible en: <https://is.gd/79QyRV>

Rosenberg, C. E. (2002). The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *The Milbank Quarterly*, 80(2), 237–60. Accesible en: <https://is.gd/llqoM7>

Blog “Saberes Subalternos” <http://saberessubalterno.blogspot.com.es/>

Tema 2. Representaciones hipocráticas, galénicas y teológicas de la salud/enfermedad y la concepción líquida (humoral) del cuerpo. La experiencia de enfermar: lo impuro, la calamidad y el alivio.

Objetivos

Mostrar la historicidad de las experiencias de enfermar hasta el siglo XVI. Conocer la diversidad de saberes y terapias en la Antigüedad y en el mundo latino medieval. Ilustrar las relaciones entre medicina, enfermedad y religión. Conocer ejemplos de institucionalización de los hospitales en Occidente.

Bibliografía

Arrizabalaga, J. (1991). La Peste Negra de 1348: los orígenes de la construcción como enfermedad de una calamidad social. *Dynamis*, 11, 73–117. Descargable en: <https://is.gd/EKZ9Xn>.

García Ballester. García Ballester, Luis. El control social de la práctica médica [cap. 5]. En: *La búsqueda de la salud. Sanadores y enfermos en la España medieval*. Barcelona, Península, 2001, pp. 499-559.

Méndez, Lourdes. El lugar de lo impuro. Contribuciones de Mary Douglas a una Antropología feminista del cuerpo. En: Amelia Valcárcel; Rosalía Romero (eds.). *Pensadoras del siglo XX*. Sevilla, Instituto Andaluz de la Mujer, 2001, pp. 235-261.

Moreno Rodríguez, Rosa M. Ética y medicina en la obra de Galeno. *Dynamis*, 2013, 33 (2), 441-460. Descargable en: www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/viewFile/269170/356738

Schmitz, C. (2018). *Los enfermos en la España barroca y el pluralismo médico. Espacios, estrategias y actitudes*. Madrid: CSIC.

Tarea Tema 2:

(a) Responder al cuestionario sobre El Juramento hipocrático.

Debate sobre texto: Valenzuela Candelario, José. Los leprosos de Granada en la ciudad de frontera. Expolio, desamparo y cristianización. La hospitalidad de San Lázaro (1496-1526). Revista del CEHGR, 2017, 29, 55-88. Descargable en: www.cehgr.es/revista/index.php/cehgr/article/view/165/111

Tema 3. Del cuerpo líquido al cuerpo sólido (un proceso de cambio en la concepción histórica del cuerpo y la enfermedad). La lesión, la causa y la alteración de la función corporal en la enfermedad. Los nuevos regímenes de visualización de la enfermedad. Los orígenes de la normalización (bio)médica. La percepción cultural del contagio.

Objetivos

Conocer los cambios y continuidades en las formas de entender la enfermedad en el tránsito del periodo moderno al contemporáneo. Comprender los cambios en las diferentes funciones del hospital y la relación de estas funciones con la comprensión de la enfermedad y la función de normalización de la (bio)medicina. Experiencias individuales y colectivas de enfermar (contagio y convalecencia).

Contenidos

- Michel Foucault y el papel de Medicina como normalizadora de cuerpos (individuales y colectivos) tras la modernidad. Cambios en la consideración de las personas enfermas durante la transición del periodo premoderno al moderno: del socorro de pobres al restablecimiento de personas trabajadoras.
- El hospital en el centro (modelo hospitalocéntrico), institución central en el desarrollo de las políticas sanitarias iniciadas en la Ilustración y en el desarrollo del conocimiento científico-médico del siglo XIX. La búsqueda del vínculo entre la enfermedad y la lesión, la causa y la función alterada.
- Las personas enfermas: La experiencia del contagio y la convalecencia.

Método: Clase expositiva y debate de textos literarios.

Bibliografía

Barona, J. L. Origen histórico de la medicina actual: ciencia y escuelas clínicas durante el siglo XIX. In: Barona, J.L., (Ed.) *Introducción a la medicina*, Valencia, Univ. de Valencia, 1990, pp. 127-140.

Rütten, Thomas; King, Martina. Contagionism and Contagious Diseases [Recurso electrónico] : Medicine and Literature 1880-1933 Berlin, Boston, De Gruyter, 2013.

Pelling, Margaret. The Meaning of Contagion: Reproduction, Medicine and Metaphore, In: Bashford, Alison; Hooker, Claire. *Contagion*. Routledge, 2001.

Pelling, Margaret. Contagion/germ theory/specificity. In: Bynum, W. F., Porter, R.. *Companion encyclopedia of the history of medicine*. London : Routledge, 1993.

Tareas Tema 3:

(3a) “La peste” (1947) Albert Camus. *Lea el primer capítulo de la novela “La peste” (1947) de Albert Camus, donde se describe el surgimiento de una epidemia de peste en Orán, bajo el gobierno colonial francés. Trate de responder a las siguientes preguntas:*

1. *Indique los fragmentos del texto que le han interesado e indique por qué.*
2. *Cite qué párrafos en el texto reflejan una explicación hipocráti-*

ca de la enfermedad que estaba brotando en la ciudad y quiénes defienden esta explicación.

- 3. Cite qué párrafos en el texto reflejan una explicación epidemiológica y de laboratorio de la enfermedad y quienes la defienden.*
- 4. Indique la cadena de acontecimientos claves que conducen a la identificación de la epidemia de peste .*
- 5. ¿Qué sentimientos, desencadenados por la peste, parecen afectar a los médicos?*
- 6. ¿Aceptaron los médicos con facilidad la necesidad de declarar públicamente la epidemia de peste? Razone su respuesta*
- 7. ¿Qué reacciones emocionales se producen entre los habitantes de la ciudad ante la aparición de la enfermedad?*
- 8. Describa muy brevemente las medidas sanitarias que se fueron adoptando*

(3b) García Márquez, Gabriel; 2007. *Cien años de soledad.* Edición conmemorativa Real Academia Española/Asociación de Academias de la Lengua Española, Alfaguara, p 56-62. (La peste del insomnio)

- 1. Indique los usos que hace García Márquez de la la explicación microbiológica o de laboratorio en su descripción de la epidemia del insomnio.*
- 2. ¿Que miedo cultural se esconde tras la epidemia del insomnio?*

Tema 4. El cuerpo colectivo. Orígenes históricos de la percepción de la salud de la población como problema médico, moral y "nacional". La expansión colonial de la (bio)medicina. Síntesis e impugnación: "la medicina africana".

Objetivos

Comprender los efectos "normalizadores de la medicina". Comprender las transformaciones socio-políticas que adjudicaron valor económico a la salud de la población

Conocer las bases sociales y médicas del desarrollo histórico de la higiene pública, la Medicina Social y la Salud Pública.

Examinar la relación entre la expansión mundial de la medicina, el racismo científico y el colonialismo.

Contenidos

- La medicina "normalizadora". Concepto de "biopoder". Relaciones entre medicina y estado.
- Higiene pública, medicina social y Salud Pública
- Factores sociales implicados en los cambios sobre la concepción de la salud: Industrialismo, positivismo y el ideal de "progreso".
- Ordenar, clasificar, jerarquizar. Ciencia y determinismo biológico, la cuestión racial (degeneración) y nacional
- Medicina y colonización: paludismo.

Bibliografía

Foucault, Michel (1995). Derecho de muerte y poder sobre la vida. In: Foucault, M., (ed.) *La voluntad de saber. Historia de la sexualidad*, vol 1, Madrid, Siglo XXI, pp. 163-194.

Campos, Ricardo. "La clasificación de lo difuso: el concepto de 'mala vida' en la literatura criminológica de cambio de siglo." *Journal of Spanish Cultural Studies*, 2009, 10 (4): 399–422.

Martin, Emily (1992). Toward an anthropology of immunology: The Body as Nation-State. *Medical Anthropology Quarterly*, 410–26.

Comaroff, Janet; Comaroff, John. Bodily reform as historical practice. En *Ethnography and the historical imagination* (pp. 69-91). Boulder, Colorado: West View, 1992.

Medina Domenech, Rosa María. Paludismo, explotación y racismo científico en Guinea Ecuatorial. In: Rodríguez Ocaña, E.; Ballester, R. (eds.). *La acción médico-social contra el paludismo en la España metropolitana y colonial del siglo XX*, Madrid, CSIC, pp. 383-427. Accesible en: <https://goo.gl/Bv3eU8>

Medina-Domenech, R. (2009). Scientific Technologies of National Identity as Colonial Legacies. *Social Studies of Science*, 39(1), 81–112. Accesible en: <https://goo.gl/2crLWh>

Tarea 4

4a) Debate sobre el texto de Foucault, Michel (1995). Derecho de muerte y poder sobre la vida. In: Foucault, M., (ed.) *La voluntad de saber. Historia de la sexualidad*, vol 1, Madrid, Siglo XXI, pp. 163-194.

4b) *Si el grupo o parte quiere preparar uno de los textos de la bibliografía se valorará positivamente en la evaluación*

Cuestionario

- *Defina con sus propios términos el concepto de biopoder y proporcione un ejemplo en donde se ejerza esta forma de poder.*
- *Señale las dos formas principales con las que se manifestaría el poder según Foucault.*
- *Defina que entiende por técnicas del poder y describa algunos ejemplos.*
- *Qué es biopolítica, en términos de Foucault.*
- *¿Es la vida totalmente sometible?*
- *Según Foucault ¿Qué factores estarían relacionados con la emergencia del biopoder?*

Tema 5. Consolidación y contradicciones contemporáneas del modelo biomédico. Determinismo biológico y normalización corporal. Asistencia, medicalización, farmacologización y activismos.

Objetivos

Examinar la consolidación del modelo biomédico en torno al hospital tecnologizado y su cultura administrativa. Analizar las implicaciones de este modelo para las sociedades contemporáneas en términos de medicalización, dependencia, consumo y perpetuación de las desigualdades, incluyendo las de género, tanto en el acceso a los sistemas asistenciales como en la composición de las profesiones sanitarias.

Contenidos

- La enfermedad y la “medicina tecnológica.”
- El cáncer: campañas de lucha y construcción de especialidades
- El papel de las mujeres en profesiones sanitarias.
- El escenario asistencial: pacientes en el hospital tecnologizado y jerarquizado.
- Un escenario social contradictorio: medicalización de la diferencia y desigualdades en salud.
- Otro mundo biomédico ¿es posible?

Bibliografía

ASOGRA. Guía de recursos para el conocimiento de la comunidad sorda de Granada. https://asogra.es/wp-content/uploads/2020/01/ASO_GUIA_REC_CON_COM_SORDA_GRA.pdf

Martínez Pérez, José, y María Isabel Porras Gallo. «Hacia una nueva percepción social de las personas con discapacidades : legislación, medicina y los inválidos del trabajo en España (1900-1936)». *Dynamis* 26: 195-219 (2006. Web. 4 feb. 2013. <http://www.raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/114237>

Medina Domenech, R. M. *¿Curar el cáncer?*. Granada, Universidad de Granada, 1996.

Sutherland-Meier, M. (2015). Toward a History of the Blind in Spain. *Disability Studies Quarterly*, 35(4).

Reiser, Stanley Joel. *Technological medicine: the changing world of doctors and patients*. Cambridge, Cambridge University Press, 2009.

Reiser, S. J. (1993). The Era of the Patient. Using the experience of Illness in shaping the Missions of Health Care. *Journal of the American Medical Association*, 269(8), 1012–1017.

Tarea 5

Visualizar la película *La familia Bélier* (Eric Lartigau, 2014) y responder al cuestionario.

1. *En el contexto de la película ¿qué elementos caracterizarían una cultura sorda?*
2. *Se considera Paula una “cuidadora” en el grupo familiar o un miembro más de la familiar Bélier con su cultura sorda propia.*
3. *Qué cuestiones sobre la identidad y la experiencia de la sordera se hacen patentes en la película.*
4. *Esta experiencia cultural de la sordera que se refleja en la película ¿ayuda a comprender otros aspectos más amplio de la cultura? Ejemplifique su respuesta*

Debate y análisis en sesión virtual de la experiencia vital de Helen Keller (1880-1968) a través de la selección de textos en el libro Keller, H. (1904). *Historia de mi vida: sorda, muda, ciega* (Madrid: Serra) y de la respuesta de Georgina Kleege. (2006). *Blind rage. Letters to Helen Keller* (Washington, D.C.: Gallaudet University).

Debate y análisis en sesión virtual del texto de Rosa Medina Domenech (2003), *Visiones críticas sobre el desarrollo tecnológico*. Ponencia presentada a XVII Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. Sociedad del conocimiento y servicios de salud. Granada: 20, 21 y 22 de noviembre de 2003. Manuscrito.

Tema 6. Las relaciones entre pacientes y sanadores en perspectiva histórica. La experiencia propia de enfermar.

Objetivos

Conocer las variaciones históricas de la concepción del “paciente”. Esclarecer los diversos factores (sociales, culturales, emocionales, biográficos e identitarios) implicados en la relación clínica/terapéutica con pacientes. Profundizar en las experiencias contemporáneas de enfermedad en el escenario clínico.

Contenidos

- El valor del relato de la persona enferma.
- Las emociones en la clínica.
- Movimientos sociales colectivos de pacientes.
- La perspectiva individualizada. Pacientes en la medicina a la cabecera del paciente, “objetivación de la enfermedad” y construcción del “paciente”. El paciente como “cliente”
- Experiencias de pacientes con su enfermedad. Activismo y creatividad de pacientes. Profesionales de la medicina como pacientes.

Bibliografía

Lázaro, J.; Gracia, D. La relación médico-enfermo a través de la historia. *An. Sist. Sanit. Navar.* 29 (3): 7–17, 2006.

Gilman, Charlotte Perkins (1899). «El papel de tapiz amarillo». Accedido 4 feb. 2013. <http://www.lamaquinadeltiempo.com/>

Ladd, P. Understanding deaf culture. In search of deafhood. [Online]. Buffalo, Multilingual Matters, 2003. Accesible a través de UGR: <http://site.ebrary.com/lib/univgranada/Doc?id=10052007>

Martin, Emily. «The Pharmaceutical Person». *BioSocieties* 1.3: 273-287, 2006.

Nye, R. A. (2003). The evolution of the concept of medicalization in the late twentieth century. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 39(2), 115-129.

Oviedo, Alejandro. Colonialismo y Sordera. ¿Son los Sordos un grupo colonizado?, 2006. . Accesible en www.cultura-sorda.eu/resources/Oviedo_Colonialismo_y_Sordera.pdf

William, J. Righting the Medical Record. Transforming Chronicle into story. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 260, 823-825, 1988.

Rosenberg, C. E. (2002). The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *The Milbank Quarterly*, 80 (2), 237-60.

Steinberg, D. L. (2015). The Bad Patient: Estranged Subjects of the Cancer Culture. *Body & Society*, 21(3), 115-143.

Webster, A., Douglas, C., & Lewis, G. (2009). Making Sense of Medicines: “Lay Pharmacology” and Narratives of Safety and Efficacy. *Science as Culture*, 18(2), 233-247.

Tarea 6

Debate sobre el texto Ortiz, H. (1964). La relación médico-paciente en el SOE. *Cuadernos Para El Diálogo*, (15 Diciembre), 20.

Visualizar la película *Las confesiones del doctor Sachs* (Michel Deville,(1999) y responder al **cuestionario**:

1. *¿Piensa que la película plantea los límites del saber médico ante la enfermedad?*
2. *En un momento de la película se oye la frase «La mayoría de las enfermedades se denominan con el nombre del médico que las describe, no el de la persona que las sufre. Es decir, los médicos son los dueños de la enfermedad.» ¿Puede explicar el significado de esta frase con sus propias palabras?*
3. *Se ha señalado que la novela «La enfermedad de Sachs», en la que se basa esta película, es una crítica al poder médico. Explique si está de acuerdo con esta reflexión y razone su respuesta.*
4. *¿Qué papel juega la escucha en el tratamiento que aplica el Dr Sachs?*
5. *¿Con que figura se ha identificado a lo largo de la película, con el médico o con alguno de sus pacientes? Explique por qué.*
6. *¿Le parece que el sistema sanitario francés que se muestra en la película es similar al español? Razone su respuesta*

7. *¿Cree que el Dr Sachs también sufre? Razone su respuesta*
8. *La película muestra el profundo efecto de la enfermedad en la vida de las personas. Por favor indique qué caso particular le ha impresionado en la película e indique por qué.*

Tema 7. El padecimiento mental en perspectiva histórica. Mente /inconsciente/ cerebro en la visión cultural del padecimiento mental/psicológico. Terapias represivas/liberadoras. Histeria. Clasificar la enfermedad mental. De la revuelta anti-psiquiátrica a los “escuchadores de voces”

Objetivos

Comprender la variación histórica en la experiencia humana de la locura. Analizar las teorías médicas, modelos asistenciales y terapias para afrontar la “enfermedad mental” a lo largo de la historia. Comprender la relevancia y el significado humanos de la condición de “paciente”. Comprender la experiencia de la enfermedad mental como una fuente de saber.

Contenidos

- El significado histórico de la locura
- Modelos explicativos médicos de la enfermedad mental a lo largo de la historia: biologicismo (materialismo) / moralismo / psicologicismo / enfermedad social
- Orígenes e historia de las Psicoterapias (mesmerismo, hipnotismo, psicoanálisis, terapia farmacológica).

- Histeria, control de las mujeres y enfermedades psicosomáticas.
- La antipsiquiatría y la recuperación del saber del paciente sobre su padecimiento mental. El saber de “oír voces”.
- Sistemas asistenciales: manicomio, desinstitucionalización, comunidades terapéuticas

Bibliografía

Balius, Fernando y Pellejer, Mario (2018). *Desmesura. Una historia cotidiana de locura en la ciudad*, Ediciones Bellatera. Accesible la reseña en: <http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/viewArticle/245>

Bernabeu-Mestre, J., Cid Santos, A. P., Esplugues Pellicer, J., & Galiana-Sánchez, M. E. (2008). *Categorías diagnósticas y género: los ejemplos de la clorosis y la neurastenia en la medicina española contemporánea (1877-1936)*. *Frenia*, 60, 83–102.

Desviat, Manuel. *Cohabitar la diferencia: de la reforma psiquiátrica a la salud mental colectiva*. Madrid: Grupo 5, Colección Salud mental colectiva, 9.

*Desviat, M. (2010). Los avatares de una ilusión : la reforma psiquiátrica en España. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 253–263.

Escuchando voces que deprimen: Recursos y Estrategias para ayudarse así mismo http://www.power2u.org/articles/selfhelp/voices_spanish.html

*Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales?: manifiesto contra los abusos de la psiquiatría*. Madrid, Ariel.

Levinton Dolman, Nora (2000). "La mujer pensada y descrita por Freud, Viena fin de siglo. En: *El superyó femenino: la moral en las mujeres*. Madrid, Biblioteca Nueva, 2000, pp. 40-51.

Novella, E. J. (2013). El discurso del yo: el espiritualismo psicológico en la cultura española de mediados del siglo XIX. *Asclepio. Revista de historia de la medicina y de la ciencia*, 65(2), 2-16.

Ruiz Somavilla, M^a José, Jiménez Lucena (2003). *Género, Mujeres y Psiquiatría: una Aproximación Crítica*. *Frenia*, 3, 7-29.

*Scull, A. (2013). *La locura: una breve introducción*. Madrid : Alianza Editorial.

"Voices matter". Documental sobre el movimiento internacional "Oír voces". <https://www.youtube.com/watch?v=IVUHDrSnOII#t=33>

Enlaces de interés

Intervoice: The International Hearing Voices Network (Red Internacional para la Formación, Educación e Investigación sobre la Escucha de Voces). <http://www.intervoiceonline.org/>

El Asilo Psiquiátrico de Willard (Nueva York). Accesible en: <http://www.suitcaseexhibit.org/indexhasflash.html>

The Devon County Lunatic Asylum (DCLA). Accesible en: <http://dcmh.exeter.ac.uk>

Imágenes de la psiquiatría. Accesible en: <http://www.psi-qui-fotos.com/>

Tarea 7

Visualizar el documental “Comunidad de locos” (Ana Cutuli, 2005). Documental basado en el libro “Las Huellas de la Memoria, Psicoanálisis y Salud Mental en la Argentina de los años 60 y 70” de Enrique Carpintero y Alejandro Vainer. El documental versa sobre las comunidades terapéuticas en Argentina a finales de los años sesenta y principios de los setenta. Un movimiento que va de la mano de la antipsiquiatría, y que vio su culminación con los sucesivos golpes militares, terminando su último foco en el año 1976. Accesible en http://www.youtube.com/watch?v=_Yr9C00yiDo

Responder al cuestionario:

1. *El modelo de las “comunidades terapéuticas de pacientes” es presentado en el documental como un modelo intermedio entre la psiquiatría represiva (electroshock) y la “boutique psicoanalítica”. ¿Podría indicar a qué se refiere Wilbur Grimson con este término?*
2. *Según el documental los pacientes en las comunidades actuaban como “auxiliares terapéuticos”. También se menciona la idea de que psiquiatras y terapeutas han de actuar de “secretarios del psicótico”. Indique con estos términos qué papel, en relación a su propia enfermedad, se plantea para las personas con enfermedad mental.*
3. *Indique qué tipo de rutinas o prácticas frecuentes en el hospital y el manicomio tuvieron que eliminarse para poner en marcha la comunidad terapéutica.*

4. *Que factores histórico-sociales, se mencionan en el documental, como favorecedores de la aparición de estos modelos de comunidades terapéuticas*
5. *Históricamente la mayoría de los tratamientos que se han aplicado en psiquiatría tienen una base empírica, pero ninguna base fisiopatológica. ¿Cree que en la actualidad sigue ocurriendo así? Razone su respuesta*
6. *En el documental se habla de la figura de los "psiquiatrones". ¿Puede indicar a qué se hace referencia con este término?*
7. *La prohibición de las comunidades terapéuticas se produjo por circunstancias políticas. Indique cuales*
8. *¿Colaboraron en su desaparición las asociaciones profesionales de psiquiatría?*

2

Programas de Asignaturas de Postgrado

Cursos 2002-2008.

Doctorado Salud, Antropología e Historia

Medicina, cultura e historia, una perspectiva postcolonial.

Cursos 2007-2009.

Doctorado Salud, Antropología e Historia

Género, emociones y amor: un acercamiento histórico y antropológico.

Cursos 2000-2007.

Doctorado Paz y Conflictos

Ciencias y teconología para la paz: poder, conflictos y valores.

Cursos 2004-2006.

Experta en Género

“Hemafroditas”: La controversia género, sexo e identidad sexual.
El papel histórico de las ciencias biomédicas.

Cursos 2019-2020.

Máster Erasmus Mundus Gemma Estudio de Género

Historiografía Feminista.

Cursos 2020-2021.

Máster Erasmus Mundus Gemma Estudio de Género

Metodologías Feministas: bloque A. El qué, cómo y por qué de la investigación.

**PROGRAMA DE DOCTORADO
SALUD, ANTROPOLOGÍA E HISTORIA**

Asignatura: **Medicina, cultura e historia, una
perspectiva postcolonial**

Cursos 2002 - 2008

■ Imparte

Rosa María Medina Doménech

■ Número de Créditos

3

■ Objetivos

A. Objetivos generales

De más a menos generales los objetivos, comunes al programa de doctorado *Salud, Antropología e Historia*, serían:

- Hacer confluir los intereses de dos disciplinas largamente relacionadas, la Antropología y la Historia.
- Fortalecer la opción teórica interdisciplinar, al hacer posible su aplicación efectiva en el campo temático de la salud.
- Hacer confluir aproximaciones multidisciplinares para poder abordar los aspectos materiales, cognoscitivos, ideológicos y simbólicos, es decir, las tecnologías, las ideas, las imágenes, los pacientes y los “expertos”, etc. en torno a la salud, la enfermedad y la asistencia.
- En particular, en este curso, se abordará el vínculo entre el proceso de colonización y la introducción del modelo biomédico occidental prestando especial interés al contexto geográfico de África.

B. Objetivos particulares

- Obtener las herramientas teóricas mínimas, proporcionadas por la teoría postcolonial, para el conocimiento y revisión crítica del periodo colonial.

- Estudiar la contribución de las ciencias biomédicas a la consolidación del racismo científico.
- Conocer la asistencia sanitaria desplegada en algunas zonas de África dentro del modelo de medicina asistencial occidental «en enclaves».
- Analizar campañas sanitarias que abordaron enfermedades como el paludismo, la enfermedad del sueño, etc.
- Desvelar las representaciones culturales de los africanos y africanas transmitidas por la ciencia colonial.
- Establecer la relación entre tecnologías médicas y configuración de identidades en el sujeto colonizado.
- Detallar las aportaciones que proporciona una perspectiva de género en el estudio de la medicina colonial.
- Desarrollar las aportaciones de las medicinas autóctonas africanas al concepto de salud y enfermedad y sus relaciones con la medicina colonial.

■ Contenidos

El proceso de colonización llevado a cabo por las metrópolis europeas, desde la transición de los siglos XIX al XX, es una cuestión clave en la historia contemporánea y, especialmente, ante un futuro marcado por la globalización de los problemas planetarios, incluidos los sanitarios.

Hasta fechas recientes, los análisis sobre el pasado

colonial habían centrado su atención, sobre todo, en sus aspectos políticos. Las menciones al papel desempeñado por la biomedicina o la ciencia han sido, cuando menos, desproblematizadas de su papel como herramientas del poder colonial. La reciente atención prestada por las ciencias sociales a la cuestión colonial desde lo que ha dado en denominarse estudios post-coloniales aporta, a quienes hacemos historia en el presente, nuevas herramientas teóricas para una revisión en profundidad de la historia colonial que incorpore la perspectiva de los colonizados.

Modulo 1. Introducción: aportaciones teóricas de los estudios post-coloniales para una revisión de la historia colonial.

Objetivos específicos

- Reconocer la necesidad de incorporar la nueva teoría proporcionada por los estudios postcoloniales para una revisión a fondo del pasado colonial.
- Proporcionar al menos tres elementos teóricos y comprender que cuestiones de la lectura tradicional sobre el papel de la medicina occidental ayudan a transformar.
- El alumnado debe de saber construir al final de la clase tres frases del tipo: tradicionalmente se pensaba que , los estudios postcoloniales han planteado que

Sesión debate (Lectura común)

Foucault, M. (1995). *La voluntad de saber. Historia de la sexualidad, vol 1*, Madrid: Siglo XXI, pp. 163-194.

Bibliografía recomendada

Boahen, Adu. (Dir.). Le colonialisme en Afrique: impact et signification. *Histoire générale de l'Afrique, L'Afrique sus domination coloniale 1880-1935*, Paris, Présence Africaine, Edicef, Unesco, 1989, pp. 515-534.

Childs, P.; Williams, P. (1997). *An introduction to Post-colonial Theory*, Prentice Hall, Harvester Wheatsheaf.

Iliffe, J. (1998). *África, historia de un continente*, Cambridge, Cambridge University Press.

Loomba, A. (1998). *Colonialism / Postcolonialism*, London, New York, Routledge, The new critical idiom series.

Osterhammel, J. (1997). *Colonialism a theoretical overview*, Princeton, Markus Wiener Publisher.

(En castellano)

Medina Doménech, Rosa M. (2005). *La Historia de la Medicina en el siglo XXI. Un visión pstcolonial*, Granada, Universidad de Granada.

Vega, M. J. (2003). *Imperios de papel: introducción a la crítica postcolonial*, Barcelona, Crítica.

Módulo 2. Asistencia sanitaria y colonización

Objetivos específicos

- Revisión crítica del “papel heroico” de la asistencia desplegada por la medicina occidental en África.

- Estudio de las causas de las grandes epidemias de los territorios colonizados: malaria, tripanosomiasis.

Sesión debate (Lectura común)

MEDINA DOMÉNECH, R. M. (2002) Paludismo, explotación y racismo científico en Guinea Ecuatorial. In: Rodríguez Ocaña, E.; Ballester, R.; Perdiguero, E.; Medina Doménech, R. M.; Molero Mesa, J. (eds.). *La acción médico-social contra el paludismo en la España metropolitana y colonial del siglo XX*, Madrid, CSIC, pp. 383-427.

Cuestionario: ¿Cuales fueron las causas de la malaria en los territorios colonizados de Guinea Ecuatorial? ¿Qué efectos tuvo la asistencia médica prestada por el gobierno español?

Bibliografía recomendada

Arnold, D. (1993). Medicine and colonialism. In: Bynum, W.F.; Porter, R., (eds) *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, pp. 1393-1416. London and New York, Vol. 2: Routledge.

Feierman, S. (1985) Struggles for control: The social roots of health and helaing in modern Africa. *African Studies Review* , 28, 74-141.

Headrick, D.R. (1994). *Colonialism, Health and Illness in French Equatorial Africa, 1885-1935*. Atlanta, African Studies Association Press.

Lyons, M. (1992). *The colonial disease: A social History of Sleeping sickness in northern Zaire, 1900-1940*. New Cork, Cambridge University Press.

Prins, G. (1991). ¿Pero de qué enfermedad se trataba?. El estado actual de los estudios sobre la salud y curación en Africa.

Dynamis, 11, 361-385.

Vaughan. M.(1992). Syphilis in colonial East and Central Africa: The social construction of an epidemic. In: Ranger, T. and Slack, P., (eds). *Epidemics and ideas. Essays on the historical perception of pestilence.*, pp. 269-302, Cambridge, Cambridge University Press.

Schumaker, L. (2000). Malaria. In: Cooter, R. and Pickstone, J., (eds.), *Medicine in the twentieth century*, Amsterdam, Harwood academic publishers, pp. 703-717.

Módulo 3. Racismo científico

Objetivos específicos

- Reconocer la contribución histórica de la ciencia y tecnología a los discursos racistas.
- Explicar por qué el racismo científico no es sólo una forma de «mala ciencia».
- Establecer las conexiones históricas entre determinismo biológico, eugenesia y racismo científico en la dialéctica colonia – metrópoli.
- Analizar algunas de las denominadas «Tecnologías del racismo»: craneometría, test de inteligencia, análisis de sangre, dactilografía, carnés sanitarios.

Sesión debate (Lectura común)

Gould, S. (1984). Los negros y lo indios como especies separadas e inferiores. In: Gould, S., (Ed.) *La falsa medida del hombre*. Barcelona:, Antoni Bosch, pp. 1-60.

Cuestionario: Señale brevemente cómo interpreta Gould este caso de racismo científicos, como «mala ciencia». Justifique su respuesta

Bibliografía recomendada

Barkan, E. (1992). *The retreat of Scientific racism: Changing concept of race in Britain and the USA between the world wars*, Cambridge, Cambridge University Press.

Foucault, M. (1992). *Genealogía del racismo : de la guerra de las razas al racismo de estado*, Madrid, La Piqueta.

Gould, S. (1984). *La falsa medida del hombre*, Barcelona, Antoni Bosch.

Kohn, M. (1996). *The race gallery: The return of racial science*, London, Vintage.

Nash, M. (1992). Social eugenics and nationalist race hygiene in early twentieth century Spain. *History of European ideas*, 15 (4-6), 741-748.

Stepan, N. (1982). *The idea of race in science: Great Britain 1800-1960*, London, McMillan.

Stolcke, V. (1992). ¿Es el sexo para el género como la raza para la etnicidad? *Mientras Tanto*, 48, 87-111.

Módulo 4. Racialización de la enfermedad. biopoder y tecnologías de la colonización

Objetivos específicos

- Conocer las contribuciones del concepto de racialización a la idea de racismo científico.
- Ampliar el concepto de tecnologías médicas y su contribución histórica a la definición de identidades.
- Analizar las contribuciones históricas de la ciencia a la difusión de determinadas representaciones racistas a través de museos, exposiciones e imágenes.
- Poder reconocer formas de presentación del racismo científico en la ciencia contemporánea.

Bibliografía recomendada

Wailoo, K. (1997). *Drawing Blood. Technology and Disease Identity in Twentieth-Century America*, Baltimore, London, The Johns Hopkins University Press.

Tapper, M. (1995). Interrogating bodies: Medico-racial knowledge, politics and the Study of a Disease. *Comparative Studies of Society and History*, 37, 76-93.

Tobing Rony, F. (1998). *The third eye. Race, Cinema, and ethnographic spectacle*. Durham, Duke University Press.

Vaughan, M. (1991). *Curing their ills: colonial power and African illness*. Oxford, Polity Press.

Sesión debate (Lectura común)

White, L. (2000) The writing of race in film. In: *Speaking with vampires. Rumor and history in colonial Africa*, Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, pp. 45-73.

García González, A.; Álvarez Peláez, R. (1999) Introducción. En: *En busca de la raza perfecta. Eugenesia e Higiene en Cuba (1898-1958)*, Madrid: CSIC, Estudios sobre Ciencia nº 25, pp. 21-39.

Sesión debate (Vídeo)

Visionado y discusión a la luz de las aportaciones del curso del video: Misión colonial de España en África (1930), *Archivo NO-DO*.

Módulo 5. Medicina occidental y medicina africana.

Sesión debate (Lectura común)

Fanon, F. (1970). Medicine and colonialism. In: Ehrenreich, J., (ed.) *The cultural crisis of modern medicine*, New York, Monthly Review Press, pp. 229-251.

Cuestionario: *Describe brevemente tres características de las emociones del colonizado ante la medicina metropolitana.*

Ruiz-Giménez Arrieta, I. (2003) Introducción. *Las "buenas intenciones" (Intervención humanitaria en África)*, Barcelona: Icaria, pp. 11-22

Objetivos específicos

- Establecer el balance de las aportaciones del encuentro entre medicina occidental y medicina africana.

- Reconocer el valor social del entorno médico pluralista de las medicinas africanas
- Conocer algunas contribuciones de los llamados «conocimientos locales» desarrollados en algunas comunidades culturales de África.
- Mostrar los beneficios de una visión no jerarquizada del conocer.

Bibliografía recomendada

Illiffe, J. (1998) *East African doctors: A history of the Modern Profession*. Cambridge, Cambridge Univ. Press.

Olu Pearce, T. (1993). Lay medical knowledge in an African context. In: Lindenbau, S.; Lock, M., (eds.), *Knowledge power and practice. The anthropology of medicine and every day life*, Berkley, University of California Press, pp. 150-165

Offiong, D.A. (1999). Traditional Healers in the Nigerian Health Care Delivery System and the Debate over Integrating Traditional and Scientific Medicine. *Anthropological Quarterly* , 72, 118-130.

Verran, H. and Turnbull, D. (1994). Science and other indigenous knowledge systems. In: Jasanoff, S. et.al., (ed.), *Handbook of Science and Technology Studies*, London, Sage. pp. 115-139.

■ Metodología

El curso se desarrolla en 5 sesiones de 3 horas de duración con una interrupción breve de descanso. A lo largo de las 6 sesiones se desarrollarán los 4 módulos que han sido expuestos en el apartado de contenidos del curso. En la última sesión se expondrán las lecturas complementarias del alumnado que aún no haya hecho su exposición.

Los módulos constarán de exposiciones teóricas abiertas a la discusión así como de exposiciones de las lecturas obligatorias por el alumnado y el debate subsiguiente. Se recomienda para realizar las exposiciones seguir la guía que se adjunta en este cuadernillo. Este procedimiento responde a la necesidad de estimular la lectura crítica entre los alumnos de doctorado así como el análisis de las herramientas metodológicas utilizadas en los textos y que les ayuden a familiarizarse con diversos métodos útiles para la realización de proyectos de investigación.

■ Evaluación

A. Instrumentos de evaluación

- Asistencia y participación.
- Realización de lecturas obligatorias durante las sesiones de debate.
- Exposición de una de las lecturas recomendadas. Las lecturas comunes recomendadas para las sesiones de debate serán expuestas por una persona elegida al azar.

Las exposiciones se llevarán a cabo durante las sesiones de debate y no durarán más de 15 minutos. El resto del alumnado expondrá en una sesión final una de las lecturas del listado de bibliografía recomendada. Se valorará: la claridad expositiva, la incorporación de los contenidos de esa lectura a las ideas y conocimientos de los que ya se disponía, la descripción de la metodología con la que se desarrolla la argumentación, el ateniimiento al tiempo de exposición marcado. Se valorará la capacidad de síntesis y de captación del argumento del texto. Se valorará positivamente el posicionamiento personal crítico al texto.

- Breve desarrollo (máximo dos folios) de tres aspectos básicos estudiados en el curso y que hayan resultado de interés para cada alumno o alumna. **Deberán de ser enviados a la profesora antes del 30 de mayo.** Se valorará: la capacidad de síntesis, la reflexión crítica, la incorporación de ideas procedentes de lecturas de la bibliografía recomendada, la originalidad en la exposición.

B. Cuestionario de evaluación del curso

La evaluación del curso pretende abordar la del grupo docente en su conjunto. Para ello se recogerá, en la última sesión del curso, este cuestionario de evaluación que no requiere de firma. Los resultados de este cuestionario sirven para informar los posibles cambios y mejoras que puedan realizarse en futuras ediciones del mismo.

- Valore globalmente de 1-10 los contenidos temáticos del curso.

- Señale el módulo al que le concedería la máxima valoración y razone su respuesta.
- Valore la utilidad de las **exposiciones teóricas**
[muy alto] [alto] [intermedio] [bajo] [muy bajo]
- Valore la utilidad de las **sesiones de debate**
[muy alto] [alto] [intermedio] [bajo] [muy bajo]
- Valore la utilidad de las **exposiciones de sus compañeros**
(absténgase de valorar propia presentación)
[muy alto] [alto] [intermedio] [bajo] [muy bajo]
- Valore el uso que ha hecho de la **bibliografía** suministrada.
[muy alto] [alto] [intermedio] [bajo] [muy bajo]
- Añada los comentarios y sugerencias que considere necesarios para mejorar la utilización de la bibliografía recomendada.
- Valore de 1 a 10 su propia participación en el curso.
- A su juicio ¿De qué manera podría estimularse la participación y grado de satisfacción del alumnado?

**PROGRAMA DE DOCTORADO
SALUD, ANTROPOLOGÍA E HISTORIA**

Asignatura: **Genero, emociones y amor: un
acercamiento histórico y antropológico**

Cursos 2007 - 2009

■ Profesores

MEDINA DOMENECH, ROSA M^a. UGR Responsable
1,5 créditos

ESTEBAN GALARZA, M^a LUZ. UPV 1,5 créditos

■ Programa del curso

En este curso se abordará el estudio de las emociones desde una perspectiva crítica, multidisciplinar y de género, centrándonos particularmente en el análisis de los discursos y prácticas amorosas.

Desde este marco analítico se estudiará:

- Claves teóricas y metodológicas para el estudio de las emociones.
- Emociones e individualidad en el periodo moderno: la construcción de la subjetividad occidental. Emociones y dualidad mente/cuerpo en la fisiología y la psiquiatría contemporáneas.
- Las ciencias del amor en el franquismo: la polémica “expertos/as” y “legos”.
- Importancia de las emociones en la generación y mantenimiento de las desigualdades entre hombres y mujeres
- El análisis de las representaciones y prácticas de lo emocional de mujeres y hombres: continuidades y cambios en torno al amor.

■ Objetivos

- Aprender a manejar algunas herramientas teóricas y metodológicas básicas para el estudio histórico y antropológico de las emociones.
- Profundizar en el conocimiento del carácter histórico-social y cultural de las emociones.
- Comprender el carácter complejo de los discursos que contribuyen a dar significado a las emociones aprendiendo a identificar otras formas de conocimiento sobre las mismas más allá de los planteamientos biomédicos y psicológicos.
- Aprender a incorporar una perspectiva de género en el análisis de la experiencia relativa a las emociones (emotividad) y en particular del amor romántico.

■ Metodología

El curso se desarrolla en 7 sesiones con exposiciones teóricas abiertas a la discusión. Se utilizará material audiovisual así como fuentes y material etnográfico para fomentar el análisis crítico de las emociones más allá de la teoría aportada.

■ Bibliografía básica

Coontz, S. (2006). *Historia del matrimonio. Cómo el amor conquistó el mundo*. Barcelona: Gedisa.

Dror, Otniel E. (1999). *The affect of experiment: the turn to emotions in Anglo-American physiology, 1900-1940*. *Isis*, 90(2): 205-237.

Esteban Galarza, Mari Luz; Medina Doménech, Rosa; Távora Rivero, Ana (2005) *¿Por qué analizar el amor? Nuevas posibilidades para el estudio de las desigualdades de género*. En: Díez Mintegui, C.; Gregorio Gil, C. (coord.) *Cambios culturales y desigualdades de género en el marco local-global actual*. X Congreso de Antropología. Sevilla: FAAEE-Fundación El Monte-ASANA; pp. 207-223.

Jankowiak, William (ed.) (1995) *Romantic passion. A universal experience?* New York: Columbia University Press.

Lutz, Catherine; White, Georges M. (1986). *The anthropology of emotions*. *Annual Review of Anthropology*, 15:405-436.

Pinch, Adela. *Emotion and history: a review article (1995)*. *Comparative Studies in Society and History*; 37(1): 100-109.

■ Evaluación

- Asistencia y participación activa sobre las lecturas recomendadas X 50 %
- Exposición de lecturas sobre un tema específico relacionado con los contenidos del programa
- Ensayo final (máximo 5 000 palabras) X 50 %

**PROGRAMA DE DOCTORADO
PAZ Y CONFLICTOS**

Asignatura: **Ciencia y tecnología para la paz:
poder, conflictos y valores**

Cursos 2000 - 2007

■ Profesores del curso:

Medina Doménech, Rosa M^a. (Dpto. A. P. Historia de la Ciencia)

Rodríguez Alcázar, Fco. Javier (Dpto. Filosofía)

■ Justificación del curso en el marco del Programa

La agenda tradicional de la Investigación para la Paz se limitaba, en lo tocante a la ciencia y la tecnología, a documentar y denunciar sus usos bélicos. La ampliación de los conceptos de paz y la incorporación de la idea de violencia estructural, hace necesaria una reflexión más general sobre las consecuencias sociales y ambientales de la tecno-ciencia contemporánea. A su vez, esa reflexión invita a meditar acerca de las posibles vías de influencia ciudadana sobre la orientación de esa tecno-ciencia hacia objetivos socialmente deseables.

Tales preocupaciones acercan la Investigación sobre la Paz al ámbito de lo que, en un sentido amplio, se ha denominado Estudios sobre Ciencia, Tecnología y Sociedad. Estos estudios han aportado instrumentos para el análisis de los vínculos complejos e indisolubles entre naturaleza, sociedad y tecnociencia. Así mismo, han planteado algunas propuestas innovadoras en los terrenos de la evaluación y la política científico-tecnológicas.

El curso ofrece la oportunidad de un desarrollo transdisciplinar, una propuesta metodológica clave en la investigación por la paz. El curso combina reflexiones procedentes de la investiga-

ción por la paz, la filosofía y la historia de la ciencia para alumnos de diversas procedencias curriculares, incluidas las carreras científicas.

■ Descripción de contenidos

Una parte del curso impartida por el Prof. Rodríguez Alcázar persigue, en primer lugar, relacionar las diversas concepciones de la construcción social de la ciencia y la tecnología con la insostenibilidad del antiguo mito de la neutralidad científica. En segundo lugar, una aproximación a la problemática (ya clásica dentro de la Investigación para la Paz) de la I+D militar, renovada a la luz de los últimos desarrollos de los estudios CTS y de la evolución de los conceptos de paz y violencia. Por último, un acercamiento teórico al conflicto científico-tecnológico (importancia, formas, dimensión positiva y vías de regulación democrática) y al análisis de los procedimientos de evaluación tecnológica para una democratización de los procesos de decisión en ciencia y tecnología.

En la segunda parte del curso, desarrollada por la Profa. Medina, presentamos algunos elementos teóricos que ayudan a entender la relación ciencia, técnica y discurso del poder. Así mismo, nos centraremos en uno de los conflictos claves en el análisis de las sociedades contemporáneas, el conflicto racial. Concretamente, desarrollaremos la fundamentación científica del concepto de raza, es decir, las contribuciones de las ciencias a la racionalización del concepto de “raza” y las redes de discurso que generan determinadas percepciones culturales que acentúan los estados de violencia racial. La sesión finalizará con el análisis de

las teorías raciales subyacentes en el conflicto de Ruanda y Burundi.

Por último la sesión de exposición de los trabajos servirá para conocer y desarrollar habilidades expositivas así como para indagar en la metodología de la investigación en Estudios de la Paz.

■ Evaluación

1. Asistencia y participación.

2. Realización de lecturas obligatorias y entrega de resúmenes en dos páginas máximo. Se valorará la capacidad de síntesis y de captación del argumento del texto así como el posicionamiento personal crítico al texto. El resumen debe responder a las interrogantes:

- ¿A qué pregunta de investigación responde este texto?
- ¿Qué argumento(s) desarrolla para dar respuesta a la pregunta?
- ¿Cómo se organiza el texto?
- ¿Con qué metodología se desarrolla la investigación?
- Posicionamiento crítico frente al texto: describir su mejor contribución y su mayor debilidad.

3. Participación y preparación de la Sesión debate-consenso sobre tecnologías de la información.

4. Breve desarrollo (máximo dos folios) de tres aspectos

básicos estudiados en el curso y que hayan resultado de interés para cada alumno o alumna. Se valorará:

- la capacidad de síntesis
- la reflexión crítica
- la incorporación de ideas procedentes de lecturas de la bibliografía recomendada
- la originalidad

■ Programa

PROGRAMA DE LAS SESIONES CORRESPONDIENTES AL PROF. JAVIER RODRÍGUEZ ALCÁZAR

PRIMERA SESIÓN. Ciencia y tecnología para la paz: la construcción social de la tecno-ciencia y el ideal de neutralidad científica

- La evolución de la Investigación para la paz y sus consecuencias para la comprensión de las relaciones paz/tecnociencia
- La influencia de los estudios CTS: la construcción social de la tecnociencia
- El ideal de neutralidad científica y sus problemas
- ¿En qué sentidos es la ciencia una “construcción social”?
- La construcción social de las tecnologías

Lectura obligatoria: Sánchez Cazorla, Jesús, y Rodríguez Alcázar, Javier “Ciencia y tecnología para la paz”, en Molina, Beatriz, y Muñoz, Francisco. *Manual de Paz y Conflictos*, Universidad de Granada, 2004.

SEGUNDA SESIÓN. I+D militar

- La vinculación histórica de la tecnociencia y lo militar
- Consecuencias sociales y consecuencias para la investigación
- El argumento del “spin off” y el argumento de la seguridad
- Movimientos de científicos y tecnólogos críticos
- I+D militar en España

Lectura obligatoria: Medina Doménech, Rosa, y Rodríguez Alcázar, Javier “Ciencia, tecnología y militarismo”, en Molina, Beatriz y Muñoz, Fco. *Manual de Paz y Conflictos*, Junta de Andalucía, Universidad de Granada, 2004, pp. 277-301.

TERCERA SESIÓN. El conflicto científico-tecnológico y la participación democrática en la construcción y orientación de la ciencia y la tecnología

- La reducción de los conflictos tecno-científicos en la “concepción heredada”
- La atención a la práctica científica y la nueva percepción de los conflictos en ciencia y tecnología

- ¿Adaptar la sociedad a las tecnologías o las tecnologías a la sociedad?
- Evaluación de tecnologías
- Modelos para la participación social

Lectura obligatoria: Rodríguez Alcázar, F. J. *“Imperfecta teoría, imperfecta praxis: controversias y conflictos en la tecnociencia”*. En: Muñoz, F. (ed.) *La paz imperfecta*. Universidad de Granada, 2001, pp. 253-271.

PROGRAMA DE LAS SESIONES CORRESPONDIENTES A LA PROFA. ROSA MEDINA

CUARTA SESIÓN. Análisis de las relaciones entre ciencia y los Estudios de la Paz.

Estudios Ciencia, Tecnología y Sociedad, violencia y poder

- Conocimiento, poder y discurso. El llamado giro textual
 - * Antecedentes teóricos
 - * Caracterización del poder
 - * Herramientas del poder textual: las prácticas textuales
 - * Poder y expertos
- Biopoder

Lectura obligatoria: Foucault, M. (1995) *La voluntad de saber*. En: *Historia de la sexualidad*, vol 1, Madrid: Siglo XXI, pp. 163-194.

QUINTA Y SEXTA SESIONES. Ciencia y conflicto social. El racismo científico.

- Orígenes históricos del racismo científico. Las taxonomías de la desigualdad.
- El racismo como visión del mundo. Colonización, eugenesia y darwinismo en la justificación de la explicación racial.
- Racismo científico y ciencia actual: el conflicto de Ruanda y Burundi

Lectura obligatoria: Gourevitch, P. (1999) *Queremos informarle de que mañana seremos asesinados junto con nuestras familias*. Historias de Ruanda, Barcelona: Destino, pp. 57-64

Visualización del vídeo: *Ruanda una república enloquecida 1894-1994*, Luc Heusch, la Sept Arte.

Cuestionario

1. *Explique la teoría científica que legitimó las diferencias étnicas y el sangriento conflicto de Ruanda.*
2. *Explique el concepto de normativización aplicado a este contexto social.*
3. *Defina, según se comenta en el reportaje, el concepto de colonización religiosa.*
4. *Intente analizar si la teoría racial que se describe en el reportaje aplica concepciones culturales o biológicas.*

SÉPTIMA SESIÓN.

Metodología: sesión de consenso.

Para su desarrollo será necesario que los alumnos y alumnas se dividan en dos grupos que representarán diferentes puntos de vista de las dos visiones contrapuestas. Con anterioridad a la fecha del debate realizarán lecturas individuales, según su propia búsqueda o con material proporcionado, para sustentar, durante el debate, las tesis que los textos proporcionan. El día de la sesión de consenso cada grupo discutirá los diferentes argumentos proporcionados, escogerán los más convincentes y elegirán a los representantes del grupo que actuarán de portavoces públicos. Un alumno o alumna actuará anotando y resumiendo las ideas principales expuestas por los portavoces, mientras que otros dos redactarán el párrafo de consenso que quedará aprobado al final de la sesión. El profesor o profesora actuará moderando la discusión. En este procedimiento es crucial compartir la responsabilidad respecto a no monopolizar la discusión, evitar la crítica sistemática y áspera, cuestiones que serán garantizadas por la persona que modera.

Bibliografía

González García, M.I., López Cerezo, J.A.; Luján, J.L. Ciencia, tecnología y sociedad. *Una introducción al estudio social de la ciencia y la tecnología*. Madrid, Tecnos, 1996.

Medina Doménech, R.M. La ciencia es un texto: retórica y conocimiento científico. En: Rodríguez Alcázar, F.J., Medina Doménech, R.M.; Sánchez Cazorla, j.a. (Eds.) *Ciencia, tecnología y*

sociedad: contribuciones para una cultura de la paz. Universidad de Granada, 1997, pp. 117-147.

Medina Doménech, Rosa M^a. *La historia de la medicina en el siglo XXI: una visión poscolonial*. Granada: Editorial Universidad de Granada, 2005.

Rodríguez Alcázar, F.J. Esencialismo y neutralidad científica. En: Rodríguez Alcázar, F.J., Medina Doménech, R.M.; Sánchez Cazorla, J.A. (eds.) *Ciencia, tecnología y sociedad: contribuciones para una cultura de la paz*. Universidad de Granada, 1997, pp. 49-84.

Rodríguez Alcázar, F.J., Medina Doménech, R.M. y Sánchez Cazorla, J.A. (Eds.) (1997) *Ciencia, tecnología y sociedad: contribuciones para una cultura de la paz*. Universidad de Granada, 1997.

Rodríguez Alcázar, F.J., "La noción de seguridad humana: sus virtudes y sus peligros". *Revista Polis*, nº 11, 2004. <http://www.revistapolis.cl/11/rodr.htm>

Bibliografía en inglés

Kohn, Marek. *The race gallery: The return of racial science*, London, Vintage, 1996.

Proctor, R. N., *Value-Free Science? Purity and Power in Modern Knowledge*. Cambridge, Ma., y Londres, Harvard University Press, 1991, pp. 25-38.

Stepan, Nancy. *The idea of race in science: Great Britain, 1800-1960*, London, Macmillan, Hamden, Conn. Archon, 1982.

Rodríguez Alcázar, F.J. "Science and Technology for Peace", en Geeraerts, G., Pauwels, N., y Remacle, E. (eds.) (2006) *Dimensions of Peace and Security. A Reader*. Bruselas, P.I.E.-Peter Lang, pp. 177-192.

EXPERTA EN GÉNERO

Asignatura: **“Hermafroditas”**: la controversia
**género, sexo e identidad sexual. El papel histórico
de las ciencias biomédicas**

Cursos 2004 - 2006

■ Contenido

- La controversia sexo/género/sexualidad
- Conocimiento científico, dicotomía y complejidad: formas “expertas” de explicar el mundo
- El caso del hermafroditismo y la definición científico-técnica de identidad de sexo.
- Tráfico de ideas sobre el significado del sexo entre culturas expertas y populares.

■ Bibliografía

Básica

CLEMENINSON, Richard; MEDINA DOMÉNECH, Rosa María (2004). Hermafroditismo, medicina e identidad sexual en España, 1860-1925. *Dynamis*, 24, 53-91.

Complementaria

BARRAL-MORÁN, M. J. Genes, género y cultura. In: *Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas*. Madrid, Minerva, 2001, pp. 135-162.

BOARD ON HEALTH SCIENCES POLICY. Exploring the biological. Contributions to human health: does sex matter? April 24, 2001. <http://www.iom.edu/report.asp?id=5437>

BUTLER, Judit. (1990) Variaciones sobre sexo y género. Beauvoir, Wittig y Foucault. In Benhabib, S. and Cornell, D., (Eds.) *Teoría feminista y teoría crítica ensayos sobre la política de género en las sociedades de capitalismo tardío*, pp. 193-211. Valencia, Alfons el Magnímic.

DREGER, Alice Domurat. *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*, Cambridge, Mass./London, Harvard University Press, 1998.

FAUSTO-STERLING, Anne. *Sexing the Body: Gender Politics and the Construction of Sexuality*, New York, Basic Books, 2000.

FOUCAULT, Michel. *Los Anormales. Curso de Collège de France (1974-1975)*, Madrid, Akal, 2001, especialmente pp. 57-78.

FOUCAULT, Michel. Las políticas de salud en el siglo XVIII. In: *Saber y verdad*, Madrid, La Piqueta, 1985, pp. 89-106.

JAGOE, Catherine. Sexo y género en la medicina del siglo XIX. In: Catherine Jagoe; Alda Blanco; Cristina Enríquez de Salamanca, *La mujer en los discursos de género: Textos y contextos en el siglo XIX*, Barcelona, Icaria, 305-367.

KROB G., BRAUN A., KUHNLE U. True hermaphroditism: geographical distribution, clinical findings, chromosomes and gonadal histology. *European Journal of Paediatrics*, 1994, 153 (1), 2-10.

VAZQUEZ GARCIA, Francisco & Andrés MORENO MENGÍBAR. *Sexo y Razón*, Akal Universitaria, Madrid, 1997.

WITTIG, Monique One is not born a woman. 1981 1981 in:

Feminist Issues, 1981, 1(1) (Winter) <http://www.women.it/les/testi/born.htm>.

Filmografía

Mi Querida señorita, 1971, 85 min., España, Jaime de Armiñan

Ataque verbal [Episodio de Benito y Jacinto], 2000, 81 min., España Nacionalidad, Miguel Albaladejo.

**MASTER ERASMUS MUNDUS GEMMA
ESTUDIOS DE GÉNERO**

Programa signatura: **Historiografía Feminista**

Cursos 2019 - 2020

■ **Módulo**

Historia del feminismo

■ **Carácter**

Troncal

■ **Créditos**

5 ECTS con 125 horas de trabajo personal del alumnado

■ **Idioma de Impartición**

Español (lo que no excluye que la bibliografía sea en diferentes lenguas)

■ **Curso Académico**

2019-2020, Semestre de Impartición: Primero.

■ **Aula de Impartición**

Aula Campoamor

■ **Profesorado responsable**

Dra. Margarita M. Birriel Salcedo. Dpto. Historia Moderna y de América. *Horario de Tutorías*: Fac. Fía y Letras. Miércoles y Jueves de 13.30 a 15.30; Jueves de 17.30 a 19.30

Dra. Rosa Medina Domenech. Dpto. Anatomía patológica e Historia de la Ciencia. *Horario de Tutorías*: Miércoles 17.30-19-30 (Instituto)

■ Competencias que debe adquirir el alumnado

- Manejar conceptos, categorías y problemáticas de la investigación histórica feminista
- Comprender el papel desempeñado por la categoría de análisis género y la historiografía feminista en el desvelamiento de las desigualdades
- Organizar y planificar. Gestionar la información.
- Plantear preguntas de investigación en el marco de la historiografía
- Comunicar de forma oral y escrita.
- Trabajar en equipo y con metodología interdisciplinar.
- Razonamiento crítico. Compromiso ético.

■ Objetivos

- Conocer las principales aportaciones de la historiografía feminista a la historia.
- Comprender la relación entre género, memoria e historia como la intersección política donde adquiere significación la diferencia sexual en la narrativa histórica
- Capacitar en el uso de la teoría y métodos de la historiografía feminista. (Se hará énfasis en facilitar el dominio de los recursos conceptuales y el manejo de las fuentes históricas.)

- Desarrollar el análisis crítico feminista mediante reflexión y debate y aprender a hacerse preguntas históricas
- Profundizar en el papel de la historia (y las humanidades) en el conocimiento de las emociones humanas y conocer las aportaciones teóricas que proporciona la historiografía y la utilidad de la teoría crítica en el campo de la historia de las emociones.
- Revisar el carácter histórico-social y cultural de las emociones y su contribución a la desigualdad mujeres/hombres y la construcción de la diferencia sexual.
- Aprender a identificar formas de conocimiento emocional en la historia y la cultura más allá de la dualidad entre personas expertas (planteamientos biomédicos y psicológicos) legas.

■ Contenidos

Este curso tiene como objetivo central desafiar el androcen-trismo en la historia, proveyendo de instrumentos metodológicos y teóricos para conocer los mecanismos visibles e invisibles que difi-cultan el acceso de las mujeres a los recursos materiales e inmateria-les de una sociedad dada. Nuestra perspectiva contribuye a des-velar las formas que adquiere la desigualdad social, pero también los mecanismos de ocultación de las dinámicas de género que aún subyacen en el imaginario social y en las disciplinas científicas. Así mismo contribuye a conocer la construcción histórica de la di-ferencia sexual. Esta tarea se realiza mediante un recorrido diacrón-ico de cómo se ha construido la historiografía feminista, es decir las formas además de un acercamiento más concreto a campos

específicos de investigación histórica con enfoque interdisciplinar.

■ Temario

1. ¿Por qué le importa la historia al feminismo?
2. De la historia de las mujeres a la historia de género.
3. Cuerpo, trabajo y políticas sociales
4. Fuentes y métodos para el trabajo histórico
5. Pensar las emociones desde la historia y el género: La construcción del género binario (feminidad/masculinidad) y la historia de las emociones; Resistencias y saberes emocionales, lecciones del pasado
6. Fotografía, historia y feminismo

■ Prácticas

- Lecturas relacionadas más abajo en cada sesión
- Exposiciones de propuestas de trabajos, formato Congreso.

■ Bibliografía

Libros generales (se recomienda la lectura de uno de estos textos que dan una visión general y comprensiva)

APPLEBY, Joyce; HUNT, Lynn; & JACOB, Margaret: *La verdad sobre la historia*. Barcelona: Editorial Andrés Bello, 1998.

DOWNS, Laura Lee: *Writing Gender History*. London: Hodder Arnold, 2010 (esta segunda edición más completa que la 2004)

ROSE, Sonya: *¿Qué es la historia de género?* Madrid: Alianza, 2012

** CANNING, Kathleen: *Gender History in Practice. Historical Perspectives on Bodies, Class and Citizenship*. Ithaca: Cornell University Press, 2006.

THÉBAUD, Françoise: *Escribir la historia de las mujeres y del género*. Oviedo: KRK, 2013.

** ROSENWEIN, Barbara. H.; CRISTIANI, R.: *What is the history of emotions?* Cambridge UK; Malden MA: Polity Press, 2018

■ Monografías y artículos recomendados

AHMED, Leila: *Women and Gender in Islam. Historical roots of a Modern debate*. New Haven: Yale University Press, 1992.

ALEXANDER, Leslie: "The Challenge of Race: Rethinking the position of Black women in the Field of Women's History", *Journal of Women's History*, 16: 4, (2004),

BARRANCOS, Dora: *Inclusión/Exclusión. Historia con mujeres*. México: FCE, 2001

BENNET, Judith: *History Matters. Patriarchy and the Challenge of Feminism*. Manchester: Manchester University Press, 2007.

BORDERÍAS, Cristina (ed.): *Joan Scott y las políticas de la Historia*. Barcelona: Icaria, 2006. [especialmente parte segunda]

FARGE, Arlette: *La atracción del archivo*. Valencia: Alfons el Magnanim, 1993.

OFFEN, Karen, Ruth Roach PIERSON & Jane RANDALL (eds): *Writing Women's History*. London: Macmillan, 1991.

ROSENWEIN, B. H. (2010). Problems and Methods in the History of Emotions. Passions in Context: *International Journal for the History and Theory of Emotions*, 1, 1–32. Descargable en: <https://is.gd/fw0Xvj>

SCOTT, Joan W. (ed): *Feminism & History*. Oxford: Oxford University Press, 1996.

SCOTT, Joan W.: *Género e Historia*. México: Universidad Autónoma de México, 2011 [es traducción de su libro de 1988]

SUÁREZ NARVÁEZ, Liliana; Rosalva Aída HERNÁNDEZ (eds.) *Descolonizando el feminismo. Teorías y prácticas desde los márgenes*. Madrid: Cátedra, 2011.

■ **Lecturas obligatorias**

BIRRIEL SALCEDO, Margarita M.: “Espacio y género en la Edad Moderna. Retos, problemas y logros de la investigación”, en TORREMOCHA, Margarita: *La historia de las Mujeres*. Valladolid: Instituto Simancas, en prensa

CANNING, Kathleen: “Beyond Insularity. The relevance of labor History at the turn of the twentieth-First Century”, en *Gender History in Practice. Historical Perspectives on Bodies, Class and Citizenship*. Ithaca: Cornell University Press, 2006, pp. 123-138

KELLY, Joan: “La relación social entre los sexos: las implicaciones metodológicas de la historia de las mujeres”, en NAVARRO, Marysa y Catharine R. STIMPSON (Comps.): *Sexualidad, género y roles sexuales*. México: FCE, 1999, pp.15-36.

KERBER, Linda K. "Separate Spheres, female Worlds, Woman's Place: The Rhetoric of Women's History", en *Toward an Intellectual History of Women: Essays*. Chapel Hill: University of North Carolina Press, 1997. [en línea: http://faculty.uml.edu/sgallagher/separate_spheres.htm]

MAGALLON, Carmen: "La plusvalía afectiva", en *En pie de paz*, 17, 1991, 10. <https://goo.gl/LTwQDW>

MEDINA DOMENECH, R. M. Sentir la historia. Propuestas para una agenda de investigación feminista en la historia de las emociones. *Arenal: Revista de historia de mujeres*, 19(1), 2012, pp. 161–199.

ORTNER, Sherry: "Is female to male as nature is to culture?", In ROSALDO, M. Z. & L. LAMPHIERE (eds.): *Woman, Culture and Society*. Stanford: Stanford University Press, 1974, pp. 68-87.[en línea: https://www.uio.no/studier/emner/sv/sai/SOSANT1600/v12/Ortner_Is_female_to_male.pdf]

REDDY, W. M., "Historical Research on the Self and Emotions," *Emotion Review*, 1 ,2009, pp. 302–315

ROSE, Sonya: "Cuerpos y sexualidad en la historia de género", en *¿Qué es la historia de género?*. Madrid: Alianza, 2012, pp. 48-82.

SCOTT, Joan W. : "Gender: A Useful Category of Analysis", *The American Historical Review*, vol. 91:5 , 1986, pp.1053-1095.

SPIVAK, Gayatri Chakravorty: *¿Pueden hablar los subalternos?* Barcelona: Museo d'Art Contemporari de Barcelona, 2009.

STEARNS, Peter N. & Carol Z. STEARNS: "Emotionology. Clarifying the History of Emotions and Emotional Standards", *American Historical Review*, 90, 2007, pp. 813-836.

■ Cronograma Sesiones correspondientes a Profa Rosa Medina

Sesión 1. (9 de enero, de 17- 20.00). Historia de las emociones I. Pensar las emociones desde la historia y el género. Profa. Rosa Medina

Lecturas obligatorias:

Medina Domenech, R. M. Sentir la historia. Propuestas para una agenda de investigación feminista en la historia de las emociones. *Arenal: Revista de historia de mujeres*, 19(1), 2012, pp. 161–199. Descargable en: <http://goo.gl/d656Bv>

Magallón, Carmen: “La plusvalía afectiva”, en *En pie de paz*, 17, 1991, 10.

Sesión 2. (14 de enero, de 17- 20.00). Historia de las emociones II. La construcción del género binario (feminidad/masculinidad) y la historia de las emociones. Profa. Medina

Lecturas obligatorias

Plamper, J. (2010). The History of Emotions: An Interview with William Reddy, Barbara Rosenwein, and Peter Stearns. *History and Theory*, 49(2), 237–265. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2303.2010.00541.x>

Bolufer Peruga, M. (2016). Reasonable Sentiments: Sensibility and Balance in Eighteenth-Century Spain. In L. E. Delgado, P. Fernandez, & J. Labanyi (Eds.), *Engaging the emotions in Spanish culture and history* (pp. 21–38). (Versión en español en biblioteca de institutos) <https://is.gd/FPsSro>

Lecturas complementarias

Reddy, W. M. (2001). *The navigation of feeling: a framework for the history of emotions*. Humanities (Vol. 80). Cambridge, U.K. ;New York : Cambridge University Press.

Reddy, W. M. (2009). Historical Research on the Self and Emotions. *Emotion Review*, 1(4), 302–315. <https://doi.org/10.1177/1754073909338306>

Rosenwein, B. (2006). *Emotional communities in the early Middle Ages*. Ithaca N.Y.: Cornell University Press.

Rosenwein, B. H.; Cristiani, R. (2018). *What is the history of emotions?* Cambridge UK;Malden MA: Polity Press.

Stearns, P. (1994). *American cool : constructing a twentieth-century emotional style*. New York: New York Univ. Press.

Stearns, Peter N .; Stearns, Carol Z (1985). Emotionology : Clarifying the History of Emotions and Emotional Standards. *American Historical Review*, 90(4), 813–836.

Sesión 3. (16 de enero, de 16- 20.00). Fotografía, historia y feminismo. Profa. invitada: María Rosón

Lecturas obligatorias: Pollock, Griselda. “Modernidad y espacios de feminidad”, en *Visión y diferencia. Feminismo, feminidad e historias del arte*, Buenos Aires, Fiordo,2013, pp. 111-164.

Sesión 4 (21 de enero, de 17- 20.00). Historia de las emociones III. Resistencias y saberes emocionales, lecciones del pasado. Profa. Medina. Profa Invitada: Dresda Méndez

Lecturas obligatorias:

Rosón, María; Medina Domenech, Rosa M. Resistencias emocionales. Espacios y presencias de lo íntimo en el archivo histórico. *Arenal*, 24(2), 407–439, 2017. (**texto a debate**)

Lecturas complementarias

Medina Domenech, Rosa María. Sabiduría, obediencia y resistencia. Diálogos sobre el amor de las mujeres. En: *Ciencia y sabiduría del amor: una historia cultural del franquismo (1940-1960)* (Madrid: Iberoamericana, 2013), pp. 201-239

“Niditos de amor”. Blog Saberes Subalternos. <http://saberesubalterno.blogspot.com/2013/12/niditos-de-amor-saberes-subalternos.html>

Ternura radical es.... Manifiesto vivo Por Dani d’Emilia y Daniel B.Chávez. <http://hysteria.mx/ternura-radical-es-manifiesto-vivo-por-dani-demilia-y-daniel-b-chavez/>

Sesión. Historia de las emociones IV. La materialidad de las emociones. El dolor de los objetos: estrategias reparadoras de mujeres con fibromialgia Profa Invitada: Dresda Méndez

Lectura obligatoria: Hird, M. J. (2009). Feminist Engagements with Matter. *Feminist Studies*, 35(2), 329–346.

Lecturas complementarias

Dresda E. Méndez de la Brena. (Borrador) 'Researching with the trouble': a journey of emotions and affective challenges in doing feminist research.

Frykman, Jonas & Frykman, Maja Povrzanović (2016) Affect and Material Culture. Perspectives and Strategies. In: *Sensitive Objects. Affect and material culture*. Nordic academic press, pp. 9-30

Sesiones 11 y 12: Presentaciones de propuestas de proyecto de investigación basadas en los contenidos de la asignatura (21, 26 y 27 de febrero 4.30 a 8.30).

■ **Métodos docentes:**

Lecciones expositivas. Análisis de textos históricos (incluidos fílmicos). Lecturas y tutorías. Debates sobre el análisis de la bibliografía. Trabajo personal y en equipo.

■ **Régimen de asistencia:**

Para poder ser incluido en la evaluación la asistencia ha de ser continuada, no permitiéndose más de un 10% de ausencias. En cualquier caso, la presencia en la sesión de presentación de los proyectos de investigación es condición para la evaluación, salvo casos de fuerza mayor que deben ser adecuadamente justificados.

■ Tipo y criterio de evaluación

- Asistencia participativa en clase: asistencia, lectura y comentario de las lecturas obligatorias de cada tema (30%)
- Elaboración de una propuesta de investigación (70%): Presentación y redacción de una propuesta de investigación breve de la problemática asignada por las profesoras, donde se incluyan los siguientes aspectos: Una pregunta de investigación ¿Qué quiero analizar?; ¿por qué es de interés investigarlo? ¿Cómo voy a hacer esa investigación? ¿Cómo voy a usar una perspectiva feminista .--- Se valorará la creatividad y el trabajo personal en la elaboración de la propuesta. Se valorará la bibliografía o fuentes complementarias al curso utilizadas .---Se valorará la coherencia y organización de la propuesta.--- Se valorará una presentación clara y sintética.--- Se valorará el uso de una redacción correcta y fluida. Importante: Esta parte de la evaluación tiene varias fases, la primera, que recomendamos, es, al menos, una tutoría con la profesora responsable de la temática asignada. En segundo lugar, el día asignado para ello en el calendario, presentación con power point (u otros programas) de la propuesta de investigación. Tercero, redacción de la propuesta (Máximo 1500 palabras) que se entregará lo más tarde el día 27 de febrero de 2017. El texto se subirá a PRADO2 y se entregará también en papel siguiendo las normas de estilo establecidas.

Criterios de evaluación de la exposición

- Expone con claridad: Deja claro el qué, por qué y cómo de la investigación

- Se atiende al tiempo
- Utiliza material de apoyo en la exposición

Criterios de evaluación del trabajo escrito.

- Plantea una pregunta de investigación clara en el marco de la historiografía del espacio o de las emociones
- Incorpora bibliografía analizada en el curso que le proporciona el marco teórico y muestra que lo ha leído y comprendido
- Incorpora bibliografía extra que aplica al trabajo
- Deja claro el qué, por qué y cómo de la investigación
- Lenguaje claro y conciso
- Cita correctamente (normas APA o similares)
- Se atiende a los límites de espacio definidos

Importante: La propuesta de proyecto por escrito **se entregará el día 15 de marzo 2020.**

■ Evaluación única Final

Se realizará un examen el día establecido por Master Gemma del temario y las prácticas. Se seguirá y utilizará como manual el libro de Laura Lee Downs, [Ver Bibliografía] edición 2010. Incluirá comentarios de texto. Podrá ser oral o bien escrito.

**MÁSTER ERASMUS MUNDUS GEMMA ESTUDIOS DE
GÉNERO**

Programa de la signatura: **Metodologías
Feministas: bloque A**

**El qué, cómo y por qué de la investigación
(2 ECTS)**

Cursos 2020 - 2021

Profesora responsable:

Rosa M^a Medina DomEnech. Universidad de Granada
rosam@ugr.es / web : <http://rmdomenech.blogspot.com.es/>

<https://granada.academia.edu/RosaMedina>

Mi blog: *<http://saberesubalterno.blogspot.com.es/>*

Reflexiones sobre la investigación: *<https://dol-cezza.medium.com/>*

Sesiones:

1. Noviembre 17 5:30 - 8 pm
2. Noviembre 19 5:30 - 8 pm
3. Noviembre 25 5:30 - 8 pm
4. Diciembre 3 5:30 - 8 pm

Clases virtuales en:

<https://meet.google.com/jhe-dcry-tig>

Tutorías: Previa cita por correo. Sala virtual tutorías exclusivamente: *<https://meet.jit.si/ClaseHEMRosaMedina>*

Los materiales para las sesiones en mapa prezi:

<https://prezi.com/lolgx02vzxul/investigacion-introduccion/>

■ Carpeta bibliografía

<https://www.dropbox.com/sh/d20wqqwvpj2xl8f/AACeekKomwb8cs-GxEDcdt52sda?dl=0>

■ Objetivos

a) Conocer las herramientas y recursos básicos para aprender a formular el “por qué” y el “cómo” de la investigación (especialmente en el campo de la historia), y saber plantear con precisión las aportaciones específicas de la investigación.

b) Capacitar para las tareas básicas académicas y profesionales (realizar propuestas y resúmenes para congresos, proyectos, mapas mentales, realizar presentaciones, difusión de perfiles académicos e investigación...)

c) Reflexionar sobre las implicaciones subjetivas y emocionales de la investigación feminista y cómo desarrollar herramientas de (auto)cuidado.

■ Competencias específicas

a) Discernir entre investigación sobre las mujeres, de género y feminista y aprender a formular preguntas de investigación con enfoque feminista / género, especialmente desde el campo de la historia.

b) Conocer y problematizar la idea de “archivo” histórico desde una perspectiva feminista, *queer* y de género.

c) Conocer el valor para la investigación de las metodologías queer y de las ficciones especulativas.

d) Manejo de software básico en investigación

■ Contenidos

- El qué, cómo y por qué de la investigación
- ¿Investigación feminista, de género o sobre “mujeres”?
- Las relaciones entre teoría, trabajo empírico, escritura.
- Cómo aprender a conocer y elegir críticamente la teoría y producir marcos teóricos robustos que contribuyan a conversaciones globales.
- Investigar es **escribir, argumentar** (no opinar), y conversar críticamente
- *¿Qué añade mi investigación a lo que ya se conoce?* Criterios para la **calidad** de la investigación. La **intención** y la dirección en el trabajo de investigación. El papel de las **conclusiones**.
- **Presentación** de propuestas en diversos escenarios académicos. La importancia del **resumen** y la **escritura**. La importancia de las normas de edición.
- El reto de la **interdisciplinariedad**. De la problematización del **archivo** a la interdisciplinariedad: enfoques para manejar la diversidad metodológica en el presente.
- Identidad virtual, difusión social de la investigación y redes sociales de interés.

- Ambición colectiva, originalidad individual y auto-cuidado.

■ Bibliografía recomendada

CREME, Phyllis; LEA, Mary R. (2005). *Escribir en la universidad*. Barcelona: Gedisa. Versión en inglés disponible en Biblioteca UGR <https://is.gd/Xc3xmK>

HARAWAY*, Donna J (1991) "Conocimientos situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial." En: *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra, Colección Feminismos, pp. 313-46. [accesible en <http://es.scribd.com/doc/49289959/Haraway-Conocimientos-situados-Digital>]

HARDING*, Sandra (1987) "Is There a Feminist Method?" In: Sandra Harding (Ed.). *Feminism and Methodology*, Bloomington/Indianapolis. Indiana University Press. [Descargable traducción en español http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/existe_un_metodo_feminista.pdf]

HOOKS, Bell. (2010), Self-esteem and Touch. In: *Teaching Critical Thinking : Practical Wisdom*. New York, Routledge, pp. 121-126; 153-158. [Accesible en: <https://is.gd/R9jWgn>]

LUGONES, Maria. (2011) Hacia un feminismo decolonial. *La manzana de la discordia*, 6(2), 105-117. [Accesible en: <https://is.gd/ztHW3b>]

MEDINA DOMÉNECH, Rosa María. (1999) "Ideas para perder la inocencia sobre los textos de ciencia". In: Barral, M^a J.; Maga-

llón, C.; Miqueo, C., Sánchez, M^a D. (eds.). *Interacciones ciencia y género. Discurso y prácticas de mujeres*. Barcelona, Editorial Icaria [Antrazyt] 148, pp. 103-127. [Accesible en <https://bit.ly/2FwTwa5>]

SANDOVAL*, Chela. (2004) Nuevas ciencias. Feminismo Cyborg y metodología de los oprimidos. In: *Otras inapropiables: feminismos desde las fronteras*. Madrid: Traficantes de Sueños. [Accesible en: http://webs.uvigo.es/pmayobre/download_libros/otrasi-napropiables.pdf]

SCOTT, Joan. "El género una categoría útil para el análisis histórico." En: Amelang, James S, y Mary Nash. *Historia y género : las mujeres en la Europa moderna y contemporánea*. València: EdicionsAlfons el Magnànim, 1990, 23-56 [Accesible en <http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/scott.pdf> }

■ Bibliografía complementaria

Bartra, Eli. (2002). *Debates en torno a una metodología feminista*. México : Universidad Autónoma Metropolitana.

Blázquez Graf, Norma, Flores Palacios, Fátima, y Ríos Everardo, Maribel. (2010). *Investigación feminista : epistemología, metodología y representaciones sociales*. México C. F. : Universidad Nacional Autónoma de México.

Brennan, N. [1998] *Accounting Research: A Practical Guide*, Oak Tree Press, Dublin, ISBN 1-86076-110-0, (Cómo escribir un proyecto, accesible en <https://researchrepository.ucd.ie/rest/bits-treams/6809/retrieve>)

Buikema, Rosemarie, Griffin, Gabriele, Lykke, Nina (2011). *Theories and methodologies in postgraduate feminist research : re-searching*. Oxford; New York: Routledge.

Carlino, Paula. (2006). *Escribir, leer y aprender en la universidad : una introducción a la alfabetización académica*. México : Fondo de Cultura Económica.

Downs, Jim. (2013). *Why We Write: The Politics and Practice of Writing for Social Change* (Vol. 5). London: Routledge. <https://goo.gl/moHd5z>

Hesse-Biber, Sharlene, Gilmartin, Christina, Lydenberg, Robin (1999). *Feminist approaches to theory and methodology : an interdisciplinary reader*. New York : Oxford University Press.

Jaggar, Alison M. (2008). *Just methods: An Interdisciplinary Feminist Reader*. Boulder; London: Paradigm Publishers.

Mies, Maria. (2002) ¿Investigación sobre las mujeres o investigación feminista? El debate en torno a la ciencia y la metodología feministas. En: Eli Bartra (Ed.), *Debates en torno a una metodología feminista*, pp. 63-102. [Accesible en <https://goo.gl/aAqfvV>]

Puig de la Bellacasa, M. (2012). “Nothing comes without its world”: Thinking with care. *Sociological Review*, 60(2), 197–216. <https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.2012.02070.x>

Ulmer, J. B., Koro-Ljungberg, M. (2014). Writing Visually Through (Methodological) Events and Cartography. *Qualitative Inquiry*, 21, 138–152. <http://doi.org/10.1177/1077800414542706>

■ Blogs de interés fundamental

Raúl Pacheco: <http://www.raulpacheco.org/>

Pat Thompson: <https://patthomson.net/>

■ Métodos docentes

Los contenidos se imparten en cuatro sesiones de forma dinámica y con participación activa y práctica del alumnado. Los contenidos se impartirán usando algunas metodologías básicas en investigación.

Es recomendable asistir a las sesiones con portátil si se dispone de él.

Los materiales para la clase se encuentran disponibles en
<https://prezi.com/loigx02vzxul/investigacion-introduccion/>

Sesión 1. - 2,5 h.

- Introducción general, debate y realización de una lluvia de ideas sobre el significado de “investigar” y “escribir”. Un sencillo y complejo modelo de investigación. ¿Qué significa identificar la conversación en la investigación feminista? El respeto a la producción de ideas vs. El problema del plagio académico.

- Experiencia de trabajos de investigación en grupo con material de archivo

Sesión 2. - 2,5 h.

- El papel de la búsqueda de bibliografía en la construcción y desarrollo de la conversación de investigación a la que queremos contribuir. Citas

- Escritura académica. El papel del resumen. De la pregunta de investigación a las conclusiones. Escribir es pensar

- Tareas:

1. Selecciona *dos fragmentos de textos* específicos a partir de lecturas realizados en el máster, que consideres *bien escritos y justifique por qué*. Selección *dos fragmentos de textos* específicos a partir de lecturas realizados en el máster, que se consideren *mal escritos y justifique por qué*.

2. Identifica dónde están y cuáles son los argumentos que se presentan en el último artículo o capítulo que hayas leído.

3. Escribe un párrafo de 400 palabras sobre los contenidos que más te han interesado de las sesiones

Sesión 3. 2,5 h.

- **Metodología feminista:** interdisciplinariedad y elaboración de metodologías particulares y artesanas.

- Clip de *The watermelon Woman* (1996) de Chery Dunye
<https://youtu.be/6LCT-kXNkzk> (completa en : <https://www.peliculafeministas.com/the-watermelon-woman/#>)

- **Metodología queer:** metodología de “espigadoras” (carroñera)
 - *Fragmento:* Halberstam, J. (2008). Metodología Queer: En: *Masculinidad Femenina*. Barcelona, Egales, pp 32-35.
 - *Para inspiración ver documental de:* Agnes Varda *Los espigadores y la espigadora* (hay varios clips en youtube).

Sesión 4. 2,5 h.

- **Metodología feminista.** El archivo: debate sobre el significado del archivo basado en las lecturas de textos leídos por equipos:
 - Farge, Arlette (1991). *La atracción del archivo*. Edicions Alfons El magnanim, pp. 7-12 y 25-38. Accesible en: <https://cristinagomezalvarez.files.wordpress.com/2014/07/farge.pdf>
 - Cvetkovich, Anne. (2003). *An archive of feelings. Trauma, sexuality and Lesbian Public Cultures*. Duke University Press. (lectura opcional)
- Experiencias doctorales con metodologías transgresoras. Doctoranda invitada: Dresda Méndez de la Brena:
 - “Researching with the Trouble”: A Journey of Emotions and Affective Challenges in Doing Feminist Research. In: *Researching with GEMMA* Vol. 1, Englad: Peter Lang Publishers. **El trabajo está en prensa y no puede utilizarse sin permiso de la autora.** Dresda Méndez pondrá en diálogo su trabajo con el de María Puig de la Bellacasa, M. (2012) que encontraréis en las referencias.

Evaluación

Estos 2 créditos son fundamentalmente prácticos y proporcionan una estructura básica para afrontar la tarea de investigación. La **asistencia** es obligatoria, sólo se admitirá un 10% de faltas a las sesiones salvo que estén debidamente justificadas.

Realización de un **portafolio que recoja el proceso auto-reflexivo de aprendizaje** sobre metodologías, con un formato que permite **creatividad en la forma de presentación**.

En el portafolio se presentan las reflexiones propias sobre los cambios experimentados en la idea de metodología respecto a nociones anteriores, las problemáticas para la identificación de la investigación feminista *y que indiquen una toma de conciencia sobre el proceso metodológico*: elección de preguntas, valor de la experiencia en la investigación, planteamientos situados, etc. Esto corresponderá con el **70% de la calificación**.

El portafolio debe contener, también, ejemplos prácticos de 2 de las **tareas**, que se indican más abajo, habituales en el desempeño de la investigación (**30% de la calificación**). El portafolio deberá entregarse en papel y con un índice de materias y la bibliografía que se haya manejado si la presentación es en papel. También se admite el formato blog.

Tarea 1: Elegir 1 libro y un 1 artículo leído relacionado con las lecturas de la asignatura y realizar las siguientes tareas:

- Resumir o elaborar un mapa conceptual (a elegir) de ambas lecturas

- Exponer 3 razones que expliquen por qué te han gustado esas lecturas específicas.
- Elegir 3 fragmentos de texto que te han gustado por cómo están escritos e indica por qué
- Explicar qué preguntas de investigación había en esas dos lecturas.
- Comentar cómo las personas autoras de esos textos han tratado de resolver dichas preguntas y si la metodología elegida para resolver estas preguntas es adecuada para la investigación.
- Explica y justifica qué tipo de investigaciones, a partir del libro, pueden producir algún impacto social.
- Comentar cómo se articula la teoría con el trabajo empírico propio de la investigación en el artículo que has leído.
- Ejemplificar 3 usos de la nota a pie en las lecturas que has realizado

Tarea 2: Elaboración de un resumen para plantear una propuesta de investigación (qué, cómo, por qué, y qué aportará) que contenga entre 400 y 600 palabras e incluya una bibliografía básica elaborada utilizando y describiendo los procedimientos de búsqueda y selección bibliográfica. Puedes usar para el resumen la propuesta de investigación que presentarás en el curso de historiografía feminista.

Tarea 3: Realizar un mapa conceptual *colaborativo* sobre el debate "Qué es una investigación feminista?"

Tarea 4: Difusión de perfil investigador y seguimiento de investigadores relacionados. Describir alguna estrategia de

difusión del perfil investigador (Google scholar, Academia-edu, Research gate, Twitter, etc).

Tarea 5: Ejemplificar cómo ha mejorado vuestra escritura con determinados ejemplos

■ Criterios de evaluación del portafolio:

- Reflejar, respecto a la idea de metodología de partida, el proceso de cambio y aprendizajes sobre metodología feminista de partida o sobre la concepción del archivo (50%)
- Creatividad en la elaboración (10%)
- Utilización de la bibliografía recomendada (10%)
- Incluir 2 tareas específicas del trabajo académico (resumen para congreso, elaboración de mapa conceptual sobre alguna lectura, creación de perfil de difusión académica) (10%)
- Atenerse a la extensión: máximo 5000 palabras (10%)
- Presentar una propuesta argumentada (con criterios establecidos) de autoevaluación del portafolio (10%)
- De acuerdo a la Normativa de evaluación 2013 UGR, Artículo 14. 2: Los **trabajos plagiados o copiados** recibirán automáticamente una nota de 0

Porcentaje de este módulo III sobre calificación final de los 10 créditos de la asignatura (20%)

Fecha de entrega 2 de marzo, 2021, si es posible en papel, casillero de Rosa Medina en el Instituto.

3 Programas de Seminarios Prácticos

Curso 2010-2011.

Práctica: Medicina y colonialismo

Historia de la Medicina

Curso 2010-2011.

Práctica: Itinerarios terapéuticos

Historia de la Medicina

Curso 2011-2012.

Práctica: Hermafroditas

Historia de la Medicina

Curso 2001-2002.

Seminario: Pacientes, Médicos y Máquinas

Historia de la Medicina

HISTORIA DE LA MEDICINA

Práctica: **Medicina y colonialismo**

Grupos 6

Cursos 2010 - 2011

Profesora

Rosa M^a Medina Domenech.

Correo: rosam@ugr.es

Descripción general

Esta práctica aborda cuestiones tratadas en diversos temas del programa de la asignatura tales como las enfermedades epidémicas o el papel de la medicina europea en el periodo de colonial. Asimismo analiza las concepciones científicas sobre raza.

La práctica constará de tres sesiones y de tareas a realizar fuera de las sesiones como parte del autoaprendizaje:

En la primera sesión se revisarán los contenidos impartidos en el temario teórico que serán de utilidad para el desarrollo de la práctica. Asimismo, se revisará el procedimiento de elaboración de resúmenes.

En la segunda sesión se debatirán, por equipos y en común, el texto propuesto para el análisis de la fotografía.

En la tercera sesión se debatirá y corregirá por pares el borrador del texto de análisis de la fotografía.

Objetivos

- Analizar las causas del paludismo a través de una fotografía correspondiente a una zona de explotación en Guinea Ecuatorial.

- Comprender, a través del texto, los efectos del colonialismo en la salud de la población.
- Proveer de los elementos necesarios para una interpretación de las causas complejas que ocasionaron el padecimiento del paludismo en el contexto colonial.
- Acercar a la percepción de la enfermedad por los médicos de la época, es decir, a las teorías medioambientales y bacteriológicas y las concepciones raciales que permitieron explicar la enfermedad.
- El contexto histórico de la primera mitad del siglo XX ayudará a comprender y reflexionar sobre la persistencia del paludismo, en la actualidad, como principal causa de muerte en el mundo.

■ Metodología

A partir del análisis del texto se examinará una fotografía de un escenario colonial para preguntarse sobre las causas del paludismo en ese contexto.

■ Evaluación

Asistencia y participación: Entrega de un texto comentando la fotografía. Máxima extensión de dos páginas fuente de letra a 12 puntos y espacio y medio.

Criterios de evaluación del texto de análisis de la fotografía:

- atenuamiento a las normas de extensión,
- integración de los contenidos del artículo debatido al análisis de la fotografía,

- claridad del texto en la distinción entre la información proporciona por la lectura y la opinión propia
- estructura, estilo y lenguajes claros.

Bibliografía

MEDINA DOMÉNECH, Rosa María. *Paludismo, explotación y racismo científico en Guinea Ecuatorial*. En: Rodríguez Ocaña, Esteban; Ballester, Rosa (eds.). *Terratenientes y parásitos, Historia social del paludismo en España*.

Cuestionario. Contenidos del texto

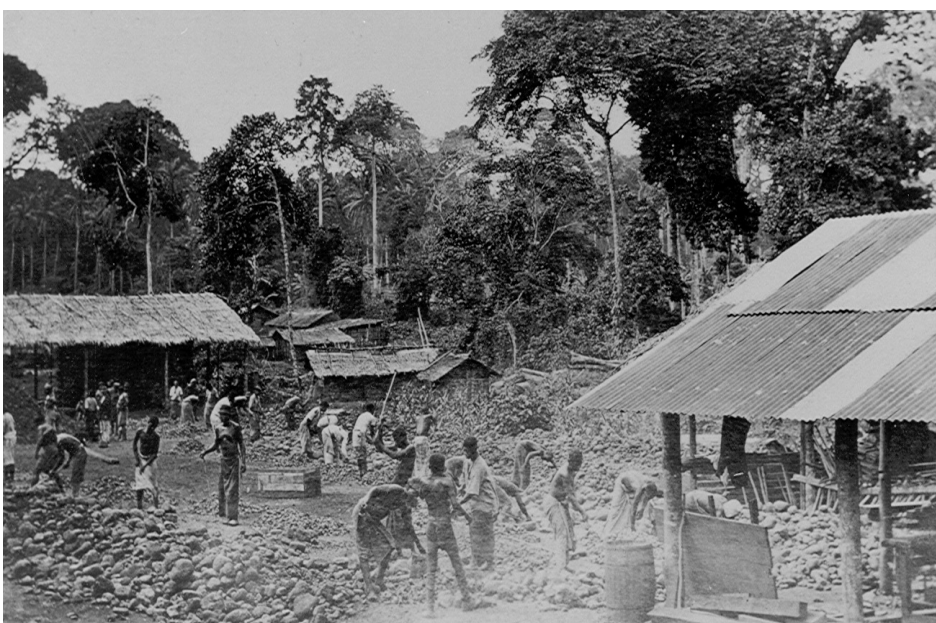
1. El concepto «medicina en enclaves» ha sido acuñado para enfatizar que la asistencia médica desplegada por los gobiernos coloniales entre el s. XIX y XX estuvo orientada hacia las necesidades de blancos y que las enfermedades en la colonia se entendía como una amenaza para la metrópoli más que como un problema para la propia población local. En segundo lugar, el término «en enclaves» también subraya que las políticas sanitarias de los gobiernos estuvieron marcadas por la curiosidad científica más que por el interés por dar asistencia a la población. En tercer lugar, el término destaca las desigualdades de género que produjeron los sistemas asistenciales y, por último, el monopolio profesional de los blancos sobre los servicios médicos. Ejemplifique utilizando el caso de la colonia española en Guinea Ecuatorial el concepto de «medicina en enclaves».
2. ¿Estuvo la medicina al servicio de la colonización? Justifique su respuesta.

3. ¿Podría identificar los elementos explicativos del paludismo que proporcionaron los médicos de la colonia de Guinea en el periodo anterior a la guerra civil española?
4. Describa cómo se produjo el tránsito de unas teorías a otras en la explicación científica del paludismo.
5. Describa las explicaciones científicas que justificaron la idea de la población nativa como «reservorio de la enfermedad»
6. Describa los cambios en las medidas antipalúdicas adoptadas por el gobierno colonial.
7. ¿Qué contexto social explica las numerosas medidas sanitarias aplicadas hacia 1928 en Guinea?
8. Según el texto ¿a qué se le denominaba saneamiento integral?
9. Cree que la autora sostiene una idea monocausal de la extensión del paludismo. Justifique su respuesta.
10. Identifique los concepciones científicas de la enfermedad que sustentaban las medidas preventivas o terapéuticas que se fueron aplicando y que también fundamentaron las instituciones asistenciales (sanatorios, estaciones sanitarias).
11. Resuma los problemas que dificultaron la distribución de quinina en Guinea.
12. ¿Cree que la administración colonial española afrontó con prontitud los costes sociales de la explotación colonial en Guinea?

13. Defina la actitud de los médicos coloniales ante los conocimientos terapéuticos frente al paludismo que poseía la población indígena.
14. ¿Cree que el artículo que analiza un caso histórico, ayuda a comprender la situación mundial actual en la que el paludismo sigue siendo la primera causa de muerte en el mundo?

■ Cuestionario estructura del texto

1. ¿Cómo ha leído el texto? ¿Dónde ha empezado? ¿Puede estructurarse la lectura de otras maneras? ¿Con qué objetivos?
2. ¿Contiene hipótesis el texto?
3. De la lectura del texto ¿has deducido qué constituye una «prueba» para quienes hacemos historia?
4. ¿Qué fuentes históricas cita el texto?
5. El texto da por supuesto que quienes lo leen son conocedores de algunas cuestiones básicas ¿has detectado qué cuestiones se dan por supuestas?



Finca agrícola en Guinea Ecuatorial 1930

Fuente: Fondo «África» Archivo General de la administración

HISTORIA DE LA MEDICINA

Práctica: **Itinerarios terapéuticos**

Grupos 10 y 8

Cursos 2010 - 2011

Profesora

Rosa M^a Medina Doménech

Descripción general

Esta práctica aborda **cuestiones tratadas en diversos temas** del programa de la asignatura tales como la **cultura de los pacientes**, la **tecnificación** de la biomedicina, los **itinerarios terapéuticos** o el **pluralismo asistencial**. El objetivo general es comprender el **punto de vista de los pacientes** tanto en la percepción de la enfermedad como en el contacto con diversos sistemas terapéuticos mediante el seguimiento de un caso narrado por el propio paciente (Nani Moretti).

La práctica constará de tres sesiones y de tareas a realizar fuera de las sesiones como parte del autoaprendizaje. El alumnado tendrá que analizar los textos de manera individual para poder participar en las sesiones de debate en grupo.

En la **primera sesión** (1 hora) se revisarán los contenidos impartidos en el temario teórico que serán de utilidad para el desarrollo de la práctica. Asimismo, se organizarán los equipos y, finalmente, se visualizará el episodio Médicos (Capítulo III Medici) de la película Caro Diario (1994) dirigida por Nani Moretti.

En la **segunda sesión** (1 hora) se debatirán, por equipos y en común, los dos textos propuestos para el análisis del documental. Cada equipo se ocupará del análisis de uno de los textos. Las preguntas preparadas por cada persona con su tarea individual ser-

virán de base para el debate. *En esta sesión se establecerán los criterios de evaluación de la exposición de trabajos en equipo.*

En la **tercera sesión** (2 horas). Cada equipo expondrá en 10 minutos el resultado del trabajo de análisis del episodio de Caro Diario argumentado usando los textos analizados en la sesión anterior. El cuestionario proporcionado servirá de guía para el análisis.

Tarea individual. Después de leer uno de los dos textos cada persona ha de elaborar una serie de preguntas que formularán en la siguiente sesión del debate en grupo. Las preguntas elaboradas sirven para analizar 3 aspectos:

- *Los temas:* el mensaje del texto leído.
- *El estilo retórico o discursivo:* lo que el autor hace (un análisis, una crítica, una investigación) y cómo lo hace y dónde se encuentran en el texto estas cuestiones
- *El significado:* lo que en el texto tiene que ver con las vidas de cada alumno o alumna, sus vidas inmediatas, con sus vidas profesionales como médicos futuros o como clientes del sistema médico o sus vidas privadas.

Tarea en equipo. Con su equipo deberá colaborar para elaborar la presentación del análisis del documental. El documental estará disponible en plataforma swad.

■ **Objetivos específicos de la práctica**

Familiarizar al alumnado con el **pluralismo asistencial** como práctica social ante la enfermedad.

Percibir la **capacidad de decisión de los pacientes** ante la enfermedad y la complejidad de sus itinerarios terapéuticos.

Comprender, debatir, aclarar, distinguir y relacionar los **diversos sistemas de gestión de la salud**: autoatención, modelo médico hegemónico u otros sistemas de asistencia a la enfermedad.

Habilidades que el alumnado debe alcanzar en el MÓDULO B

Identificar los **argumentos** proporcionados por la bibliografía recomendada.

Aprender a **debatir** en **público** los argumentos defendidos tras la lectura del texto.

Aprender a **aplicar** los **conocimientos** adquiridos con la lectura del texto al material fílmico proporcionado (Caro Diario, Episodio 'Los Médicos', Nanni Moretti, 1993).

Familiarizarse con las tareas del **trabajo en equipo**.

Adquirir algunas **competencias** para realizar intervenciones en **debates** y **exponer públicamente** trabajos realizados.

■ Evaluación:

Se valorará la capacidad de síntesis y de captación del argumento del texto, así como el posicionamiento crítico al texto y la participación activa en el aula y en las tareas de equipo.

También se valorarán las habilidades para la exposición pública del trabajo. La valoración del módulo B de prácticas representará hasta 2 puntos del total de la calificación de la asignatura (10 puntos).

■ Bibliografía y Cuestionarios

Osorio Carranza, Rosa María (2007). La trayectoria de atención en las enfermedades infantiles. Una puesta en escena de las representaciones y prácticas sociales. En: Esteban, Mari Luz (ed.). Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas, Bilbao, Ed. OP-Asociación para la Defensa de la Salud Pública del País Vasco (en prensa).

Pasqualino, A. (1996). Médico y enfermo: relación entre sanador y paciente dentro de los diversos saberes medicinales presentes en nuestra sociedad. En: González Alcantud, J.A.; Rodríguez Becerra, S. Creer y curar: La medicina popular, Granada, Diputación Provincial de Granada, pp. 161-179.

Caro Diario Episodio 'Los Médicos', Nanni Moretti, 1993).

Material de las prácticas

El episodio de Caro Diario se encuentra disponible en la plataforma SWAD de la asignatura.

La bibliografía se encuentra disponible en fotocopiadora bajo el título de Prácticas Historia Medicina: **"Itinerarios terapéuticos"** GRUPOS 10 y 8.

Cronograma

GRUPO 10 (lunes)	GRUPO 8 (viernes)
7-III	4-III
28-III	25-III
4-IV	1-IV
11-IV	6-V
9-V	20-V

Cuestionarios

Osorio Carranza, Rosa María (2007). *La trayectoria de atención en las enfermedades infantiles. Una puesta en escena de las representaciones y prácticas sociales. En: Esteban, Mari Luz (ed.). Introducción a la antropología de la salud. Aplicaciones teóricas y prácticas, Bilbao, Ed. OP-Asociación para la Defensa de la Salud Pública del País Vasco (en prensa).*

1. Con qué criterios las madres estudiadas en el trabajo de Rosa M^a Osorio optan por un determinado sistema asistencial.
2. ¿Cree que Osorio presenta el conocimiento de los médicos superior a otros conocimientos sobre las enfermedades que padecen niñas y niños? Razone su respuesta.

3. En el texto la autora utiliza la distinción entre «representaciones» y «prácticas» en relación a la enfermedad. Aclare el significado de esta distinción mediante algún ejemplo.
4. ¿Cómo define la autora la idea de carrera curativa/itinerario terapéutico?
5. ¿Qué papel juega la autoatención en la carrera curativa/itinerario terapéutico?

Pasqualino, A. (1996). Médico y enfermo: relación entre sanador y paciente dentro de los diversos saberes medicinales presentes en nuestra sociedad. En: González Alcantud, J.A.; Rodríguez Becerra, S. Creer y curar: La medicina popular, Granada, Diputación Provincial de Granada, pp. 161-179.

1. ¿Cómo define Pasqualino la idea de «cultura científica»?
2. Señale la profesión de Pasqualino y su importancia para la reflexión que plantea en su texto.
3. ¿Cómo explica Pasqualino las dificultades de los médicos para establecer la comunicación con sus pacientes? Indique cómo se ponen de manifiesto estas dificultades en el episodio de Caro Diario.
4. Comente brevemente cómo explica Pasqualino las dificultades de los médicos para comprender la efectividad de otras medicinas complementarias.
5. Qué dificultades específicas plantea la Medicina Tecnológica a la relación pacientes-médicos/as.

6. ¿Cuales serían algunas de las dificultades de quienes practican la biomedicina para comprender otras medicinas usadas por los/las pacientes?
7. En relación al padecimiento de la enfermedad ¿qué culturas pueden coexistir en los pacientes?
8. Describa con sus propias palabras qué entiende Pasqualino por «medicalización».

Cuestionario Caro Diario

1. Defina brevemente, utilizando sus palabras, qué entiende por itinerario terapéutico o trayectoria de atención.
2. ¿Qué sistemas asistenciales recorre Nani Moretti para intentar solucionar el picor que le hace padecer?
3. Defina pluralismo asistencial, ejemplifíquelo con algún caso de su propia experiencia o la de su entorno.
4. Describa las narrativas que resumen las quejas y las traducen a síndromes significativos (diagnósticos), en cada uno de los sistemas asistenciales que recorre Nani Moretti.
5. En su opinión ¿En qué sistema asistencial se despliega por parte de los sanadores mayor persuasión para convencer al paciente?
6. ¿Con qué criterios toma la decisión Moretti de acudir a cada uno de los diversos sistemas asistenciales que muestra el episodio?

7. ¿Qué ejemplos de autoatención se ven en el episodio Médicos?
8. ¿Cómo explica usted que encontrándose las claves para el diagnóstico de la enfermedad desde los supuestos de la Biomedicina en una enciclopedia general, los distintos especialistas no acertaran en el diagnóstico?
9. ¿En su opinión qué sistema asistencial parece resultarle menos extraño o empático al propio Nani Moretti dentro de los que muestra en el episodio?
10. Como verá, en el film Nani Moretti pone mucho énfasis en las recetas que le prescriben los médicos ¿Qué papel juegan las prescripciones en la relación médico-paciente?
11. ¿Calificaría de responsable la manera en la que Nani Moretti gestiona su problema de salud?
12. ¿Cree usted que la asistencia biomédica /alopática es (o debiera ser) incompatible con otras medicinas complementarias heterodoxas? Razone su respuesta.
13. ¿Comprende la idea de «cultura médica oficial»? Intente explicar algunos de los elementos que la definen según el cortometraje y el texto.
14. En su opinión ¿qué límites de la biomedicina pone de manifiesto el episodio Médicos?

Criterios de Evaluación del trabajo en grupo

Criterio	4	3	2	1
ESFUERZO	<p>Genera materiales adicionales para el grupo; Demuestra un esfuerzo extraordinario</p>	<p>Totalmente preparado; acaba todas las tareas asignadas; competente pero no extraordinario</p>	<p>Preparación mínima; conocimiento superficial de los materiales; esfuerzo mínimo</p>	<p>Poca o ninguna prueba de la preparación; no realiza ningún esfuerzo</p>
ACTITUD	<p>Excepcionalmente constructiva; Anima a otros miembros del equipo</p>	<p>Positiva; apoya a compañeros/as; muy constructiva y animado</p>	<p>Neutral; neither encouraging nor discouraging; disinterested in the performance of others</p>	<p>Menosprecia a los demás ; persona negativa, despectiva o beligerante o ausente</p>
CONTRIBUCIÓN	<p>Extraordinaria; el trabajo es excelente en la forma y en el fondo</p>	<p>Trabajo de buena calidad; ha necesitado pocas revisiones o modificaciones</p>	<p>Trabajo de poca calidad; errores sustanciales; ha necesitado muchas revisiones y modificaciones</p>	<p>Trabajo de muy poca calidad; muy poca o ninguna contribución a los objetivos del grupo</p>

Miembro del grupo	Grupo	Esfuerzo	Actitud	Contribución	Total

Source: http://fp.dl.kent.edu/fcubed/modules/modules/goalsassessment/examples.html#Group_Work

HISTORIA DE LA MEDICINA

Grado: Medicina y Cirujía

Seminarios Prácticos: “Hermafroditas”

Grupos 4

Cursos 2011 - 2012

«Hermafroditas»: la controversia género, sexo e identidad sexual.

El papel histórico de las ciencias biomédicas y el «determinismo biológico»

Profesora

Rosa M^a Medina Doménech. Profesora. Titular Dep. A. P. Historia de la ciencia, Instituto Paz y Conflictos, Universidad de Granada

rosam@ugr.es, <http://www.ugr.es/~rosam/>

Descripción general

Esta práctica explora el papel de las ciencias médicas en la determinación biológica de la identidad de las personas. Además trata de profundizar en la relación y diferencias entre sexo, género y sexualidad, conceptos que con frecuencia se plantean de manera confusa en las ciencias médicas. Analiza también el papel hegemónico de las ciencias biomédicas y el desplazamiento progresivo de la voz del paciente en la medicina contemporánea.

Contenidos abordados

- La controversia sexo/género/sexualidad en el debate naturaleza/cultura
- Conocimiento científico, dicotomía y complejidad: formas “expertas” de explicar el mundo y comprensión cultural de la realidad.

- El caso del hermafroditismo y la definición científico-técnica de identidad de sexo: dilemas.

■ **Dinámica de la práctica**

La práctica consta de tres sesiones. En la **primera sesión** (1.30 h) se recogerán las ideas del grupo sobre el significado de los términos sexo, género y sexualidad, se repasará la idea de «determinismo biológico» y «constructivismo social» y se visionará el documental *El niño que fue transformado en niña*. En la segunda sesión (1h) se debatirá el texto de R. Cleminson y R. Medina y el resultado del ejercicio práctico sobre los diversos casos clínicos de personas etiquetadas como hermafroditas y los criterios de identidad aplicados a esas personas. En la última práctica, se debatirá el documental y a la luz de los debates desarrollados en las sesiones, **se presentará, por equipos, un texto breve en una presentación de unos 10 minutos máximo que analice el documental presentado en la primera sesión.**

■ **Bibliografía**

Básica: CLEMENINSON, Richard; MEDINA DOMÉNECH, Rosa María (2004). Hermafroditismo, medicina e identidad sexual en España, 1860-1925. *Dynamis*, 24, 53-91.

Documental: *El niño que fue transformado en niña*. Andrew Cohen Director y guión, BBC – Horizon. 48'

Sesiones: 29 ABRIL, 6 MAYO, 20 MAYO

Cuestionario orientativo sobre el documental *El niño que fue transformado en niña.*

1. El documental tal y cómo se indica desde el título afronta la transformación de un niño en niña. Indique tal y como se plantea en los primeros minutos qué aspectos se sugiere que deberían ser transformados en la identidad de los protagonistas.
2. Según el documental, en qué partes del cuerpo residiría el hecho de sentirse hombre o mujer.
3. ¿Cómo intentó transformar John Money a Bruce en una niña?
4. En el documental se plantea que existe un “sentido innato” de ser hombre o mujer. ¿A qué se hace referencia?
5. ¿Cree que la postura de John Money, en relación a la identidad mujer / hombre puede definirse como socialmente constructivista? Razone su respuesta
6. Defina brevemente la teoría de la intersexualidad de John Money
7. ¿En qué sentido podría decirse que el protocolo de intervención actual en personas intersexuales produce una medicalización de la vida?
8. Para Milton Diamond en qué componente del cuerpo residiría la clave de la identidad sexual.
9. Según el equipo de Gorsky ¿en qué zona corporal residen las diferencias entre ratas macho y hembras?
10. ¿Defiende el documental que sólo se puede ser niño o niña? ¿Cree usted que podrían establecerse otras posibilidades

corporales más intermedias entre ambos sexos sin convertirlas en “casos anormales”?

11. ¿Cree que el comportamiento de Brenda en su infancia (tras la intervención quirúrgica en sus genitales) se explicaría sólo porque su cerebro era masculino desde la etapa intrauterina?
12. El prof. Grumbach en la sección final del documento señala algunas preocupaciones éticas en relación a este caso y a los tratamientos de personas con situaciones corporales intersexuales.
13. Lea atentamente este testimonio de Bruce que se muestra en el documental: “no hay forma de saber si eres un chico o una chica porque nadie te lo dice, nadie se levanta por la mañana diciendo soy un chico, por que ya lo sabes. En fin lo sabes, está en tus genes, en tu cerebro, dentro de ti nadie tiene que decir que lo eres” ¿Cree que defiende una postura biológicamente determinista?
14. Cree que el documental defiende una postura determinista o constructivista en relación a la identidad de sexo. Razone su respuesta.

■ Evaluación

- Asistencia y participación
- Presentación ajustada a tiempo y grado de integración de los contenidos debatidos
- Autoevaluación

Casos Clínicos: CRITERIOS DE IDENTIDAD EN HERMAFRODITAS

CRITERIOS	Caso 1 (Dr. Mata) 1874	Caso 2 (Dr. Mollá) 1920	Caso 3 (RAM) 1924	Caso 4 Middlesex 1960	Caso 5 Prensa 2004
Objetivo de la certificación [¿Acude la persona voluntariamente a que le certifiquen el sexo?]					
Identidad autopercebida por la persona					
Criterios de identificación (sexo/género/sexualidad)					
Tecnologías (procedimientos) utilizados					
Diagnóstico médico de identidad de sexo					
Clasificación según tipo de hermafroditismo					

DEFINICIONES SEXO/GENERO/IDENTIDAD

* Por favor responda sí/no

CRITERIOS	SEXO	GÉNERO	IDENTIDAD DE LA OPCIÓN SEXUAL	IDENTIDAD DE GÉNERO	IDENTIDAD DE SEXO
BIOLOGÍA					
MODIFICABLE					
CULTURAL / SOCIAL					
SOLO HAY DOS					
VARIACIÓN HISTÓRICA, CULTURAL O BIOLÓGICA					

HISTORIA DE LA MEDICINA

**Licenciatura Medicina
Departamento A.P. Historia de la Ciencia**

Seminario: Pacientes, Médicos y Máquinas

Grupos 4

Cursos 2001 - 2002

■ Imparten

Alfredo Menéndez Navarro;

Rosa María Medina Domenech

■ 1er Módulo (2 sesiones)

Materiales docentes:

5 Lecturas básicas y el texto de E. Rodríguez Ocaña sobre Medicina Tecnológica

Transparencia: Propuesta en construcción de la relación entre Pacientes, Médicos y Máquinas

1ª Sesión: Debate del Texto

2ª Sesión: Cada grupo será responsable de la lectura específica que esté más relacionada con la materia de trabajo elegida y expondrá las ideas contenidas en el artículo, así como, los resultados de la discusión mantenida previamente sobre el artículo, por los componentes del grupo.

Sacar de cada artículo dos o tres preguntas a las que el texto da respuesta.

Grupos con 5 o 6 integrantes, cada uno comunica a los otros grupos los contenidos de su texto. Metodología de Seminario “entre ellos” no hacia nosotros.

■ 2º Módulo (tutorías y 6 sesiones de exposición)

Diversos trabajos de campo para desarrollar los aspectos analizados en el primer módulo.

■ Objetivos del trabajo en grupo

Grupos de 5 o 6 miembros con el objetivo de trabajar en equipo y distribuir tareas y responsabilidades de forma consensuada. Los diversos equipos de trabajo deberán esforzarse por realizar un trabajos orientado hacia ellos y no hacia los profesores.

■ Temas Seminario

1. Tecnologías y conocimiento científico
2. Máquinas, especialización médica y organización
3. Máquinas e identidades de los pacientes
4. Cambios favorecidos por las máquinas médicas en la relación médico/paciente
5. Transplantes
6. Máquinas y distanciamiento médico/paciente

Bibliografía

1. Tecnologías y conocimiento científico

CUNNINGHAM, Andrew. La transformación de la peste: El laboratorio y la identidad de las enfermedades infecciosas. *Dynamis*, 1991, 11, 27-71

2. Máquinas, especialización médica y organización

MEDINA DOMÉNECH, R. M. Nacimiento e institucionalización del ejercicio especializado de la Radioterapia en el Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. *Medicina e Historia*, 53, 1994, 1-14.

3. Máquinas e identidades de los pacientes

WAILOO K. Detecting “Negro Blood”. Black and white identities and the reconstruction of sickle cell anemia. En: *Drawing Blood. Technology and Disease Identity in Twentieth-Century America*. Baltimor & London, The John Hopkins University Press, 1997, pp. 134-161.

4. Tecnologías médicas y relación médico-paciente

HOWELL, Joel D. Physicians, Patients and Medical Technology. *In: Technology in the Hospital: Transforming Patient Care in the Early Twentieth Century*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1995, pp. 1-29.

5. Transplantes

RISSE, Guenter B. Hospitals as Biomedical Showcases. Academic Health Centers and Organ Transplantation. *In: Mending Bodies, Saving Souls. A History of Hospitals*, New York, Oxford University Press, 1999, pp. 569-618.

■ Bibliografía adicional

BARLEY, S.R. (1986). Technology as an occasion of structuring: Evidence from observations of CT scanning and social order of Radiology Departments. *Administrative Science Quarterly*, 31, 78-108.

BLUME, S. (1992) *Insight and Industry*, Cambridge, MA London. [H-3570]

BLUME, S. In: LAWRENCE (1994). *Technologies of modern medicine. Proceedings of a seminar held at the Science Museum, London, March 1993*. London, Science Museum.

BOULLIER D. Du Patient à L'Image Radiologique: Une Sociologie Des Transformations. In: *Les objets de la médecine. Techniques & culture. Janvier-décembre 1995, nos. 25 y 26*. Paris, Editions de la Maison des Sciences de l'Homme, 1995, pp. 19-34.

HOWELL J.D.(1995). *Technology in the Hospital. Transforming Patient Care in the Early Twentieth Century*. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press.

LARKIN, G. (1978). Medical dominance and control: radiographers in the division of labour. *Sociol. Rev.* 26 (4), 243.

LATOUR, B. (1992). *Ciencia en acción: cómo seguir a los científicos e ingenieros a través de la sociedad*. Barcelona: Labor.

MEDINA, R. (1996). *Curar el cáncer. Los orígenes de la radioterapia española en el primer tercio del siglo XX.*, Granada, Universidad de Granada.

RISSE, G.B. (1999). *Mending Bodies, Saving Souls: A History of Hospitals*, New York-Oxford, Oxford University Press. Capítulo 4.

STANTON, Jennifer (1999). Making sense of technologies in Medicine. *Soc Hist Med* 12(3): 437-48.

WAILOO, K.(1997). *Drawing Blood. Technology and Disease Identity in Twentieth-Century America*. Baltimor & London: The Johns Hopkins Univesrsity Press.

4 Cuestionarios y Guías

Guía para la lectura crítica de textos

Dep. Anatomía Patológica e Historia de la Ciencia

Guía para trabajos.

Ciencia, Tecnología y sociedad.

Cuestionario Visita al Museo Arqueológico Provincial de Granada

Tecnociencia, Medicina y Cultura

Cuestionario Sontag, Susan (2015). *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas.*

Historia de la Enfermedad y la Medicina

Cuestionarios Foucault, M. (1985).

Cuestionario Emily Martin.

Introducción. Cuerpos flexibles el papel del sistema inmune en la cultura norteamericana.

Cuestionario La Peste (Albert Camus, 1947)

Preguntas relacionadas con COVID-19

Cuestionario García Márquez, Gabriel; 2007. (La peste del insomnio) Cien años de soledad.

Cuestionarios textos Posgrados

Historiografía feminista. Máster Gemma de Estudios de Género

Cuestionarios inicio Historiografía de las Emociones

Cuestionario de Evaluación

Ciencia, Tecnología, y Sociedad

Guía para la lectura crítica de textos

Dep. Anatomía Patológica e Historia de la Ciencia

a La obra

Tipología del texto: divulgativo, didáctico, tesis doctoral, dentro de un programa o línea de investigación.

Objeto de estudio, es decir, intentar responder a la pregunta ¿Qué explora el texto?

Temas secundarios desarrollados a lo largo de la obra y razones para su elección.

Disposición del texto. En su caso, descripción de los apartados (introducción, capítulos, índices, capítulo bibliográfico, conclusiones, etc.). Comentario sobre la utilidad de esta disposición, accesibilidad, etc.

Esquema general y líneas argumentales (vías) que vertebran la obra, y comentario sobre la habilidad en el ordenamiento de la argumentación presentada y en la originalidad del enfoque, ¿Por qué y en qué, y cómo consigue la originalidad?

Aspectos a los que los autores conceden especial **interés**.

Mención de **ausencias** notables o cuestiones sin responder.

Limitaciones: descriptivismo, excesivo academicismo, criterios expositivos desordenados, acrítico, reproducción excesiva y literal de textos sin una síntesis adecuada, etc.

b Metodología y fuentes

- Tipos de fuentes que se usan en el texto (fuentes de archivo o publicadas, literatura secundaria, fílmicas, etc.).
- Metodología histórica o antropológica utilizada.

c Literatura secundaria

- Empleo de la bibliografía en las notas al texto.
- Descripción y comentario de la literatura secundaria utilizada (extensión, actualidad, procedencia nacional/internacional, etc.)

d Comentario subjetivo y recomendación final

- Utilidad, grupo al que puede ser de interés especial la lectura ¿A quién va dirigida?
- Contribuciones más destacadas del texto.
- Comentario sobre nivel del análisis: superficialidad, descriptivo, elaborado, interés de las interpretaciones, etc.
- Comentario sobre la adecuación de la estructura del texto al desarrollo de los argumentos que se exponen.

Guía para trabajos

Ciencia, Tecnología, y Sociedad

Es recomendable que los trabajos incluyan una serie de aspectos tanto de tipo formal como de contenidos. Con este trabajo se pretende no sólo dar a conocer algo más en detalle los contenidos teóricos del programa sino, también, acercarnos al conocimiento íntimo de un texto. A continuación os señalamos algunos de ellos. No es necesario cumplimentarlos de forma exhaustiva pues cada texto tendrá su peculiaridades.

a La obra

Tipología del texto: divulgativo, didáctico, tesis doctoral, dentro de un programa o línea de investigación.

Objeto de estudio, es decir, intentar responder a la pregunta ¿Qué explora el texto?

Temas secundarios desarrollados a lo largo de la obra y razones para su elección.

Disposición del texto. En su caso, descripción de los apartados (introducción, capítulos, índices, capítulo bibliográfico, conclusiones, etc.) Comentario sobre la utilidad de la disposición, accesibilidad, etc.

Esquema general y líneas argumentales (vías) que vertebran la obra., y comentario sobre la habilidad en el ordenamiento de la argumentación presentada y en la originalidad del enfoque, ¿Por qué y en qué cómo consigue la originalidad? Puntos a los que el autor concede especial interés.

Mención de ausencias notables o cuestiones sin responder.

Limitaciones: descriptivismo, excesivo academicismo, criterios expositivos desordenados, acrítico, reproducción excesiva y literal de textos sin una síntesis adecuada.

b Fuentes

- Tipos de fuentes que se usan en el texto (fuentes de archivo o publicadas, literatura secundaria, fílmicas, etc.)

c Literatura secundaria

- Empleo de la bibliografía en las notas al texto.
- Descripción y comentario de la literatura secundaria utilizada (extensión, actualidad, procedencia nacional/internacional, etc.)

d Comentario subjetivo y recomendación final

- Utilidad, grupo al que puede ser de interés especial la lectura ¿A quién va dirigida?.
- Contribuciones más destacadas del texto.
- Comentario sobre nivel del análisis: superficialidad, descriptivo, elaborado, interés de las interpretaciones, etc.

Cuestionario Visita al Museo Arqueológico Provincial de Granada

Tecnociencia, Medicina y Cultura

16 de enero de 2003

- 1 ¿Cuál crees que debe ser el objetivo principal de este museo?
[Contar la cosas tal y cómo fueron; divertir; enseñar; admirar el trabajo de los investigadores; reflexionar]
- 2 ¿Quiénes parecen que son los principales destinatarios?
[Niños; universitarios; jubilados; profesionales; turistas; granadinos en general]
- 3 ¿Qué idea de la Arqueología se extrae?
- 4 ¿Considerarías la Arqueología una disciplina histórica?
- 5 ¿Crees que se introducen prejuicios y sesgos en la forma de exponer los objetos y en el texto de los paneles?
- 6 ¿Qué imagen se transmite de los hombres del pasado? ¿Y de las mujeres? ¿Y de la humanidad?
- 7 A la luz de esta exposición, ¿cuál o cuáles crees que son los rasgos distintivos que “nos hacen” humanos?
- 8 ¿Crees que este museo está centrado en el pasado, en el presente o en el futuro?
- 9 ¿Qué es lo que más y lo que menos te ha interesado?

Cuestionario Sontag, Susan (2015).
***La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas.* Barcelona: Debolsillo.**
Historia de la Enfermedad y la Medicina

- 1 ¿Cómo definiría “metáfora”?
- 2 ¿En qué tipo de fuentes explora Sontag las metáforas sobre las enfermedades? ¿Por qué?
- 3 Indica algún ejemplo de las transformaciones metafóricas de la TBC
- 4 ¿En qué sentido, ciertas imágenes sobre la enfermedad fomentaron la idea de “individualidad” entre final del XIX y principios del XX?
- 5 ¿Qué ideas filosóficas parece que inspiró la tuberculosis?
- 6 ¿Le resulta comprensible la idea de que la “enfermedad” haga “interesante” a una persona? ¿Puede dar algún ejemplo actual?
- 7 ¿A qué enfermedad clásica dentro del humoralismo, se refiere Sontag como “el pasado de la Tuberculosis”?
- 8 ¿En qué sentido la enfermedad es una oportunidad para encontrarse con el sentido de la vida?
- 9 ¿En qué sentido la TBC se opone a los ideales de la vida burguesa ?
- 10 ¿Cree que este capítulo sobre la tuberculosis ayuda a comprender que la “experiencia de enfermar” es históricamente relativa?

- 11 ¿Cree, como describe Sontag, que existe tipo de personas “propensas al cáncer”?
- 12 ¿En qué sentido, señala Sontag, que la enfermedad puede convertirse en metáfora sobre el sentido de la vida?
- 13 Aunque Sontag afirma que la ciencia actual no sustenta un vínculo entre determinadas emociones y enfermedades ¿crees que algunas personas en la actualidad vinculan las emociones particulares a enfermedades específicas?
- 14 ¿Cómo define Sontag el término “psicologizar”?
- 15 ¿Cómo explica Sontag que la psicologización sea una manera poderosísima de culpabilizar al paciente?
- 16 Proporcione algún ejemplo de enfermedad que haya conllevado una metáfora racial.
- 17 ¿Qué metáforas económicas contiene el cáncer?

Cuestionario Foucault, M. (1985).

Las políticas de salud en el siglo XVIII.

In: Saber y verdad, Madrid, La Piqueta, pp. 89-106.

- 1 ¿Qué entiende Foucault por nosopolítica?
- 2 ¿Qué fenómenos contribuyeron a la transformación de las políticas de salud o a lo que Foucault denomina dislocación de los sistemas asistenciales tradicionales?
- 3 ¿Qué entiende Foucault por materialidades en el proceso de transformación de los hospitales? ¿A cuales se refiere en el texto?
- 4 Señale las diferencias fundamentales entre los sistemas asistenciales premodernos y modernos.
- 5 En ese contexto de transformación de las políticas de salud ¿qué tres fenómenos cuestionan el hospital tradicional a lo largo del XVIII y ponen de manifiesto que se trata de una estructura “anticuada”?
- 6 ¿Qué sistemas asistenciales alternativos al hospital se plantean?
- 7 ¿Qué transformaciones arquitectónicas, institucionales y técnicas experimentará el hospital a partir del periodo moderno?
- 8 Foucault, M. (1995). Derecho de muerte y poder sobre la vida. In: Foucault, M., (Ed.) La voluntad de saber. Historia de la sexualidad, vol 1, Madrid, Siglo XXI, pp. 163-194.

Derecho de muerte y poder sobre la vida.

In: Foucault, M., (Ed.) La voluntad de saber. Historia de la sexualidad, vol 1, Madrid, Siglo XXI, pp. 163-194.

- 1 Defina con sus propios términos el concepto de biopoder y proporcione un ejemplo en donde se ejerza esta forma de poder.
- 2 Señale las dos formas principales con las que Foucault sostiene cómo se manifiesta el biopoder
- 3 Defina que entiende por técnicas del poder y describa algunos ejemplos

Cuestionario Emily Martin.

Introducción. Cuerpos flexibles el papel del sistema inmune en la cultura norteamericana.

- 1 ¿De qué crees que habla principalmente el texto de Martin?
- 2 ¿Qué idea tienes del sistema inmune? ¿Has explicado alguna enfermedad tuya o de personas cercanas utilizando el sistema inmune?
- 3 Da algún ejemplo de ideas sobre la enfermedad que te parezcan “autoevidentes”.
- 4 Según E. Martin cual es la visión tradicional del cómo circula el conocimiento entre profesionales de la ciencia y público.
- 5 ¿Qué prácticas científicas de los laboratorios se parecen a los de las prácticas de la vida cotidiana?
- 6 ¿Qué convierte los “hallazgos” encontrados en los laboratorios en “hechos científicos”?
- 7 A la visión tradicional de científicos y científicas como agentes activos que tratan de transformar un mundo esencialmente pasivo ¿qué otra visión alternativa se está planteando recientemente?
- 8 ¿Encuentras útil la metáfora de la ciudad para hablar de la complejidad de la cultura? Razona tu respuesta.
- 9 ¿Por qué considera Emily Martin que es necesario desechar la idea de que los cambios sociales son producidos por la ciencia y sus cultivadores?

Cuestionario La Peste (Albert Camus, 1947)

Preguntas relacionadas con COVID-19

- 1 ¿Observas un enfoque probabilístico o estadístico de la enfermedad como el que hoy estamos experimentando con la pandemia COVID-19?
- 2 ¿Qué importancia tiene la sintomatología de las personas afectadas para el diagnóstico? ¿Es más importante que los test de laboratorio? ¿Tiene similitudes con el COVID-19?
- 3 ¿Hay problemas con el suministro de medicamentos en la ciudad? Qué está pasando en la actualidad y por qué en relación a medicamentos y otros procedimientos preventivos.
- 4 La peste relata la dificultad de percatarse del peligro existente y la negación inicial de los propios profesionales. ¿Cree que en la actual pandemia se ha producido negación del peligro? ¿Conoce algún testimonio que lo confirme?
- 5 Algunas lecturas contemporáneas sobre la paranoia (historias sobre la fabricación del virus en el laboratorio, o más apocalípticas) en las epidemias, indican que responden a la profunda tristeza causada por el fracaso del sistema de valores en los que se cree. ¿Encuentra estas lecturas útiles en la pandemia actual?
- 6 En la novela las descripciones de las personas afectadas son muy detalladas y crudas. Sin embargo, no parece que las representaciones televisivas actuales sean tan crudas.

Sin embargo la percepción de peligro por la población, al menos en España, parece bastante notable. Argumente que motiva en la gente este miedo al contagio.

- 7 La peste explora cómo a la hora de afrontar la enfermedad existen diferentes mentalidades médicas en transición. Indique si detecta de qué “mentalidades” se trata?
¿Cree que en el abordaje de la actual pandemia existen mentalidades diversas ?

**Cuestionario García Márquez, Gabriel; 2007.
(La peste del insomnio)**

Cien años de soledad. Edición conmemorativa Real Academia Española/Asociación de Academias de la Lengua Española, Alfaguara, p 56-62.

- 1 Indique los usos que hace García Márquez de la explicación microbiológica o de laboratorio en su descripción de la epidemia del insomnio.
- 2 ¿Que miedo cultural se esconde tras la epidemia del insomnio?
- 3 ¿Cree que el texto de García Márquez puede interpretarse como una crítica a los efectos mórbidos que produce el sistema hiperproductivo neoliberal?

Cuestionarios textos Posgrados

Asignatura: Historiografía feminista. Máster Gemma de Estudios de Género

Lectura obligatoria.- Coontz, Stephanie (2006). “Ha llegado el momento de que se muevan las montañas”: del matrimonio sentimental al sexual. In: Coontz, Stephanie (ed.) *Historia del matrimonio. Cómo el amor conquistó el mundo*, Barcelona, Gedisa, pp. 257-281.

- 1 ¿Sabías que la idea cultural que vincula –de forma exclusiva– la intimidad (emocional y sexual) al matrimonio es un fenómeno histórico reciente? ¿Crees que esta idea cultural pervive en la actualidad de forma universal? Razona tu respuesta
- 2 Explica brevemente cómo se relaciona la consolidación del “marido proveedor” hacia los años cuarenta del siglo XX con el objetivo del “matrimonio para toda la vida”
- 3 ¿Puedes resumir muy brevemente cómo explica Stephanie Coontz el vínculo histórico entre amor, sexualidad y estructura familiar?
- 4 ¿Cómo explica Coontz el nuevo papel histórico del matrimonio en la contención de las nuevas feminidades?

Lectura obligatoria. - **Fisher, Helen E.** (1999).) “El enamoramiento ¿Por qué él? ¿Por qué ella?” En: *Anatomía del Amor: Historia Natural de la monogamia, el adulterio y el divorcio*, Barcelona, Anagrama, pp. 35-55.

- 1 ¿Cree que los discursos científicos sobre el amor dificultan la conciencia de nuestra responsabilidad en las decisiones? Razone su respuesta y proporcione algún ejemplo
- 2 Analiza los recursos discursivos o retóricos del texto de Helen Fisher. ¿Qué efecto tiene el uso de diversas citas literarias para confirmar los argumentos científicos?
- 3 Identifica en el texto alguna afirmación “determinista”
- 4 ¿Qué efecto tiene en quienes leemos el texto, el hecho de asimilar el comportamiento animal con el de los seres humanos?

Análisis de fuentes: BRACHFELD, Oliver. (s.a. [1949]). Mujeres que “luchan con armas de masculinas” y La capacidad de amar, En: *Los complejos de inferioridad de la mujer (Introducción a la psicología femenina)*, Barcelona: OB, pp. 106-112 y 231-238.

- 1 ¿Cree que Brachfeld sostiene una visión de género sobre la diferencia sexual?
- 2 ¿Cree que su perspectiva cuestiona la divisoria masculino / femenino?
- 3 ¿A qué atribuye, según Brachfeld, el complejo de inferioridad de las mujeres?
- 4 ¿Qué papel tendrían las emociones en la construcción de ese complejo del que habla Brachfeld?
- 5 ¿Considera abiertamente misóginas alguna de las expresiones de Brachfeld?
- 6 ¿Qué “solución” plantea Brachfeld al “complejo de inferioridad de las mujeres”?

Cuestionarios inicio Historiografía de las Emociones

- 1 ¿Qué es una emoción o un sentimiento?
- 2 ¿Son las emociones sólo eventos históricos y culturales o/y biológicos?
- 3 ¿Son las emociones opuestas a la racionalidad?
- 4 Las emociones ¿nos suceden desde fuera, o las generamos internamente?
- 5 Los objetos y las materialidades ¿producen emociones?
- 6 ¿Tenemos hombres y mujeres emociones similares? Y nuestras prácticas emocionales ¿son idénticas?
- 7 ¿Sentían nuestros antepasados las emociones en la misma forma que las sentimos en la actualidad?
- 8 ¿Contribuye el amor a la dominación?
- 9 ¿Influye el capitalismo en la percepción de las emociones y en la construcción de nuestra subjetividad?
- 10 ¿Debe tener valor económico el trabajo emocional?
- 11 ¿Tiene alguna relación la “ideología amorosa” con la feminidad/la masculinidad?

- 12 ¿El conocimiento sobre el amor y otras emociones proviene sólo de las ciencias (medicina, psiquiatría, psicología) o disponen las mujeres de conocimientos especiales sobre la emoción amorosa derivados de su peculiaridad cultural?
- 13 ¿Es necesario incluir el amor y otras emociones al plantear relaciones más igualitarias entre mujeres y hombres?
- 14 ¿Son emocionalmente diferentes las emociones que recorren las relaciones entre mujeres de las que recorren las relaciones entre mujeres y hombres o entre hombres?
- 15 ¿Tiene sentido hablar de una cultura amorosa feminista?
- 16 ¿Crees que se puede ser “emocionalmente competente”? Si respondes que sí ¿en qué consistiría la competencia?

Cuestionario de Evaluación

Ciencia, Tecnología, y Sociedad

Curso 2007/2008

- 1** Valore el grado de adecuación de los objetivos propuestos en la asignatura para su formación
[muy alto] [alto] [intermedio] [bajo] [muy bajo]
- 2** Valore la utilidad de las exposiciones teóricas
[muy alto] [alto] [intermedio] [bajo] [muy bajo]
- 3** Valore la utilidad de las sesiones de debate
[muy alto] [alto] [intermedio] [bajo] [muy bajo]
- 4** Valore la utilidad de las sesiones de tutoría sobre la realización de resúmenes académicos
[muy alto] [alto] [intermedio] [bajo] [muy bajo]
- 5** Indique si la dinámica de las clases a favorecido la colaboración y el aprendizaje con sus compañeros/as de grupo
- 6** A modo de síntesis, destaque los aspectos más positivos y negativos del curso
- 7** Por último, proponga sus sugerencias personales para mejorar el grado de satisfacción en este curso

Bibliografía



A

Ahmed, S. (2006). Orientations: Toward a Queer Phenomenology. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 12 (4), 543–574.

Álvarez Uria, F. (1983). *Miserables y locos. Medicina mental y orden social en la España del siglo XIX*. Tusquets: Barcelona.

Arquiola, E. (1995). *La vejez a debate: análisis histórico de la situación socio-sanitaria de la vejez en la actualidad*. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

B

Báguena Cervellera, M. J. (2020). La pandemia de COVID-19 a la luz de la historia de la medicina, *Investigación y Ciencia*, 40–41.

Báguena Cervellera, M. J. (1999) Algunos aspectos de la asimilación de la teoría del contagio animado en la España del siglo, *Cronos*, 2 (2), 285–307.

Ballester Añón, R. (2011). *El papel de la historia de la medicina*. In D. Gracia (Ed.), *Humanidades Médicas* Madrid: RANM, pp. 78–91.

Barona, J. Ll. (1992). *Introducción a la medicina*. Valencia: Universidad de Valencia.

Bartra, R. (1999). Melancolía y ciencia en el siglo de oro. *Ciencias*, 55–56, 4–12.

Bartra, R. (2001). *Cultura y melancolía: las enfermedades del alma en la España del Siglo de Oro*. Barcelona: Editorial Anagrama.

Bashford, A. (2004) Introduction. Contagion, modernity and postmodernity, in *Contagion. Historical and cultural Studies*. NY: Routledge, pp. 1–16.

Berrios, G. (2001). Hypochondriasis: History of the Concept, en Vladan Sarcevic and Don R. Lipstitt *Hypochondriasis. Modern Perspectives on an Ancient Malady*, Oxford, Oxbow Books, pp. 1–20.

Bhabha, H. K. (2013). *El lugar de la cultura*. Barcelona: Manantial.

Boal, A. (2008). *Teatro del oprimido. Juegos para actores y no actores: teatro del oprimido*. Barcelona: Alba Editorial.

Bolufer Peruga, Mónica (2002). Entre historia social e historia cultural: la historiografía sobre pobreza y caridad en la época moderna, *Historia Social*, 43: 105-127.

Boyd, K. M. (2000). Disease, illness, sickness, health, healing and wholeness: Exploring some elusive concepts. *Medical Humanities*, 26(1), 9–17.

Bruner, J. (1990). *Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva*. Madrid: Alianza Editorial.

C

Calsamiglia-Madurga, A., & Cubells-Serra, J. (2016). El potencial del Teatro Foro como herramienta de investigación. *Athenea Digital*, 16(1), 189–209.

Chacón Moscoso, S., Pérez-Gil, J. A., Holgado Tello, F. P., & Lara, Á. (2001). Evaluación de la calidad universitaria: validez de contenido. *Psichothema*, 13(2), 294–301.

Chettiar, Teri. (2012). “Looking as Little Like Patients as Persons Well Could”: Hypnotism, Medicine and the Problem of the Suggestible Subject in Late Nineteenth-Century Britain». *Medical History*, 56 (3), 335-354.

Cifuentes i Comamala, L. (2004). Necrologies. Luis García Ballester (1936-2000). *Estudis Romànic*, 26, 467–472.

Cleminson, R. (2007). “La antorcha extinguida”, la bohemia y la disidencia sexual en España, principios del siglo XX. *Dossiers Feministes*, 10, 51–60.

Cleminson, R. (2012). *Los hermafroditas: medicina e identidad sexual en España (1850-1960)*. Granada: Editorial Comares.

Cleminson, R., & Medina-Domenech, R. M. (2004). ¿Mujer u hombre? Hermafroditismo, tecnologías médicas e identificación del sexo en España, 1860-1925. *Dynamis. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus.*, 24, 53–91.

Comelles, J. M., & Martínez-Hernández, A. (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*. Madrid: Eudema.

Cuevas Parra, Carolina (2020). *So many grieving bodies. A living archive of care*. Trabajo Fin de Máster. Máster Erasmus Mundus de Estudios de Género, Universidad de Granada, Universidad de Utrech.

D

Danet, Alina & Medina-Doménech, R. M. (2015b). El valor afectivo de los fragmentos del cuerpo. *Ayer. Revista de Historia Contemporánea*, 98(2), 71–99.

Danet, Alina & Medina-Doménech, Rosa María (2015a). A “tale of two countries”: Narratives of hearts, patients and doctors in the Spanish press. *Public Understanding of Science*, 24(6), 641-657.

Derrida, J. (1997). *Mal de archivo. Una impresión freudiana*. Madrid: Trotta.

Dinshaw, Carolyn (2012). *How soon is now?: medieval texts, amateur readers, and the queerness of time*. Durham, Duke University Press.

Dopico Black, G. (2001) *Perfect Wives , Other Women : Adultery and Inquisition in Early Modern*

Spain. Durham: Duke University Press.

Duden, B. (1991). *The woman beneath the skin: a doctor's patients in eighteenth-century Germany*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

E

Elboj, C., Puigdemívol, I., Soler Gallart, M., & Valls Carol, R. (2006). *Comunidades de aprendizaje. Transformar la educación*. Barcelona: Editorial Grao.

F

Fernández-Garrido, S., & Medina-Domenech, R. M. (2020). ‘Bridging the Sexes’: Feelings, Professional Communities and Emotional Practices in the Spanish Intersex Clinic. *Science as Culture*, 20(4), 546–567.

Finkel, D. (2008). *Dar clase con la boca cerrada*. Valencia: PUV.

Foucault, M. (1990). *Tecnologías del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós.

Franco, Jean (2016). *Una modernidad cruel*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.

G

Galtung, J. (1998). *Peace by peaceful means: peace and conflict, development and civilization*. London: Sage.

Deleuze, G. & Guattari, F. (1987) *A Thousand Plateaus: Capitalism and Schizophrenia*. University of Minnesota Press

Gilfoil, A. W. (2006). Disease as a Dis/Organizing Principle in Nineteenth-Century Spain: Benito Pérez Galdós, Leopoldo Alas, and Emilia Pardo Bazán. In: Hoeg J., Larsen K.S. (eds) *Science, Literature, and Film in the Hispanic World*. New York Palgrave Macmillan, pp. 129–149.

Giroto, M., & Hiern, J. M. (2013). Estrategia en la universidad: ¿cuestión de calidad, gerencialismo y relaciones político-financieras? *Revista de Educación*, 361, 95–116. <https://doi.org/10.4438/1988-592X-RE-2011-361-136>

Gracia, D. (1989). *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudema.

H

Hall, S. (1997). Representation :cultural representation and signifying practices. Sage.

Haraway, D. J. (1995). Conocimientos situados: la cuestión científica del feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial. In: *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza*. Madrid: Cátedra, pp. 313–346.

Hazelkorn, E. (2018). Reshaping the world order of higher education: the role and impact of rankings on national and global systems. *Policy Reviews in Higher Education*, 2(1), 4–31. <https://doi.org/10.1080/23322969.2018.1424562>

Hellman, C. (2011). *Domesticity and design in American women's lives and literature : Stowe, Alcott, Cather, and Wharton writing home*. New York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203809341>

Howell, J. D. (1995). *Technology in the hospital : transforming patient care in the early twentieth century*. Johns Hopkins University Press.

Huertas, R. (2002). *Escuchar al loco. Leer el delirio*. In: Historia Cultural de la Psiquiatría. Madrid, Ed.: Catarata, pp. 149-175.

Hunt, L. (2002). Against Presentism | Perspectives on History | AHA. Retrieved February 16, 2021, from <https://www.historians.org/publications-and-directories/perspectives-on-history/may-2002/against-presentism>

I

Ibarburu Antón, Julen (2020). *Furiosos, inocentes y melancólicos. Historia de la locura en la Granada del siglo XVIII*, Universidad de Granada.

Irigaray, L. (2009). *Ese sexo que no es uno*. Akal.

K

Kleinman, A. (n.d.). *Experience and Its Moral Modes: Culture, Human Conditions, and Disorder*.

Kleinman, A., & Kleinman, J. (1991). Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of interpersonal experience. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 15(3), 275–275. <https://doi.org/10.1007/BF00046540>

[org/10.1007/BF00046540](https://doi.org/10.1007/BF00046540)

L

Lafuente, Antonio ; de la Sota, José; Vilchis, Jaime (2012). Dinámica imperial de la ciencia : los contextos metropolitano y colonial en la cultura española del siglo XVIII. En: *Las dos orillas de la ciencia : la traza pública e imperial de la Ilustración española*, pp. 57-76

Lafuente, Antonio; Sala Catalá, José (1992) *Ciencia colonial en América*. Madrid, Alianza.

Laín Entralgo, P. (1983, 1964). *La relación médico-enfermo: historia y teoría*. Madrid: Alianza Editorial.

Laín Entralgo, P. (1985). *Antropología médica para clínicos (Reimp.)*. Barcelona: Salvat.

Latour, B. (1992). *Ciencia en acción: cómo seguir a los científicos e ingenieros a través de la sociedad*. Barcelona: Labor.

Latour, B. (2007). *Nunca fuimos modernos : ensayo de antropología simétrica*. Madrid: Siglo XXI.

Lauretis, T. De. (1984). *Alice doesn't : feminism, semiotics, cinema*. Bloomington: Ind. Univ. Pr.

Lázaro, J.; Gracia, D. (2006) La Relación Médico-enfermo a través de la Historia. *An. Sist. Sanit. Navar.* 29 (3), 7–17.

León, P. (2015). From claims to rights. In J. Reinartz & R. Wynter (Eds.), *Complaints, Controversies and Grievances in Medicine: Historical and Social Science Perspectives*. Routledge, (pp. 109–128).

López Piñero, J. M. (1971). *La medicina y la enfermedad en la España de Galdós*. Retrieved from <http://www.cervantesvirtual.com/nd/ark:/59851/bmcv12q0>

López Terrada, M. L. (1991) 'El mal de siment en la Valencia del siglo XVI: imágenes del morbo gallico en una ciudad mediterránea europea.', *Dynamis*, 11, pp. 119–146.

Luna Maldonado, M. (2008). La literatura como fuente para la historiografía de los pacientes colombianos en la obra de García Márquez. In: *La experiencia de enfermar en perspectiva histórica. XIV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la*

Medicina. Granada: Universidad de Granada, pp. 221–226.

M

McKeon, M. (2005). *The secret history of domesticity : public, private, and the division of knowledge*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Medina Doménech, R. M. (2003) Congreso: XII Simposio de la Sociedad Española de Historia de la Medicina «La Historia de la Medicina en la formación universitaria y la formación de los historiadores de la medicina en el siglo XXI. Retos y oportunidades». Título de la ponencia: Cine e Historia para aprender a pensar sobre la salud, la enfermedad y los pacientes. Alicante, Junio 2003. Editado en formato .pdf (<http://www.dsp.umh.es/shm/documentos.htm>)

Medina Doménech, R. M. (2012). Sentir la historia. Propuestas para una agenda de investigación feminista en la historia de las emociones. *Arenal: Revista de Historia de Mujeres*, 19(1), 161–199.

Medina Doménech, R. M. (2014). 'Who Were the Experts?' The Science of Love vs. Women's

Knowledge of Love During the Spanish Dictatorship. *Science as Culture*, 23(2), 177–200.

Medina Doménech, R. M.; Menéndez Navarro, A. (1999) Seminario Cine, Historia y Medicina, una propuesta docente. *Conecta. Revista Electrónica de Historia de la Ciencia, Suplementos docentes*. <http://www.dsp.umh.es/conecta/>

Medina Doménech, R., & Menéndez Navarro, A. (2004). Tecnologías médicas en el mundo contemporáneo, una visión histórica desde las periferias: introducción. *Dynamis: Acta Hispanica Ad Medicinae Scientiarumque Historiam Illustrandam*, 24(0), 15–26.

Medina Doménech, Rosa María (2013). La historia de la medicina en el siglo XXI, una visión postcolonial. Granada: Editorial UGR.

Menéndez Navarro, Alfredo; Medina Doménech, Rosa M.^a (2006) Cine, historia y medicina. In: Casado da Rocha, A.; Astudillo Alarcón, W. (eds.), *Cine y medicina en el final de la vida*, Astigarraga, Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos, pp. 56-67.

Montiel, Luís (2020). Dos

actitudes ante la reclusión en tiempos de epidemia bajo el microscopio emocional de la literatura. En: Campos, R., Perdiguero-Gil, E., & Bueno, E. (2020). *Cuarenta historias para una cuarentena: reflexiones históricas sobre epidemias y salud global*. Madrid: Sociedad Española de Historia de la Medicina, 241-243.

N

Noyes, R. (2011). The transformation of hypochondriasis in British Medicine, 1680-1830. *Social History of Medicine*, 24(2), 281–298.

O

Obregón, D. (2000). *Culturas científicas y saberes locales: asimilación, hibridación y resistencia*. (D. Obregón, Ed.). Universidad Nacional de Colombia, Colección Ciencia, Tecnología y Cultura.

Obregón, D. (2001). Reseña al monográfico de Osiris, Beyond Joseph Needham. *Dynamis*, 21, 550-553.

Obregón, Diana (2001). Reseña al monográfico de Osiris, Beyond Joseph Needham. *Dynamis*, 21, 550-553.

Olagüe, G. (2001). *Sobre sólida roca fundada: ciento veinte años de labor docente, asistencial e investigadora en la Facultad de Medicina de Granada (1857-1976)*. Universidad de Granada.

Ortega Ruiz, Rita (2021). *El (por) venir del archivo. Aportaciones efímeras desde la disidencia sexual*. Trabajo Fin de Máster. Máster Erasmus Mundus de Estudios de Género, Universidad de Granada.

Ortega, M. L., Elena, A., & Lafuente, A. (1993). *Mundialización de la ciencia y la cultura nacional : actas del Congreso Internacional Ciencia, descubrimiento y mundo colonial*. Madrid, Doce Calles.

Ortiz-Gómez, T. (editora) (1997). *Historia y medicina en la Universidad de Granada siglos XIX-XX : conmemoración del 25 aniversario de la institucionalización de historia de la medicina en la Universidad de Granada*. Área de Historia de la Ciencia.

P

Pardo-Tomás, J., & Martínez-Vidal, À. (2008). Stories of disease written by patients and lay mediators in the Spanish Republic of Letters (1680-1720). *Journal of Medieval and Early Modern Studies*, 38(3), 467–491. <https://doi.org/10.1215/10829636-2008-004>

Pelling, M. (2014) Contagion. Historical and cultural Studies, in Bashford, A. and Hooker, C. (eds) *Contagion. Historical and cultural Studies*. New York: Routledge, p. 240.

Perdiguero-Gil, E., & Bueno, E. (2020). Cuarenta historias para una cuarentena: reflexiones históricas sobre epidemias y salud global. Madrid: Sociedad Española de Historia de la Medicina, 241-243.

Perdiguero-Gil, E. (1992). A propósito de “El Baldaet”: curanderismo y asistencia ante la enfermedad. *Dynamis*, 12(1), 307–321.

Pérez Galdós, B. (1889) Discurso de entrada a la RAM “La sociedad presente como materia novelable”. Accesible en https://www.rae.es/sites/default/files/Discurso_ingreso_Benito_Perez_Galdos.pdf

- Peters, M. A. (2019). Manifesto for the postcolonial university. *Educational Philosophy and Theory*, 51(2), 142–148. <https://doi.org/10.1080/00131857.2017.1388660>
- Pilloud, S., Hächler, S., & Barras, V. (2004). Consulter par lettre au XVIIIe siècle. *Gesnerus*, 61, 232–253.
- Platero Méndez, R. L. (2018). Ideas clave de las pedagogías transformadoras. In A. Ocampo González (Ed.), *Pedagogías Queer*. Santiago de Chile: CELEI, pp. 26-47.
- Pohl, L. M. (2012). African American Southerners and White Physicians: Medical Care at the Turn of the Twentieth Century. *Bulletin of the History of Medicine*, 86(2), 178–205.
- Porras Gallo, M. I., Ayarzagüena Sanz, M., Las Heras Salord, J. De, & Báguena Cervellera, M.J.M. J. (Coords). (2013). *El drama de la polio : un problema social y familiar en la España franquista*. Los Libros de la Catarata.
- Porras Gallo, María Isabel (2002) *Una ciudad en crisis: La epidemia de gripe de 1918-19*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones.
- Porras Gallo, María Isabel (1995), La prensa madrileña de información general ante la epidemia de gripe de 1918-19, *Medicina e Historia*, 57, p. 1-15.
- Porras Gallo, María Isabel (2008) ‘Sueros y vacunas en la lucha contra la pandemia de gripe de 1918-1919 en España’, *Asclepio*, 60(2), 261–288.
- Porter, Roy ‘The Patient’s View: Doing History from Below’, *Theory and Society*, 14, 2, (1985): 175-198.
- Pratt, M. L. (1992). *Imperial Eyes. Travel writing and transculturation*. London, New York: Routledge.
- Pratt, M. L. (2010). *Ojos imperiales*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Puig-de la Bellacasa, M. (2017). *Matters of care. Speculative Ethics in More than Human Worlds*. Minneapolis, University of Minnesota.

R

Ritchey, S. (2016). Affective Medicine: Later Medieval Healing Communities and the Feminization of Health Care Practices in the Thirteenth-Century Low Countries. *Journal of Medieval Religious Cultures*, 40(2), 113–143.

Ritchey, S. M., & Strocchia, S. T. (2020). *Gender, health, and healing, 1250-1550*. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Rivera Garza, C. (2015). *Dolerse. Textos desde un país herido*. México: Surplus ediciones.

Rodríguez Sánchez, J. A. (2012). Las secuelas sociales de la polio: los inicios del movimiento asociativo en España (1957-1975). *Dynamis*, 32(2), 391–414.

Rommer, F. (2012). *How Powerpoint makes you stupid the faulty causality, sloppy logic, decontextualized data, and seductive showmanship that have taken over our thinking*. New York: The New Press.

Rodríguez Sánchez, J. A. (2011) De la minusvalía al síndrome postpolio: diagnóstico médico y movimientos asociativos en la creación de una identidad polio/postpolio. In: Porras, María Isabel et al., eds. *Transmisión del conocimiento médico e internacionalización de las prácticas sanitarias: una reflexión histórica*. Ciudad Real: Universidad de Castilla La Mancha; 2011, p. 147-152.

Rose, N (1994). Medicine, history and the present. In: Jones, Colin; Porter, R. (eds.), *Reassessing Foucault. Power, medicine and the body.*, London, New York: Routledge, pp. 48-72.

Rosenberg, M. B. (2016) *Comunicación No Violenta : el lenguaje de vida*. Barcelona: Acanto.

Rosenbreg, Ch. (1997). Introduction. Framing disease. Illness, society and history. In Rosenbreg, C., & Golden, J. *Framing disease*. New Brunswick N.J.: Rutgers University Press, pp. XIII–XVI

Rosón, M., & Domenech, R. M. (2017). Resistencias emocionales. Espacios y presencias de lo íntimo en el archivo histórico. *ARENAL*, 24(2), 407–439.

S

Sampedro Vizcaya, B. (2008). Rethinking the Archive and the Colonial Library: Equatorial Guinea. *Journal of Spanish Cultural Studies*, 9(3), 341–363.

Sánchez Criado, T. (2016). Pensar infraestructuralmente. *INMATERIAL. Diseño, Arte y Sociedad*, 1(1), 86–95.

Sandeep, A. (2017). Rene descartes: Colossus of binaries – real or perceived? *Archives of Medicine and Health Sciences*, 5(1), 126.

Sedgwick, E. K. (2003). Paranoid Reading and reparative reading, or, you're so paranoid, you probably think this essay is about you', in *Touching feeling : affect, pedagogy, performativity*. Durham: Duke University Press, pp. 123–151.

Silió, E. (2021). Wuolah, la plataforma de mercadeo de apuntes universitarios que inquieta a los profesores | Educación | EL PAÍS. Retrieved August 31, 2021, from <https://elpais.com/educacion/2021-05-11/wuolah-la-plataforma-de-mercadeo-de-apuntes-universitarios-que-inquieta-a-los-profesores.html> .

Schmitz, C. (2018). *Los enfermos en la España barroca y el pluralismo médico: espacios, estrategias y actitudes*. Editorial CSIC Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Scott, J. C. (2003). *Los dominados y el arte de la resistencia : discursos ocultos*. México: Era.

Scott, J. W. (1991). The evidence of experience. *Critical Inquiry*, 17(4), 773–797.

Scott, J. W. (2007). History-writing as critique. In K. Jenkins, S. Morgan, & A. Munslow (Eds.), *Manifestos for history*. London: Routledge, pp. 19–38.

Similaru, L. (2018). Los Médicos y la Medicina en Lo Prohibido de Benito Pérez Galdós. *Analele Universității de Vest Din Timișoara.Seria Științe Filologice*, 56, 145–1653.

Spivak, G. (2014). *In other worlds: essays in cultural politics*. London: Routledge.

Spivak, G. Ch (2012). *An aesthetic education in the era of globalization*. Cambridge: Harvard University Press.

Spivak, G. Ch. (1993). *Outside in the teaching machine*. London: Routledge.

Stannard, M. (2015). *Galdós and Medicine*. New York: P. Lang.

Star, S. L., y Lampland, M., 2009. Reckoning with Standards. In: M. Lampland y S. L. Star, eds., *Standards and Their Stories: How Quantifying, Classifying, and Formalizing Practices Shape Everyday Life*. Ithaca, NY: Cornell University Press. pp. 3–34

Steedman, C. (2002). *Dust: the archive and cultural history / Carolyn Steedman*. New Brunswick, N.J. : Rutgers University Press.

Stolberg, M. (2011). *Experiencing illness and the sick body in early modern Europe*. Basingstoke, Hampshire; New York, NY: Palgrave Macmillan.

Sturdy, S., & Cooter, R. (1998). Science, scientific management, and the transformation of medicine in Britain c. 1870-1950. *History of Science*, 36(4), 421–466.

Subias, A. C., & Adinolfi, V. S. (2011). Las encrucijadas estratégicas de la universidad pública española. *Revista de Educación*, 355, 57–81.

T

Taylor, D. (2015). El archivo y el repertorio : el cuerpo y la memoria cultural en Las Américas. (A. Contreras Castro, Ed.). Santiago: Editorial Universidad Alberto Hurtado.

Toledo-Marhuenda, J. V., & Ballester, R. (2020). Narrativas vacunales y políticas de vacunación contra la poliomielitis en el contexto de la provincia de Alicante (1963-1978). *Asclepio*, 72(1), 294.

Tortorici, Z. (2014). Visceral Archives of the Body: Consuming the Dead, Digesting the Divine. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 20(4), 407–437.

Tronto, Joan (1987). Más allá de la diferencia de género. Hacia una teoría del cuidado', *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 12, pp. 1–17. Traducción accesible y autorizada en <https://goo.gl/qAEoF4>

V

Valenzuela Candelario, J. (2021). Los cuerpos devastados. Los pacientes de bubas en los Hospitales Reales de Granada (siglos XVI y XVII) (en prensa).

Vázquez García, F. (1995). *Foucault : la historia como crítica de la razón*. Barcelona: Montesinos.

Vázquez García, F. (2018). *Georges Canguilhem Vitalismo y Ciencias Humanas*. Cádiz: Editorial UCA.

Vazquez García, F., Cleminson, R. (2018). *Sexo, identidad y hermafroditas en el mundo ibérico, 1500-1800*. Madrid, Cátedra.

Verran, H., & Turnbull, D. (1995). Science and other indigenous knowledge systems. In S. Jasanoff, G. E. Markle, J. C. Peterson, & T. Pinch (Eds.), *Handbook of Science and Technology studies* (pp. 115–139). London: Sage.

Vila Núñez, F. (2018). EN BUSCA DEL DESORDEN PERDIDO Fracasar torpemente, pero fracasad. Desencajar el archivo. #Re-Visiones, 8.

Vilarós, T. M. (1998). *El mono del desencanto: una crítica cultural de la transición española (1973-1993)*. Madrid: Siglo XXI.

W

Wald, P. (2008). Contagious: cultures, carriers, and the outbreak narrative, *Choice Reviews Online*, 46(01),46-0335-46–0335.

Willis, Deborah (ed.) (1994) *Picturing Us: African American Identity in Photography*. Nueva York, New Press, pp. 42-53.

Z

Zapata, María (2021). En el ring del malestar: terapia versus política. Primera Vocal <https://primeravocal.org/>

Zarzoso, A. (2001). El pluralismo médico a través de la correspondencia privada en la Cataluña del siglo XVIII (*). *Dynamis*, 21, 409–433.