



TRABAJO FIN DE GRADO DE ENFERMERÍA

**LA ENFERMERÍA Y LOS AVANCES
SANITARIOS EN LA PRIMERA GUERRA
MUNDIAL**

Autor: Sergio Savoini Arévalo

Tutora: Maribel Morente Parra

Índice

Resumen.....	3
Abstract.....	3
Palabras Clave.....	3
Keywords	3
1. Introducción	4
1.1 Justificación	7
1.2 Objetivos	7
1.3 Metodología	8
<hr/>	
2. El papel de la mujer en la Primera Guerra Mundial.....	9
2.1 La enfermeras voluntarias. La experiencia de Edtih Cavell	11
3. Ayuda Humanitaria. La Cruz Roja Internacional	13
4. Atención Sanitaria en la Primera Guerra Mundial	16
4.1 Organización del apoyo sanitario. La Enfermería en la evacuación de heridos	16
4.2 Enfermedades en el frente. El pie de trinchera.....	20
4.3 Atención y cuidados a los heridos del frente.....	23
4.4 Avances sanitarios durante la Primera Guerra Mundial.....	25
5. Rehabilitación de secuelas	27
5.1 Neurosis de guerra.....	28
6. Conclusiones.....	31
7. Bibliografía.....	33
8. Anexos	36

RESUMEN:

La enfermería es una profesión en constante evolución, que se ha visto directamente afectada por los problemas sociales de cada época histórica, así como por los avances tecnológicos y sanitarios del momento. Uno de los conflictos mundiales que más impacto causó en la Enfermería, fue la Primera Guerra Mundial, por ello este estudio se propone dar a conocer el papel de las enfermeras y los avances sanitarios que se desarrollaron durante la guerra. El análisis de la bibliografía, nos ha permitido acercarnos a la labor de enfermeras de guerra como Edith Cavell, conocer el enorme papel de la mujer, que salió del ámbito privado para ocupar puestos de trabajo tradicionalmente masculinos, y también el abandono del hábito religioso por parte de la Enfermería para convertirse en una profesión colegiada y organizada internacionalmente. Igualmente la Cruz Roja tuvo un papel determinante, organizando la atención a los heridos de la guerra y llevando a cabo acciones humanitarias a favor de los soldados heridos, los prisioneros y la población civil. Así mismo, era necesario mostrar como el armamento utilizado en la Primera Guerra Mundial provocó nuevas heridas y lesiones cuyo tratamiento requirió de un cambio en la doctrina sanitaria y de avances científicos. Estos avances: las transfusiones, la férula de transporte de Thomas y la inclusión de los rayos X en el mundo sanitario, necesitaban de personal sanitario cualificado y entrenado en su utilización, provocando la tecnificación de la Enfermería y la ampliación de su campo de acción.

ABSTRACT:

Nursing is an occupation in continuous progress, that has been directly affected by all the social problems occurred during the different periods of our history. One of the world conflicts that most impacted nursing was the First World War, and for this reason the following research tries to show and explain the importance of nurses in the armed conflict and the health progress developed during the war. The study of bibliography has allowed us to know more about the war nurses' work, such as Edith Cavell; about the women's role, who came out from the private field to occupy jobs traditionally occupied by men and also about the transformation of nursing, passing from being a religious habit to become a collegiate and internationally organised profession. Red Cross had a determinant role too, organising the hurt people care and carrying out humanitarian actions for hurt soldiers, prisoners and civil population. Likewise, it was necessary to stand out how the armament used during the Great War provoked new injuries whose treatment required of changes in the medical doctrine and also scientific progress. Advances like transfusions, Thomas's transport splint and the use of X-rays in the medical world required of qualified health personnel and trained in the use of these new tools, which triggered the technification of nursing as well as the extension of its action field.

PALABRAS CLAVE: Enfermería, Primera Guerra Mundial, avances sanitarios.

KEYWORDS: Nursing, First World War, health advances

1. INTRODUCCIÓN

La Enfermería es una profesión que ha ido evolucionando a lo largo de la historia. Uno de sus campos de actuación más relevantes ha sido la atención a los heridos durante los conflictos bélicos -sobre todo los acontecidos en la época contemporánea-, por lo que estos han tenido gran influencia en la configuración de la profesión enfermera. Encontramos ejemplos de atención a los heridos en todas las épocas: los hospitales de campaña romanos atendidos por los *nosocomi*, los *parabalani* de los hospitales bizantinos o la Orden de los Caballeros Hospitalarios de San Juan de Jerusalén que socorrían a las víctimas de las Cruzadas en la Edad Media (1). Es evidente que las guerras han ido evolucionando junto al desarrollo de la sociedad que las provocaron, del mismo modo que sus consecuencias han producido cambios en la sociedad. Conforme avanza la historia de los conflictos bélicos, las armas y las tácticas de combate evolucionaron: con cada nueva arma aparece otro modo de infligir daño al cuerpo, una nueva herida o lesión que debe ser tratada para que el soldado pueda volver a combatir. Las enfermeras de guerra se enfrentaban a heridas nuevas, que igualmente condicionaron la atención a los heridos, en constante evolución.

Uno de los conflictos que más impacto ha tenido en el desarrollo de la Enfermería ha sido la Primera Guerra Mundial, también conocida como Gran Guerra o la Guerra del 14. Fue un conflicto armado que se desarrolló fundamentalmente en Europa entre 1914 y 1918¹. En él se midieron las fuerzas de dos bandos: los aliados formado por Rusia, Gran Bretaña, Francia, Italia y Serbia; y las potencias centrales compuestas por Alemania y el Imperio austrohúngaro². Fue la primera guerra industrial y las armas introducidas durante la contienda causaron heridas y lesiones completamente nuevas que revolucionaron la atención sanitaria de la época.

El conflicto se desarrolló en una Europa social y políticamente convulsa en la que la lucha por la igualdad estaba a la orden del día. Por una parte encontramos un gran crecimiento industrial que llevó a la población a trabajar turnos esclavistas y a vivir en condiciones infrahumanas en suburbios a las afueras de las ciudades. Estos trabajadores comenzaron a agruparse a principios del siglo XX para reivindicar mejores condiciones laborales y surgieron los sindicatos. Por otro lado aparecieron los movimientos feministas con la creación de asociaciones como el Consejo Internacional de Mujeres, la Alianza Internacional de Mujeres y la Liga Internacional de Mujeres por la Paz y la Libertad. Su objetivo era reivindicar el sufragio universal y permitir el acceso de la mujer a la vida pública.

Por otra parte, nos encontramos en un periodo de auge del sentimiento nacionalista en prácticamente todos los países de Europa. Esto provocó que se ensalzara el país propio y se

¹ El principal escenario de la guerra fue Europa Central aunque debido a la implicación de naciones de otros continentes y de los imperios coloniales de los países europeos beligerantes, el conflicto llegó a todos los continentes. También hubo batallas en África, Oriente Medio, en el Mar del Norte, Océano Atlántico y Mar Mediterráneo.

² Durante la guerra, Estados Unidos y Bulgaria se unieron al bando de los aliados, mientras que el Imperio Otomano pasó a formar parte de las potencias centrales.

demonizara a los demás, aumentando la tensión de las relaciones internacionales³. A esta tensión continental contribuyó de manera muy importante la aparición en el escenario europeo de Alemania, una nación que surgió de la unificación de multitud de condados en Centroeuropa durante la segunda mitad del siglo XIX y que alteró el equilibrio que reinaba entre las demás naciones. Francia, Gran Bretaña, Rusia y el Imperio austrohúngaro disfrutaban de una economía creciente y amplios recursos en sus territorios cuando Alemania se unificó y sus ambiciones expansionistas amenazaron su hegemonía.

Ante este enemigo común, algunos países europeos se aliaron para evitar que Alemania ganase poder, así nacieron las alianzas entre Rusia y Francia para evitar la expansión alemana en el continente; y entre Francia y Gran Bretaña ante el peligro que suponía la marina de guerra alemana para sus imperios coloniales. Alemania también buscó apoyos aliándose con el Imperio austrohúngaro, que tenía intereses enfrentados con Rusia en los Balcanes; y con Italia, que después pasaría a formar parte del bando de los aliados.

La rivalidad entre las naciones europeas del momento no solo afectaba al ámbito económico y político, también afectó a las relaciones sanitarias. Así en la conferencia sanitaria internacional de París de 1911-1912 se creó la Unión Médica Franco-Ibero-Americana con el propósito de hacer frente a Alemania en el campo científico-médico (2).

En este clima, un hecho que debía haber pasado desapercibido para la historia, se convirtió en el desencadenante de la Primera Guerra Mundial: el asesinato el 28 de Junio de 1914 en Sarajevo de Francisco Fernando, heredero al trono del Imperio austrohúngaro. El Imperio austrohúngaro acusó a Serbia de promover el nacionalismo en las provincias del Imperio y le declaró la guerra el 28 de Julio. Alemania, aliada del Imperio, conocedora de la relación entre Serbia y Rusia, supo que esta entraría en guerra contra Austria-Hungría para proteger a Serbia, y que Francia, aliada de Rusia, se vería arrastrada a la guerra. Alemania quedaría en medio, de manera que la única solución para alzarse con la victoria sería adelantarse a los acontecimientos y dar el primer paso. Idearon el plan Schlieffen: primero invadirían Francia conquistando París en una ofensiva relámpago a través de Bélgica y después volverían sus fuerzas contra Rusia que debido a su gran extensión y su deficitaria red ferroviaria tardaría más tiempo en movilizar sus ejércitos. Alemania declaró la guerra a Rusia y a Francia y comenzó la invasión de Bélgica. Con esta acción violó un tratado firmado entre Francia, Alemania y Gran Bretaña en el que se aseguraba la neutralidad de Bélgica en cualquier guerra. El resultado fue que Gran Bretaña entró en guerra de parte de los aliados (3).

La población general no había vivido ningún conflicto bélico en sus territorios en los últimos 50 años, por tanto tenían el recuerdo de las batallas nobles de siglos anteriores y veían en la

³ El auge de los sentimientos nacionalistas fue un gran problema para el imperio austrohúngaro, que estaba formado por ciudadanos de muchas nacionalidades: bosnios, checos, eslovacos, húngaros, austriacos, croatas y eslovenos. Los nacionalistas perseguían el sueño serbio de crear un estado paneslavo y abandonar el Imperio.

guerra un acto de honor. En estas batallas los soldados combatían de pie, miraban a los ojos de los contrincantes y no agachaban la cabeza ni huían cuando les disparaban; y si lo hacían se consideraba un acto de cobardía y deshonor. Con este ideal de batalla en mente y animados por la propaganda del odio y los nacionalistas, los hombres y mujeres europeos acogieron las declaraciones de guerra con gran entusiasmo. También los ejércitos pensaron que la Primera Guerra Mundial sería una batalla noble, como el ejército francés, que se presentó en el campo de batalla con los uniformes antiguos de colores llamativos que habían vestido en las guerras napoleónicas; o el ejército británico, que llegó al continente a caballo para enfrentarse a los alemanes y se encontró con el fuego de ametralladora. Pero no todos estaban de acuerdo, una minoría pacifista sabía que la situación no debía festejarse. Así el secretario británico de relaciones exteriores Edward Grey escribió: “las luces se están apagando en toda Europa, no las volveremos a ver encendidas durante nuestra vida” (4).

Encontramos países grandes y pequeños, poderosos y débiles, democracias e imperios absolutistas, repúblicas y monarquías, envueltos en una guerra larga y cruel que acabó con 7 millones de vidas aproximadamente⁴. Citando al teniente oficial de enlace británico en el 5º ejército francés, Edward Louis Spears: “Cuando un transatlántico se hunde, todo el mundo a bordo – grandes y pequeños sin distinción – lucha en vano por igual y durante un tiempo similar contra elementos que los superan en tal medida que cualquier diferencia entre las fuerzas o capacidades de los nadadores es insignificante comparada con las fuerzas contra las que se enfrentan y que los sepultan a todos con una diferencia de pocos minutos entre sí” (3).

Dado el alcance global de la guerra, los países beligerantes reclutaron el mayor número de soldados hasta entonces nunca visto. Se estima que se movilizaron unos 60 millones de soldados durante toda la guerra, en algunas generaciones se reclutó a más del 90% de los hombres, llegando a reclutar varones de 18 a 48 años (5). La experiencia de la guerra se convirtió en norma social para los hombres de 1914, esto supuso que las ciudades, las fábricas y los pueblos quedaran vacíos de trabajadores que acudieron al frente a luchar por su país. Fueron las mujeres las que ocuparon los puestos de trabajo en las fábricas y en la industria para que la producción de armamento se adecuara a las necesidades del conflicto. Además muchas se presentaron como enfermeras voluntarias para atender a los heridos de la guerra. Esta atención la organizaron las sociedades nacionales de la Cruz Roja de los países beligerantes, con lo que se ganaron el prestigio y el reconocimiento del que gozan actualmente.

Ante la Gran Guerra los gobiernos adoptaron lo que se conoce como “economía de guerra”, que consistió en dar todo el dinero necesario a la industria bélica para alzarse con la victoria. Esto facilitó el desarrollo de armas muy novedosas, todos los países buscaban el arma o la estrategia que inclinase la balanza a su favor y les permitiese aplastar al enemigo. Con este

⁴ El número de fallecidos en la Primera Guerra Mundial oscila entre 7 y 9 millones de personas dependiendo del estudio consultado. En cualquier caso, no se incluyen las muertes causadas por la pandemia de gripe española de 1918-1919.

objetivo se desarrollaron los cañones de artillería, el lanzallamas, las granadas de gases venenosos, los carros de combate, los morteros de trinchera, etc. y se pusieron en práctica tácticas como el bombardeo aéreo y el espionaje para romper el empate y la estabilidad de la guerra de trincheras. Todo este armamento provocó lesiones y heridas en los soldados que no se habían visto hasta entonces (6).

Por todo lo expuesto, nos hacemos una serie de preguntas que pretendemos responder a través de nuestra revisión. ¿Cuál fue el papel de la mujer en el esfuerzo bélico? ¿Cuál fue el papel de la Cruz Roja? ¿Cómo se enfrentaron los médicos y enfermeras militares a estas nuevas lesiones? ¿Qué avances sanitarios surgieron a partir de las nuevas heridas? ¿Qué repercusión tuvo la Gran Guerra en la profesión enfermera?

1.1 JUSTIFICACIÓN

El desarrollo de toda profesión tiene una parte importante en el análisis de las bases históricas que la sustentan y en las épocas históricas de mayor relevancia para la profesión. En el caso de la Enfermería, sus orígenes son tan lejanos como la preocupación de los humanos por cuidar de sus semejantes heridos y enfermos.

El estudio que nos ocupa nos sitúa en la Primera Guerra Mundial, conflicto que se desarrolló en Europa entre 1914 y 1918. La primera conflagración mundial fue la primera guerra moderna, en la que el desarrollo de armas cada vez más potentes y dañinas aumentó el número de heridos a cifras sin precedentes. Esto provocó la necesidad de un mayor número de profesionales que cuidaran de los heridos y enfermos en combate, facilitando la creación de colegios y asociaciones de enfermería que se encargaran de organizar a las enfermeras y asentar la profesión. Como consecuencia del nuevo armamento, las heridas y lesiones que sufrieron los soldados cambiaron, estimulando a las ciencias sanitarias para desarrollar avances que permitiesen un tratamiento eficaz de las lesiones. Estos avances requerían un profesional cualificado y entrenado en su utilización, de modo que la enfermería amplió su campo de acción y tuvo que mejorar su formación para poder hacer uso de los avances sanitarios desarrollados.

Esta revisión pretende servir como ejemplo de la necesidad de conocer la historia de nuestra profesión; así como de estímulo para seguir investigando sobre las bases históricas de la enfermería y los acontecimientos que marcaron su destino.

1.2 OBJETIVOS

General

Describir el papel de la enfermería y los avances sanitarios que se desarrollaron durante la Primera Guerra Mundial.

Específicos

Exponer los cambios sociales que provocaron la Primera Guerra Mundial y las consecuencias que tuvo en la vida de la mujer.

Dar a conocer la labor de las enfermeras durante la Primera Guerra Mundial.

Describir el papel de la Cruz Roja durante el conflicto mundial.

Analizar los avances sanitarios desarrollados durante el conflicto y su influencia en el desarrollo de la Enfermería de la época.

1.3 METODOLOGÍA

Para llevar a cabo esta revisión nos hemos servido de una extensa revisión y análisis de fuentes secundarias o bibliográficas que han estudiado en profundidad el conflicto bélico en su conjunto o parcelas del mismo relacionadas con los cambios sanitarios y sus repercusiones en la Enfermería.

Para iniciar el estudio y enmarcar el problema sanitario en su contexto histórico, utilizamos obras de referencia sobre la Primera Guerra Mundial. En una segunda fase centramos la búsqueda en trabajos de investigación que trataban específicamente el papel de la mujer en la Primera Guerra Mundial, la enfermería en el conflicto bélico y los avances sanitarios desarrollados durante la guerra. Para ello utilizamos las palabras clave: Enfermería, Primera Guerra Mundial, avances sanitarios, Cruz Roja. Consultamos las bases de datos: Dialnet y CUIDEN, y el archivo Europeana 1914-1918. Los motores de búsqueda han sido: la Biblioteca de la Universidad Complutense y Google académico. Consultando así mismo la galería de imágenes “150 años de ayuda humanitaria: la Primera Guerra Mundial” en la página web de la Cruz Roja.

Una parte importante de la bibliografía utilizada pertenece a revistas no indexadas en la base de datos PubMed por lo que no disponen de abreviatura para citarlas correctamente según las normas de Vancouver. Para no inducir a errores, hemos decidido escribir el nombre completo de la revista.

2. EL PAPEL DE LA MUJER EN LA PRIMERA GUERRA MUNDIAL

La época en la que se desarrolló la Primera Guerra Mundial fue un periodo histórico en el que los hombres cumplían la función social que tenían establecida dentro del discurso masculino de la época, generalmente identificado con el poder, tanto en el ámbito público como en el privado; así eran reyes, nobles, militares, clérigos, comerciantes, trabajadores o cabeza de familia. Sin embargo las mujeres eran definidas en función de su relación con ellos: si estaban solteras, casadas o viudas. Por lo tanto, la vida de la mujer se limitaba al cuidado de la familia y del hogar, no tenían los mismos derechos que el hombre y solo en Finlandia y Noruega tenían derecho al voto (7,8).

En la sociedad de finales del siglo XIX y principios del siglo XX los hombres eran los protagonistas de la vida política y decidían el destino del país. La Primera Guerra Mundial fue un conflicto organizado por varones en el que lucharían los hombres de la nación, relegando a la mujer al cuidado de sus hijos mientras esperaban que acabara la guerra. Sin embargo, el alto nivel de reclutamiento obligó a la mujer a salir del hogar para trabajar en los puestos de los trabajadores reclutados y a mantener las economías nacionales. Esta necesidad que surgió en la Gran Guerra coincidió con la aparición en Europa de los movimientos feministas a través de dos asociaciones: el Consejo Internacional de Mujeres (ICW) fundada en 1888 y la Alianza Internacional de Mujeres o Alianza Internacional por el Sufragio de la Mujer (IWSA) fundada en 1904. La primera tenía el objetivo de unir a las mujeres en un primer movimiento internacional bajo unos intereses muy variados, de manera que tuviera gran acogida en la población. De esta surgió la Alianza Internacional de Mujeres, cuyo objetivo era permitir acceder a la mujer al voto (7, 9).

Al contrario del pensamiento tradicional de que la mujer siempre rechaza la guerra y busca la paz, durante la guerra la opinión de las mujeres se dividió. Algunas veían el conflicto como una oportunidad para el avance de los derechos de las mujeres tras su contribución como trabajadora mantenimiento de las economías nacionales. Otras rechazaban la lógica bélica y defendían la construcción de una sociedad basada en la paz y en los derechos de las mujeres. Este último grupo, pacifista, convocó el I Congreso Internacional de Mujeres, celebrado en La Haya en 1915 con el propósito de parar la guerra. Del congreso emergió el Comité Internacional de Mujeres por una Paz Permanente, nombre original que en 1919 cambiaría a Liga Internacional de Mujeres por la Paz y la Libertad (WILPF), la organización actual de mujeres por la paz con más larga trayectoria histórica. Su objetivo era la construcción de una paz permanente basada en el desarme y la justicia social (9).

La principal conclusión que se alcanzó en el congreso fue que las disputas internacionales debían gestionarse a través de un organismo internacional neutral y que el derecho al voto debía extenderse a la mujer. Para dar a conocer los resultados del congreso, dos delegaciones visitaron a los gobernantes de los países implicados en la guerra y a una mayor parte de los

países neutrales de Europa. Aunque podría parecer que no tuvieron éxito porque la guerra continuó, sus reuniones dejaron huella en los presidentes, en especial en el estadounidense Woodrow Wilson. Se puede constatar que 9 de sus famosos 14 puntos fueron tomados de las resoluciones del congreso internacional de mujeres y también la creación de la Sociedad de Naciones respondía su filosofía⁵. Además, del congreso nació el Comité Internacional de Mujeres por una Paz Permanente, una estructura creada para seguir trabajando por los objetivos acordados.

La guerra llevó a muchas mujeres a colaborar en el esfuerzo bélico de su país, pero también fueron muchas las que rechazaron la guerra, generando una voz nueva que emergía por encima de las fronteras. Sin derecho al voto, no se identificaban con la línea de acción seguida por sus gobernantes, estas mujeres se sintieron libres para pensar y actuar de otro modo. Esta libertad quedó plasmada en el Congreso Internacional de Mujeres que representó a gran parte del sufragismo mundial (9).

Al margen de que las mujeres estuviesen a favor o en contra de la guerra, quedó claro que la contienda supuso la incorporación de las mujeres a tareas tradicionalmente masculinas. La incorporación de la mujer al trabajo no se inaugura con la Primera Guerra Mundial, pero el alto nivel de reclutamiento provocó que se desarrollara a gran velocidad, permitiendo acceder a un gran número de mujeres a trabajos no asumidos por ellas hasta el momento, en las fábricas, los bancos, las oficinas, los comercios, como conductoras de tranvías, camiones y otros vehículos, etc. Se estima que 430.000 francesas, 800.000 británicas y 68.000 alemanas pasaron a ser obreras asalariadas. Se demostró que las mujeres podían hacer los mismos trabajos que los hombres, con igual rendimiento y por pesados que estos fueran. Al terminar el conflicto, muchas mujeres volvieron a sus tareas tradicionales, pero otras se mantuvieron en esos puestos durante años. Se desarrolló, por tanto, un proceso irreversible de salida de la mujer del hogar para trabajar fuera de casa y se produjo la irrupción de las mujeres en el ámbito social (7, 8, 10,11, 12, 13, 14).

Las mujeres acabaron siendo la primera fuerza de la retaguardia trabajando en las fábricas de armamento, en las oficinas y los bancos, pero también asumieron las tareas pacíficas de apoyo en el frente como el avituallamiento y la ayuda en los depósitos de municiones. En algunos países vistieron el uniforme militar y lucharon contra el enemigo: en Gran Bretaña, 80.000 mujeres se enrolaron como auxiliares de las fuerzas armadas en las unidades femeninas y en Rusia, Maria Leontievna Bochkareva creó el primer batallón integrado únicamente por mujeres, apodado: el Batallón de la Muerte. Se puede destacar el caso de la enfermera británica Flora Sandes, voluntaria del Cuerpo de Ambulancias de St John, que acudió a Serbia donde se unió a la Cruz Roja tras vivir la crisis humanitaria del país balcánico. Su fama le viene por unirse a un regimiento serbio tras separarse de su unidad en una batalla, fue la única mujer que

⁵ Los catorce puntos de Woodrow Wilson son las condiciones para la paz que el presidente presentó en enero de 1918 para que todos los países se sumaran a los aliados en su afán por finalizar la guerra.

formaría parte de un listado de soldados durante la Primera Guerra Mundial. Pero el principal papel de las mujeres que acudieron al campo de batalla fue el de enfermera, atendiendo a los heridos en los hospitales de campaña y durante su traslado a los hospitales del interior. Un rol vinculado al sexo femenino, al que se le ha asignado el cuidado y la dedicación de otros (8, 12, 14).

2.1 LAS ENFERMERAS VOLUNTARIAS. LA EXPERIENCIA DE EDITH CAVELL

La Enfermería a principios del siglo XX estaba comenzando a consolidarse hasta convertirse en la profesión que es hoy. Se había creado el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) en 1899 con el objetivo de organizar la formación de las enfermeras y controlar el número de profesionales, pero no tuvo una buena acogida. Por este motivo el número de enfermeras al principio de la guerra era muy inferior a las que se necesitaba, de ahí que el mayor contingente de mujeres que acudieron a atender a los heridos y enfermos fuesen voluntarias reclutadas por las sociedades nacionales de la Cruz Roja y otras asociaciones. Esto provocó el descontento de las pocas que habían dedicado parte de sus vidas a aprender la profesión y veían que les trataban igual que a las voluntarias que no tenían estudios. Debido a esta situación después de la guerra se crearon Asociaciones y Colegios de enfermería para reivindicar los derechos de las enfermeras y asentar la profesión, además el CIE adquirió la importancia que no había tenido en los primeros años del siglo (15).

Inglaterra había creado en 1902 las Queen Alexandr's Imperial Military Nursing Service y a las Queen Alexandr's Naval Army Nursing para formar a las enfermeras que acudirían a la guerra de los Boers (1899-1902). Estas organizaciones formaron a las enfermeras de la Primera Guerra Mundial incluidas en la Royal Army Medical Corps. Contaban con mil enfermeras al comienzo del conflicto y mediante el voluntariado sumaron diez mil mujeres destinadas a atender los hospitales de campaña y los hospitales nacionales británicos (13).

Una de las enfermeras más famosas de la Primera Guerra Mundial fue Edith Cavell, británica que hizo carrera en Bélgica. Su padre era reverendo e inculcó en Edith el amor al prójimo y la necesidad de ayudar a los más necesitados. Esta educación le llevó a estudiar Enfermería en Londres. En 1907 se trasladó a Bruselas donde empezó a trabajar como matrona en varios hospitales y a enseñar la profesión en diferentes escuelas.

Cuando los alemanes ocuparon Bruselas en 1914, se unió a la Cruz Roja y dirigió un hospital donde ayudó a 200 soldados aliados a escapar a Holanda, país neutral. Por este motivo fue arrestada el 5 de Agosto de 1915 y ejecutada el 12 de Octubre por los alemanes a pesar de la presión internacional para que se le aplicara la Convención de Ginebra, según la cual el

personal sanitario estaba protegido en periodos de guerra⁶ (16). Se convirtió en mito e icono de valentía para la propaganda aliada.

Aunque existía una prohibición tácita que impedía el acceso de la mujer a la primera línea de trinchera, la historiadora Montserrat Huguet deja entrever en su estudio la posibilidad de la participación de mujeres en la asistencia a los heridos en las trincheras, en este caso tras describir el papel de Flora Sandes en Serbia (14). Sin embargo no disponemos de más documentación que nos permita afirmar estas sospechas. La falta de documentación puede deberse al control de la propaganda durante la Primera Guerra Mundial por parte de los gobiernos de los países beligerantes. Estos elegían las imágenes y la información que se publicaba para manipular la opinión pública y poder continuar en la guerra.

La historiadora Anne Higonnet identifica en la mujer de principios del siglo XX tres arquetipos: la mujer blanca, la mujer roja y la mujer negra. La mujer blanca representaba a la mujer virgen, asexual, pura, angelical, a las madres y esposas de soldados. En contraposición se encuentra la mujer roja que identifica a la mujer libre e independiente y presenta características relacionadas con la sexualidad y la corporalidad, bien a través de ropas que marquen su condición femenina o bien utilizando un estilo más varonil. Entre estas dos encontramos a la mujer negra, que no puede cumplir el papel que otorga la sociedad tradicionalmente a la mujer: la reproducción, por eso se le añade un carácter agrio, histérico y una apariencia desagradable, se le asocia la figura de la suegra, la viuda, la monja o la bruja (7).

La sociedad de la época situaba a la mujer virtuosa en el hogar, resaltando el estereotipo de la mujer blanca. Pero la aparición de los movimientos feministas junto a la Primera Guerra Mundial cambia el comportamiento tradicional de la mujer, esta se queda sola durante la guerra, accede a trabajos tradicionalmente masculinos y gana independencia. Además adoptó un nuevo estilo más juvenil y esbelto, características atribuidas a la mujer roja (7).

¿En qué estereotipo se incluía a las enfermeras de la Gran Guerra?, en los dos, dependiendo de cual fuese el objetivo de dicha representación. De ejemplo nos puede servir el uso de la imagen de la enfermera en los carteles de propaganda que utilizaban las organizaciones humanitarias como la Cruz Roja. Para reclutar nuevas voluntarias utilizaban imágenes de enfermeras jóvenes, agradables, independientes, seguras de sí mismas, que transmitía una imagen atractiva para las mujeres aventureras e independientes que empezaban a aparecer en la sociedad (Figura 1). Aunque el objetivo de dicha organización era humanizar la guerra, estos carteles bautizaban a la enfermera como símbolo de patriotismo, equiparando el voluntariado como enfermera al alistamiento de los hombres en el ejército. Sin embargo, la realidad en el frente era otra, posiblemente los soldados que habían visto estos carteles, esperaban que al

⁶ Se conoce como Convenios de Ginebra al conjunto de los cuatro convenios internacionales que regulan el derecho internacional humanitario. El primero fue firmado en 1864, un año después de la creación de la Cruz Roja y el segundo se firmó en 1906. En la Primera Guerra Mundial se consideraba neutral al personal sanitario.

resultar heridos les atendiesen estas enfermeras. Tras meses rodeados por camaradas sin ver a ninguna mujer, les costaba controlar sus pulsiones más primitivas. Para no perder su autoridad como personal sanitario y controlar la situación, la imagen que debía transmitir de la enfermera era muy distinta. La indumentaria de las enfermeras de la Primera Guerra Mundial consistía en un vestido largo con delantal y velo, todo de color blanco, ya que el objetivo era resaltar las cualidades de la mujer blanca, mostrando una enfermera devota, abnegada y sacrificada; el vestido largo destacaba virtudes como la paciencia y la obediencia propias de las esposas y madres burguesas. Así se mostraba una imagen más cercana al estereotipo aceptado socialmente: la mujer blanca. Bien es cierto que durante la Gran Guerra el atuendo de las enfermeras se modificó, el delantal desapareció y el vestido se acortó para facilitar los movimientos de las enfermeras, aunque en ningún momento se perdió el objetivo principal de su indumentaria: transmitir la imagen de la mujer blanca a los soldados (17).

Al contrario que los carteles de reclutamiento de voluntarias, cuando el objetivo era demostrar la superioridad sanitaria del país propio frente a los demás, se utilizaban imágenes del frente. Estas captaban a las enfermeras de la Cruz Roja con el atuendo descrito anteriormente, mostrando mujeres que pertenecían al estereotipo de la mujer blanca, la virtuosa según los ideales de la época, que debía permanecer en el hogar. Los gobernantes no permitieron que se mostrasen imágenes de mujeres en las trincheras porque la opinión pública no lo hubiese aceptado y habrían tenido problemas para continuar con la guerra. Por eso mostraron solo imágenes de enfermeras en los Hospitales de la retaguardia, en los trenes hospitales y realizando tareas de avituallamiento sanitario, aparentemente seguras de todo peligro. Para las mujeres la guerra fue doblemente costosa, pues se enfrentaron a situaciones desconocidas y tuvieron que sufrir las pérdidas de sus maridos, padres, hijos, hermanos y amigos que habían muerto en el frente. Algún beneficio quedó después de la guerra: la oportunidad de acceder a la vida pública y demostrar su capacidad en puestos de trabajo que ocupaban por primera vez (14).

3. AYUDA HUMANITARIA. LA CRUZ ROJA INTERNACIONAL

La Cruz Roja es una organización humanitaria creada en 1863 en Ginebra. Su objetivo nace de los ideales de Henry Dunant que tras vivir las atrocidades de la guerra en la batalla de Solferino⁷ se propuso formar un cuerpo de “voluntarios que socorriesen a los militares heridos en campaña sin hacer distinciones de nacionalidad, religión o raza”. Además impulsó la creación de una legislación internacional que protegiese a los militares enfermos, heridos y al personal sanitario. Las Convenciones de Ginebra recogen estos derechos desde 1864 (18, 19).

⁷ La batalla de Solferino fue librada en Junio de 1859 entre los ejércitos austriaco y franco-piamontés durante la unificación italiana.

La Primera Guerra Mundial fue una de las primeras guerras en las que actuó la Cruz Roja y su papel durante estos cuatro años le dio el reconocimiento mundial que hoy tiene. La Cruz Roja participó de dos formas: las sociedades nacionales se encargaron de la atención a los heridos en las batallas y el Comité Internacional se ocupó de llevar a cabo intervenciones humanitarias junto a la Santa Sede de la Iglesia Católica y algunos países neutrales como Suiza, Holanda, Dinamarca y España.

En los primeros meses de guerra, la Cruz Roja Internacional creó la Agencia Internacional de Prisioneros de Guerra cuyo objetivo era poner en contacto familias separadas por la guerra mediante el envío de correspondencia y realizando gestiones para la repatriación o internación de los soldados en países neutrales. Meses más tarde, debido al volumen de demandas, el Comité Internacional se convirtió en la principal organización neutral intermediaria entre los países en guerra para alcanzar medidas a favor de los prisioneros, militares y civiles.

Uno de los objetivos primordiales del Comité fue la liberación de los prisioneros de guerra. Aunque la Convención de Ginebra de 1906 preveía un cautiverio con cierta dignidad, el enorme número de prisioneros no lo hizo posible, los campos de prisioneros estaban sobrepoblados, los soldados se encontraban hacinados, sucios y desnutridos. En los primeros meses de 1915 se propuso la liberación o el intercambio de los soldados inválidos que de ningún modo podrían volver a combatir, esto favoreció las negociaciones entre los países, pues ninguno quería liberar soldados que volviesen al frente en las siguientes semanas. Una vez establecidas las comunicaciones entre los gobiernos beligerantes, las negociaciones se extendieron a la repatriación de soldados heridos o enfermos, llevándolos a un país neutral para que no volviesen a las filas. Por último se intentó liberar a los prisioneros que llevasen largo tiempo de cautividad, más de 18 meses: primero se beneficiarían los padres de familia y después todo el que llevase largo tiempo cautivo. Algunos países se opusieron a la liberación de prisioneros, como fue el caso de Italia, que solo firmó un acuerdo de intercambio de prisioneros con el imperio austrohúngaro a finales de 1916⁸.

La Cruz Roja Internacional también tomó medidas para acabar con la violencia causada por las represalias⁹. Uno de los mecanismos utilizados fue la disposición de visitas oficiales a los campos de prisioneros por representantes del Comité Internacional de la Cruz Roja o de una sociedad nacional de la Cruz Roja, asistidas por delegados de países neutrales. En total se efectuaron 2.538 visitas a 1.456 instalaciones distintas (524 a campos de prisioneros) de las que se preparaban informes enviados al país captor y al país de origen de los prisioneros. Todas las visitas eran notificadas y por lo tanto preparadas: mejorando la limpieza, la

⁸ Los prisioneros fueron utilizados para extorsionar al enemigo y era una de las razones por las que algunos países se resistían a intercambiarlos. Particularmente Italia no confiaba en los soldados que habían sido capturados por el ejército enemigo, les tenían por traidores que habían huido de la batalla renegando de su ejército.

⁹ Represalias: malos tratos que recibían públicamente los prisioneros o civiles de una nación a manos de soldados de la nación invasora. Estas represalias eran contestadas en el bando contrario con nuevas torturas provocando una creciente espiral de violencia (18).

alimentación y la vestimenta de los soldados; además de seleccionar a los prisioneros que recibían a los delegados. A pesar de ello, estas visitas ayudaron a disminuir la violencia y a cerrar algunos campos de represalias en Francia y Alemania (18).

La Cruz Roja Internacional también llevó a cabo otras medidas humanitarias: promovió la supresión de campos de propaganda¹⁰, instó a eliminar las armas químicas de los combates y realizó propuestas de treguas¹¹ (18).

En las visitas organizadas por la Cruz Roja Internacional a los campos de prisioneros participaron médicos militares españoles como delegados de países neutrales:

- El capitán médico Mariano Gómez Ulla formó parte de equipos encargados de visitar campos de prisioneros en Alemania y Francia. Evaluó los servicios sanitarios desplegados por ambos bandos en los frentes de Francia y Bélgica, especialmente las organizaciones quirúrgicas y las evacuaciones de los soldados heridos desde las trincheras hasta los hospitales de retaguardia. Cabe destacar de sus palabras: “salvo en el alemán, en que el espíritu organizador alcanzó a todos los estratos de sus elementos, todos los servicios sanitarios de los ejércitos beligerantes fracasaron de la manera más rotunda y lamentable en sus actuaciones, siendo necesario rehacerlos de nuevo y sobre la marcha, creando organizaciones y trazados de servicios y sobre todo, aportando un caudal de elementos de curación, de instrumental, transporte y personal adiestrado en proporciones gigantescas por lo insospechado” (20). En el bando francés formó parte de las ambulancias quirúrgicas ligeras y actuó al lado de grandes maestros de la cirugía francesa.
- El capitán médico Fidel Pagés Miravé, que describió la técnica de la anestesia epidural en 1921, cooperó durante la Gran Guerra como delegado del embajador de España en Viena inspeccionando los campos de prisioneros de guerra en Hungría hasta que se trasladó a Viena a la sección de prisioneros del Hospital Militar nº 2 como cirujano. También evaluó los medios de evacuación formando parte en misiones de traslados de heridos de guerra.
- El capitán psiquiatra Antonio Vallejo Nájera, fue destinado a la comisión militar agregada a la embajada de España en Berlín. Durante la guerra estuvo en Alemania y Austria, donde pudo observar los adelantos en materia psiquiátrica desarrollados por E. Kraepelin, W. Gruhley y W. von Jauregg.

¹⁰ Los campos de propaganda eran lugares en los que se obligaba a los soldados capturados a renegar de la propia bandera, del juramento de lealtad establecido con su país, castigando al que se negaba a hacerlo. Se trataba de actos que rechazaban los principios de lealtad, honor y respeto a la palabra dada, que se encontraban en la base de la sociedad y de los ejércitos hasta ese momento.

¹¹ Realizaron tres propuestas de tregua: noviembre de 1914, mayo de 1915 y marzo de 1918, pero los países beligerantes se negaron a llevarlas a cabo.

Aunque actualmente España es un país con mucha participación humanitaria, sin embargo a principios de siglo XX no era una práctica frecuente. La sanidad militar española se vio muy favorecida por las experiencias sanitarias y logísticas aprendidas durante el conflicto (20).

4. ATENCIÓN SANITARIA EN LA PRIMERA GUERRA MUNDIAL

Desde el punto de vista sanitario, la Primera Guerra Mundial supuso un punto de inflexión. Las condiciones de vida de los soldados en las trincheras, la aparición de nuevas armas de largo alcance, el uso de armas químicas y un despliegue sanitario ineficaz, cambiaron la forma de entender la organización sanitaria. De los 60 millones de soldados movilizados, 7 millones murieron y aproximadamente 19 millones fueron heridos en combate, de los cuales medio millón sufrieron amputaciones. Las medias de muertes registradas durante la guerra se elevan a 900 franceses, más de 1.300 alemanes y cerca de 1.450 rusos cada día. Siendo las jornadas más mortíferas de la guerra las más mortíferas del siglo: del 20 al 23 de agosto de 1914 el ejército francés sumó 40.000 muertos; el 1 de julio de 1916, el ejército británico cuenta 20.000 muertos y 40.000 heridos (5). Para el recuento de defunciones no se tiene en cuenta a los civiles fallecidos, aunque sus muertes fuesen una causa directa de la guerra.

En la Primera Guerra Mundial el número de civiles muertos resulta insignificante comparado con el de soldados. El Derecho de Ginebra proclamaba que los soldados heridos, los prisioneros y los civiles no constituían un objetivo militar y estaban a salvo de cualquier ataque. La Guerra del 14 puso fin a esta norma: se empieza a disparar a los camilleros que sacan a los heridos del campo de batalla, se interna a los soldados capturados en campos de concentración y se inaugura el bombardeo de ciudades enemigas y el ataque a civiles. El bombardeo urbano se utilizaba durante el asedio de ciudades para provocar la rendición. Pero el ataque aéreo de núcleos urbanos sin pretender ningún beneficio táctico supuso la llegada de la guerra a todos los estratos de la sociedad: ancianos, mujeres y niños se convierten en el enemigo. Se inaugura una característica de las guerras modernas que tendrá su máximo exponente en el bombardeo atómico de Hiroshima y Nagasaki en la Segunda Guerra Mundial y que dará pie a cometer atrocidades contra la población en el resto de las guerras hasta la actualidad (5).

Por su parte, los Servicios Sanitarios han correspondido a las necesidades del ejército que apoyaban y las tácticas que utilizaba. La Guerra del 14 rompió con la tendencia de las guerras anteriores, que junto al nuevo armamento, provocaron que la atención sanitaria se colapsara en los primeros meses (20, 21). Mientras los países beligerantes desarrollaban un armamento cada vez más feroz contra el enemigo, también se encargaron de investigar nuevos métodos para tratar las heridas y lesiones que provocaban las nuevas armas. La Primera Guerra Mundial cambió la doctrina sanitaria en cuanto al tratamiento de heridas por arma de fuego,

transformó la cirugía y provocó el desarrollo de multitud de avances sanitarios que revolucionaron la asistencia en los conflictos bélicos posteriores.

4.1 ORGANIZACIÓN DEL APOYO SANITARIO. LA ENFERMERÍA EN LA EVACUACIÓN DE HERIDOS

El apoyo sanitario en los conflictos bélicos se ha organizado acorde al ejército que asistía y a su forma de entender la guerra. Tradicionalmente, los heridos de guerra se han clasificado según el arma causante de su lesión en dos tipos: los heridos por fusil y los heridos por artillería. Los de fusil eran heridos a una distancia superior a los cien metros y presentaban orificio de entrada y salida puntiforme, que si no afectaba a órganos vitales provocaba heridas no infectadas de buen pronóstico. En cambio, los heridos por artillería sufrían heridas anfractuosas, catastróficas y de pronóstico mucho peor.

En los conflictos anteriores a la Gran Guerra primaba la maniobra frente a la potencia de fuego por lo que al frente acudían las unidades ligeras de infantería y la artillería quedaba reservada al sitio de ciudades, por este motivo los heridos se repartían en 90% de heridos por fusil y un 10% de heridos por artillería. Esto permitía que las organizaciones sanitarias establecieran formaciones a poca distancia de la línea de fuego, los conocidos como Puestos de Socorro. En estos se encargaban de clasificar a los heridos según su gravedad, atendiendo solo a los de pronóstico muy grave. El siguiente eslabón de la cadena, que recibía las bajas del frente era el Hospital de Evacuación, encargado de trasladar a los heridos a los hospitales del interior, atendiendo solo a los que se habían agravado durante el traslado desde el frente. El sistema funcionaba porque en retaguardia podían trabajar sin peligro, los contingentes eran reducidos y el porcentaje de heridos inevacuables era el más pequeño (22).

Esta organización sanitaria era la lógica según la táctica militar anterior a la Primera Guerra Mundial, pero durante el desarrollo de esta, no se siguieron los cánones establecidos en las batallas anteriores. La Gran Guerra fue el primer conflicto armado en el que el número de soldados muertos por arma de fuego superó al número de muertos por enfermedades infecciosas, sin contar la pandemia de gripe española que asoló Europa entre 1918 y 1919 (23). Esto sucedió porque fue una guerra de trincheras, estática, en la que las tácticas defensivas –trincheras, ametralladoras, granadas, alambre de espino, etc.- eran más eficaces que las técnicas ofensivas, basadas en ataques frontales de infantería. Esto provocó que las batallas se alargasen durante meses, con ataques continuos de uno u otro bando donde cada acción se convertía en una carnicería en la que morían miles de soldados. La artillería pesada se utilizaba indiscriminadamente para atacar las posiciones enemigas durante días antes de lanzar a la infantería. Los cañones y obuses podían disparar una granada de 1000 Kg a una distancia de 14Km, barriendo una zona de hasta 15 Km detrás de la línea de fuego por lo que el servicio de sanidad de primera línea no se podía establecer en su sitio tradicional, tuvo que

situarse muchos kilómetros a retaguardia (4). Además, el fuego de artillería aumentó hasta 61 el porcentaje de bajas con heridas de metralla, frente a un 39% de bajas con heridas por fusil (24). Dado que los Puestos de Socorro estaban pensados para quedarse solo el 10% de las bajas, se colapsaron cuando el porcentaje aumentó, siendo necesario evacuar a un gran número de heridos sin destino concreto.

Las condiciones de la guerra de trincheras acercaron las posiciones de los contendientes, a veces separados por un centenar de metros. Se disparaban a menor distancia y las pésimas condiciones de higiene facilitaban que las heridas se cubrieran de tierra, restos de uniformes, pólvora y esquirlas de metralla y de granadas por lo que la mayoría de las heridas se infectaban, y pasaban a formar parte de las de pronóstico grave. La situación se agravaba cuando los heridos tenían que viajar durante cuatro o cinco días desde el puesto de socorro hasta el hospital de evacuación sin recibir tratamiento alguno. De esta manera llegaban a los hospitales de retaguardia con infecciones graves y extendidas, como el tétanos y la gangrena gaseosa que produjeron una mortalidad similar a la de las guerras napoleónicas durante los primeros meses de contienda (1).

Los servicios sanitarios tuvieron que reinventarse para hacer frente a la nueva situación, inaugurándose una nueva etapa en el apoyo sanitario fundamentada en alternar cuatro formaciones sanitarias en la línea de evacuación de heridos. El primer escalón era el Hospital de Campaña donde se atendía solo a los soldados que sufrían heridas potencialmente mortales y el resto de bajas se derivaban a las siguientes formaciones. Los soldados permanecían en él el menor tiempo posible, pues no era un lugar seguro para proceder a hospitalizaciones. El segundo y el tercer escalón lo formaban los Hospitales de Evacuación Secundaria y Primaria respectivamente. Se situaron a una distancia del frente tal que los soldados heridos llegaran sin padecer una infección generalizada. El periodo de latencia de las infecciones más habituales -la gangrena gaseosa y el tétanos- oscilaba entre 6 y 36 horas. Los Hospitales de Evacuación Secundaria eran talleres quirúrgicos poco voluminosos y móviles donde acudían las bajas que necesitaban intervenciones relativamente urgentes. En estos centros los soldados podían quedarse hospitalizados unos días para recuperarse y afrontar el resto del viaje en buenas condiciones. Los Hospitales de Evacuación Primaria eran formaciones situadas junto a estaciones de ferrocarril. A este hospital llegaban todas las bajas del combate y eran atendidos los soldados con heridas moderadas. Una vez realizadas las intervenciones, los soldados se trasladaban a los hospitales del interior que constituían el cuarto escalón y se dedicaban a tratar heridas leves y a completar la recuperación del resto de heridos. Los Hospitales del tercer y cuarto escalón estaban a salvo de los ataques enemigos y los soldados podían permanecer el tiempo necesario para recuperarse de sus heridas antes de volver a las trincheras (22, 25).

El sistema de trincheras estaba formado por una primera línea justo enfrente del enemigo, apoyada por líneas de comunicación con la segunda línea de trincheras. Además contaban

con puestos de ametralladora, refugios y posiciones de morteros. Estaban construidas en zig-zag, con quiebros para evitar que un solo proyectil pudiese afectar a toda la línea. Es cierto que la construcción en zig-zag facilitaba la defensa frente a un ataque enemigo, pero a la hora de evacuar a los heridos suponía un problema. Los encargados de evacuar a los soldados heridos fueron los camilleros, un cuerpo sanitario dedicado exclusivamente al traslado de heridos del campo de batalla a las trincheras de retaguardia. Estos jóvenes tuvieron que ingeniárselas para sacar de las trincheras a los soldados heridos durante bombardeos y ataques del enemigo. No podían salir de la trinchera porque estaban en el campo de batalla, la única posibilidad era trasladar a los heridos a las líneas de trincheras más a retaguardia y más seguras. Transportar un herido en condiciones de seguridad no fue fácil, en algunas trincheras alemanas se instalaron raíles en ambas paredes de la trinchera a una altura de unos 2 metros para colocar en ella una camilla que pudiese deslizarse. De esta manera llegaban inmovilizados a las últimas líneas de trincheras donde les recogían los voluntarios de la Cruz Roja para llevarles a los Hospitales de Campaña, situados a poca distancia del frente. Al principio se improvisaron camillas con ruedas que se ataban a bicicletas y motocicletas a modo de remolque o los llevaban en carretillas. Conforme avanzaba la guerra desarrollaron medios de transporte más seguros y con mayor capacidad de heridos: durante la batalla de Verdún se organizaron las “ambulancias de campaña” formadas por seis cirujanos, tres oficiales de sanidad y 125 enfermeras, que constituían un nuevo cuerpo sanitario encargado exclusivamente del transporte de heridos a los Hospitales de Campaña (Figura 2) (26).

Una vez decidido el destino del soldado en el Hospital de Campaña este era trasladado a los Hospitales de Evacuación en otras ambulancias equipadas con tiendas, camas y material sanitario: vendas, instrumental quirúrgico, etc. Incluso en las más modernas y mejor equipadas se podían realizar cirugías.

Para transportar a los heridos hasta los hospitales nacionales del interior se utilizó el ferrocarril. Los trenes ya se habían utilizado en guerras anteriores para la evacuación de soldados, pero en estos casos se diferenciaban poco de un tren de mercancías. Durante la Primera Guerra Mundial los trenes se convirtieron en hospitales móviles, contaban con camas para transportar a los heridos y con recursos materiales y humanos para prestar atención sanitaria pertinente, incluso algunos vagones se convirtieron en salas de operaciones. Los trenes-hospitales eran atendidos por enfermeras que tuvieron gran relevancia en la atención de los pacientes más graves. En el caso británico, estos trenes conectaban con otras instalaciones sanitarias móviles: los barcos, “ambulancias flotantes” que llevaban a los soldados a Gran Bretaña, estaban igualmente equipados que los trenes pero no estaban a salvo del ataque marítimo¹² (17).

¹² En febrero de 1915 Alemania declaró “zona de guerra” a las aguas que rodeaban Gran Bretaña. En esta zona todos los buques serían atacados, no importaba que fuesen ingleses o neutrales, navíos militares, mercantiles o sanitarios.

Para que el sistema funcionara correctamente, era necesario que un cirujano clasificara concienzudamente a las bajas en las formaciones cercanas al frente. Esto recibió el nombre de "triage quirúrgico" y su objetivo era dividir a los heridos en lotes que acudieran directamente a la formación sanitaria encargada de su tratamiento. Normalmente se dividía a los heridos en tres grupos: los que sufrían heridas muy graves que necesitaban cirugía inmediata y se quedaban en los Hospitales de Campaña; los que no necesitaban intervención quirúrgica y su destino eran los hospitales del interior; y quedaba un tercer grupo compuesto por los heridos a tratar en los Hospitales de Evacuación Primario y Secundario. Este grupo necesitaba un examen más detallado que se solía realizar en el Hospital de Evacuación Secundario con la ayuda de los Rayos X para determinar el alcance de la lesión y el centro en el que debían ser atendidos.

Las enfermeras voluntarias de la Cruz Roja tuvieron un papel determinante durante la Primera Guerra Mundial. Estaban presentes en todas las formaciones sanitarias desde el Hospital de Campaña hasta los Hospitales del interior, siendo el pilar fundamental en el que se apoyaba el transporte de heridos en ferrocarril y la evacuación de los heridos del frente. Por eso no es de extrañar que también hayan llegado a nuestros días historias de enfermeras de la Gran Guerra famosas por su labor como conductoras de ambulancias. Es el caso de "las heroínas de Pervyse": Elsie Knocker y Mairi Chisholm, enfermeras conductoras de ambulancias alistadas en el Motor Ambulance Corps, una unidad de emergencia que actuó en el frente belga. Durante su servicio socorrieron a cientos de heridos que trasladaban a un almacén transformado en Hospital de Campaña situado en el pueblo de Pervyse. La escritora y editora Geraldine Mitton utilizó sus diarios y cartas para escribir el libro "The Cellar-House of Pervyse: a tale uncommon things from the journals and letters of the Baroness T'Serclaes and Mairi Chisholm"; sin embargo este relato no se considera una fuente de información fiable porque su autora no se limitó a la transcripción de los documentos, ya que eliminó partes que consideraba de no interés general. Aunque incluir las experiencias descritas por estas enfermeras excedería la extensión de nuestro trabajo, sí debemos dar a conocer la importancia de estas mujeres y su participación en la Primera Guerra Mundial como enfermeras (13).

Por tanto, podemos concluir este apartado afirmando que tras los acontecimientos vividos en la Primera Guerra Mundial se desarrollaron las bases teóricas sobre las que se asienta la manera de organizar el apoyo sanitario actual. También se introdujo un servicio de sanidad único, indivisible y coordinado, encargado desde la recogida del soldado herido en el frente hasta su recuperación en los hospitales nacionales, en el que la Enfermería tiene un papel fundamental e irremplazable.

4.2 ENFERMEDADES EN EL FRENTE. EL PIE DE TRINCHERA

La Guerra del 14 inauguró la tendencia que seguirán las guerras modernas, el número de muertos por armas de fuego superó al número de fallecidos por enfermedades infecciosas, con excepción de la pandemia de gripe que afectó a Europa entre 1918 y 1919. Sin embargo, este hecho no significó que las enfermedades infecciosas no diezmaran los ejércitos participantes.

La Gran Guerra es considerada un conflicto de trincheras, pues durante los primeros meses de la contienda se establecieron las posiciones que los soldados ocuparon los años sucesivos. Cuando los ejércitos alemán y francés se encontraron en una situación de punto muerto se “enterraron” en trincheras para protegerse del fuego enemigo. En pocos meses se creó un sistema de trincheras que se extendía desde la frontera franco-suiza hasta la costa del Canal de la Mancha. En teoría, un elemento de defensa tan importante, que iba a estar ocupado por soldados durante meses y años, debía ser una obra de ingeniería de tres a cuatro metros de profundidad, con refugios subterráneos, sistema de desagüe para evitar inundaciones, etc. Sin embargo, los franceses pensaron que la guerra de trincheras sería una situación provisional, por eso nunca invirtieron tiempo ni recursos en mejorar sus condiciones. Además el sistema de rotaciones francés: 2 días en primera línea, 2 días en segunda y 2 días en retaguardia permitía que los soldados no estuviesen mucho tiempo seguido en las mismas posiciones y mantuviesen el ánimo elevado a pesar de las pésimas condiciones en las que se encontraban. En cambio los alemanes se organizaron mejor, sus trincheras estaban preparadas para estancias más prolongadas, algunas tenían electricidad y cocinas y estaban protegidas con alambradas, esto mejoró las condiciones de vida de los soldados, su salud y su estado de ánimo (26).

La vida en las trincheras era dura. El tiempo que permanecían los soldados en primera línea, no lo ocupaban sentados pasivamente esperando un ataque enemigo, pues los oficiales reconocían la importancia de mantener a la tropa activa, por eso realizaban patrullas en “tierra de nadie”¹³, cortaban las alambradas enemigas e intentaban capturar soldados enemigos. El resto del tiempo los soldados vivían en las trincheras, dormían, comían y trabajaban por turnos. Cuando el clima era favorable, la estancia no siempre era desagradable, pero cuando llovía, las condiciones se deterioraban rápidamente, las trincheras se inundaban hasta que el agua les llegaba a la cintura, o a veces las paredes se derrumbaban y el suelo se volvía un barrizal. A esto se sumaba la inevitable falta de higiene, el hacinamiento, la mala nutrición, la escasez de agua potable, las letrinas insuficientes o la acumulación de cadáveres en descomposición. Todo ello constituía un marco perfecto para la aparición y transmisión de enfermedades, si además le añadimos la depresión inmunitaria que los soldados sufrían por el estrés físico y mental (20).

¹³ La “tierra de nadie” es como se denomina al espacio que hay entre las primeras líneas de trincheras de ambos ejércitos.

Un factor decisivo para el mantenimiento de la salud era el aprovisionamiento de agua potable en las trincheras, pero para ambos bandos supuso un reto hacer llegar el agua necesaria a sus soldados. El agua potable disminuye las deshidrataciones y mejora el estado sanitario general, además de controlar más fácilmente el agua consumida por el combatiente y las enfermedades transmitidas por ella. Los alemanes llegaron a construir conducciones subterráneas de agua corriente y los franceses desarrollaron un sistema de tratamiento de agua que se llamó “verdunización”, consistía en añadir pequeñas cantidades de cloro al agua¹⁴. Posteriormente se convirtió en el método más utilizado hasta nuestros días para potabilizar el agua.

La enfermedad más prevalente en las trincheras era el pie de trinchera, una afección similar a la congelación que sucedía por la exposición prolongada a la humedad y al frío. Esta combinación ablandaba la piel produciendo heridas que se infectaban muy fácilmente, si no se trataba aparecía la gangrena, requiriendo la amputación del pie afectado. La prevención se fundamentaba en una buena higiene de pies, lavarlos con agua tibia, secarlos bien y disponer de calcetines limpios. Si ya se había instaurado la enfermedad, era necesario trasladar al soldado a un ambiente seco y cálido para que los vasos sanguíneos se dilatasen y volviesen a revascularizar el pie, además había que curar las heridas y ampollas para prevenir la infección. En los primeros meses de guerra se produjeron numerosos casos de gangrena y tétanos, pero con las mejoras introducidas en el bando alemán para evitar las inundaciones y el sistema de rotación francés, la incidencia de esta afección disminuyó considerablemente.

Otro problema de gran importancia fueron las ratas y los piojos, vectores de enfermedades para infecciones como la “nefritis de trinchera” y la “fiebre de las trincheras”, que llegaron a originar un 15% de las bajas en la batalla de Verdún. La fiebre de trincheras causó gran desconcierto en el frente, pues los soldados sufrían una fiebre intermitente junto a dolores generalizados y mareos, no se supo que la transmitían los piojos hasta 1918. La “nefritis de trinchera” también producía fiebre junto a síntomas renales. Dado que no se conocían los causantes de dichas enfermedades y aún no se habían descubierto los antibióticos, su tratamiento se limitaba al remedio de la sintomatología (26).

Además de las enfermedades más prevalentes, los soldados padecieron otras muchas: tifus, cólera, infecciones agudas, etc. El desconocimiento de un tratamiento eficaz para dichas afecciones obligaba a trasladar a los soldados enfermos a hospitales de aislamiento para que no se propagase la enfermedad. A pesar de la alta incidencia de estas infecciones en los ejércitos beligerantes, las enfermedades infecciosas causaron más muertes en la población civil (12). La guerra les quita todo a todos, Alemania sufrió el bloqueo naval de Gran Bretaña en los últimos años de la contienda, esto provocó que no llegase el suficiente alimento ni recursos para abastecer a la población y como estaban en guerra, lo poco que había era destinado al

¹⁴ Se denominó “verdunización” porque el sistema se desarrolló durante la batalla de Verdún. Esta se libró entre los ejércitos alemán y francés entre el 21 de febrero y el 15 de diciembre de 1916. Fue una de las batallas más mortíferas de la guerra, murieron alrededor de 300.000 soldados.

mantenimiento del ejército. Además los soldados requisaban los alimentos y utensilios de cocina que encontraban en las granjas y ciudades durante su camino al frente. Los campesinos, los granjeros y la población de las ciudades padecieron hambre y sus condiciones de vida favorecían la aparición de epidemias. Además, no disponían de los recursos sanitarios necesarios, pues estos se dedicaban casi en exclusiva al ejército (27).

4.3 ATENCIÓN Y CUIDADOS A LOS HERIDOS DEL FRENTE

Recordemos que los heridos de guerra se dividen tradicionalmente en heridos por fusil y heridos por artillería. Las heridas de bala que presentaban orificio de entrada y salida provocaban heridas puntiforme, de buen pronóstico si no afectaba a órganos vitales. Sin embargo las heridas de artillería eran más complejas y de mucho peor pronóstico. Para el tratamiento de ambos tipos de heridas a principios del siglo XX se seguía el modelo desarrollado por Joseph Lister en su trabajo de 1867: "De un nuevo método de tratamiento de las fracturas complicadas, abscesos, etc. con observación acerca de las condiciones de supuración". En él se recomendaba prevenir la infección protegiendo la herida con un apósito previa cura con una tintura de yodo, siempre que no hubiera ninguna complicación que necesitara una intervención. En lo referente al tratamiento quirúrgico, introdujo la "cirugía antiséptica" con la utilización de la llamada "solución fuerte" de ácido fénico al 5%. Si no había complicaciones, la cirugía se realizaba cuando la infección ya estaba instaurada. La práctica de la cirugía antiséptica junto al abstencionismo se denominó "expectación armada" y quedó plasmada en los reglamentos de los países europeos, entre ellos el español de 1896: "en la línea de fuego, el médico no prestará ni dejará prestar a los heridos otros cuidados que los de absoluta urgencia (cohibir una hemorragia por medios mecánicos, separar un miembro arrancado en gran parte por los proyectiles, inmovilizar un miembro fracturado, etc.)" (22).

Como revela el doctor Ferraton, un importante cirujano de guerra del siglo XIX, el personal sanitario militar siempre ha soñado con proyectiles "humanitarios" que hicieran el daño suficiente para detener al enemigo pero no produjera lesiones graves, que el herido pudiera ir al Puesto de Socorro por su propio pie sin sufrir complicaciones (5). Sin embargo, con la Primera Guerra Mundial la realidad se aleja más que nunca de esos sueños. La guerra de trincheras y el armamento desarrollado multiplicó las heridas por arma de fuego. En primer lugar, los nuevos fusiles ganaron potencia y alcanzaron un mayor nivel de penetración en el cuerpo humano. Las condiciones higiénicas facilitaron que las heridas se infectaran, adquiriendo un pronóstico más grave. Así mismo, el desarrollo de los cañones de artillería provocó heridas aún más cruentas, llegando a amputar y a desfigurar a los soldados.

La región más afectada por lesiones penetrantes en la Gran Guerra fueron los miembros 70%, seguida de la cabeza y el cuello 17%, el tórax 4%, el abdomen 2%. El 7% restante incluía heridas en glúteos y torso. Esto no significa que los miembros estuviesen más expuestos que

el resto del cuerpo al fuego enemigo, significa que las heridas de la cabeza, el tórax o el vientre producían una muerte casi inmediata, no dejando tiempo de reacción a los servicios sanitarios (5, 28).

Pasado el caos sanitario de los primeros meses, se produjo un cambio en la doctrina sanitaria. Se puso fin a la “expectación armada” para dar paso a la prevención de la infección y a la intervención precoz, los dos principios que guiarían el tratamiento de heridas durante el resto de la guerra.

Para prevenir la infección decidieron tratar todas las heridas como si estuviesen infectadas, realizando en la primera intervención quirúrgica un desbridamiento amplio del tejido afectado y la extracción de cuerpos extraños, dejando la herida limpia antes de suturarla. Este primer abordaje debía realizarse cuanto antes, en el Hospital de Campaña si era posible; de no ser así, se procedía a la inmovilización del herido para transportarlo a los Hospitales de Evacuación. Además de inmovilizar el miembro afectado era necesario curar la herida, pues la mayoría eran lesiones complejas debidas al fuego de artillería que se infectaban con gran facilidad. En este aspecto si se continuó con el precepto de Lister: lavar la herida abierta con una solución de ácido fénico al 5%. Durante la guerra se introdujeron nuevos antisépticos: sublimado corrosivo, agua de Javel (lejía) y los colorantes de la acridina. En el bando de los aliados se impuso la utilización de la solución de Dakin-Carrel, una dilución de hipoclorito sódico 0,5% y ácido bórico al 4% que se utilizó con éxito para limpiar y tratar infecciones de heridas abiertas por su gran poder bactericida sin afectar a los tejidos ni al proceso de cicatrización. Normalmente las heridas se suturaban durante la primera intervención quirúrgica, pero si no se podía asegurar la asepsia de la herida se utilizaba la solución de Dakin- Carrel para desinfectarla, cubriéndola después con gasas y vendas hasta que los resultados de laboratorio aseguraban la asepsia de la herida, procediendo entonces a suturarla (29). Las enfermeras asistían al cirujano durante las intervenciones quirúrgicas, ya fuesen en el Hospital de Campaña o en los trenes (Figura 3).

Este protocolo era el que seguían los cirujanos de todos los escalones sanitarios siendo la única diferencia las condiciones en las que se realizaba la cirugía. En los Hospitales de Campaña siempre había peligro de que algún proyectil impactara cerca de la formación. Cuanto más alejadas del frente estuvieran, las formaciones sanitarias eran más complejas, disponían de un equipo más moderno, de aparatos de rayos X, laboratorio y contaban con especialistas en los diferentes tipos de cirugía: articular, torácica, abdominal, etc.

Para acoger a todos los heridos del frente, muchos edificios públicos como escuelas, bibliotecas y pabellones se transformaron en hospitales. Los heridos atendidos en estas formaciones permanecían el tiempo que fuese necesario para recuperarse de sus heridas antes de volver a las trincheras. (Figura 4). Estos eran atendidos principalmente por

enfermeras que vigilaban la evolución de las lesiones y ayudaban a los que habían sufrido alguna amputación a valerse por sí mismo.

En uno de los hospitales del interior del Imperio austrohúngaro sirvió Edith Stein, una filósofa dedicada al estudio de la empatía que interrumpió su doctorado titulado "Sobre el problema de la empatía" para colaborar en el esfuerzo bélico. Aunque no hay constancia de que modificase su tesis doctoral tras su voluntariado, la presentó un año después de dejar el hospital y algunos autores –Amparo Nogales Espert entre otros- creen que su experiencia como enfermera le ayudó a concretar algunos conceptos sobre la empatía a través de la relación con los soldados heridos (30).

Edith Stein prestó cuidados como enfermera en un hospital de la actual República Checa que recibía a los heridos del frente de los Cárpatos. Se trataba de un hospital para enfermos contagiosos que disponía de 4000 camas, se atendía enfermos de tifus principalmente aunque también ingresaban soldados con heridas infectadas. Entre la atención que prestaban se incluían los cuidados paliativos, ya que en muchos casos la enfermedad había avanzado tanto que ya no le podían salvar y solo quedaba esperar a que falleciese. Las enfermeras se encargaban de que no sufriesen durante el proceso de agonía administrando inyecciones de alcanfor horarias o pequeñas cucharadas de huevo con coñac. También eran responsables de los cuidados post-mortem, y de recoger los objetos personales para entregarlos a la oficina militar. Muchos de los enfermos con heridas infectadas tenían fracturas de fémur, portaban fuertes vendajes y debían estar inmovilizados. Edith resalta la importancia de prevenir las ulceraciones en este tipo de pacientes, dejando las sábanas sin arrugas y aplicando fricciones de alcohol y polvo en los puntos de mayor presión entre el resto de cuidados (30).

Debido al gran número de soldados heridos y a la nueva doctrina que recomendaba la intervención precoz, la cirugía se desarrolló con gran rapidez durante la Primera Guerra Mundial. Aparecieron nuevos cirujanos que desafiaron las tradiciones del siglo anterior, realizando operaciones en el frente de complejidad ascendente. La intervención precoz se trasladó a todos los campos de la cirugía, obteniendo buenos resultados en cirugía articular, cirugía de nervios periféricos, cirugía abdominal y cirugía torácica. Se distinguieron las diferentes clases del shock, entre ellas el hemorrágico que curaba cerrando la fuente de la hemorragia y reponiendo la sangre perdida.

Por tanto fue a partir de la experiencia sanitaria de la Primera Guerra Mundial cuando se demostró que la evolución de todo tipo de heridas es mejor cuanto antes se realice la intervención quirúrgica.

4.5 AVANCES SANITARIOS DURANTE LA PRIMERA GUERRA MUNDIAL

Las características armamentísticas de la Primera Guerra Mundial provocaron lesiones desconocidas por el personal sanitario que colapsaron el sistema sanitario en los primeros meses de la contienda. El cambio en la doctrina y la organización sanitaria permitieron lograr un apoyo sanitario eficaz los siguientes años de guerra, pero seguía siendo insuficiente, eran necesarias técnicas e inventos futuristas para tratar heridas del futuro. Los científicos de todo el mundo comenzaron a investigar nuevas técnicas y tratamientos que hicieran la guerra menos mortífera.

Uno de los avances sanitarios de mayor relevancia fue la introducción de los Rayos X en el mundo sanitario. Cuando comenzó la Primera Guerra Mundial Marie Curie se dio cuenta del gran potencial que tenían los Rayos X para localizar y explorar lesiones con mayor precisión. Dada la ingente cantidad de bajas con heridas y fracturas complejas por el fuego de artillería, le pareció buena idea incluir en las formaciones sanitarias del frente un aparato de Rayos X y así agilizar el diagnóstico de los soldados heridos. Con ayuda de la Cruz Roja francesa y la Unión de Mujeres de Francia instaló un aparato de Rayos X en un camión convirtiéndolo en la primera unidad móvil de Rayos X de la Historia. Llegó a equipar 20 coches e instalar 200 salas de radiología para que su descubrimiento llegase a todos los escalones de la atención sanitaria. Ella y su hija Irène formaron parte de los equipos que acudían al frente en las unidades móviles para realizar radiografías a los soldados heridos, superando el millón de soldados beneficiados por su descubrimiento. Así mismo, se encargaron de formar a más de 150 técnicos en radiología extendiendo su uso por todo el frente franco-alemán (31).

Otro avance sanitario de gran importancia fue la férula de transporte de Thomas. Inventada por un galés en 1800 no fue hasta 1914 cuando se adaptó para su uso sanitario. Estaba formada por dos anillos de metal unidos por una barra, un anillo se fijaba a la ingle, otro al tobillo y utilizando correas de cuero se fijaba la pierna a la varilla de metal. La inmovilización de los miembros fracturados tuvo excelentes resultados, la mortalidad en las fracturas de fémur era de un 80% a finales de 1914, con la utilización de la férula de transporte de Thomas se redujo a un 30% y luego a un 15%. Su uso se extendió por todos los ejércitos, los camilleros las colocaban en cuanto encontraban al soldado herido en el campo de batalla. La férula de transporte de Thomas es precursora de las que utilizan en la actualidad los técnicos de emergencias (22).

El último de los avances sanitarios que analizaremos, considerado por muchos el avance sanitario más importante de la Primera Guerra Mundial, fue el desarrollo de las transfusiones sanguíneas. Antes de la guerra las transfusiones se realizaban extrayendo la sangre del donante e infundiéndola inmediatamente en el receptor para que no se coagulara. Era una técnica de alto riesgo que obligaba a utilizar suero salino durante las cirugías, insuficiente para las condiciones de los soldados con heridas de artillería. El canadiense Bruce Robertson y el

estadounidense Roger Lee criticaron este método en sus estudios de 1917 mientras investigaban técnicas más seguras. El descubrimiento de Robertson del citrato sódico como anticoagulante, permitió almacenar la sangre de los donantes para luego infundirla de manera segura al receptor. Se considera el avance sanitario más importante porque a pesar de que durante la Primera Guerra Mundial solo realizaron transfusiones a un porcentaje muy bajo de los heridos, su relevancia en las guerras posteriores le hacen responsables de salvar millones de vidas (32).

5. REHABILITACIÓN DE SECUELAS

Los avances sanitarios citados y el cambio en la organización y doctrina sanitaria aumentaron la supervivencia de soldados con heridas que de otra forma hubiesen sido mortales a principios de siglo. Después de la guerra encontramos un gran número de soldados con amputaciones y con secuelas permanentes de una guerra que revivirán en sus peores pesadillas y que no serán capaces de describir. Como dijo Walter Benjamin los soldados de la Guerra del 14 cuando volvieron del frente no tenían nada que contar porque la experiencia de lo que habían visto (la primera guerra tecnológica a gran escala) no cabía en las viejas y gastadas palabras de las que disponían para relatar su historia (33).

Durante los primeros meses de guerra las recomendaciones de Lister y la organización sanitaria ineficaz provocaron la amputación masiva de miembros lesionados con el objetivo de evitar la generalización de la infección y la muerte del soldado. El final de la guerra se saldó con 8 millones de soldados con algún tipo de discapacidad, de los cuales alrededor de medio millón sufrieron amputaciones. Los amputados de miembros tuvieron que vivir con los dolores causados por la extrema sensibilidad de sus muñones y el dolor de sus "miembros fantasmas". El gran número de soldados amputados provocó el avance de la cirugía ortopédica y el desarrollo de prótesis que sustituirían los miembros perdidos.

Un tipo de lesión causó especial preocupación después de la guerra, las "caras rotas", soldados desfigurados por impactos de metralla en sus rostros. Se convirtieron en las víctimas emblemáticas del combate moderno. Eran necesarias múltiples operaciones a manos de expertos en cirugía plástica y maxilofacial, seguidas de hospitalizaciones interminables para reparar el daño causado. La minusvalía facial incluía los mecanismos adecuados de interacción con los demás y precisaba de una difícil y larga reconstrucción con la que permitir una nueva identidad, que en sí misma suponía un problema psicológico difícil de tratar (Figura 5).

A principios del siglo XX las personas con discapacidad se veían como una carga para la sociedad ya que no era posible que su estado mejorase. El descenso de la mortalidad por daño cerebral durante la Primera Guerra Mundial supuso la supervivencia de un elevado número de veteranos con secuelas neurológicas. Estos excombatientes habían sido heridos durante la defensa de su nación, ayudarles a adaptarse a sus nuevas condiciones de vida fue la manera

de agradecerles su labor. Algunos profesionales resolvieron que con el tratamiento adecuado podrían llegar a alcanzar cotas aceptables de autonomía, entre ellos el psicólogo estadounidense Franz Sheperd que defendió la neurorrehabilitación basada en la repetición y la práctica. Así mismo destacó la importancia de abordar simultáneamente los déficits cognitivos, emocionales y conductuales para alcanzar el objetivo fundamental de la terapia, la reinserción laboral (34).

La Primera Guerra Mundial marcó el inicio de la rehabilitación neuropsicológica actual. Pero la paz supuso el fin del desarrollo de la rehabilitación neuropsicológica, quedando relegada a un segundo plano hasta el comienzo de la segunda conflagración mundial. Los medios actualmente utilizados son distintos, pero los objetivos son los mismos: ayudar a las personas con daño cerebral a ser capaces de adaptarse a su nueva vida (34).

5.1 NEUROSIS DE GUERRA

Las ametralladoras y los cañones de artillería fueron las armas que más impacto sanitario tuvieron en la Primera Guerra Mundial, pero no fueron las únicas, la estaticidad de las trincheras y la “economía de guerra” facilitaron el desarrollo de armas cada vez más poderosas en busca de una ventaja táctica que permitiese a los ejércitos ganar la guerra. Con este objetivo se desarrollaron las armas químicas, el lanzallamas y el carro de combate, y se utilizaron técnicas como el bombardeo aéreo.

Durante la Gran Guerra se utilizaron más de 30 sustancias químicas como armas, la primera que se utilizó fue el gas lacrimógeno que afectaba a los ojos impidiendo la visión. A partir de entonces comenzó una carrera para descubrir el gas más dañino para el cuerpo. Los alemanes fueron los primeros en utilizar el gas cloro y fosgeno que provocaba la asfixia del soldado. Aunque tuvieron un gran impacto psicológico en los soldados, no tuvieron un papel decisivo en el conflicto causando menos del 1% de todas las muertes. Esto fue en parte gracias al rápido desarrollo de las máscaras antigás, la primera era un paño empapado en orina porque el amoniaco neutralizaba el ácido. Pero pronto se desarrollaron máscaras que cubrían la cara, protegiendo también los ojos, y tenían un tubo conectado a una mochila que filtraba el aire y mejoraba la respiración (Figura 6) (20).

El lanzallamas también tuvo un gran impacto psicológico sobre el enemigo, los soldados portaban un depósito de combustible a la espalda que les permitía lanzar llamas a una distancia de hasta 20 metros. Estos soldados eran temidos incluso por sus compañeros, pues se consideraba un arma deshonrosa. También causó estragos la utilización del carro de combate, se utilizó por primera vez en la Primera Guerra Mundial para cruzar las alambradas que protegían las trincheras enemigas y permitir el acceso a la infantería. Debido a su potencial, posteriormente le introdujeron ametralladoras y lanzallamas para convertirlo en una unidad de combate realmente temible que causaba la retirada de muchos combatientes.

Los soldados que luchaban en las trincheras estaban sometidos a un alto nivel de estrés físico y psicológico, ya que las batallas se alargaban durante meses y los bombardeos duraban semanas. Todo ello junto al nuevo armamento y las condiciones de vida de las trincheras provocaron un aumento de las bajas psicológicas, que en el ejército francés constituyeron el 14% de las bajas totales. Lo que hoy identificamos como “neurosis de guerra”, los franceses lo denominaron “conmoción”, los británicos “shell-shock” y los alemanes “kriegsneurosen” o “kriegshysterie”. Estos términos se utilizaron para definir el comportamiento de algunos soldados que no pudieron soportar el nivel de violencia de la guerra de trincheras quedando paralizados por el horror de las experiencias de la batalla, incapaces de volver a combatir ni de explicar el porqué. Aunque ya se habían definido casos similares en batallas del siglo XIX, fue en la Primera Guerra Mundial cuando se inició el tratamiento psicológico a este tipo de soldado. El tratamiento o rehabilitación consistía en intervenir inmediatamente y mantener al soldado afectado cerca del campo de batalla, a la vez que se fomentaba la esperanza de curación (5).

Después de la guerra se identificó que los causantes de los desórdenes psicológicos de la Primera Guerra Mundial tenían su origen en las agresiones sensoriales relacionadas con los traumas de los combatientes. En este caso la vista tuvo una mayor importancia por el impacto que produce ver un cuerpo herido, un cadáver o un cuerpo mutilado; cuya imagen anticipa lo que puede acontecer a uno mismo. Los estímulos auditivos también contribuyen a desarrollar este trastorno y en muchas ocasiones son el desencadenante de un nuevo episodio de neurosis en el soldado. Los gritos de los heridos, el ruido de las ametralladoras o el silbido que precede a las explosiones de artillería son algunos de los sonidos que se graban en la mente de los combatientes. El tacto también participa cuando impactan en la piel fragmentos de carne y hueso de otros combatientes. El olfato es agredido por el olor a putrefacción de los cadáveres en descomposición, el olor de la pólvora y de la sangre mezclada con la tierra del campo de batalla (5).

Los soldados aguantaron un nivel de violencia insoportable para muchos. En situaciones desesperadas algunos volvieron contra su cuerpo esa violencia a través del suicidio o de la autolesión. Algunos soldados en su afán de abandonar las trincheras sacaban un brazo fuera de la trinchera y esperaban a que una bala enemiga les alcanzase, o se disparaban en un pie. De esta manera se les consideraba heridos e iniciaban el camino a la retaguardia para recuperarse, escapando del infierno. Según el oficial Lionel Sotheby, encontramos en su diario una curiosa distinción entre los soldados que fingían enfermos y los que se automutilaban. A los primeros les veía como desertores y cobardes, indignos del uniforme militar que se quedaban paralizados y se orinaban en los pantalones; mientras que a los segundos los disculpaba, alegando que al menos eran valientes, pues tomaban una decisión, aunque fuese la errónea, en una situación de peligro (35).

Ese soldado tumbado en la “tierra de nadie” bajo el fuego de artillería, cubierto de barro, impotente frente al enemigo, agotado, traumatizado, es un hombre que conoce el terror físico y

la humillación que provoca. Sus habilidades y entrenamiento poco pueden hacer contra la eficacia del fuego anónimo, característica de la Primera Guerra Mundial. Una guerra en la que no ves a tu enemigo, te ataca desde detrás de las colinas, oculto en el bosque. Los combates se transforman y serán descritos como “carnicería” o “matadero” por los jóvenes soldados.

Al horror de la guerra hay que añadir la situación con la que se encontraron los soldados cuando volvieron a sus hogares, exhaustos, psicológicamente inválidos y socialmente desclasados. Esto se hace aún más difícil para el bando derrotado, pues además tienen que soportar comentarios vejatorios que les acusan de no haber peleado bien o de no haber sido lo suficientemente valientes para derrotar al enemigo. ¿Cómo encontrar en su experiencia esa autoestima y valerosidad que se atribuía a las batallas de otras épocas?

6. CONCLUSIONES

Tras el desarrollo de la revisión bibliográfica podemos considerar cumplidos los objetivos planteados. El análisis sistemático de las fuentes secundarias nos ha permitido acercarnos a la Primera Guerra Mundial y entender las implicaciones sanitarias de la época. Las conclusiones derivadas de la revisión bibliográfica a las que hemos llegado son las siguientes:

Como consecuencia de la Primera Guerra Mundial, la mujer ganó visibilidad, salió del ámbito privado que había ocupado en el siglo pasado para ocupar puestos de trabajo tradicionalmente masculinos. De forma paralela, la Enfermería salió del ámbito religioso y exclusivo para ocupar un papel decisivo en el primer conflicto mundial.

La profesión enfermera experimentó un gran desarrollo durante la Primera Guerra Mundial, se crearon colegios y asociaciones de enfermería que asentaron la profesión y le dieron la visibilidad internacional que merecía a través del Consejo Internacional de Enfermería.

La Cruz Roja desempeñó un papel de gran relevancia durante el conflicto, adquiriendo la credibilidad de la que goza en la actualidad. Mediante el voluntariado, las sociedades nacionales organizaron la asistencia a los heridos del frente, mientras que la Cruz Roja Internacional se encargó del apoyo humanitario junto a la Santa Sede de la Iglesia Católica.

El desarrollo de un armamento cada vez más potente cambió la forma de entender las guerras y provocó un cambio en la organización del apoyo sanitario de los ejércitos, cuyas bases han marcado el apoyo sanitario de las guerras hasta la actualidad.

Las armas desarrolladas y utilizadas en la Gran Guerra provocaron la aparición de heridas y lesiones sin precedentes. Para atender a los heridos y tratar sus lesiones adecuadamente fue necesario el desarrollo de avances sanitarios tan futuristas como lo fue el armamento utilizado. Los avances sanitarios desarrollados durante la Primera Guerra Mundial fueron las transfusiones, la férula de transporte de Thomas y el uso en sanidad de los Rayos X; aunque también experimentó una evolución importante la cura de las heridas y la cirugía.

Los avances sanitarios antes citados fueron, en un primer momento, patrimonio exclusivo de médicos y cirujanos; pero con el tiempo estas técnicas se han convertido en práctica habitual de la enfermería, por lo que podemos considerar que contribuyeron al desarrollo y a la tecnificación de nuestra profesión.

Aunque se tiende a pensar que los únicos heridos en las guerras son los que presentan lesiones físicas; hay otro tipo de soldados con lesiones psicológicas. El número de bajas psicológicas de la Primera Guerra Mundial aumentó considerablemente debido a las características de la guerra de trincheras y lo novedoso del armamento utilizado. Como consecuencia, la atención psicológica y la rehabilitación después del combate experimentó un crecimiento sin precedentes, volviendo a desaparecer cuando acabó la guerra.

En definitiva, podemos concluir que un hecho histórico de la envergadura de la Primera Guerra Mundial, que puso fin a los imperios absolutistas del siglo XIX: el Imperio Austrohúngaro y el Imperio Ruso, no solo transformó la forma de entender y hacer la guerra, también dejó marcada a toda una generación de jóvenes que vieron su futuro oscurecido por las atrocidades de la batalla. El conflicto también cambió la relación entre los hombres y las mujeres de la época, mostrando más similitudes que diferencias. Para el mundo sanitario, esta crisis mundial supuso un avance tecnológico, pues se tenían que buscar soluciones a la velocidad que la empresa armamentística desarrollaba tecnología destructiva. De igual manera, la gran demanda de asistencia que generó la Gran Guerra dispuso a la Enfermería como la profesión que debía encargarse de la enorme cantidad de cuidados derivados de estas situaciones, y a la que respondió con una ejemplar contribución tanto en la organización de los sistemas sanitarios como en la atención directa a los heridos y a los afectados por secuelas tanto físicas como psicológicas.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Entralgo L. Historia universal de la medicina. Volumen VII. 1ª ed. Madrid: editorial Salvat; 1998.
2. Betancor Gómez MJ. Política y medicina antes de la gran guerra: la participación española en la conferencia sanitaria internacional de París de 1911-1912. En: Campos Marín R, González de Pablo A, Porrás Gallo MI, et al, editores. Medicina y Poder Político. 1ª ed. Madrid: Facultad de Medicina de la Universidad Complutense; 2014. p. 443-449.
3. Hastings M. 1914: el año de la catástrofe. 1ª ed. Barcelona: editorial Crítica; 2013.
4. Pimlott J. La Primera Guerra Mundial. 1ª ed. Barcelona: editorial Norma; 1989.
5. Audoin-Rouzeau S. Matanzas. El cuerpo y la guerra. En: Corbin A, Courtine JJ, Vigarello G. Historia del Cuerpo (III) El siglo XX. 1ª ed. Madrid: taurus historia. 2006. p. 275-313.
6. Stevenson D. 1914-1918. Historia de la Primera Guerra Mundial. 1ª ed. Barcelona: editorial debate; 2013.
7. Bernard Monferrer E, Mut Camacho M, Fernández Fernández C. Estereotipos y contraestereotipos del papel de la mujer en la Gran Guerra. Experiencias femeninas y su reflejo en el cine. Hist Comun Soc. 2013; 18:169-189.
8. Fernández Calleja JM. La I Guerra Mundial y el modo deliberadamente masculino de entender la política. Hist Comun Soc. 2014; 19:19-97.
9. Magallón Portoles C, Blasco Lisa S. Mujeres contra la Primera Guerra Mundial: el Comité Internacional de Mujeres por una Paz Permanente (La Haya, 1915). En: siglo XXI. Mujeres en pie de paz. España: Fundación Seminario de Investigación para la Paz; 2006. p. 157-180.
10. Vidaurreta Campillo M. Guerra y condición femenina en la sociedad industrial. Rev Esp Invest Sociol. 1978; 1:65-104.
11. Sanchez Medero R. Campañas propagandísticas: su uso en la formación de la opinión pública. El caso del Comité de Información Pública de los EEUU durante la Primera Guerra Mundial. Revista de estudios de comunicación (ZER). 2008; 13(25):141-161.
12. Padilla Castillo G, Rodríguez Torres J. La I Guerra Mundial en la retaguardia: la mujer protagonista. Hist Comun Soc. 2013; 18:191-206.
13. Prieto García-Cañedo S. Hibridismo y Primera Guerra Mundial: realidad, ficción y géneros literarios en The Cellar-House of Pervyse (1916). Archivum: revista de la facultad de filología. 2014; 64:217-238.

14. Huguet M. Batallar fuera de casa: mujeres de uniforme en la Primera Guerra Mundial. *Journal of Feminist, Gender and Women's Studies*. 2016; 3:31-43.
15. Donahue MP. Historia de la enfermería. Volumen II. 1ª ed. Barcelona: editorial Doyma; 1987.
16. Roth GA, Fee E. A Soldier's Hero: Edith Cavell (1865-1915). *American Journal of Public Health*. 2010; 100(10):1865-1866.
17. Martín Moruno D. Las enfermeras también posan: representaciones de los cuidados durante la Primera Guerra Mundial. En: González Redondo FA. Ciencia y Técnica entre la Paz y la Guerra: 1714, 1814, 1914. Madrid: Sociedad española de historia de la ciencia y las técnicas. 2014. p. 285-294.
18. Ossandón Widow ME. Guerra y caridad. Correspondencia entre la Santa Sede y el Comité Internacional de la Cruz Roja durante la Primera Guerra Mundial. *Anuario de historia de la iglesia*. 2014; 23:83-110.
19. Hernández Conesa JM. La Primera Guerra Mundial y la acción humanitaria: génesis doctrinal de la humanización de los campos de batalla. *Metas Enferm*. sep 2014; 17(7):72-74.
20. Navarro Suay R, Plaza Torres JF. Una "hazaña prácticamente desconocida": la participación de médicos militares españoles en la Primera Guerra Mundial. *Sanid mil*. 2014; 70(1):51-57.
21. Delgado Marchante A, Álvarez Ongil Y, Delgado Marchante M. Las demandas sociales como motor del desarrollo en el transporte sanitario. *Híades*. 2015; 11:281-295.
22. Campillo Laguna JR. Bases históricas del escalonamiento del Servicio de Sanidad en operaciones. *Sanid Mil*. 2008; 64(1):43-51.
23. Murillo Godínez G. Recordando la gripe española. *Med Int Mex*. 2011; 27(5):463-466.
24. Navarro Suay R, Hernández-Abadía de Bárbara A, Gutiérrez Ortega C, Tamburri Baritain R, Bartolomé Cela E, Gilsanz Rodríguez F. Análisis del agente lesivo en la baja de combate. *Sanid Mil*. 2011; 67(1):18-24.
25. Campillo Laguna JR. Norma de Evacuación, clave en el despliegue sanitario. *Med Mil* 2004. 2004; 60(3):185-190.
26. Alsina Álvarez J. Verdún, un siglo después. *Med Mil*. 2005; 61(1): 43-49.
27. Castelló JE. La Primera Guerra Mundial: La Gran Guerra. 1ª ed. Madrid: editorial Anaya; 2010.
28. Navarro Suay R, Hernández-Abadía de Bárbara A, Gutiérrez Ortega C, Tamburri Baritain R, Bartolomé Cela E, Gilsanz Rodríguez F. Análisis de la topografía lesional en

- la baja de combate. *Sanid Mil.* 2011; 67(2):78-83.
29. Antunovic F, Fernández C, Aranda E, Ale V, Marecos MC. La solución de Dakin-Carrel. *Flebología y Linfología – Lecturas vasculares.* 2013; 20:1230-1235.
30. Nogales Espert A. La empatía según Edith Stein y sus aplicaciones en enfermería en el contexto familiar. *Cultura de los cuidados.* 2008; 24:119-133.
31. Serna Montoya E. Marie Curie. *Lámpsakos.* 2011; 5: 70-75.
32. JR Hess, MJG Thomas. Blood use in war and disaster: lessons from the past century. *Transfusion.* 2003; 43:1622-1633.
33. Benjamin, W. *Libro de los pasajes.* Akal, Madrid, 2005.
34. García Molina A, Roig Rovira T. Rehabilitación neuropsicológica en tiempo de guerra. *Rev Neurol.* 2013; 57(10):463-470.
35. Carrera E. El miedo en la historia: testimonios de la Gran Guerra. *Rúbrica Contemporánea.* 2015; 4 (7): 47-66.

8. ANEXOS



Figura 1. Carteles de propaganda estadounidense y británico para reclutar voluntarias. Imagen extraída de "150 años de ayuda humanitaria: la Primera Guerra Mundial"

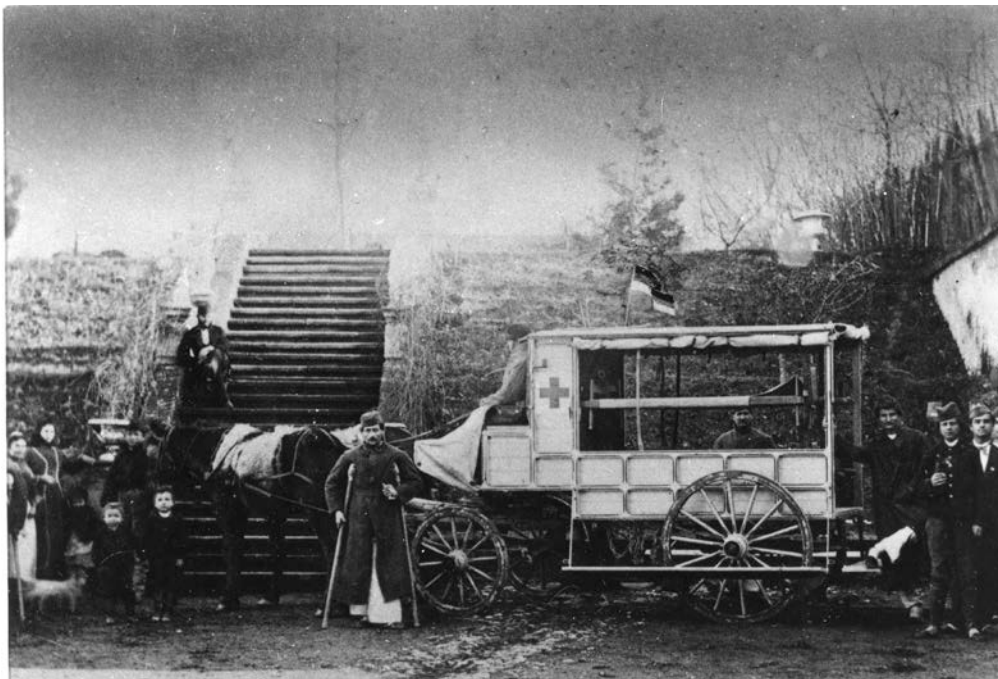


Figura 2. Ambulancia para el transporte de heridos a los Hospitales de Evacuación. Imagen extraída de "150 años de ayuda humanitaria: la Primera Guerra Mundial"



Figura 3. Sala de operaciones de la Primera Guerra Mundial. Imagen extraída de “150 años de ayuda humanitaria: la Primera Guerra Mundial”



Figura 4: Pabellón reutilizado como Hospital militar durante la Primera Guerra Mundial. Imagen extraída de “150 años de ayuda humanitaria: la Primera Guerra Mundial”



Figura 5: Soldado con la cara desfigurada. "Caras Rotas". Imagen extraída de "150 años de ayuda humanitaria: la Primera Guerra Mundial"



Figura 6. Enfermeras asistiendo a soldados heridos con máscaras antigás. Imagen extraída de "150 años de ayuda humanitaria: la Primera Guerra Mundial"