



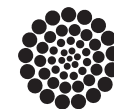
150 Años

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

ACADEMIA NACIONAL
DE MEDICINA DE MÉXICO:

*NARRATIVA MÉDICA EN LOS 150 AÑOS
DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE
MÉXICO*

Volumen 1



CONACYT

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología

Mesa Directiva
de la Academia Nacional de Medicina
2013–2014

Presidente

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Vicepresidente

Dr. Enrique Graue Wiechers

Secretario General

Dr. Javier Mancilla Ramírez

Tesorero

Dr. Germán Fajardo Dolci

Secretaria Adjunta

Dra. Elsa Sarti Gutiérrez

Comité Organizador de las Actividades Conmemorativas
del CL Aniversario de la Fundación
de la Academia Nacional de Medicina de México

Presidente

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Coordinador General

Dr. Carlos E. Varela Rueda

Coordinador del Subcomité de Actividades Científicas

Dr. Raúl Carrillo Esper

Coordinador del Subcomité de Actividades Editoriales

Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg

Coordinador del Subcomité de Actividades Culturales

Dr. Emilio García Procel†

Dr. Julio Sotelo Morales

Coordinador del Subcomité de Actividades Sociales

Dr. Germán Fajardo Dolci



150 Años

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA / MÉXICO

ACADEMIA NACIONAL
DE MEDICINA DE MÉXICO:

*NARRATIVA MÉDICA EN LOS 150 AÑOS
DE LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE
MÉXICO*

Volumen 1



DERECHOS RESERVADOS © 2014, por:
Academia Nacional de Medicina de México (ANMM)

Editado, impreso y publicado, con autorización de la Academia Nacional de Medicina de México
por Palabras y Plumas Editores, S. A. de C. V.



Narrativa Médica en los 150 años de la Academia Nacional de Medicina de México Primera edición

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede reproducirse, almacenarse en cualquier sistema de recuperación inventado o por inventarse, ni transmitirse en forma alguna y por ningún medio electrónico o mecánico, incluidas fotocopias, sin autorización escrita del titular de los derechos de autor.

ISBN Obra completa: 978-607-95856-6-2

Volumen 1: 978-607-95856-7-9

Advertencia

Debido a los rápidos avances en las ciencias médicas, el diagnóstico, el tratamiento, el tipo de fármaco, la dosis, etc., deben verificarse en forma individual. El(los) autor(es) y los editores no se responsabilizan de ningún efecto adverso derivado de la aplicación de los conceptos vertidos en esta publicación, la cual queda a criterio exclusivo del lector.



Reproducir esta obra en cualquier formato es ilegal. Infórmate en: info@cempro.org.mx

Créditos de producción

Dra. Herlinda Dabbah Mustri
Dirección editorial

IDG Edgar Romero Escobar
Diseño de portada

IDG Marcela Solís
Diseño y diagramación de interiores

Rosalba Velázquez Vadillo
Maquetación

Impreso en México
en Impresos Garoli

Printed in Mexico

CONTENIDO

PRESENTACIÓN

PRESENTACIÓN	13
<i>Alberto Lifshitz</i>	
<i>Herlinda Dabbah</i>	

1. NARRATIVA HISTÓRICA

HISTORIAS DE LA OSA MAYOR (LA DECENA TRÁGICA)	19
<i>Arturo Beltrán Ortega</i>	

EL TERREMOTO DE 1985 EN LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA	25
<i>Manuel Cárdenas Loeza</i>	

UN SUEÑO HECHO REALIDAD: EL POSGRADO DE INMUNOLOGÍA EN EL IPN	31
<i>Sergio Estrada-Parra</i>	

CIENTO CINCUENTA AÑOS DE MICROBIOLOGÍA	35
<i>Silvia Giono Cerezo</i>	

27 DE AGOSTO DE 1965. ENTRADA PRINCIPAL DEL CENTRO HOSPITALARIO “20 DE NOVIEMBRE” DEL ISSSTE	43
<i>Luis Martín-Abreu</i>	

SUCEDIÓ EN 1985	47
<i>Rolando Neri-Vela</i>	

ELOGIO AL VALLE DE ANÁHUAC	51
<i>Ana Cecilia Rodríguez de Romo</i>	

UN MÉDICO INOLVIDABLE	59
<i>Martha Eugenia Rodríguez Pérez</i>	

EL PEREGRINAJE DE ACADEMUS <i>REDIVIVO</i> EN LA NUEVA ESPAÑA DEL SIGLO XX	65
<i>Fabio Salamanca Gómez</i>	

2. BIOGRAFÍAS

CÓMO SUPERAR LA ADVERSIDAD. ANÉCDOTAS DE VÍCTOR E. FRANKL	73
<i>José Fenig Rodríguez</i>	
SEMBLANZA DEL DR. JOSÉ KUTHY PORTER	83
<i>César Gutiérrez Samperio</i>	
DON PACO	93
<i>José Ramón Nogueira de Rojas</i>	
LAS 30,000 AUTOPSIAS	99
<i>Carlos Ortiz Hidalgo</i>	
LAS COORDENADAS DEL VIAJE A ÍTACA	109
<i>Rafael J. Salín-Pascual</i>	
IGNAZ PHILIPP SEMMELWEIS	113
<i>Armando Vargas Domínguez</i>	
3. ENSAYOS	
EL PARADIGMA DE LA MEDICINA ACTUAL	127
<i>Juan Miguel Abdo Francis</i>	
EL VUELO DE LOS CABALLOS	133
<i>Pedro Berruecos Villalobos</i>	
ENVÉS DE LA REVISTA MÉDICA IMPRESA, LA DIGITAL	149
<i>Guillermo Fajardo Ortiz</i>	
LA SOLEDAD DEL MÉDICO	153
<i>Horacio Jinich</i>	
LA RESPONSABILIDAD ACADÉMICA DE NUESTRO TIEMPO	167
<i>Samuel Karchmer</i>	
SOBRESUELDO	177
<i>José Luis Moragrega</i>	
CONSIDERACIONES ÉTICAS AL FINAL DE LA VIDA EN NIÑOS	183
<i>Jesús Alfonso Peñaloza Santillán</i>	
ELLA SÓLO RECUERDA LA LENGUA QUE LOS DEMÁS OLVIDARON	189
<i>Jesús Ramírez-Bermúdez y Teresa Corona Vázquez</i>	

CONTRIBUCIONES DE LOS ANIMALES INVERTEBRADOS A LA MEDICINA	197
<i>Fidel Ramón Romero</i>	
VIVENCIAS Y EXPERIENCIAS EN LA PRÁCTICA DE LA NEUROLOGÍA	213
<i>Francisco Rubio Donnadieu</i>	
SOBRE LAS LENTEJAS, LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA	225
<i>Guillermo José Ruiz-Argüelles</i>	
EL EMBATE DEL ENTORNO EN LA SALUD MENTAL DEL MÉDICO	229
<i>Eduardo Vázquez Vela Sánchez</i>	

4. ANÉCDOTAS

“NADIE SE MUERE LA VÍSPERA” (DICHO MEXICANO) TRES CUENTOS CORTOS	241
<i>Héctor G. Aguirre Gas</i>	
LA SORPRENDENTE E INCREÍBLE HAZAÑA DE UN HÉROE DEL ESCUADRÓN 201	249
<i>Rafael Álvarez Cordero</i>	
LAS VIVENCIAS	255
<i>José Luis Barrera Franco</i>	
EL CASO DEL MÁS FAMOSO PACIENTE QUE NO ME PERMITIERON OPERAR Y TERMINÓ EN TRAGEDIA	263
<i>Jorge Cervantes</i>	
DOCTOR, NO ENTENDÍ BIEN ¿MI HIJO TIENE DIARREA O ESQUIZOFRENIA?	267
<i>Fernando Corona Hernández</i>	
LA MUJER QUE BESÓ EL DIABLO	271
<i>Manuel Antonio Díaz de León Ponce</i>	
UN MÉDICO, CUATRO PRESIDENTES Y EL “CHE”	275
<i>Francisco Durazo Quiroz</i>	
UN CUENTO CHINO...EN UN MUNDO REAL	283
<i>Silvia García de Villagómez</i>	
UNA NOCHE DE GUARDIA	291
<i>Óscar González Pérez</i>	
EL INTERÉS TIENE PIES	295
<i>José Halabe Cherem</i>	

EXPERIENCIAS DE UN MÉDICO	301
<i>Horacio Jinich</i>	
LAS PROFECÍAS DE LUSTRADAMUS (Una narración sobre la catástrofe que la Diabetes Mellitus Tipo 2 provocará entre los mexicanos)	307
<i>Arnulfo Irigoyen Coria</i>	
DAMISELA EN APUROS	313
<i>Mirella Márquez</i>	
MI EXPERIENCIA EN UROLOGÍA	319
<i>Luis Martín–Abreu</i>	
ANÉCDOTAS DE UN MÉDICO NAVAL	321
<i>Luis Martín–Abreu</i>	
EL VALOR DE UNA SONRISA	327
<i>Jesús Martínez Reding</i>	
LA VERSATILIDAD DEL MÉDICO Y SU MÍSTICA DE SERVICIO	329
<i>Marcelo Páramo Díaz</i>	
UN DÍA HIPERTENSO, O DOS	333
<i>Marco Antonio Peña Duque</i>	
CONVENIO PARA EL CONTROL DEL TABACO. UN TESTIMONIO	335
<i>Horacio Rubio Monteverde</i>	
EL RETO	339
<i>Elsa Ruvinskis Pérez</i>	
BAUTIZO DE FUEGO	345
<i>Beatriz Salazar Vázquez</i>	
DE LA VIDA, LOS SUEÑOS Y ALGO MÁS	347
<i>Gerardo Torres Corzo</i>	
VJZ – SALUD H ₂ O = > SOBREVIDA VADEMÉCUM HÍDRICO	351
<i>Alejandro Treviño Becerra</i>	
LA REALIDAD SUPERA A LA FICCIÓN	355
<i>Jaime Villalba Caloca</i>	
UN RELATO PARA EL ANECDOTARIO: CONFRONTACIONES AZAROSAS	363
<i>José de Jesús Villalpando Casas</i>	

PRESENTACIÓN

PRESENTACIÓN

XIII

[...] El relato¹ está presente en todos los tiempos, en todos los lugares, en todas las sociedades; el relato comienza con la historia misma de la humanidad; no hay ni ha habido jamás en parte alguna un pueblo sin relatos; todas las clases, todos los grupos humanos, tienen sus relatos y muy a menudo estos relatos son saboreados en común por hombres de cultura diversa e incluso opuesta; el relato se burla de la buena y de la mala literatura: es internacional, transhistórico, transcultural, el relato está allí, como la vida². Roland Barthes².

En su quehacer diario los médicos emplean como herramienta natural a la escritura, ya sea para las historias clínicas, notas del expediente, artículos y hasta prescripciones. Asimismo, en tanto clínicos, fungen como testigos y otras veces como actores en la actividad que desempeñan. Irrumpen en los bordes de la vida y la muerte, sin duda los más extremos emplazamientos del hombre, además de la larguísima y honda línea de estados físicos, psíquicos y emocionales que corren entre estas dos orillas. ¿Tendrían así los médicos en su

¹ El título de la obra *Narrativa médica en los 150 años de la Academia Nacional de Medicina de México* aunque en su denominación, alude a la “narración” esta se enmarca de acuerdo a Algirdas Julien Greimas y a Roland Barthes en la clasificación del discurso, del discurso lingüístico y su tipología en que se reconocen tres grandes tipos: 1) discurso metonímico, característico del relato; 2) discurso metafórico, característico de la poesía lírica y 4) el discurso entimemático, que es el discurso intelectual, silogístico, constituido por antecedentes y consecuentes. De esta forma, si se vincula la narrativa al relato este libro corresponde en su contenido (relato, cuento, anécdota, ensayo, narrativa creativa y lírica) legítima el título que se le ha dado.

² Roland Barthes. *Análisis estructural del relato*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo, 1970.

experiencia, una suerte de polvo de oro en sus manos, de posibilidad de proyección sobre su quehacer en la vida que constituiría un perfecto motivo de relatar lo vivido? Por supuesto que no es sólo poseer ese “polvo de oro”, esa materia prima compuesta por sus experiencias, sino también la capacidad de sentir, de conmoverse, de emocionarse por algún hecho, de reaccionar ante algo, y la disposición para expresarlo por escrito.

Es así que la aportación de los noventa y siete autores en esta obra dispuesta en dos volúmenes, ha reunido ciento nueve textos escritos por médicos o estudiosos de la medicina que aportan tanto sus conocimientos técnicos, sus experiencias en la relación médico–paciente, paciente–médico, así como su inventiva y su capacidad creadora y artística. En el primer volumen se han consignado cuatro secciones que corresponden respectivamente a Narrativa histórica, Biografías, Ensayos y Anécdotas. El segundo volumen está integrado por Relatos, Nosobiografías, Narrativa creativa, Lírica y Aforismos.

Cabe señalar que en muchos de los textos de este libro, aun los que no se encuentren integrados en el rubro de “narrativa de creación” o en el de “lírica”, se puede apreciar una escritura no sólo gramaticalmente correcta, clara y concisa, sino con atributos literarios.

En la narrativa de creación se aprecian los entrecruzamientos entre el discurso médico —supuestamente objetivo— y el literario —tradicionalmente entendido como discurso ficcional— y la forma de recrearlo. No resulta ninguna sorpresa que entre los textos de esta obra, incluyendo “Lírica” y “Aforismos”, se presenten más de 31 creaciones literarias verdaderas, ya que los médicos, tradicionalmente, han representado un papel importante en la historia de la literatura universal. En los textos se puede observar la facultad creadora de sus autores y su don artístico. Los narradores (que no siempre son los propios autores, sino seres de papel concebidos por el universo del autor) configuran a los personajes y emplean distintas técnicas para comunicar lo escrito; algunas veces se centran en la descripción de los personajes a los que delinean y les otorgan características propias; otras veces, dejan que los personajes hablen mediante un diálogo o que lo hagan por medio de un monólogo y según la persona gramatical que elijan. Las construcciones narrativas se encuentran estructuradas y sostenidas por tramas apostadas en atmósferas variadas: oníricas, opresivas, devastadoras, terroríficas, cotidianas, chuscas, terrenales, místicas o cimentadas en espacios misteriosos, vetustos o fantasmagóricos; los procesos creativos

mantienen la tensión narrativa y muchas veces dejan suspendida la atención del lector; los finales son a veces cerrados, pero en otras ocasiones resultan sorprendidos, abiertos o con un alto grado de indeterminación que obligan al lector a “reescribir” el texto y a darle, de acuerdo con su enciclopedia cultural o su horizonte de expectativas, una interpretación particular.

Los temas argumentales tratados en estos escritos son diversos y no siempre se refieren a tópicos médicos y, por señalar sólo algunos, se pueden mencionar el enamoramiento y la locura, especulaciones sobre el fin del mundo, elucubraciones líricas de un patólogo y su amorosa relación con una *Ascaris lumbricoides* hembra; la injusticia, enfermedades inexplicables, la vocación médica, la toma de conciencia al observar el rostro de un cadáver, la homosexualidad, la eutanasia, el suicidio, el asesinato, el incesto, el enfermo del futuro y otros temas más. Asimismo los tratamientos que emplean los autores pueden ser serios, dramáticos, incluso irónicos o humorísticos; algunos plantean equívocos, focalizaciones alternas o se sirven del absurdo; el estilo abarca desde el discurso cotidiano o del habla popular a una prosa llana, sobria, culta y aún barroca; hay escritos líricos, poéticos, o una combinación de ambos con figuras como la metáfora, la anáfora, la comparación o la aliteración y que sirven como recursos para crear atmósferas intimistas de la profundización del “yo”. Poemas escritos a modo de monólogo dirigidos a un “tú” y que tratan los temas de la muerte, el sepulcro como destino final de todo ser o se exploran discernimientos internos del “yo” o del ser médico y su proximidad con la enfermedad. Los “Aforismos”, la última sección del libro, exponen una serie de proposiciones relativas a los síntomas y al diagnóstico de las enfermedades, verdaderas cápsulas de sabiduría.

En suma, una muy digna conmemoración del sesquicentenario en este mosaico de expresiones narrativas que los médicos generosamente obsequian a su Academia, y que representa los más altos valores de la profesión, pero que no desconoce los riesgos, vicios, desvíos y tentaciones.

Alberto Lifshitz
Herlinda Dabbah

NARRATIVA HISTÓRICA

HISTORIAS DE LA OSA MAYOR (LA DECENA TRÁGICA)

Arturo Beltrán Ortega

19

La hazaña que voy a relatar está relacionada con dos hechos históricos muy importantes en la vida política de México: “La Decena Trágica y la Marcha de la Lealtad”. Ambos ocurridos después del derrocamiento del general Porfirio Díaz por parte del movimiento revolucionario iniciado en contra de la dictadura bajo el lema “Sufragio efectivo no reelección”, encabezado por Francisco I. Madero en el año de 1910.

De 1910 a 1913 fue un período de profundos cambios políticos y sociales en el país, que comenzó con la llegada de Madero a la Presidencia de la República el 6 de noviembre de 1911, cargo en el que permaneció por menos de tres años y en que perdió gran parte de su popularidad al incumplir diversas expectativas políticas de obreros y campesinos que se consideraron defraudados. En este sentido, al sentirse desilusionados, Emiliano Zapata y Francisco Villa se levantaron en armas; el primero en el sur y el segundo en el norte del país. A su vez, Madero enfrentó una fuerte oposición por parte de los grupos de la élite y gobernó con una postura moderada y conciliadora hasta 1910.

Madero³ tuvo que controlar asimismo, diversos levantamientos armados, entre los que se cuentan la sublevación de los generales Bernardo Reyes —ex ministro de Guerra y Marina de Porfirio Díaz— y Félix Díaz, sobrino del exdictador. Durante ese lapso estallaron huelgas e intrigas contra el régimen maderista; y por si fuera

³ Taracena Alfonso. *Francisco I Madero*. México: Porrúa, 1988.

poco, la prensa, los senadores y los terratenientes se opusieron a diversas acciones del gobierno.

En este contexto,⁴ la madrugada del 9 de febrero de 1913 los alumnos de la Escuela Militar de Aspirantes —situada en Tlalpan—, en conjunto con los soldados del cuartel de Tacubaya, se levantaron en armas en contra del gobierno del presidente Madero. Los alumnos de esta escuela, bajo las órdenes de sus oficiales, se dirigieron al zócalo de la capital tomando el edificio del Palacio Nacional, la Catedral Metropolitana y edificios colindantes, mientras que otro contingente comandado por el General Manuel Mondragón, se dirigió al cuartel de Santiago Tlaltelolco a liberar al general Bernardo Reyes, para que asumiera el mando de los insurgentes.

Liberado el general Reyes y el General Félix Díaz se dirigieron a Palacio Nacional, ignorando que el comandante militar de la Plaza, general Lauro Villar, había logrado desarmar a los alumnos de la Escuela de Aspirantes, a quienes apresó y recuperó el edificio de Palacio Nacional⁵.

Los sublevados llegaron a las puertas de Palacio donde el general Reyes creyó que el prestigio y la amistad que lo unían al general Villar serían razones para atraerlo a su causa. Enfrente de la puerta del Palacio se entabló una discusión seguida de disparos en que cayó muerto el general Reyes; se desataron fuegos cruzados entre los defensores del Palacio y los Aspirantes que controlaban las torres de catedral con la consecuente muerte de varias gentes de ambos bandos.

Durante esta acción el general Villar resultó herido a nivel del cuello que le provocó una hemorragia abundante; fue relevado y enviado al Hospital Militar, no sin antes advertir al mando relevista “mucho cuidado con Victoriano” (refiriéndose a la poca confianza que le tenía) por lo que, posteriormente, se decía que “la bala que hirió al general Villar mató al gobierno maderista⁶.”

El presidente Madero al recibir en Chapultepec la noticia de la sublevación, ordenó al teniente coronel Víctor Hernández Covarrubias, subdirector del Colegio Militar, se presentara a recibir órdenes las cuales, fueron dadas al capitán del cuartel Francisco A. Cuenca, quién convocó a uniformarse de gala a todos los cadetes presentes

⁴ Garfías Magaña, Luis. *El Ejército Mexicano 1913–1938. Historia del Ejército y Fuerza Aérea Mexicana*. Tomo II. SEDENA: México, 1979, p. 351.

⁵ Garfías Magaña, Luis. *Ibid* p.352.

⁶ *Ibid*. 354-355.

y a que formaran tres Compañías; a armarse y a recibir la dotación reglamentaria de cartuchos de guerra.

El presidente Madero llegó al plantel del Colegio Militar, montando un caballo tordillo acompañado del general Ángel García Peña, Ministro de Guerra y Marina. Arengó a los cadetes en los siguientes términos:⁷

⁸Jóvenes cadetes, unos cuantos malos mexicanos, militares y civiles se han sublevado esta mañana contra mi gobierno. La situación ha sido controlada ya por el general Villar —quien recuperó la plaza—. Pero siendo ustedes herederos de las más puras y nobles tradiciones de la patria, los convoco a escoltarme en columnas de honor hasta la sede del Palacio Nacional, para demostrarle al pueblo de la capital que hemos triunfado derrotando a los desleales.

El director interino del Colegio Militar ordenó que los cadetes se municionaran armados para entrar en combate. Una vez formados en tres columnas se inició la marcha con la primera al frente y las otras dos a los lados del presidente Madero, a manera de “arroparlo”, dirigiéndose por el Paseo de la Reforma hasta llegar a la altura del jardín Guardiola. Ahí una columna, se dispuso, siguiera por la calle de 5 de Mayo y la otra, por San Francisco Plateros y el núcleo principal por la calle 16 de Septiembre.⁹

Al llegar la columna al edificio de Los Leones fueron recibidos a tiros dirigidos al presidente de la República, quien se refugió en un edificio y fue resguardado por un pelotón de la 2.^a Compañía.¹⁰

Una vez controlada la situación, al terminar con los francotiradores, Madero continuó su recorrido hasta el zócalo escoltado por el pueblo y, cuya guardia, estaba formada por aguiluchos del Colegio Militar hasta llegar a Palacio Nacional, donde observó los cadáveres del general Reyes y del Coronel Morelos, que se encontraban en la comandancia del Palacio Nacional.

Los elementos del Colegio Militar permanecieron hasta la noche del martes 11 de febrero de 1913, cuando marcharon a reincorporarse a sus cuarteles en el Castillo de Chapultepec.

⁷ *Historia del Heroico Colegio Militar de México*. SEDENA: México 1973, Tomo II. p 220.

⁸ Garfías Magaña. *Op Cit*. p. 353.

⁹ Cravioto Leyzaola, Adrian. *Historia del Heroico Colegio Militar, a través de la Historia de México*. Tomo III p.650

¹⁰ Garfías Magaña. *Op Cit*. p. 353.

En el lapso de escoltar al presidente, de Chapultepec al Palacio Nacional, sólo sufrió la baja el cadete teniente Gerardo Ríos Covarrubias debido a un balazo en el corazón. A esta marcha se le conoce como “La marcha de la lealtad” y, por su importancia, es celebrada anualmente. Otra vez el heroico Colegio Militar se cubrió de gloria por su patriótica actuación, inmaculada lealtad y estricto cumplimiento del deber que le ha merecido el respeto de toda la nación y que constituye ejemplo para la juventud de México.¹¹

Posteriormente los sublevados —incluyendo a Victoriano Huerta— derrocaron al presidente Madero y lo tomaron prisionero, lo mismo que al vicepresidente José María Pino Suárez, y durante su traslado a la penitenciaría de Lecumberri, ambos fueron asesinados simulando un ataque. A este período se le conoce con el nombre de “Decena Trágica”.¹²

Poco después el líder revolucionario general Venustiano Carranza asumió el gobierno, y con la participación de sus ejércitos y los de Zapata, de Villa y de otros líderes se registró en todo el país lo que ahora se conoce como Revolución Mexicana.¹³

En ese contexto, un cadete del Colegio Militar se incorporó al ejército carrancista y fue asignado a combatir contra las fuerzas zapatistas en el sur del Estado de México; allí lo nombraron capitán y se enfrentó al ejército del Sur.

Relata el capitán que un día, estando en una comida con otros oficiales, se acercó una gitana y les propuso echarles la suerte con las cartas. Todos aceptaron y cuando llegó con el capitán al voltear la carta le dijo:

“Pronto verás las estrellas de la Osa Mayor en el cielo y tendrás una mala noticia”.

La mayoría de los comensales rieron con los vaticinios de la gitana, pero cuatro meses después, tuvieron varios enfrentamientos por el rumbo de Ixtapan de la Sal y, en una cañada, durante una noche de luna llena, cuando parecía que había terminado ya el combate, se escuchó un disparo e, inmediatamente, el capitán sintió un fuerte dolor en la pantorrilla izquierda; la pierna sangraba abundantemente y se percibía algo blanco que parecía el hueso, se

¹¹ *Ibid* p. 223.

¹² Malpica Javier. *La Decena Trágica*. www.bicentenario.gob.mx/audiolibros/Rev._13. Nueva biblioteca del Niño Mexicano, 2009.

¹³ Ulloa Ortiz, Berta (2009). “La Lucha armada” Daniel Cosío Villegas *et al.* *Historia General de México*. México: El Colegio de México. pp 757-821. ISBN 968-12-0969-9.

recostó en la tierra y al voltear al cielo se percató de la luna y de la Osa Mayor en el firmamento.

Sus compañeros se acercaron y lo retiraron enseguida. Llegó el soldado—enfermero a cargo, pues no había médico, y después de revisar la herida le dijo que para salvarle la vida, había que cortar la pierna por arriba del tobillo. El capitán, después de considerar lo grave del sangrado aceptó. Así le dieron a ingerir varias bebidas embriagantes y le pidieron que mordiera un trapo mientras procedían a amputarle la pierna. El sangrado se controló mediante la aplicación de hierro candente. Al amanecer sobrevino una hemorragia y fue necesario cortar nuevamente la extremidad por debajo de la rodilla. Ya de día, lo trasladaron a una enfermería militar cercana a Toluca. Allí permaneció seis meses más en los que le practicaron otras tres cirugías, pues se presentaron diversas complicaciones e infecciones además, de la falta de piel para cerrar el muñón. La última cirugía dejó un muñón de apenas diez centímetros (prácticamente al nivel de la cadera). Después de seis meses con una cicatrización tardía fue trasladado a la Ciudad de México y se reincorporó al ejército, pero dada su condición, le ofrecieron el cargo de pagador de la tropa carrancista en el sur del Estado de Guerrero, y tuvo que aceptarlo pues no había otra opción. Se trasladaba en caballo a la zona asignada y, como debía cruzar el río Mezcala, tenían que bajarlo y subirlo con malacate.

Ya instalado en Chilpancingo, conoció y conquistó a una guapa muchacha que con audacia, le propuso matrimonio a pesar de la oposición de toda la familia de ella, pero el amor finalmente triunfó y comenzaron su vida de casados vendiendo mantas y otras telas a los trabajadores de la carretera Iguala—Acapulco. Así, poco a poco y con mucho esfuerzo, progresaron e instalaron la tienda “La Voz del Pueblo” la cual les permitió vivir con tranquilidad.

El matrimonio tuvo cuatro hijos, quienes ya crecidos, convencieron a su padre a que se retirara a descansar, aunque él vivía contento y contaba con las tardes de los jueves y los domingos para cerrar su tienda y conversar con las personas que caminaban por la acera.

Después de trabajar de diez a doce horas diarias durante treinta años, se retiró junto con su esposa para ir a vivir con su hija y sus nietos en Acapulco, y la tienda que estableció con tanto esfuerzo la donó a sus trabajadores. Pero siempre recordaba esa anécdota y contaba una y otra vez cómo es que esa gitana le había echado la suerte.

Ese joven adolescente salió de su tierra natal en Rosario, Sinaloa, y logró ingresar al Colegio Militar en una época en la que no había muchas opciones para estudiar. Siendo cadete tuvo el honor de acompañar al presidente de la República Francisco I. Madero, en la escolta que integraron la “Marcha de la lealtad”, desde Chapultepec hasta el Palacio Nacional.

Su esposa, la señora Guillermina Ortega Lozano murió el 12 de agosto de 1970, y nueve meses después, más que por enfermedad, también él en Acapulco a causa de su tristeza por la pérdida de su compañera. Este texto es prueba de mi profunda admiración y reconocimiento por la inteligencia, honestidad, capacidad de trabajo, determinación y logros en la vida del capitán Pablo Beltrán Arzapalo, mi padre.

El 9 de febrero de 1971 en el Patio de Honor del Castillo de Chapultepec fueron condecorados con la medalla de la Lealtad, los ochenta y dos supervivientes de la histórica Marcha del Presidente Madero, siendo presidente de la República el Lic. Luis Echeverría Álvarez y secretario de la Defensa Nacional, el general de división, Hermenegildo Cuenca Díaz. La medalla no fue recogida, ya que mi padre no pudo asistir debido a su estado de salud.



EL TERREMOTO DE 1985 EN LA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Manuel Cárdenas Loaeza

En su más que centenaria historia, el problema más grave que ha superado la Academia fue indudablemente la afectación de su sede y de su patrimonio por el terremoto de 1985. Dado que tuve la oportunidad de vivir muy de cerca el proceso de restauración de dicha sede y del patrimonio, escribo estas líneas como un testimonio de lo que se experimentó y, expreso un reconocimiento a los que participaron en el proceso de restauración y para contribuir así a la petición de la Mesa Directiva de colaborar en el libro conmemorativo del sesquicentenario.

En esta exposición sobre la actuación del Dr. Ignacio Chávez Rivera en el terremoto de 1985, me referiré a él como Nacho; me sería muy difícil referirme a él de otra forma ya que fue para mí como un hermano, pues tanto la naturaleza humana como la relación entre nuestros padres y familiares nos ligaron como tales desde nuestra niñez. De acuerdo con el Estatuto tomó posesión como presidente el primer miércoles de febrero del “año trágico”, 1985. La Mesa Directiva la formaron: Rubén Argüero–Secretario, Francisco Escobedo–tesorero, Pedro Berruecos–secretario adjunto.

El 19 de septiembre de 1985 un terremoto azotó a la ciudad y destruyó gran cantidad de edificios; derrumbó hospitales y afectó muy seriamente a los del Centro Médico Nacional. En él fueron desalojados el Hospital de Especialidades, el de Cardiología y el de Maternidad y se derrumbó el de Convalecientes. En la Unidad de Congresos, el edificio de la Academia sufrió daños que obligaron a desalojarlo para una reparación mayor.

En la mañana del mismo día 19 acudí con Nacho a ver cómo estaba el local. El espectáculo era desolador. En el Salón de Sesiones la

estatua de Esculapio de Ampurias, símbolo de la corporación, estaba en el suelo, hecha pedazos; los retratos de la Galería de presidentes estaban desprendidos; en las oficinas, las máquinas de escribir en el suelo y las sillas caídas. El museo y la biblioteca quedaban en el quinto piso; fue necesario subir a pie y encontramos libros tirados y revueltos, las vitrinas abiertas.

Nacho, con gran serenidad, tomó inmediatamente disposiciones con la ayuda de la señorita León, secretaria de la Academia, del señor Somolinos, de Elizabeth, de Saúl y el resto del personal, así como de personal de intendencia del Instituto de Cardiología que le comisionó Jorge Soní. Se despojó del saco y se remangó la camisa, comenzó a cargar y a bajar las cosas del quinto piso, incluso los libros.

En el Salón de Sesiones fue necesario descolgar los retratos de la Galería, proteger el mural de la entrada, quitar los bustos del vestíbulo y empacarlos, organizar los archivos para su traslado, sacar los siales y las mesas del salón de sesiones... En fin, mudar todo el acervo de la Academia. Una parte se almacenó en el Instituto de Cardiología, otra en el estacionamiento subterráneo de la Unidad de Congresos y una más en una bodega rentada gracias a un patrocinador conseguido por Nacho.

En medio de ese caos se suspendió, por segunda vez en su historia, la sesión estatutaria de la Academia; la otra había sido en 1913, durante la Decena Trágica. Las sesiones se llevaron a cabo el resto del año en el Auditorio del Instituto Nacional de Cardiología en Tlalpan. Además de esos problemas, Nacho tuvo que enfrentarse a uno más: la división y el enfrentamiento de los miembros.

Con motivo del derrumbe de los Hospitales Juárez y General, la Secretaría de Salud planteó la posibilidad de construirlos en otro lugar, dado el crecimiento de la ciudad. Así se hizo con el Hospital Juárez, que dejó su sitio original en la Plaza de San Pablo. Pero una parte muy importante del personal médico del Hospital General se opuso terminantemente a su traslado y siguió dando consulta en las ruinas. En las sesiones, al igual que la Secretaría, los académicos de ese lugar pidieron que la Academia se pronunciara al respecto. Los médicos del hospital hicieron una marcha a la Residencia Presidencial y plantearon el problema al Lic. de la Madrid. En la Academia las discusiones eran acaloradas y ríspidas, en ellas participaban aun miembros de la Mesa Directiva, que estaba dividida. Nacho, con su capacidad de análisis y de decisión, se dio cuenta de que el problema era que la Academia no tenía por qué intervenir en la controversia,

no era su papel, ni su objeto. Con su habilidad, y de acuerdo con el reglamento, nombró una comisión para estudiar el problema.

En esa circunstancia se recordó que el terreno del Hospital General había sido un donativo de don Pedro Serrano, abuelo del distinguido académico Pedro Serrano Mass, quien especificó en la donación que si el terreno no era usado para el Hospital revertía a sus herederos. El presidente de la República ordenó que se reconstruyera en ese terreno. Fin del conflicto.

El Dr. Carlos Mc Gregor tomó posesión como presidente para el año de 1986 en la sesión correspondiente. En ese momento, el Dr. Mc Gregor era también subdirector médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, por lo que facilitó para el funcionamiento de la Asociación el Edificio A de la Unidad de Congresos.

En el año de 1988, durante la presidencia de Norberto Treviño, el sótano del estacionamiento de la Unidad de Congresos sufrió una inundación por la ruptura de una tubería. Una parte de los libros de la biblioteca que se almacenaba en ese lugar se empapó. El personal de la Academia los rescató chapoteando en medio de la inundación y los subió a la azotea para que se secaran con el sol. Otra parte de ellos sufrió daño por la humedad y contaminación por hongos. El Dr. Norberto Treviño contrató al bibliotecario del IMSS para restaurarlos, lo que se logró con todo éxito.

Durante la presidencia del Dr. Rubén Lisker, en 1989, se incendió el recinto de la Cámara de Diputados del Congreso de la Unión en San Lázaro. El Congreso declaró sede alterna a la Unidad de Congresos del Centro Médico. La Academia tuvo que ser desalojada. Se consiguió que aunque el edificio de la Academia todavía no estaba totalmente restaurado, se limpiaría la parte del primer piso donde ahora son las salas de juntas para las oficinas y, en el basamento se almacenó la biblioteca, el museo, los óleos, etc. Las sesiones se reanudarían en el auditorio que se reacondicionó. Los arquitectos recomendaron mudar la biblioteca al basamento por el peso de los libros.

En 1990, cuando el presidente era el Dr. Francisco Durazo, se hizo la restauración de los óleos de los expresidentes y de otros, como el que representa la Sesión académica de principios del Siglo XX, y que estaba en el museo del quinto piso y que ahora luce el dintel de la entrada; se repararon los bustos de los académicos en el vestíbulo. En esta labor fue muy importante el trabajo del secretario Víctor Espinosa de los Reyes, quien consiguió parte del dinero necesario de varios generosos patrocinadores. El mismo doctor, ya

como vicepresidente y luego como presidente, con el apoyo del Dr. Pelayo Vilar y del Dr. Adolfo Palomo Martínez, y a través de su relación con los Dres. Valdecasas, el de México y el de España —este último miembro correspondiente de nuestra Academia y académico de la Real Academia de Medicina de Barcelona—, obtuvo de esta última, la generosa donación de una nueva reproducción de la estatua de Esculapio de Ampurias que fue traída con todo cuidado por la directiva de la Real Academia y recibida en sesión solemne por el Dr. Espinosa de los Reyes en 1993. El traslado se logró pese a todas las dificultades; las vicisitudes y problemas que representó la burocracia de México y España fueron tantas que el Dr. García Valdecasas dijo que “era la demostración de que Esculapio era un Dios por haberlo logrado”. Una relación sobre este hecho la hizo, en el sesquicentenario de la Academia, la Dra. Ana Cecilia Rodríguez de Romo.

En 1997, el presidente Pelayo Vilar designó curador del museo y encargado de la biblioteca al Dr. Emilio García Procel con el Sr. Alejandro Moreno como bibliotecario. Ya que todo el acervo estaba desorganizado, se dieron a la tarea de ordenarlo y se hicieron las vitrinas para expansiones temporales en el vestíbulo. El Dr. Rodríguez Argüelles en 1997 logró terminar la reconstrucción del vestíbulo y se colocó la placa del Centenario del Dr. Ignacio Chávez.

En 1998, durante mi período como presidente, en una entrevista para recibir el subsidio anual del IMSS, aprovechando la conocida afición a la tauromaquia del director general del IMSS, Lic. Genaro Borrego y sus actuaciones como aficionado práctico —intereses que compartíamos— después de una agradable plática sobre esos temas, le pregunté si su Institución nos podía apoyar para el arreglo de las oficinas y si sería posible hacer un segundo piso aprovechando que el techo era en realidad de dos pisos de altura. Se rio y me contestó que no tenía inconveniente si lograba yo que lo aprobara el subdirector de obras, que era el Ing. Gerala Félix Cherit. Para mi fortuna, aunque yo no conocía al ingeniero que había venido junto con el Lic. Borrego de Zacatecas, yo había sido cardiólogo del abuelo del ingeniero, don Gerala Cherit, y tenía buena amistad con doña Paz, su viuda además de una íntima amistad con el académico Luciano Domínguez, cuya esposa hija de don Gerala y tía del ingeniero. Me pusieron en contacto con él, que accedió de inmediato y comisionó a la arquitecta Margarita Rodríguez, quien con gran diligencia y profesionalismo emprendió la obra. Se logró tener las oficinas del presidente, la del vicepresidente y del secretario general en el 2.º

piso, y la tesorería, la coordinación administrativa, la oficina de la secretaría y la sala de juntas de la mesa directiva en el 1.er piso.

Por último, quedaba por arreglar las instalaciones del basamento: la biblioteca, el museo y las oficinas, entre ellas las de PRONADAMEG, publicaciones y *Gaceta*, por consejo y con el apoyo del Dr. Juan Ramón de la Fuente, Secretario de Salud. Acudí al director de la beneficencia privada, Fernando Tovar y de Teresa, quien generosamente patrocinó el arreglo final de las instalaciones del basamento.

Así, después de catorce años de la tragedia de 1985, la Academia volvió a tener instalaciones dignas de su historia y sus tradiciones y acorde a sus necesidades.¹⁴

¹⁴ Agradezco a la Coordinadora Administrativa de la Academia, Elizabeth Gutiérrez, la ayuda que me prestó con sus recuerdos.

UN SUEÑO HECHO REALIDAD: EL POSGRADO DE INMUNOLOGÍA EN EL IPN

Sergio Estrada-Parra

31

En 1965 un grupo de cuatro investigadores con experiencia e interés en la Inmunología: Jesús Kumate del Hospital Infantil de México, Carlos Biro del Instituto Nacional de Cardiología, Félix Córdoba de la Facultad de Medicina de la UNAM y el que escribe, empezamos a reunirnos con nuestros alumnos en el Hospital Infantil de México, donde discutíamos ampliamente los avances del conocimiento, los resultados de nuestros proyectos de investigación y los artículos del área.

Pronto observamos la necesidad de fundar un doctorado en inmunología; aunque éramos pocos y la inmunología moderna todavía incipiente, concluimos que los estudiantes podrían ser formados en el trabajo de investigación al rotar por los cuatro diferentes laboratorios. En ese momento hubo muchas críticas externas, ya que la inmunología era entonces considerada como una rama más de la microbiología o de la patología. Sin embargo, era evidente que la gran cantidad de trabajos ya entonces publicados en el área, indicaban sin lugar a dudas que esta rama pronto sería una ciencia totalmente independiente. Originalmente se propusieron varios sitios de adscripción para dicho programa, pero destacó la cálida acogida que le dio Juan Manuel Gutiérrez Vázquez, director de la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas del IPN (ENCB-IPN). Tras discutir los pros y contras, finalmente, se formalizó la propuesta en la ENCB y los cursos para la primera generación se iniciaron en 1969. Es interesante hacer notar que Carlos Biro no tenía el doctorado, por lo que se inscribió como alumno y se convirtió en el primer graduado del programa. Los primeros alumnos formales fueron el Q.B.P.

Óscar Rojas Espinosa y el médico militar Renato Berrón Pérez, los cuales tuvieron un trabajo muy intenso en el laboratorio, además de cursar materias teóricas y presentar seminarios semanales. Al poco tiempo de iniciado el posgrado, Ruy Pérez Tamayo y Donato Alarcón Segovia se incorporaron como profesores, además de otros destacados investigadores. Más tarde, el posgrado se enriqueció con la llegada a la ENCB de Ethel García Latorre y Luis Jiménez Zamudio, ambos graduados de la Universidad de Rutgers del vecino país del norte; la primera se incorporó al área de Inmunoquímica y el segundo fundó en México el área de la Inmunología Celular.

Inicialmente, los cursos se repartieron de la siguiente forma: Jesús Kumate a cargo de Inmunoquímica, Sergio Estrada de Inmunología Avanzada y Félix Córdoba y Carlos Biro quedaron como responsables de estancias en cada uno de los laboratorios participantes. El curso de Inmunología Avanzada recibió una gran acogida entre la población médica que aún, a la fecha, sigue asistiendo. El curso de Inmunología Celular se hizo tan famoso que varios alumnos de otras instituciones y posgrados continuamente solicitaban su inscripción, tradición que sigue hasta el día de hoy.

Las reuniones de los lunes (presentaciones de resultados experimentales y discusión de artículos) en el Hospital Infantil de México continuaron por muchos años. El grupo inicial pronto creció con la llegada de inmunólogos formados o terminados de formar afuera como Roberto Kretschmer, Kaete Willms, Carlos Larralde o Armando Isibasi. La asistencia a las reuniones de los lunes siguió en crecimiento; los trabajos experimentales que se presentaban también lo fueron en número y diversidad de temas, y por ello resultó natural organizar en 1976 el Primer Congreso Nacional de Inmunología, así como fundar la Sociedad Mexicana de Inmunología (SMI). La SMI ha resultado ser muy fructífera y sigue organizando cada dos años un congreso nacional de muy alto nivel, en el que participan alumnos de las diferentes instituciones de educación superior de todo el país junto con investigadores nacionales e internacionales, incluidos varios premios Nobel, como Rolf Zinkernagel, Bruce Beutler, Ralph Steinman, Harald zur Hausen, y Susumu Tonegawa entre otros, así como miembros del Jurado Nobel como George Klein, quienes han expresado su sorpresa y satisfacción por el alto nivel de formación, conocimientos y experiencia de los asistentes. La SMI organiza también cursos básicos, avanzados y de discusión de artículos en universidades de provincia, además del seminario mensual, en el que se presentan resultados experimentales de alumnos

e investigadores del área y, aprovechando los avances tecnológicos, ahora también se retransmite por multimedia.

Por los cursos del posgrado de Inmunología de la ENCB han pasado centenares de alumnos de diversas áreas, lo cual se ha visto reflejado en que en la actualidad, un número importante de profesionales realizan actividades de inmunología básica y clínica en diferentes partes del país; son responsables y dirigentes de laboratorios, de cursos de posgrado o participan en la industria farmacéutica. Hasta julio del 2013 se habían graduado trescientos veintinueve maestros en ciencias y 142 doctores en ciencias con especialidad en inmunología. Considero que el éxito de estos cursos se debe a la participación como docentes de la mayoría de los inmunólogos más destacados del país. Su experiencia en áreas particulares de la inmunología enriquece enormemente el conocimiento de nuestros alumnos. Esta escuela didáctica iniciada por Jesús Kumate, Félix Córdoba, Carlos Biro y un servidor, fue continuada por Ethel García, Luis Jiménez, Óscar Rojas, Renato Berrón, Rafael Santana, Fausto Quesada y posteriormente por profesores más jóvenes: Rogelio Hernández Pando, José Moreno, Vianney Ortiz, Leopoldo Santos, Leopoldo Flores, Francisco Espinosa, Sara Espinosa, Eduardo García Zepeda, Martha Moreno Lafont, Iris Estrada, Julietta Luna, Javier Sánchez, Luvia Sánchez, Humberto Lanz, Rommel Chacón, Isabel Wong y en su momento Luis Favila. En particular menciono el caso de Alejandro Escobar Gutiérrez, quien además de ser un prominente inmunólogo, es un profesor con dotes didácticas excepcionales.

Después de más de cuarenta años de servicio a la comunidad científica y educativa de México, el posgrado de inmunología continuará formando alumnos de alta calidad. Aprovecho la ocasión para hacer manifiesto mi agradecimiento a Rubén López Santiago, por su apoyo absoluto al posgrado al fungir como subjefe académico del posgrado, así como a Jeanet Serafín por su apoyo logístico. De antemano pido disculpas a aquellos inmunólogos que han contribuido con nosotros y que no menciono aquí por falta de espacio, y sin cuya participación nada de lo antes mencionado habría sido posible ni podría continuar.

CIENTO CINCUENTA AÑOS DE MICROBIOLOGÍA

Silvia Giono Cerezo

35

Luego de dar una conferencia en Tijuana en septiembre de 2012, titulada “Cincuenta años de Microbiología en México”, y después de leer con cuidado la convocatoria que se me envió para participar en el libro conmemorativo de la Academia Nacional de Medicina de México, elegí como tema el que encabeza este escrito y en el que examinaré, desde una mirada científica, en donde la racionalidad de lo vivido durante estos cincuenta años, permita explorar caminos de la experiencia que ha llevado a gente como yo a seguir adelante y poder juzgar desde un enfoque personal de la práctica como microbióloga, bacterióloga, infectóloga y profesora de microbiología médica, los avances en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades infecciosas. En virtud de ello, sólo citaré algunos de los acontecimientos que han condicionado la evolución del conocimiento clínico y que explican, por tanto, el estado actual de la microbiología médica.

La pregunta que surge es: cuál es el papel que juega la microbiología en medicina, su importancia y repercusión en los estudios que se realizan por el médico y el porqué durante el desarrollo de un plan de estudios es tan relevante la bioquímica y sus aportaciones, que incluso han contribuido a la aparición de nuevas ciencias como la inmunología, la biología molecular y la informática. Otros temas de interés son la relevancia que tienen los agentes infecciosos en la clínica; los mecanismos de patogenicidad, el desarrollo de resistencia anti microbiana, las bases del mecanismo de acción de los anti microbianos y el desarrollo de nuevas estrategias de tratamiento de las enfermedades infecciosas a través del conocimiento de la

historia natural de la infección. Para una narrativa corta este tema es apasionante, y podemos iniciar su abordaje desde una perspectiva histórica ya que, como sabemos, el conocimiento y estudio de los microbios se inició con el desarrollo de instrumentos como el microscopio que permitieron visualizarlos.

Anton van Leeuwenhoek holandés nacido en 24 de octubre 1632-1723, diseñó el primer microscopio con lentes que se empleaban para contar hilos en las telas de su tienda; descubrió el mundo microbiano que se sospechaba, pero estaba por debajo del límite de resolución del ojo. Cualquier estudiante de medicina queda fascinado en sus primeros años cuando puede observar en un microscopio binocular sencillo, los diferentes morfotipos bacterianos presentes en una suspensión de sarro dental, hecha con un palillo de dientes.

Lázaro Spallanzani retomó el experimento de John Needham y comprobó en 1770 que la negación por parte de Francesco Redi de la existencia de la generación espontánea en 1666 había sido una valiosa contribución y estableció, de una vez para siempre, que “la vida viene de la vida”. Además de ello, Spallanzani llevó a cabo, con células de ranas, la primera fertilización *in vitro*.

Louis Pasteur —1822-1895—, químico y microbiólogo francés, no sólo descubrió que los microbios son los responsables de la fermentación para la producción del vino y la cerveza, sino que caracterizó a la enfermedad del gusano de la seda, con lo que postuló la “teoría del germen” y sentó las bases para explicar el origen de enfermedades como el ántrax y el cólera. Además, Pasteur demostró la importancia de la vacunación con la que en la actualidad se han salvado tantas vidas.

Roberto Koch —1843-1910— estableció las bases de lo que ahora conocemos como los “Postulados de Koch” relacionados esencialmente con la asociación de un microbio específico, una enfermedad y la potencialidad de que este microbio pueda transmitirse a otras personas o reproducir lesiones similares en un animal de experimentación. Estos postulados entraron en controversia debido a que hay varios agentes infecciosos causales de enfermedades que no es posible obtener en cultivo puro en un laboratorio clásico, como el bacilo de la lepra. Koch postuló la teoría del contagio en contraposición a la visión antigua de pueblos como el egipcio, que describían ciertos cambios ambientales o “miasmas”. No sólo definió bien la tuberculosis, sino que comprobó su transmisión. También avanzó en la definición de agente etiológico en enfermedades devastadoras como el cólera.

Hans Christian Joachim Gram fue un bacteriólogo danés que desarrolló la tinción de Gram, que se utiliza aún ahora en microbiología. Gram desarrolló un método para diferenciar entre dos tipos de bacterias; en sus ensayos utilizó *klebsiella pneumoniae* y *streptococcus pneumoniae*, aislados de un paciente que había muerto de neumonía. El proceso de coloración consistió en añadir violeta de genciana y, después de un tratamiento con mordente lugol y etanol, observó que unas retenían el colorante (neumococos), mientras que otras no lo hacían. Esto permitió clasificar a las bacterias en Gram positivas, que se tiñen de morado, y Gram negativas, que se tiñen de rojo. Carl Weigert añadió safranina después del procedimiento de Gram y observó que las bacterias que no se teñían de morado, retenían el color rojo, como Gram negativas.

Otra tinción de gran utilidad en microbiología es la tinción de Ziehl-Neelsen para la identificación del microorganismo causante de tuberculosis, *M. tuberculosis*. Esta técnica fue descrita por Franz Ziehl, bacteriólogo y Friedrich Neelsen, patólogo, que demostraron que algunas bacterias se teñían bien con una solución de fucsina fenicada previa aplicación de calor. Además, resistían la decoloración con alcohol-ácido, por lo que se denominaron bacterias ácidas-alcohol resistentes (BAAR); otras bacterias que no son BAAR, se decoloran y sólo retienen el colorante secundario (azul de metileno). J.J. Kinyoun, modificó la técnica original aunque en la actualidad se sigue empleando la primera, siempre y cuando se trate de un buen observador, no ha podido ser desplazada o sustituida por las técnicas de biología molecular como la Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR) y subsiste en la Norma Oficial Mexicana (NOM) de tuberculosis que emplea buscar BAAR en expectoración para el diagnóstico en individuos tosedores y, con una lectura adecuada de un frotis, sirve para hacer el diagnóstico de tuberculosis y confirmar el caso. No obstante, en la actualidad se recomienda llevar a cabo el cultivo para hacer pruebas de resistencia a los antifímicos, debido a la presencia de cepas resistentes a uno o más de los recomendados en el tratamiento que debe ser TAES, tratamiento estrictamente supervisado.

¿Cómo obtienen las bacterias energía y cómo sintetizan macromoléculas? Es un tema de bioquímica que los médicos estudian para el humano como metabolismo y catabolismo. En microbiología se aprovecha para preparar medios de cultivo que permiten recuperar algunas especies con medios diferenciales y selectivos que favorecen su desarrollo en cultivo puro y permiten hacer una

identificación, que contiene pruebas de identificación tradicional, miniaturizadas o con equipo automatizado especializado, que ya hay a nivel de hospital y en varios laboratorios clínicos. Las pruebas al inicio pueden dar un reporte presuntivo y más tarde, confirmatorio, y se completa con reacciones antígeno anticuerpo *in vitro* o por pruebas de detección de ácidos nucleicos que confirman definitivamente su posición taxonómica.

Las pruebas de susceptibilidad anti microbiana también se hacen con base en normas y regulaciones internacionales como CLSI (Clinical and Laboratory Standard Institute) que establece los valores de lectura en los laboratorios para definir a una bacteria como susceptible o resistente y las regulaciones y el control de calidad son necesarias para que el reporte sea válido, así como el empleo de cepas de referencia, en este caso, procedentes de una colección internacional reconocida como American Type Culture Collection (ATCC).

Esto le sirve al médico porque gracias a las redes sociales y al acceso directo a la información puede apoyarse en guías de diagnóstico que se actualizan periódicamente. El laboratorio automatizado también puede instrumentar reportes rápidos para dirigir su terapia y hacer informes más completos para relacionarlo con posibles brotes y epidemias. Aquí, el laboratorio de microbiología también ha cambiado ya que, algunas veces, debe de conservar las cepas que identifique y obtenga en cultivo puro para hacer un reporte individual al médico y global para el área epidemiológica o el comité de infecciones de los hospitales. Estas cepas se almacenan hasta un mes o más en espera de algunas indicaciones, ya sea del médico o del epidemiólogo, para confirmar o poner en marcha estudios longitudinales que ayuden a detectar brotes intrahospitalarios. De ellas se obtienen muestras de ADN para completar perfiles de diseminación clonal como: electroforesis de campos pulsados (PFGE) o bien, por medio de tipificación de secuencias multilocus (MLST) muy útiles a nivel epidemiológico, porque la mera identificación hasta género y especie no es suficiente para determinar relaciones genéticas entre bacterias del mismo grupo.

David N. Fredricks y David A. Relman sugirieron redefinir los postulados de Koch con base en las nuevas tecnologías como la biología molecular, que emplea los ácidos nucleicos como el ADN, y la genética de los microorganismos, gracias a la cual hoy es posible determinar algunos genes que son directamente responsables de la producción de una exotoxina causante de la enfermedad. Incluso,

sabemos de la transferencia horizontal de genes entre microorganismos de diferentes especies, o la transferencia vertical de los mismos, en donde hay la conversión de un microorganismo avirulento en virulento. Tampoco se debe descuidar el hacer hincapié en el hecho de que vivimos colonizados en gran número por bacterias pertenecientes a la “microbiota normal” que de ninguna manera vivimos en ambientes estériles libres de gérmenes y esto se enfatiza sobre todo cuando un médico va a entrar a un quirófano y debe protegerse de diseminarlos.

En la conferencia magistral Miguel F Jiménez que presentó el Dr. Luis Benítez Bribiesca *Gac. Med. Mex*; 131 (2):197-203, 1995; muy acertadamente se plantea “El paradigma de la medicina moderna: la genética molecular”.

Todos los profesores que tenemos contacto con alumnos de escuelas de medicina insistimos y hacemos aprender que un médico debe emplear las técnicas más novedosas y accesibles para establecer un diagnóstico, pero actualmente hay varios conceptos que se introducen con rapidez inusitada, de manera que algunas veces el médico se vuelve dependiente de los resultados que le entregue un laboratorio; esta afirmación es un tanto exagerada ya que aún, en la actualidad, el médico necesita hacer un examen cuidadoso del paciente y conocer exactamente la “historia natural” de varias enfermedades: los síntomas y signos que le permitan, al menos, establecer un diagnóstico presuntivo inicial y, si se toma la muestra de laboratorio adecuada a tiempo, se utiliza el medio de transporte idóneo o se envía al paciente con su orden de diagnóstico presuntivo, desde luego, antes de que tome antibióticos sobre todo si hay la sospecha de alguna enfermedad infecciosa, antes de establecer un tratamiento empírico con antibióticos como se hace en la mayoría de las enfermedades infecciosas en las clínicas de atención primaria con tan sólo un estudio microbiológico acertado, se puede llegar a contar con un diagnóstico confirmatorio y obtener un perfil apropiado de resistencia anti microbiana que permita dar un mejor tratamiento orientado a salvar a un paciente.

En esta etapa es particularmente importante el estado general de salud del paciente, pues existen los denominados huéspedes comprometidos: aquellos que padecen alguna enfermedad subyacente como diabetes, obesidad, inmunodeficiencias, SIDA o cualquier otra; que hayan sido trasplantados o tengan cáncer y estén bajo tratamiento de quimioterapia, lo cual los convierte en individuos sumamente susceptibles a enfermedades infecciosas.

La genética molecular, las mutaciones, la evolución, la migración de poblaciones humanas y de los microorganismos plantean hoy por hoy una revolución científica que permite explicar mejor muchas enfermedades; ahora se habla de la patología molecular, enfermedades emergentes, reemergentes, infecciones oportunistas, intrahospitalarias, etc. La interacción hospedero–parásito permite vislumbrar por qué existen individuos susceptibles a ciertas enfermedades e individuos que han evolucionado en contacto con ellas y han seleccionado una población resistente, lo que nos indica que hay interacciones poligénicas y epigenéticas que permiten hacer predicciones probabilísticas e incluso, escoger marcadores de riesgo para predecir la posibilidad de adquirir alguna enfermedad.

ÓMICAS: con base en la genómica, la proteómica y la transcriptómica, los laboratorios de desarrollo tecnológico analizan costos y hacen onerosas proyecciones futuras que contemplan nuevos paradigmas de tratamiento basados en nanotecnología o robótica, que no está libre de cuestionamientos ético–filosóficos. En este contexto, el cuestionamiento que surge nos vuelve a lo básico: qué hacer en el nivel de la consulta de atención primaria. Es necesario que los médicos conozcan el fundamento y los alcances de cada prueba disponible y sepan cuándo referir a su paciente con un especialista.

¿A quién van a beneficiar estos estudios? Si se aplican al diagnóstico y son claros y contundentes, benefician directamente al paciente; si son de expresión, regulación y predicción, probablemente también. (Pero, ¿los puede pagar el paciente?) Otro beneficiado sería el sector médico, al grado de que se habla ya de una medicina personalizada. Desde el punto de vista del especialista esta investigación permite el desarrollo de nuevos conocimientos tanto epidemiológicos como terapéuticos, que, no obstante, corren el riesgo de limitarse a lo conceptual si se circunscriben a un entorno.

La salud pública también ha cambiado: no se trata sólo de hacer encuestas, predicciones o manejo de datos. Tanto en el entorno nacional como en el internacional hay normas, regulaciones y pruebas que algunos especialistas consideran obsoletas, pero que se deben aplicar en principio, por costo o por selección presuntiva de la población afectada. Ante eventuales resultados positivos, deben realizarse nuevas y más confiables pruebas con equipo más sofisticado que, aunque debiera estar disponible al menos a nivel central, no siempre lo está: para corroborar esto basta con indagar cuántos laboratorios de biología molecular se abrieron a nivel nacional para investigar las variantes genotípicas de virus de influenza y cuántos

de ellos están parados por falta de insumos o porque la campaña de detección ya se suspendió y no son capaces de enfocar con esos equipos nuevos protocolos relacionados con problemas actuales que siguen existiendo a nivel internacional o local. También hay ahora normas de manejo de residuos biológicos infecciosos, medidas de bioseguridad y bioética.

Estas plataformas necesitan apoyo internacional o centros de instrumentación manejados por expertos para que puedan aportar datos suficientes, rápidos y actuales. Los instrumentos se deben emplear al máximo de su capacidad para amortizar los costos y los resultados deben ser inmediatos, transparentes y claros para que puedan servir al paciente y no sólo para que reflejen el trabajo diario que aporta el laboratorio al clínico, sino también para que este y el médico valoren su utilidad terapéutica y su potencial para prevenir un eventual contagio masivo mediante la emisión de alertas reales, comprobables y oportunas. En México, muchos de estos aspectos se están descuidando sobre todo si caen en manos de personal administrativo que desconoce completamente su importancia y contribución a la medicina actual.

Sólo para concluir, muchas cosas han cambiado desde hace ciento cincuenta años; la microbiología también: su enfoque ya no puede ser simplista. Estamos en una era de cambios. Desde luego, no desaparece del entorno del laboratorio clínico para ser sustituida por pruebas de biología molecular o por técnicas automatizadas, por el contrario, se necesita saber microbiología, control de calidad, antes de poner en funcionamiento cualquier prueba de biología molecular para saber interpretar el resultado y sus alcances. Se debe modernizar, normalizar, certificar a los profesionales y acreditar a los laboratorios que ofrecen su servicio.

27 DE AGOSTO DE 1965. ENTRADA PRINCIPAL DEL CENTRO HOSPITALARIO " 20 DE NOVIEMBRE " DEL ISSSTE

Luis Martín-Abreu

43

—¿Pero qué pasó, doña Paz? —dijo el vendedor de dulces—. Estaba yo *ai* nomás parado en la puerta con mi canasta, cuando de pronto un montón de uniformados nos quitaron *pa meterse* a empujones. ¿*Usté* sabe algo, mi doña? Yo de plano agarré mis chunches y me largué, no me gustan los azules.



—¡*Újule*, hijo! —respondió doña Paz—, *pos* se armó la de Dios es padre y hasta me tocaron trancazos porque de los empujones mire *usté* cómo dejaron mis cosas, me rompieron hasta el anafre... pero ni me importó porque *ora* sí se pasaron de la raya esos *jijos*. Con decirle que los pobres *dotores* salieron a punta de macanazos, cubriéndose las cabezas porque los policías nomás no los dejaban en paz. Todos los de los puestos nos arrejuntamos y nos *juimos* derecho a ayudar a los *dotores*. Estuvo *requete* horrible la cosa.

—Y cómo no los íbamos a ayudar —intervino el bolero—, si los que estamos aquí desde hace años claro que los conocemos *requete* bien a todos. No hay derecho, la *mera verdá*: los trataron como a rateros, no hay derecho. Mire que amenazarlos así, a punta de culatazos, no se vale, pobres doctorcitos. Yo les boleó sus zapatos a muchos de ellos desde hace años, los conozco bien y no entiendo por qué les mandaron a la tira.

—Ya ve que andan de pleito desde hace un año —dijo el periodiquero—, desde que les dejaron de pagar su sueldo en navidad. No se vale. Y todo por grillas de los de arriba pus quesque era el año de Hidalgo y dizque les avisaron desde noviembre que no pagarían sus aguinaldos, y claro, eso es contra la ley pero aun así, se los quitaron así *nomás*. Y hasta los corrieron, a un montón de ellos, los largaron como *chachas*.

—Pos sí —respondió doña Paz—, algo he oído de cuando salen a comprarme las memelas, estaban *requete* ofendidos y enojados los pobres; trabajan día y noche y así por sus calzones les quitan su *lana* y su chamba. Este gobierno está *reloco*.



—Miren esta foto del Universal —dijo el periodiquero mostrando el periódico—, estas tres enfermeras siempre pasan a comprarme revistas. Miren *nomás* cómo las tiene la tira. Y la de atrás es la del turno de noche, tiene cara de pánico la pobrecita. ¿No han salido todavía?

—Nada —dijo doña Paz—. Todas están adentro, como secuestradas por los *azules*. Quién sabe qué andarán buscando, que no dejan salir a *naiden*. Y además, hace un rato entraron militares. ¡Ay, pobres enfermitos! La que estarán pasando con tanto uniformado adentro del veinte.

—¡Mira quién viene saliendo! La *seño* Lupita. ¿Cómo está *usté*? —preguntó el periodiquero—. Doña Paz, ábrale un *chesco*. Díganos, Lupita, ¿qué pasó *ai dentro*? ¡ya andábamos preocupados porque no hemos visto salir a *naiden*!

—Gracias Pacita, gracias mi don —respondió la enfermera—; le acepto el refresquito porque hasta ahora me dejaron salir y adentro no teníamos nada de comer. Doña Paz, hágame una memelita porque me muero de hambre. Toda la noche el hospital ha estado tomado por la policía. Hasta que corroboraron que soy una simple enfermera me soltaron, pero todavía hay muchas compañeras dentro. Nos unimos para defender a los doctores, pero contra los militares no se puede.

—¡Ay Dios santo, señorita! ¿No le hicieron nada a *usté* esos *jijos*? Mire que tomar el hospital y encerrar a todos, no se vale. ¿Y los enfermitos? ¿quién los cuida?

—No nos hicieron nada, afortunadamente, sólo les dieron macanazos a algunos doctores de la Unidad de Terapia Intensiva que se resistieron a abandonar a sus enfermos. ¿Usted cree que metieron médicos militares para cuidar a los pacientes y acusaron a nuestros doctores de abandono de enfermo? Puras mentiras, por eso se están juntando todos para marchar y protestar. Yo también voy a ir.

Nota periodística

El movimiento médico comenzó en noviembre de 1964, cuando los residentes e internos del hospital 20 de noviembre del ISSS-TE reclamaron el pago de aguinaldos atrasados y 206 de ellos fueron despedidos. En respuesta a los despidos se formó la Asociación Mexicana de Médicos Residentes e Internos (AMMRI) que comenzó a organizar paros que para el día 26 de ese mes ya abarcaban a 40 hospitales del ISSSTE, Seguro Social y Ferrocarriles. El 10 de diciembre el presidente Gustavo Díaz Ordaz, recién entrado en funciones, prometió estudiar sus peticiones de aumento de sueldos y participación en la elaboración de planes de estudios, con lo que el 15 se levantó el paro. El 20 de marzo la AMMAC llamó a separarse de los sindicatos controlados por la FSTSE y el 25 propuso la creación de un sindicato de trabajadores de la salud.



El 19 de abril estalló otro paro que se mantuvo hasta el 3 de junio y se celebró otra reunión con Díaz Ordaz, que sólo resolvió un aumento mínimo de sueldos, pero ninguna otra demanda. Ante ello, los médicos realizaron una manifestación el 20 de abril que fue atacada por grupos de choque de la FSTSE. El 14 de agosto se inició un paro de residentes y el 23 uno de médicos titulados. El 26 de agosto hubo otra gran manifestación, pero esa noche la policía tomó los hospitales 20 de Noviembre, Rubén Leñero y Colonia, sustituyendo a los paristas con médicos militares. Al día siguiente las enfermeras del 20 de Noviembre

fueron secuestradas por los grupos de choque de la FSTSE. Cientos de médicos, los más activos en el movimiento, fueron despedidos y sus líderes encarcelados.

(*Excelsior*, 27 de agosto de 1965).

Nota personal:

Entonces, yo era Jefe de la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital. A pesar del tiempo que ya había durado el paro, continuamos atendiendo a los pacientes que estaban encamados en mi sala. Esa noche entró un grupo de granaderos y, amenazándonos con macanazos a mí y a mis residentes, nos sacaron de la sala. Detrás de ellos entraron las autoridades del hospital levantando actas de “abandono de enfermo grave”.

46

SUCEDIÓ EN 1985

Rolando Neri-Vela

47

Transcurría la mañana del 19 de septiembre de 1985 en la Ciudad de México —una de las mayores urbes del planeta— sin que sucediera algo diferente a lo cotidiano, como era el ir y venir de amas de casa que llevaban a sus hijos a la escuela, la gente que trataba de abordar el transporte público para llegar puntualmente a sus lugares de trabajo o de estudio, individuos que hacían ejercicio en los parques y jardines de la metrópoli; los automovilistas hacían sonar lo más que podían las bocinas de sus automóviles para tratar de ganar la señal de “siga” del semáforo y no perder más tiempo en los cruceros.

El clima era templado y no había llovido en esos días.

Frente al Hospital General de México, que había sido fundado el 5 de febrero de 1905, tomado como modelo de los hospitales franceses de fines del siglo XIX, las personas que acudían al nosocomio, ya fueran a recibir la consulta médica o en espera de visitar a sus familiares hospitalizados, formaban grandes grupos humanos frente a los puestos callejeros de comida para comprar algún alimento de dudosa calidad y totalmente carente de higiene.

Los médicos y el personal paramédico, así como los estudiantes de medicina, de enfermería, de rehabilitación o de trabajo social, entraban al establecimiento para aprender sus asignaturas correspondientes o bien para realizar sus prácticas clínicas.

En el interior del hospital también se veía el ir y venir de la gente. Dentro de los pabellones, los internos y los médicos residentes apuraban sus notas clínicas en sus máquinas de escribir, en espera de los médicos adscritos y adjuntos o de los jefes de unidad, para

llevar a cabo la visita hospitalaria a todos los pacientes; saber su diagnóstico presuntivo, qué tratamiento estaban recibiendo, qué exámenes de laboratorio o de gabinete se les habían realizado o solicitado, si había o no mejoría y, si iban a ser intervenidos quirúrgicamente, que la preparación preoperatoria hubiera sido la adecuada, etcétera.

En el caso lamentable de que hubiera habido un fallecimiento, la unidad de patología trabajaba febrilmente, y si iba a llegar un nuevo ser al mundo, la unidad de ginecoobstetricia ya estaba lista para recibirlo.

La zona de radiología no merecía menos atención en este centro hospitalario ni los laboratorios clínicos.

La biblioteca esperaba ávidamente a sus lectores.

Muchos médicos residentes se encontraban en sus habitaciones, o bien, se hallaban en la planta baja de la residencia médica desayunando cuando de pronto, a las 7:19 horas, se escuchó un tronido subterráneo y la tierra se cimbró.

Por supuesto que ante un temblor de tierra la gente se alarma, pero en este caso la magnitud fue superior a la que muchas personas estaban acostumbradas: fue de 8.1 grados en la escala de Richter; hubo sujetos que corrieron fuera de las edificaciones, y algunos otros se hincaron para rezar pidiendo a la divinidad no recibir daño alguno.

La intensidad del sismo fue tal, que dos edificios del Hospital se colapsaron, el de Gineco-Obstetricia y la Residencia Médica. Los pasillos, contruidos de cemento, se fracturaron, y hubo fugas de agua y de gas, así como fallas eléctricas. Las tuberías sufrieron de varias quebraduras, por lo que las aguas negras escaparon y el agua potable se contaminó.

La infraestructura sanitaria padeció muchísimos daños.

Al mismo tiempo, un establecimiento hermano, el Hospital Juárez, también se había derrumbado y falleció un gran maestro de la cirugía, Gilberto Lozano Saldívar.

El panorama era desolador: gritos por todas partes, personas presas de ataques de pánico, hombres y mujeres que no podían hablar, otros más que trataban de comunicarse telefónicamente con sus familiares para cerciorarse de que se encontraran bien.

Hoy no podría decir cómo fue, pero quienes se encontraban en los alrededores, en cuanto salieron del asombro, se empezaron a organizar para llevar a cabo el rescate de las personas atrapadas, y en el caso de los heridos, darles atención médica inmediata.

Llegaron grupos de *boys scouts*, para tratar de quitar escombros y salvar a la gente, además de que intentaron poner en orden a la desolada población.

Entre el personal del hospital se formaron grupos para remover los escombros y extraer cuerpos exangües o bien personas lesionadas entre los escombros; del servicio de oftalmología colaboraron: los doctores Cecilia Álvarez, Fernando Castañón Núñez, Eduardo Escudero Bache, Arturo Guarneros, Alfredo Vega Navarro y el señor Ubaldo Rodríguez Sánchez, quienes lograron sacar, entre otras personas, a tres residentes de oftalmología.

Más tarde, llegaron policías y bomberos y después, personal del ejército mexicano; estos últimos, al no tener mucha experiencia en casos como el que acababa de suceder, interrumpieron por un buen tiempo el rescate de personas.

Pero tuvo que llegar el orden para poder hacer mejor las cosas; empezaron a arribar a México, y por tanto a este querido Hospital, las brigadas nacionales e internacionales de salvamento, y entre ellos Los “topos”. También apareció, no se sabe de dónde, una grúa, que pronto empezó a levantar pesados trozos de concreto para así salvar muchas vidas; de la unidad de oftalmología perecieron tres médicos residentes, cuyos nombres, que se recuerdan en una placa colocada sobre una de las paredes del área de hospitalización, son: Aurelio Garza Karren, quien en ese momento era el jefe de oftalmología, José Barrera Argüello y Emmanuel Díaz Salgado quien, además de médico, era profesor de primaria.

Varios días después del terremoto, en el lugar en donde se encuentran los “checadores” para el personal, algunos compañeros creímos ver a Emmanuel, lo llamamos a gritos, pero no era él, sino su hermano gemelo que andaba buscando el cadáver de su congénere.

El Hospital General de México cesó en su actividad asistencial al cerrar las autoridades sus instalaciones, pero días después, en la calle, los diferentes servicios instalaron carpas en donde se siguió atendiendo, en lo posible, al público.

Después se supo que las autoridades habían decidido ya no volver a abrir el hospital. Se organizaron diversas manifestaciones, y una de ellas fue una marcha, la del 22 de octubre. Salió de la Colonia de los Doctores en donde se encuentra el hospital hasta la residencia presidencial, en Los Pinos. Al frente de esta caminata, en la que participaron más de cinco mil personas, iban médicos muy reconocidos del Hospital, como Ramón Vázquez Ortega, Carlos García

Irigoyen, Héctor Hugo Rivera Reyes, Noé Vargas Tentori (quien era el presidente de la Sociedad Médica del Hospital General en ese año), entre otros muchos que escapan a mi flaca memoria.

Al llegar a Los Pinos, ingresaron a ese palacio médicos de la talla de Clemente Robles Castillo y Magín Puig Solanes, quienes fueron recibidos por el presidente de la República, Miguel de la Madrid Hurtado; yo ignoro qué platicaron, pero gracias a ello, se dio la orden de reconstruir el Hospital, el que con algunas composturas, y todo sin importancia estructural, abrió nuevamente sus puertas a los enfermos a principios de 1986.

Entre el personal de la unidad de oftalmología hubo un maestro, quien había llegado siendo un adolescente a México, emigrado español, y que se amoldó completamente al país que lo cobijaba y al que amó entrañablemente: Sadí de Buen López de Heredia. Él fue de los más feroces defensores del Hospital, al discutir y luchar a favor de su reapertura.

El Hospital General de México sigue dando muchos frutos que enaltecen a la medicina mexicana, como lo ha hecho desde su fundación. Si el referente es la unidad de oftalmología, en ella se han hecho grandes avances, y en la memoria guardo gratos recuerdos de maestros como Enriqueta Camacho, Sadí de Buen, Magín Puig, Jorge Meyrán García, Juan Heatley Green; de otros servicios, personalidades como: Juan Olvera Rabiela, Leopoldo Garduño, Jorge Edmundo Avilés Malo y los ya referidos: Vázquez Ortega y García Irigoyen, Carlos Prado, Mario Magaña Lozano, Jorge Peniche Rosado, Arturo Lozano, Enrique Fernández Hidalgo, Vicente Blas Cerecedo Cortina, Ney Chavolla Contreras, María Elena Anzures López, Jorge Escoto Velázquez, Luis Martín Abreu, Julio Aspe y Rosas, Armando Pichardo Fuster, Raúl Cicero Sabido, José Nava Segura, Álvaro Takane Watanabe, sin olvidar a los no mencionados, todos ellos maestros queridos, y que sin sus enseñanzas y sus ejemplos, muchos médicos no hubieran alcanzado el éxito en sus vidas profesionales.

ELOGIO AL VALLE DE ANÁHUAC

Ana Cecilia Rodríguez de Romo

—¡Apúrate, Panchito! ¿Cómo es que tardas tanto en vestirme si desde ayer estaba lista tu ropa? ¡Nos va a dejar el tren, muchacho!

Corría el año de 1871, Francisco Rubalcaba y Sánchez tenía siete años y no acababa de entender por qué se iban de Mineral de Pachuca y dejaba a sus amigos, su escuela y los lugares a los que le gustaba irse de pinta. Desde hacía tiempo había oído a sus padres discutir acerca de la necesidad de mudarse a la capital; en el pueblo ya no era fácil encontrar el sustento para la numerosa familia. La circunstancia que precipitó la decisión de partir fue que un alemán de dudosos antecedentes había desplazado al ingeniero Pedro Rubalcaba de su trabajo en la mina de Mineral; una vez más, la eterna historia de sobreponer la fidelidad a la capacidad en los puestos. En la mina existían muchas irregularidades que Pedro Rubalcaba había denunciado y no de buen modo, pero en lugar de darles solución, de un día para otro los jefes lo pusieron en la calle sin mayor explicación.

En todos los sentidos, los Rubalcaba y Sánchez eran de las “buenas familias” en Mineral de Pachuca, pero algunos de sus miembros ya habían estado en problemas por protestar y no hacerse eco de lo que les parecía injusto. En el mismo 1871, su abuelo Bautista, abogado, y que formaba parte del ayuntamiento de Pachuca, fue destituido por el gobernador Protasio Tagle al haberse negado a secundar sus planes de falsificación de boletas en las elecciones para diputados a la legislatura del Estado.

Era la primera vez que Panchito subía a un tren y pasó todo el camino con la cara asomada por la ventana. ¡Cómo recordaría esa sensación tan estimulante del aire fresco que le cortaba la respiración!

En la gran capital llegaron a vivir con unos tíos cerca de la estación de San Lázaro, pero como “el pescado y el arrimado a los tres días apestan” y sobre todo si son muchos, pronto se cambiaron a una vecindad de la calle del Factor, en el centro de la ciudad. El tiempo, en su correr vertiginoso, suavemente incorporó a los Rubalcaba a la vida de la Ciudad de México.

En 1880 la Escuela Nacional Preparatoria parecía un sueño para el joven Francisco: quería estudiar medicina y su paso por San Ildefonso era obligado. Al menos era lo que el doctor Fernando Altamirano, médico de la familia, aconsejó a su padre. También le dijo que en esa institución el muchacho sería educado en el más puro sentimiento positivista implantado por Gabino Barreda; penetraría en él la convicción de que lo afirmado en ciencia debe ser producto de la experiencia en el laboratorio y no del juicio de autoridad o la especulación.

Ya en el majestuoso Palacio de Santo Domingo, Francisco Rubalcaba vivió en la misma escuela. La situación nunca mejoró para su padre, así que cuando ingresó a la Nacional de Medicina, solicitó una pensión que le proporcionaría techo, comida y lo excluía de pagar inscripción.

A veces, al salir de clases, Francisco se reunía con sus amigos en “La Concordia”, de la segunda de Plateros y Vergara, pero ese día de julio de 1885 rechazó la invitación; tenía pensado ir a la manifestación cerca del Parián.

Debido a los gravámenes, las rentas públicas ya no bastaban para cubrir los servicios, así que con la pretensión de paliar el problema a don Porfirio Díaz, se le ocurrió disminuir los sueldos de los trabajadores del Estado; el orgulloso ingeniero Pedro Rubalcaba fue de los primeros afectados, pues estaba reducido a la triste calidad de empleado de correos.

La protesta no se hizo esperar y muchos inconformes se reunieron cerca de Palacio Nacional, pero tampoco ellos esperaron mucho: los soldados llegaron muy pronto y arriaron parejo.

Mandaron al joven Francisco Rubalcaba y Sánchez a la correccional de San Pablo y San Pedro, pero lo peor fue que lo expulsaron de la Escuela Nacional de Medicina. Como se haría costumbre en su vida, cayó, pero pudo levantarse. El mismo Porfirio Díaz ordenó su reingreso en diciembre del mismo año.

En su ausencia llegaron nuevos libros al viejo Palacio. El doctor y director, Francisco Ortega, se preocupaba por adquirir lo más novedoso de la medicina francesa y había un libro que llamó

poderosamente su atención; *Les altitudes de l'Amérique tropicale comparées au niveau des mers au point de vue de la constitution médicale*, de un tal Denis Jourdanet. Que estuviera en francés no era problema: como todos los cultos de la época, tuvo que aprenderlo si quería estar actualizado y a la moda; lo novedoso más bien fue el impacto que le causó: Francisco quedó pasmado con lo leído; Jourdanet proponía que la elevada altura y baja presión barométrica del Valle de México hacía que sus habitantes respiraran un aire empobrecido de oxígeno, lo que les provocaba pereza física y anemia intelectual; la teoría francesa se llamaba de la anoxihemia barométrica.

Inmediatamente se dirigió a su maestro Altamirano. Él lo había guiado en su decisión profesional y pronto sería el primer director de un instituto de investigación médica que el mismo presidente había apoyado. Altamirano escuchó con paciencia sus dudas científicas y su ferviente discurso nacionalista. Francisco estaba convencido de que era imposible que los mexicanos fueran una raza miserable, víctimas fatales de su medio geográfico e incapaces de cualquier tipo de progreso. Mira, muchacho —le dijo Altamirano—, ¿por qué no desarrollas el tema para tu tesis de grado? En el nuevo Instituto hay muchos aparatos que te pueden servir. Además, no te faltará quien se deje medir la respiración o la frecuencia cardíaca.

Francisco acababa de cumplir veinte años y en ese momento no imaginó que lo que empezó como una afrenta a su nacionalismo terminaría en una obsesión científica casi enfermiza.

Estaba tan nervioso ese 24 de mayo de 1890, que ni siquiera se fijó en los charcos a la entrada del Hospital de San Andrés y se ensució sus lustrados zapatos. ¡Ya debía estar frente al paciente, realizando la prueba práctica de su examen profesional! Como era costumbre, el día anterior había defendido su tesis *Refutación teórica y experimental de la teoría de la anoxemia del doctor Jourdanet*. ¡El resultado fue brillante! La elocuencia del joven impresionó a sus maestros, sobre todo al doctor Altamirano quien, inmediatamente, le ofreció una plaza de ayudante en el Instituto Médico Nacional. Era la oportunidad dorada de realizar su sueño: hacer investigación científica; ahí estaba la fuente del placer intelectual que no había encontrado en la clínica.

Los días y los años fluyeron de modo imperceptible. A fuerza de trabajo, el doctor Francisco Rubalcaba y Sánchez se hizo un prestigio en el medio médico-científico de la época; se sentía orgulloso de ser “fisiologista”, fiel seguidor de la disciplina considerada,

entonces, la reina de la medicina moderna. Enseñó en la Escuela de Medicina, trabajó en los Hospitales Juárez y de San Andrés, ingresó a la Academia de Medicina. En el laboratorio midió todo lo posible y hasta lo que era imposible de medir en la respiración humana; a nivel del mar, en las montañas, en el invierno o en el verano, en todas las clases sociales y gama de edades. Estuvo en el laboratorio de Pavlov en Moscú y en el de Marey en París; había que tomar ideas y corregir los errores. En la Universidad organizó el laboratorio de fisiología para la enseñanza, ganó un premio otorgado por el Instituto Smithsonian a su espléndido libro sobre la vida en la altitud! Pero ante todo, demostró con la ciencia, que el cuerpo mexicano tenía un maravilloso mecanismo de adaptación que le permitía vivir óptimamente en el Valle de Anáhuac y compensar esa relativa falta de oxígeno. Además, estaba convencido de que el altiplano de su país era ideal para curar los males respiratorios.

El joven doctor de altivo e impecable aspecto se había casado con la señorita Manuela Astiazarán, de origen vasco y tenía dos pequeños hijos; lo que le pagaban en el Instituto no era suficiente, de modo que para ayudarse también daba consulta en su domicilio de Puente de Alvarado y daba clases de anatomía en la Academia de San Carlos. La vida era amable con él, pero lo bueno no es eterno y un día murió su maestro y protector, el doctor Fernando de Altamirano. Francisco Rubalcaba secretamente albergaba la convicción de que él era el candidato ideal para ser nuevo jefe del Instituto Médico Nacional: tenía todas las credenciales y estaba lejos de ser improvisado. Pero... ¡qué afrenta! No lo nombraron cabeza del Instituto y, además, le colocaron encima al tipo más incapaz; una vez más, ¡la fidelidad sobre la capacidad! Siguiendo la más pura tradición familiar, el doctor Francisco Rubalcaba y Sánchez protestó (y tampoco de buen modo, como habían hecho su padre y su abuelo años atrás) ante el mismo secretario de Instrucción Pública y de Bellas Artes, el doctor Alfonso Pruneda.

Francisco Logró su objetivo: quitaron al inepto y él fue designado jefe, pero la inconformidad le costó cara y muy pronto le cobraron con intereses. Súbitamente dejaron de pagarle: ni salario ni lo asignado a su investigación. El pretexto daba risa: Por entonces, el doctor Rubalcaba y Sánchez estaba al frente de un proyecto que establecería los parámetros anatómicos y fisiológicos de los niños mexicanos y, con este objetivo, su laboratorio de Fisiología Experimental del Instituto, ubicado en la calle de Balderas, pasó a depender del Servicio Antropométrico Escolar, domiciliado en el número

uno de la primera del Relox. —¡Pero cuál es el problema! —le contestó altaneramente el empleadito—. Usted está en la nómina del Servicio, pero no hay dinero para pagarle.

Las cosas iban de mal en peor, pero 1915 fue terrible. Victoria-Huerta lo había hecho diputado en agradecimiento por haber resuelto con éxito un viejo problema de salud que tenía su nuera. Cuando el usurpador cayó, arrastró al doctor Rubalcaba en la ruina: lo despidieron de la Escuela y del hospital y le cambiaron la cerradura del laboratorio; el rechazo social fue tan cruel que los Rubalcaba Astiazarán tuvieron que dejar México para radicarse en Cuernavaca. Las teorías científicas y los hermosos aparatos quedaron atrás. A fin de cuentas, Francisco había estudiado para médico y volver al oficio de curar le dio los medios para empezar de nuevo.

El respetable doctor Francisco Rubalcaba y Sánchez tenía sesenta y cinco años, un hospitalito, una farmacia y una casa de huéspedes que le daban para vivir muy bien. Además, a su edad, le cayó un regalo del cielo: una joven y guapa paciente le hizo creer que el tiempo sí pasaba en vano. Don Francisco soñaba con regresar a París y más lo soñaba su *novia*. Para visitar con ella la Ciudad Luz le dijo a su esposa que iría a un congreso en Washington, pero nunca se imaginó que el periódico *Sol de Cuernavaca*, anunciaría con bombo y platillo “el próximo viaje del doctor Francisco Rubalcaba y su distinguida esposa a Europa”. La discusión fue terrible: doña Manuelita ya había notado cosas raras en el comportamiento de su marido, estaba muy deprimida y quien sabe si, a propósito o por accidente, cayó de la azotea cuando estaba regando las macetas. El doctor viudo y la joven paciente no esperaron mucho para contraer matrimonio.

Pero no se puede estar en las actividades talámicas continuamente y menos a cierta edad, así que el buen doctor pasaba más y más tiempo ensimismado en sus recuerdos, revisando sus viejas notas, repasando sus teorías, recordando sus aparatos; finalmente, uno se hace científico cuando aprende a ver al mundo de modo diferente y ese era el caso del fisiólogo Fernando Rubalcaba y Sánchez. La cámara de Legay, las expediciones al Popo, el espirómetro, todo se revolvía en su mente sin respetar la realidad y, a veces, resultaba difícil diferenciar si estaba soñando o rememorando. En beneficio de su salud mental, estaba muy lejos de imaginar que ya nadie le recordaba como el gran organizador de la fisiología científica mexicana.

Una vez más, la desgracia lo alcanzó y esta vez no pudo levantarse. Su segunda esposa murió y su familia política lo despojó del

mucho dinero y la poca razón que le restaban. El distinguido doctor Rubalcaba y Sánchez tuvo que regresar a la Ciudad de México, pero ahora en calidad de arriado a la casa de un hermano en la calle de Álvaro Obregón.

Era una lata cuidar al viejo: le encantaban los dulces y se salía a bobear la vitrina de la pastelería en la esquina de Insurgentes y, luego, ya no sabía cómo regresar. En una ocasión que salió, se perdió y, lo encontraron tres días después. El caso es que su hermano se hartó y también su cuñada. Ni modo, aunque no quería saber nada de él, no quedaba más que mandarlo con su hija, que vivía en la calle Sol de la colonia Guerrero. Quica estaba casada con un cirujano mediocre que supo muy bien cómo dar cuenta de las medallas, los libros y lo poco que le quedaba al otrora ilustre suegro.

Le asignaron un cuartucho húmedo en el fondo del patio y ahí lo encontraron ya frío cuando fueron a buscarlo porque no apareció a desayunar esa mañana de abril de 1938. Un sirviente se encargó de los trámites y lo enterraron en la parte más barata del Panteón Civil, aunque la familia poseía una cripta en el Panteón del Tepeyac. Ahí estaban no solamente sus padres, también hombres que como él, forjaron su país y participaron en la creación de la identidad mexicana. Ellos, con las armas, Francisco con el intelecto a través de la ciencia. A fin de cuentas, el vejete no merecía nada: lo que hizo no fue un chiste; por su culpa murió la abuela y, además, había que mantenerlo. Como se dice, la pasión pudo más que la razón: perdió su trabajo como médico e investigador y las faltas en el mundo social lo alejaron de su ciencia y de su familia. No hubo un *In Memoriam* en las sociedades o en las revistas científicas; tampoco un epitafio cariñoso en su tumba.

—Panchito, mi amor, ya sé que no te quieres ir, pero no te vamos a dejar. ¡El más lindo de mis hijos!— ¡Qué maravillosos momentos! itodo al mismo tiempo! Solamente él escuchaba la voz dulce de su madre, veía sus hermosos aparatos, sentía el aire fresco en el tren, percibía el olor de los pinos en la expedición a Amecameca... *No sabemos cómo somos, nuestras condiciones, ¡ni siquiera cuántos litros de orina producimos en 24 horas! Basta leer un libro de fisiología (casi siempre en francés) y copiar. ¡Hay que escribir nuestro clima, nuestra alimentación, nuestras costumbres!*

En ese último momento vivía a plenitud lo que pensaba de su Valle de Anáhuac. *Nuestros hermosísimos crepúsculos, con sus mil y mil brillantes tintas; la irradiación extraordinaria de la luz que se derrama a torrentes, llenándolo todo con una claridad*

deslumbradora cuando el sol ocupa la mitad de su carrera. El brillo límpido de la luna y demás astros de nuestras noches claras. La capa atmosférica que atraviesan los rayos luminosos del sol es poco densa, generalmente, poco cargada de polvos y vapores, ofreciendo por tanto un grado de transparencia excepcional respecto a todos aquellos puntos donde se han hecho estudios de climatología [...] La mayor parte, los días son despejados y la diafanidad de la atmósfera es extraordinaria; esto y la sequedad tan notable del aire hacen que los rayos solares produzcan en el suelo, con la mayor intensidad, sus efectos luminosos, caloríficos y químicos.

UN MÉDICO INOLVIDABLE

Martha Eugenia Rodríguez Pérez

59

Para todos aquellos que piensan que únicamente las almas en pena rondan nuestros recintos, voy a contar una historia que me sucedió y por suerte tuvo buen fin.

Transcurría la primavera de 1906. Acababa de obtener mi título de medicina, lo que me enorgullecía profundamente. Dios sabe cuánto empeño puse para obtenerlo. Por supuesto, la pasión por mi carrera iba en ascenso, así que empecé a frecuentar a los médicos pertenecientes a la Academia de Medicina de México, no solamente con el propósito de convertirme algún día en miembro, sino para ver si podía ayudarles en algo. Además de conocer gente realmente comprometida con su profesión, me volví un asiduo lector de la *Gaceta Médica de México*. Leí todos los números, artículo por artículo. Por las noches llegaba exhausto a casa, pero satisfecho. Después de una buena cena, dormía plácidamente, hasta que en una ocasión escuché una voz que me llamaba:

—*¡Muchacho!*

—*¿Me habla a mí?*

—*Sí, quiero pedirte un favor.*

—*Usted dirá...*

—*Ve con el presidente de la Academia de Medicina y dile...*

Abruptamente salté de la cama. Tras unos segundos, comprendí que se trataba de un sueño, pero ¿quién era aquel caballero que no terminó su mensaje? ¡Qué importaba! Intenté ignorar el incidente hasta que se volvió recurrente. Prácticamente todas las noches soñaba con él, y siempre despertaba justo antes de completar su petición. Lo único que me quedaba muy claro,

era que nunca lo había visto, y si lo había hecho, no recordaba dónde.

Una tarde, como tantas, después de realizar mis actividades, me senté a hojear una de las *Gacetas*. Un artículo atrapó mi atención al sentirme plenamente identificado con el texto. Se trataba de un fragmento de un discurso del doctor Miguel Francisco Jiménez, en el que explicaba la función de la Sociedad (como se llamaba antes la Academia):

¿Quién puede jactarse de abrazar con sólo sus esfuerzos no ya todo el conjunto, pero ni uno solo, hasta apurarlo, de los ramos que cultivamos? Por eso acudimos periódicamente aquí, consagrando algunos minutos de nuestras horas de descanso o de nuestras especulaciones de gabinete, no al vano intento de enseñar o de ostentar cosa alguna, sino a buscar en el cambio de ideas y en las discusiones francas con nuestros amigos un complemento de gran precio para nuestros estudios, que sería imposible alcanzar a cada uno con la dedicación y el empeño más asiduos. Por mi parte, confieso que casi nunca dejo de llevar de aquí una idea nueva, una apreciación más feliz o una materia de meditaciones graves, de ventajosa aplicación para la práctica.

Un portazo interrumpió mi lectura, y apareció el doctor López.

–¡Perdón! El viento me empujó la puerta.

–No se preocupe, doctor.

–¿Qué lees, muchacho?

–Encontré esta *Gaceta* y leía un discurso del doctor Miguel Francisco Jiménez...

–¡Entrañable maestro!

–Me impresionó... No hubiera podido decirlo mejor...

–Tuve la dicha de conocerlo...

–Debe haber sido un tipazo.

–No sólo gran médico y maestro, era un ser humano extraordinario. Anda, sigue leyendo, y luego platicamos.

Cuando pasé la página de la revista, no sé qué cara puse, que el doctor López me preguntó extrañado:

–¿Qué viste, muchacho? ¡Te has quedado pálido!

–Doctor...

–Dime, muchacho...

–¿Usted cree en apariciones?

–¿Apariciones? ¿De qué me estás hablando?

–De que los muertos quieran comunicarse con los vivos...

–¡Ay muchacho! ¿Cómo se te ocurre?

–Doctor, no me había fijado en el rostro del doctor Jiménez...

–¿Y?

–Ahora que veo la foto... ¡He estado soñando con él casi todas las noches!

–¿Y por eso hablas de apariciones?

–Doctor, el doctor Jiménez quiere decirnos algo...

–Mira muchacho, soñar con alguien, no es tener apariciones, y piensa, ¿cómo no va a estar en tus sueños, si apenas tienes un ratito libre, te encierras en este lugar a leer sus discursos o sus contribuciones a la medicina? Mejor acompáñame que hay muchos pendientes por resolver.

Esa noche volví a casa meditabundo. No pude probar bocado. Me recosté en el sillón y en el silencio de la noche me pregunté por qué el doctor Jiménez querría comunicarse conmigo. Pasó el tiempo, me quedé dormido y cuando abrí los ojos ya había amanecido.

En cuanto estuve listo, acudí a la biblioteca para buscar más información sobre el doctor. Encontré que además de haber hecho una gran contribución a la medicina con sus prácticas, cofundó la Sección Médica de la Comisión Científica en 1864 con varios médicos más, quedando como Primer vicepresidente. Era tal su espíritu emprendedor, que con el material científico que reunieron, se encargó de la comisión de publicaciones, dando origen a un periódico que llamaron *Gaceta Médica de México*, que ha seguido publicándose, y que gracias a eso, puedo leerle. En 1865, los miembros acordaron formar un reglamento cuyo artículo primero estipulaba que dicha sección se llamaría *Sociedad Médica de México*, y lo eligieron presidente. Esto es parte del discurso que pronunció entonces:

“La reorganización de nuestro Cuerpo fue con justicia el objeto preferido en sus primeras reuniones; era urgente impedir que el ardor y decisión con que se había puesto mano a la obra, quedasen estériles y aún sucumbiesen en medio de la existencia lánguida y sin porvenir de la Asociación a la que se había unido”. “De aquí nació el nuevo reglamento, modelo de sencillez, que abrió la puerta con franqueza bien calculada para la admisión de nuevos y

dignos colaboradores cuya cooperación se echaba de menos; puso orden y fijeza en las labores haciéndolas periódicamente obligatorias; dejó en pie la amplia libertad en las ideas y en las discusiones que ha sido siempre nuestra divisa; por último, removió los obstáculos que parecían oponerse a que todos tomaran parte igualmente activa en una obra en que se interesaba el buen nombre y que se encaminaba al bien de nuestro país”.

Al salir de la biblioteca, encontré al doctor López. Cuando me vio, sonriendo me preguntó

–¿Cómo estás, muchacho?

–Bien...

–Tengo algo que contarte... Fíjate que después de la conversación que tuvimos sobre el doctor Jiménez...

–¿De sus apariciones?

–¡No! Soñar con alguien no es tener apariciones.

–Lo que pasa es que siento que quiere decirme algo...

–No te agobies, un sueño es sólo eso: un sueño.

–¿Y dos, tres, cuatro, cinco, qué sé yo?

–Pues dos, tres, cuatro, cinco, qué sé yo: sueños. Pero ese no es el punto. Con “tus sueños recurrentes”, has traído de vuelta la memoria del doctor Jiménez y lo comenté con varios colegas.

–¿Y?

–No nos satisfizo el lugar donde lo enterramos... Entonces yo era estudiante. Cuando acabó la ceremonia fúnebre, lo cargamos entre varios y lo llevamos al camposanto.

–Leí que murió en el año de 1875.

–Sí, ni siquiera habías nacido. Se murió el 2 de abril. El cuerpo estuvo en la Escuela de Medicina, donde fue homenajeado. Lo enterramos el 8.

Lo escuchaba con atención, como si fuera a decir algo que tranquilizara el alma del doctor Jiménez.

–Estuvimos hablando, y ahora que la Academia está consolidada nos parece justo que los restos del maestro Jiménez reposen en mejor lugar, así que vamos a exhumarlo para trasladarlo.

El 22 de febrero del año siguiente, se llevó a cabo la exhumación y se planeó la inhumación para el 2 de marzo en la capilla de san Francisco Javier de la iglesia de la Santa Veracruz. Obviamente, yo planeaba asistir y, cuando el doctor López casi me convencía de que no eran apariciones sino simples sueños los que tenía, la noche del

1 de marzo, el doctor Miguel Francisco Jiménez acudió una vez más para decirme:

–Muchacho, no quiero que pienses que sólo te he visitado para tener una mejor morada, ¡qué banal habría sido mi existencia! Si te he buscado, ha sido porque eres un médico prometedor, seguramente ocuparás la presidencia de la Academia algún día, y quiero pedirte que le digas al presidente actual, que no cesen el estudio ni la investigación, que se sigan fomentando actividades para los médicos jóvenes, que como tú, no se conforman con la práctica diaria; que como yo, amén la medicina y siempre la practiquen con entrega total.

La inhumación se efectuó a las diez de la mañana. Alrededor de la tumba se colocaron varios miembros de la Academia, haciendo una guardia de honor. Yo me mantuve de pie, a unos cuantos metros, cabizbajo; no podía creer cómo me había encariñado con alguien sin haberlo visto nunca en vida. Levanté mi rostro. Entre los médicos de la Academia, una sonrisa llamó mi atención: era la de Miguel Francisco Jiménez. Me quedé mudo. Creo que nadie más lo notó, porque nadie comentó el hecho. Me guiñó el ojo y se despidió con la mano, desapareciendo del lugar. No volví a soñarlo, pero tampoco dejé de estudiar sus casos clínicos. Desde luego sigo siendo asiduo lector de la *Gaceta Médica de México*, me convertí en miembro de la Academia, además de profesor de la Escuela Nacional de Medicina, donde siempre menciono a ese médico inolvidable.

EL PEREGRINAJE DE *ACADEMUS* *REDIVIVO* EN LA NUEVA ESPAÑA DEL SIGLO XX

Fabio Salamanca Gómez

65

Academus no conoció la otra orilla del mar. Pudo recorrer los maravillosos márgenes del Cefiso y asombrarse quizás frente a los ríspidos acantilados de Megara, atravesar las vastas llanuras de Tesalia y recibir el penetrante viento del Olimpo, detenerse tal vez ante la imponente majestuosidad de Delfos y, absorto, escuchar el épico canto del Parnaso, pero jamás percibió las voces del otro lado del mar. En este inescrutable devenir del tiempo cíclico, muchos siglos después, transfigurado y redivivo, inició su largo peregrinaje hacia el oeste y recorrió los márgenes del Ebro, atravesó el condado de Berenguer de los Usajes y en medio del estallido de la guerra, salió un día en busca del desconocido rostro del mar.

Lo contempló por vez primera siendo niño en el verano de 1939, frente a la amurallada silueta de San Juan de Ulúa, incapaz de contener el hervor que arropó el mestizaje y lo pobló de abigarradas voces y de sensuales ritmos con ecos reminiscentes de las antiguas rumbas y las cadentes cumbias. Conoció la exuberancia de la selva tropical y las profundas hondonadas donde nace el viento, soportó los gélidos vendavales de Orizaba y lo deslumbró el transparente resplandor del legendario Valle del Anáhuac, donde se detuvo para fortuna nuestra.

Después de una meritoria carrera de muchos años, *Academus*, bajo el insigne nombre de Salvador Armendares Sagrera recibió, incluso, la máxima distinción que la Universidad Nacional Autónoma de México otorga a sus más notables investigadores. Salvador nació en el año de 1925 en Vilafranca del Pendés, Cataluña, donde cursó los primeros años de enseñanza en la Educación Pública;

se trasladó más tarde a Malgrat de Mar, lugar donde nació su padre Salvador Armendares i Torrent, médico como él, y después ingresó en Barcelona al Instituto “Escuela de Enseñanza Libre” que fue el precursor de la revolución docente de las escuelas Montessori.

Por su espíritu liberal, republicano, la familia inició el largo camino del exilio hacia Perpiñán y Montpellier, donde se embarcaron con destino a Veracruz en el célebre *Sinaia*. Durante la prolongada travesía su padre fue nombrado jefe de Sanidad del Barco y, más tarde sería el encargado de revalidar los títulos ante la Secretaría de Salud. Este barco legendario transportó una pléyade de médicos notables, además de los ya señalados, a Ramón Rodríguez Mata, a Ramón Plaza, a Pedro Moles, quien fuera director del Instituto Médico de Madrid, y a quienes serían médicos con el tiempo, como Salvador Armendares y Juan Urrusti. Pero, además, en él llegaron insignes filósofos y poetas como Eduardo Nicol, cofundador del Instituto de Investigaciones Filosóficas, Juan Rejano y Pedro Garfias. De este último alcanzan profundas resonancias los espléndidos versos de singular belleza, escritos al contemplar la mágica y cóncava silueta del golfo de México:

*Pueblo Libre de México:
Como otro tiempo por la mar salada
te va un río español de sangre roja
de generosa sangre desbordada...
Pero eres tú, esta vez, quien nos conquista
y para siempre, ¡Oh vieja y Nueva España!*

En México, Salvador estudió inicialmente en la Vocacional 2, ubicada atrás de Palacio Nacional y luego ingresó al Instituto Luis Vives donde uno de sus maestros fue el reconocido astrónomo Marcelo Santaló.

Realizó sus estudios de médico cirujano en la UNAM, de 1944 a 1950, con la tesis recepcional “Sensibilidad *in vitro* a los antibióticos en las diarreas infecciosas de los niños”, de la cual fue tutor el Dr. Roberto Aguilar Pico y asesor el Dr. Jorge Olarte, distinguido colega nacido en Colombia cuya carrera científica y profesional se desarrolló en México.

Uno de los personajes que tuvo influencia en su carrera sin proponérselo fue el Dr. Rosendo Carrasco Formiguera, médico fisiólogo, fundador de El Colegio de México y padre de Montserrat, esposa

y compañera inseparable por más de cinco décadas, madre de sus dos hijos: Salvador, quien estudió administración, padre de Marina y Natalí y de quienes Salvador fue orgullosísimo abuelo; y Pedro Enrique, quien estudió historia, cine y periodismo.

Fueron compañeros durante su carrera, entre otros, Carlos Méndez, maestro universitario y Santiago Genovés, pionero de la antropología en México y también investigador emérito de la UNAM, desafortunadamente fallecido en este mismo año.

En su oficina del antiguo Centro Médico Nacional, el Dr. Armendares mostraba orgulloso en un sitio de privilegio, entre el retrato de su padre y un hermoso soneto enmarcado de Jaime Torres Bodet, su nombramiento como *ENFERMERA*, el primero que tuvo para ingresar al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Cursó la especialización de pediatría en el Hospital Infantil de México, fue ayudante de la consulta de endocrinología, donde publicó su primer trabajo que versó sobre disgenesia gonadal y se incorporó como pediatra al Hospital de Gineco obstetricia No. 2 del Centro Médico Nacional, donde publicó en coautoría con Juan Urrusti y Ernesto Díaz del Castillo, su primer artículo internacional sobre el índice iliaco en niños a término, prematuros y con Síndrome de Down, aparecido en el *American Journal of Diseases of Children*.

Salvador realizó una estancia de dos años en el British Medical Council en Oxford, con Alan C. Stevenson, notable investigador iniciador de los estudios multinacionales sobre la frecuencia y la etiología de las malformaciones congénitas. De estos tiempos vale la pena resaltar su estrecha amistad con un brillante investigador: Ian Shein, personaje excéntrico contestatario que a la manera de Bertrand Russell, sacudía con sus arengas encendidas las conciencias de los asistentes a las plazas públicas de Londres.

A su regreso de Inglaterra, Salvador creó, con el apoyo del ilustre Pediatra Silvestre Frenk, quien era entonces Director del Hospital, la Unidad de Investigación en Genética Humana, en el Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional y, unos años después, fue el profesor titular del Curso de Especialización en Genética Médica de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Medicina de la UNAM, el primero que se inició en América Latina.

Luego de su estancia en el exterior, contemplar a su regreso el panorama incomprendido en nuestro medio de la genética humana, matizado entonces con el discriminatorio concepto del racismo, y

con el excluyente desprecio hacia los discapacitados, principalmente originado por causas del misterioso mecanismo de la herencia, fue el disparador inmediato para buscar y encontrar un cambio en nuestras anquilosadas estructuras socioantropológicas. Supo encontrar, entonces, como ejemplo de la incompreensión prevalente, el Síndrome de Turner, al que dedicó uno de sus libros más celebrados.

Para rescatarlo de una doble marginación en la que la reprobación estaba centrada en el género femenino, rígidamente limitado, además, en su capacidad reproductiva. Señaladas desde la infancia temprana por sus estigmas fenotípicos que incluyen baja estatura, cuello alado reminiscente de un edema generalizado intrauterino, dificultades de movimiento en la articulación del codo, múltiples *nevus* que cubren de pozos de sombra la blancura de la piel y, casi como una antigua maldición bíblica, la ausencia de características secundarias de su propio género y la ineludible incapacidad de dejar descendientes, como las tierras áridas quedan huérfanas de flores y de frutos.

Un síndrome desde antaño mal comprendido médicamente y también desde el punto de vista familiar y social. En la clínica se ignoraba su etiología y se sometía a las pacientes a cirugías completamente innecesarias. Los enfrentamientos de nuestro caballeresco personaje por conductas entonces consideradas rutinarias en los servicios quirúrgicos pediátricos fueron legendarios.

Antes que todo había que formular el diagnóstico adecuado y era preciso emprender el esfuerzo de crear un laboratorio que permitiera el sofisticado cultivo de las células fuera del organismo humano, obtenidas mediante punción venosa de sangre periférica, y lo que resulta fundamental, poder advertir en estas células su íntima constitución cromosómica y genética. Fue entonces cuando por primera vez en nuestras latitudes se reconoció una fórmula de cromosomas en la cual estaba presente en estas pacientes sólo uno de los cromosomas X, lo que contrastaba con el hallazgo en las mujeres normales que portan dos de estos cromosomas.

Como suele ocurrir con los hallazgos que la ciencia demuestra en el laboratorio, habrían de transcurrir muchos años antes de que las evidencias básicas tuvieran aplicaciones en el ejercicio clínico cotidiano. Salvador reconoció rápidamente que esta aplicación, para ser exitosa, debía acompañarse de un intenso programa de difusión en la comunidad y de un continuado esfuerzo de educación y actualización de conocimientos en el ámbito médico. De esta manera

se inició, de manera pionera, el primer curso de especialización en genética médica bajo los auspicios de la Facultad de Medicina de la UNAM.

Pero para lograr cabalmente la aplicación de este revolucionario conocimiento, principalmente en los derechohabientes, emprendió un nuevo peregrinaje quijotesco por los más apartados rincones del país. Atravesar embravecidos ríos caudalosos en frágiles puentes que el viento sacudía sin piedad, bordear por caminos escarpados paisajes abismales imponentes, contemplar en las diáfanas noches frente al mar la bóveda celeste iluminada, para llegar por el angosto camino de terracería al último reducto de la aldea donde estaba la paciente para ser estudiada. Esperar los trasbordos infinitos en el *ferrí* o enfrentar con coraje los sobresaltos de un vuelo accidentado en una avioneta improvisada cuya puerta se aseguraba con un envejecido cordel deshilachado. Todo para encontrar la remota paciente y brindarle a ella y a su familia el anhelado asesoramiento genético después de haber establecido con certeza el diagnóstico adecuado.

Honrar el pasado cobra sentido en la manera en que aprendemos de él para dimensionar el futuro. Las figuras señeras del pasado debieran ser ejemplos paradigmáticos para las nuevas generaciones que tendrán en sus manos el destino de la medicina nacional. Sigamos los pasos de este *Academus redivivo* para identificarnos plenamente con los más altos valores científicos y académicos que nuestra profesión cultiva. Al honrar su memoria de investigador y de Maestro, que como médico centró su actividad profesional en el paciente y en su entorno familiar y social, exaltemos también sus cualidades de colega y amigo. El legado de Salvador perdurará por muchos años y las obras y logros de sus múltiples discípulos harán cierto el profundo pensamiento de Paz:

*Enterrar a los muertos y olvidarlos
Como la tierra los olvida: en frutos.*

BIOGRAFÍAS

CÓMO SUPERAR LA ADVERSIDAD. ANÉCDOTAS DE VÍCTOR E. FRANKL

José Fenig Rodríguez

*Si no es posible cambiar el sufrimiento, sí lo es
escoger con libertad una actitud para afrontarlo.*

Victor E. Frankl

73

La primera vez que oí hablar acerca de Victor Emil Frankl fue una mañana, hace apenas un par de años, mientras conducía mi auto y escuchaba en la radio las noticias del día. Escuché a un comentarista referirse a un ser humano ejemplar. Me llamó la atención; apunté su nombre para después investigar quién era y cuál era su aportación al vasto campo de la conducta humana. Para mi sorpresa, encontré un mundo de información fantástica acerca de su persona y de su obra. Lo que más me impactó fue la estrecha relación entre su sufrimiento durante la Segunda Guerra Mundial y su aportación a la humanidad con sus estudios sobre la conducta humana, incluso después de haber sobrevivido una estadía de tres años en los campos de concentración nazis. Cabe recordar que durante esa conflagración, en un lapso de cinco años perdieron la vida alrededor de cincuenta millones de seres humanos de distintas nacionalidades y credos.

La entereza mental de Frankl fue tan grande que por ella logró sobrevivir al peor trato que se le pueda dar a un ser humano. Superó la pérdida total de sus pertenencias, el hambre, la desnutrición, la enfermedad; padeció daño físico y mental; fue sometido a trabajos forzados y vivió la muerte de todos sus seres queridos. Fue su inalienable libertad la que le permitió soportar tanta adversidad y

redescubrir el sentido de su vida. “Darle sentido a la vida” es el eje central de todo el trabajo de Frankl. Sobre ello está basado el método de terapia mental que desarrolló y denominó “logoterapia” cuyo propósito es ayudar a recuperar lo útil y positivo del ser humano.

Su principal obra, la de más impacto para cualquier ser humano, sin importar condición alguna, está en un pequeño libro de apenas cien páginas con ideas concebidas principalmente en los campos de exterminio nazis. Lo escribió poco tiempo después de ser liberado en 1945. En tan solo nueve días lo redactó, lo publicó en Viena en 1946 bajo el título de *Experiencias de un psicólogo en un campo de concentración*. Más tarde lo cambió a *Diga sí a la vida, a pesar de todo*. La primera edición en inglés fue publicada en 1959 ya con el nombre de *El hombre en busca de sentido* y que ha tenido más de cien ediciones en veinticuatro idiomas; en inglés ha vendido más de doce millones de copias. En 1991, después de preguntar a sus lectores qué libro había logrado hacer un cambio en su vida, la biblioteca del Congreso de Estados Unidos de Norteamérica lo nominó como el “libro del mes”. Además, lo colocaron entre las diez primeras obras que más influencia positiva ha tenido entre trabajadores de la salud mental; maestros, estudiantes y, en general, entre los diversos lectores de todas las profesiones. Su texto es ahora lectura obligada para estudiantes de filosofía, psicología, psiquiatría, historia, teología y para cualquier persona que quiera aprender a vencer situaciones de extrema dificultad. Más aún, este texto es considerado como la “Biblia” de la logoterapia. Esta última, ahora considerada una gran corriente psiquiátrica, la tercera de la escuela de Viena junto con el psicoanálisis de Sigmund Freud y con la escuela de Alfred Adler, llamada psicología individual. Curiosamente, estos tres grandes psiquiatras fueron originarios de Viena y los tres se conocieron.

La vida de Victor Emil Frankl está llena de anécdotas curiosas, aunque la mayoría muy tristes, algunas de las cuales quisiera recordar y compartir. Frankl nació en Viena, el 26 de marzo de 1905, el mismo día que Beethoven murió. Su madre descendía de una brillante familia de Praga, relacionada con el gran rabino Rashi, brillante comentarista del antiguo testamento que vivió en el siglo XII. Su padre de firmes principios: perfeccionista, estoico y con arrebatos de ira era encuadernador; no ganaba mucho dinero, pero era ahorrativo. Tenía un hermano mayor, Walter, y una hermana menor, Stella. En su casa se comía comida *kosher* y eran observantes del judaísmo hasta que la Primera Guerra Mundial se los impidió.

Durante esa etapa se vio obligado, en el pueblo de su padre, Pohrtitz, a pedir pan y sobras de maíz para mitigar el hambre. De regreso en Viena, junto con su madre, formaba enormes filas de espera desde las tres de la mañana para obtener algo que comer. Posteriormente, Frankl se consideró a sí mismo como un religioso crítico. La guerra, además, le arrebató dos grandes deseos de su niñez: tener una bicicleta y pertenecer a los *boy scouts*. De su madre, decía, heredó una profunda emotividad y, de su padre una extrema racionalidad. Junto con su hermano, recuerda haber tenido sus primeras experiencias sexuales con la trabajadora doméstica de su casa que era promiscua y complaciente con ellos.

Desde muy temprana edad se fijó varios principios en su vida como la de hacer las cosas pequeñas con el mismo entusiasmo que las cosas grandes y hacer las cosas grandes con la misma tranquilidad que con las cosas pequeñas. Hacer todo con mucha anticipación; primero, lo desagradable y después, lo agradable. Más adelante refería que para él las tres cosas más excitantes que había en la vida eran, primeramente, el ascenso a una montaña, una apuesta en la ruleta de un casino y una operación de cerebro.

Su pasatiempo favorito fue el montañismo que incluso, practicó hasta los setenta años. Además, a los sesenta y siete años aprendió a volar aviones. Le gustaban las corbatas y los anteojos que aun, llegó a diseñar comercialmente. La música era otra de sus aficiones, e incluso compuso tangos.

En variados relatos recuerda que a los tres años de edad quería ser médico del ejército o de la marina. En su adolescencia, la fisiología, la psicología experimental, el psicoanálisis, el deseo de escribir, de dibujar caricaturas, la actuación y la oratoria le fascinaban. También, desde los quince años aprendió a hipnotizar. Entabló correspondencia con Freud, a quien conoció personalmente y ayudó, en 1924 a publicar un artículo en la *Revista Internacional de Psicoanálisis*. Fue por influencia del mismo Freud que decidió ser psiquiatra después de descartar a la ginecología y a la dermatología, que también le gustaban. Conservó las cartas de Freud, pero los nazis las destruyeron. Asimismo, conoció a Alfred Adler, a quien le publicó su segundo artículo en la *Revista Internacional de Psicología Individual*. Al mismo tiempo, empezó a impartir conferencias con la finalidad central de comunicar a la audiencia la idea de que somos nosotros quienes deben responder con responsabilidad a las preguntas que la vida nos formula.

Desde joven se desempeñó como consejero de adolescentes problemáticos. Más tarde, de 1930 a 1937, trabajó como psiquiatra en la Clínica de la Universidad de Viena ayudando a jóvenes con tendencias suicidas. Se calcula que atendía alrededor de tres mil pacientes cada año.

En 1937 empezó con su práctica privada de consultorio como neurólogo psiquiatra. Se dedicó al ejercicio de la psiquiatría al darse cuenta que con esa profesión se obtiene poder sobre los demás, pero también porque creía que sólo existe un poder humano: el poder para salvar al tiempo; que sólo existe un honor: el honor de ayudar.

Pero sucedió que en 1938 las tropas de Hitler entraron a Austria. La Segunda Guerra Mundial y el antisemitismo estaban a la vista. Fue allí que su vida empezó a enfrentar dificultades. En 1939 fue enviado a encabezar el departamento de neurología del único hospital judío de Viena, el Hospital Rothschild. En esta época conoció a su esposa, Tilly Grosser, que era enfermera del hospital, le pareció una delicada bailarina española, comprensiva y de buen tacto y sensible. Junto con otra pareja de novios judíos, fueron los últimos que obtuvieron el permiso de matrimonio por parte de los nazis. Se casó en diciembre de 1941. Después de la boda fueron a tomarse una foto, caminaron hasta el domicilio del fotógrafo, ya que estaba prohibido a un judío abordar taxis. De antemano sabían la imposibilidad de tener hijos, porque existía el decreto nazi que prohibía a mujeres judías embarazarse, so pena de ser mandadas al campo de concentración. Los nazis permitían a las embarazadas el aborto. Tilly tuvo que abortar en una ocasión.

En el Hospital Rothschild, entre otras labores, intentó revertir las tendencias suicidas con inyecciones intravenosas o, en los casos más severos, con inyecciones intracerebrales de estimulantes nerviosos, pero pocos meses después el hospital fue cerrado por el régimen nazi. En esa época los nazis autorizaron la eutanasia, orientada en eliminar, sin ningún miramiento, a todos los seres con problemas mentales. Frankl, ante estas órdenes macabras, redactó para muchos pacientes informes médicos en los que negaba la enfermedad mental y describía algún otro padecimiento físico, con el objeto de salvarles la vida.

Ante la muy difícil situación de la Segunda Guerra para un médico judío en 1942, el consulado americano le ofreció la visa para emigrar a los Estados Unidos. Decidió quedarse en Viena. Cuenta Frankl que una noche su padre llevó a su casa un pedazo de mármol que recogió de una sinagoga destruida y quemada. El fragmento correspondía

al mandamiento que indica el respetar a nuestros padres. En ese momento decidió rechazar la oferta de obtener la visa americana para permanecer en Viena junto a sus padres para ayudarlos en lo posible ante el peligro inminente de muerte.

La tragedia inevitable de esos días llegó. En septiembre de 1942 la familia Frankl fue arrestada. Los siguientes tres años los pasaría en varios campos de concentración; Theresienstadt, Auschwitz, Birkenau, Kaufering, Turkheim y Dachau. A su llegada a Auschwitz le tatuaron en el antebrazo el número 119104.

Él y su padre ingresaron inicialmente a Auschwitz, mientras que su madre y su esposa fueron separadas. Su madre posiblemente murió en ese campo en la cámara de gas inmediatamente después de su ingreso, al igual que su hermano. Su esposa fue trasladada a Theresienstadt, a una fábrica de municiones, donde estuvo al menos dos años. Cuando Frankl se despidió de su esposa le dijo: “Haz, sin ningún temor o remordimiento, lo que tengas que hacer con tal de sobrevivir”.

Antes de su arresto ya tenía un borrador donde había escrito algunas ideas acerca del sentido de la vida. Al llegar al campo de concentración le fue arrebatado y destruido. Junto con el uniforme de prisionero recibió algunos harapos para protegerse del frío. Curiosamente, en una bolsa encontró un pedazo de papel; era la hoja de un libro de rezos judíos con la oración más sagrada de esta religión. Más adelante le sirvió para anotar algunas ideas que había empezado a escribir sobre sus primeros conceptos del sufrimiento humano.

Como prisionero logró sobrevivir por varias razones; su gran deseo por preservar su vida (fue autor de varios actos humanitarios), por su astucia, por su buena suerte, por tener la intuición de saber en quién confiar, por su optimismo, por su buen humor, por aprender todas las cosas bellas que tiene la vida con sólo contemplarlas; pero, sobre todo, por saber responder de forma libre, positiva y responsable a las innumerables adversidades que se le presentaron en los campos de concentración. Encontró sentido a la vida a pesar del sufrimiento. Convirtió los retos en triunfos.

En el campo de concentración de Theresienstadt, que a los nazis les servía para enseñar al mundo “lo bien que trataban a los prisioneros”, Frankl era brutalmente golpeado por las mañanas y llevado a escuchar *jazz* por las noches. En el campo de Türkheim contrajo tifo exantemático, estuvo muy cerca de morir; en esos momentos lo único que deseaba era que su libro llegara a ser publicado. Después de curarse milagrosamente del tifo, una noche en la barraca empezó

a tener dificultad para respirar. Tenía dos opciones: quedarse en la barraca y morir o arrastrarse hasta donde estaba el médico del campo. Aun con el peligro de ser muerto por los disparos de los guardias que tenían la orden de hacerlo a cualquier prisionero que se encontrara fuera de la barraca por la noche; se arriesgó, se arrastró y se salvó.

Cuando cumplió cuarenta años, un compañero del campo logró regalarle unos pedazos de papel usado por las tropas nazis; en ellos logró garabatear en taquigrafía más ideas y anécdotas para no olvidar lo que acontecía día a día.

Narró que por las mañanas lo sacaban del campo para ir a trabajar en distintas tareas, que el hambre era intolerable, lo mismo que el frío y los dolores en sus pies hinchados, congelados y con supuración de las heridas. Mitigó sus malestares imaginando que impartía conferencias, relatando su situación de prisionero de un campo de concentración, en un gran auditorio, bonito, cómodo y dirigiéndose a una enorme audiencia.

En el campo de Theresienstadt, después de buscar en un barril de basura lleno con cáscaras de papas, encontró algo que comer. Su padre murió por edema pulmonar y por desnutrición extrema. En los últimos momentos de su vida, Frankl le inyectó una ampollita de morfina para evitarle más sufrimientos. Esa ampollita la había introducido al campo escondida entre sus ropas. Esperó el momento apropiado para utilizarla.

Como prisionero en uno de los campos, logró sobrevivir todas las penurias posibles: la desnutrición, el tifo, el maltrato físico y mental. A la liberación del campo de Türkheim, el 4 de abril de 1945, donde se encontraba entonces, se sintió terriblemente solo. Empezó a caminar y se encontró con un obrero también recién liberado y empezó a dialogar con él. Notó que jugueteaba con un pequeño objeto entre sus manos, se lo enseñó y se dio cuenta de que era un colgante de oro en forma de globo terráqueo. El mismo globo que le regaló a Tilly cuando cumplieron un año de vivir juntos. Quizá —pensó— era el mismo que le había regalado a su esposa. Tenía una inscripción: “todo el mundo gira alrededor del amor”. Logró comprarlo otra vez.

De manera sorprendente, Frankl quiso regresar a Viena; lo hizo en agosto de 1945. Allí se enteró de que su esposa Tilly había muerto de inanición en Bergen-Belsen, al igual que su hermano. Tilly murió pocos momentos antes de que fuera liberado por el ejército británico. Además, le relataron que durante esos días, unos gitanos

habían cocinado en sus ollas partes de cadáveres, especialmente hígados. Consideró la posibilidad de que esos gitanos se hubiesen alimentado del hígado de su esposa.

Retornó a Viena, lo que le originó las peores tragedias imaginables, porque creyó con firmeza en la reconciliación y no en la venganza ni en la culpa colectiva. Pensaba que, incluso, el peor nazi tenía el potencial de realizar acciones positivas mediante su libre y responsable elección. Con frecuencia le preguntaban ¿No te han lastimado lo suficiente en Viena? Respondía: ¿Qué me ha hecho quién? Sólo recordaba que hubo vieneses que ayudaron a judíos escondiéndolos y alimentándolos. También recordaba al comandante de la SS que, secretamente y de su propio dinero, compró muchas medicinas para los prisioneros. Después de la liberación los mismos judíos lo escondieron para que no fuese capturado por soldados americanos. Los prisioneros abogaron por su salvación, el comandante americano la aceptó. Ese comandante de la SS volvió a trabajar en diversas organizaciones para recolectar en poblaciones vecinas alimentos y ropa para los judíos sobrevivientes recién liberados. Por ello, Frankl desechó la idea de la culpa colectiva, tan de moda en esos días históricos.

Poco a poco retomó su carrera como psiquiatra; se enfrentó a innumerables individuos que, al igual que él, eran sobrevivientes de los campos nazis y estaban necesitados de ayuda psicológica. Los ayudó trabajando, como era su costumbre, con intensidad y con pasión.

Obtuvo la dirección vacante de la Policlínica Neurológica de Viena, puesto que conservó por los siguientes veinticinco años de su vida. Al reincorporarse a la psiquiatría en esa clínica, pensaba que cuando a uno le suceden tantas adversidades y es sometido a tantas pruebas, es porque algo lo está esperando.

Lo más importante para él era el libro que tanto ansiaba escribir antes de su deportación. Lo hizo en 1946 y así logró superar el trauma de los tres años anteriores y, al mismo tiempo, ayudar a sus semejantes.

En 1947 se casó nuevamente, ahora con otra enfermera, Eleanor Katherin Schwindt de religión católica. Frankl aceptaba a sus semejantes independientemente de sus creencias religiosas o no religiosas; se fijaba, más bien, en la dignidad de cada individuo. Con ella tuvo una hija, Gabrielle, que más tarde se casó con Franz Vesely; tuvieron dos hijos, Katherina y Alexander.

Su vida fue productiva y muy provechosa. Durante los años que permaneció en la jefatura del departamento de neurología de la

Clínica–Hospital de Viena, siempre trabajó intensamente. Escribió más de treinta libros con temas psiquiátricos y también de interés general. Impartió conferencias en más de doscientas universidades en los cinco continentes. Incluso en 1966 fue invitado a dar una plática a los prisioneros del famoso presidio de San Quentin. Cuenta que llegó a cobrar hasta diez mil dólares por conferencia. Aunque en referencia al aspecto económico, pensaba que el real sentido de tener dinero es darse el lujo de no pensar en él. Mantuvo reuniones con muchos líderes del mundo: religiosos, políticos, filósofos, maestros, estudiantes y con ciudadanos comunes y corrientes interesados en sus ideas y en su método de terapia psicológica, la logoterapia. Incluso visitó al papa Pablo VI quien, al despedirse de él, le dijo: “Por favor, rece por mí”. Veintinueve universidades lo distinguieron con distintos grados honoríficos. La Asociación Americana de Psiquiatría le otorgó el premio Óscar Pfister. Austria lo honró con la mayor distinción que se otorga por méritos científicos. También la Academia Austriaca de Ciencias lo nombró miembro de honor. En 1995 impartió su última conferencia magistral en la Universidad de Viena. Dos años después falleció en esa ciudad, el 2 de septiembre de 1997.

Frankl fue un individuo que supo sobreponerse a todo, se realizó plenamente, logró lo inimaginable. Su libro, *El hombre en busca de sentido*, según lo manifestó el filósofo Karl Jaspers, es uno de los pocos grandes libros de la humanidad.

Su gran aporte a la psicología y a la psiquiatría fue la logoterapia con el potencial de ser aplicada no sólo a un individuo, sino a la humanidad entera cuando se comparten valores que dan sentido a la vida colectiva. Además, la logoterapia es un método que puede ser aprendido y aplicado de manera autodidacta por medio de la *autobiblioterapia* para cambiar la vida de cualquier ser humano.

Según Frankl los problemas psicológicos tienen su principio cuando se cae en lo que él denomina como vacío existencial, provocado por la pérdida de los valores y principios básicos del individuo, tornándolo apático y aburrido, provocándole una neurosis sociogénica. A pesar de que la sociedad actual busca satisfacer todas las necesidades humanas mediante el bombardeo mercadotécnico que favorece el consumismo, a este no le interesa, ni deja trazas de ser positiva o útil en la vida de su cliente.

Darle sentido a la vida significa buscar situaciones especiales, útiles y con valor positivo que reorienten el buen vivir de cada ser humano en particular, como la concientización de las dificultades de la realidad cotidiana. Por esto, el logoterapeuta no puede

decirle al doliente qué condición o acción específica es la correcta, pero sí puede enfatizarle que la vida nunca cesa de ofrecernos posibilidades y oportunidades, incluso durante sus últimos instantes. Independientemente de las diversas creencias religiosas, políticas o sociales de cada ser, los valores humanos más recomendables son, según Frankl, el trabajo, el amor y el enfrentar las adversidades con responsabilidad, para así superar las más grandes adversidades de la vida: el dolor, la culpa y la muerte.

Buscar sentido a la vida es para Frankl una libertad absoluta y muy propia del ser humano; no importa en qué circunstancias se encuentre, nadie puede imponerla. Pero para completar el éxito, una vez hecha la elección hay que emprenderla con total responsabilidad. Frankl le da tanto valor a la libertad y a la responsabilidad, que cuando dictaba una conferencia en Estados Unidos, les recordaba que ya existía en la costa este una estatua dedicada a la libertad. Pero, en su opinión, hacía falta otra estatua en la costa oeste: la dedicada a la responsabilidad.

La logoterapia, a diferencia del psicoanálisis, no creció en el ámbito de lo empírico. Frankl y sus discípulos hicieron múltiples estudios con todo el rigor científico y estadístico para poder analizar con propiedad sus resultados. En la actualidad, la logoterapia es practicada en todo el mundo para la libre e individual búsqueda de acciones positivas. Su implementación responsable para superar problemas mentales de cualquier magnitud permite al paciente la posibilidad de decidir qué es útil en su vida y qué no lo es. No le basta con que el individuo haya sido educado con tradiciones que contemplan sólo los diez mandamientos, sino que además, le enseña a enfrentar y vencer las diez mil demandas diarias que la realidad le impone.

SEMBLANZA DEL DR. JOSÉ KUTHY PORTER

César Gutiérrez Samperio

83



El Dr. José Kuthy Porter como director del Hospital General de la SSA, durante la ceremonia del día del médico, el 23 de octubre de 1986.

Por lo limitado del espacio sería imposible mencionar en estas páginas todo lo que el Dr. José Kuthy Porter realizó durante su fructífera vida. Aun sabiendo que omitiré muchos datos importantes en las siguientes líneas, trato de plasmar lo que considero más relevante. José Guillermo Kuthy Porter nació el 28 de noviembre de 1925 en México, D. F. Su padre, José Kuthy Gobel fue originario de Hungría y su madre, Beatriz Porter, de la Ciudad de Querétaro. Realizó sus estudios de primaria en el Colegio Williams, en Mixcoac, y los de secundaria y preparatoria en los colegios Simón Bolívar y Cristóbal Colón, respectivamente. Se decidió por la carrera de medicina, por lo que a los 18 años inició sus estudios pre médicos en la Universidad de Berkeley, en California. Posteriormente se trasladó a la Universidad de Harvard, en Boston. Después de varios años regresó a México e ingresó a la Facultad de Medicina de la UNAM, donde le revalidaron algunas materias. Fue un magnífico estudiante. Presentó la tesis recepcional: “Estudio anatómico y radiológico del sistema linfático torácico”, dirigida por el Dr. Alejandro Celis, un trabajo de investigación que en su oportunidad recibió elogios y el debido reconocimiento en el ámbito científico; el día 18 de junio de 1952 sustentó su brillante examen profesional, por el que obtuvo mención honorífica.

La vida familiar del Dr. José Kuthy Porter fue plena: tuvo un hermano, Leslie y dos hermanas, Beatriz y Esther; el 3 de enero de 1953 contrajo matrimonio con Anne Marie Saenger, una mujer excepcional, con amplia cultura y profundos sentimientos altruistas, compañera y apoyo insustituible en sus actividades profesionales y humanísticas; procrearon diez hijos: Ana Teresita, María de Lourdes, María Isabel, Martha Eugenia, José Miguel María, Francisco Javier, María Cecilia, Pablo Guillermo, María Magdalena y Juan Arturo que constituyen la familia Kuthy–Saenger. Todos sus hijos fueron exitosos en sus respectivas actividades, pero por razones laborales se dispersaron por el mundo y formaron sus propias familias, lo que dio a José y Anne Marie la oportunidad de viajar para visitarlos y convivir con ellos en múltiples reuniones familiares. En 2003 festejaron las bodas de oro matrimoniales.

Por su inclinación hacia la neumología, recién egresado, trabajó en la Unidad de Neumología del Hospital General de México de la S.S.A. Para complementar sus ingresos, por las tardes se desempeñó como secretario de redacción de la revista *Sugestiones*, que editaba el Laboratorio Chinoín. En enero de 1953 se trasladó por carretera a los Estados Unidos hasta Glendale, en Maryland, cerca

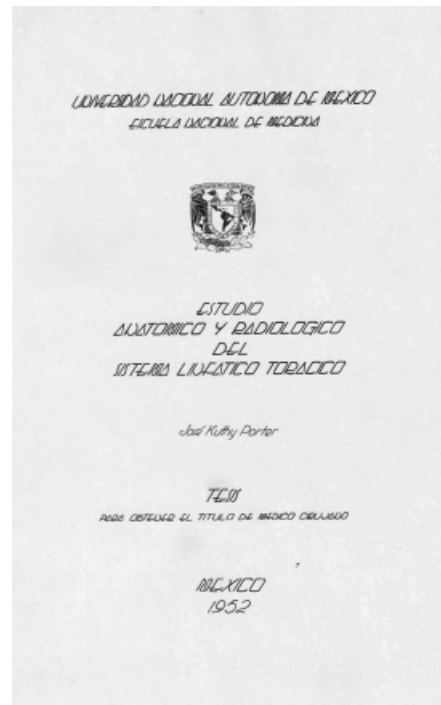
de Washington, donde junto con un médico colombiano realizó una estancia en el servicio de neumología del hospital de dicha ciudad, bajo la tutela del jefe de cirugía el Dr. Keneth Zee. A su regreso a México, se reintegró al Hospital General y se inició como ayudante en las clases del Dr. Emilio Esquivel Medina. Abrió un consultorio en la calle de Guanajuato de la Colonia Roma junto con el Dr. Octavio Rivero. Además, reanudó sus actividades en la redacción y edición de la revista *Sugestiones*.

En los siguientes años, sus actividades cotidianas se dividieron entre su trabajo en la Unidad de Neumología del Hospital General, donde obtuvo, por oposición, la plaza de médico externo, y continuó como ayudante en las clases del Dr. Esquivel; también obtuvo, por oposición, la designación como profesor de patología del aparato respiratorio. Durante su gestión como director de la Campaña de Lucha contra la Tuberculosis el Dr. Donato Alarcón, el Dr. Kuthy fue designado director del Centro Neumológico Universitario, responsable de que se realizara catastro torácico y la prueba de la tuberculina a los alumnos que ingresaban a la UNAM, lo que permitió detectar lesiones fímicas iniciales y tratarlas oportunamente. Por la tarde atendía su consultorio particular y acudía a los Laboratorios Chinoín. Ante la muerte del gerente general, el Dr. Jorge Volk, como consecuencia de un cáncer pulmonar que el mismo Dr. Kuthy diagnosticó, fue nombrado en forma transitoria gerente de los Laboratorios, transitoriedad que se prolongó durante 20 años.

A través del director del Hospital General de México, el Dr. don Mariano Vázquez, se gestionó la estancia del Dr. Kuthy Porter en los servicios de neumología de varios países, con el fin de actualizar conocimientos y poner en funcionamiento en el Hospital General los avances de dichos hospitales. Así, realizó estancias durante varios meses en el Hospital Brompton de Londres; bajo la tutela del Prof. Dr. Scading en el Royal Marsden Hospital de la misma ciudad, y en el Alghemeine Krankenhaus (Hospital General de Viena). Su estancia en esta ciudad, además, le permitió asistir, junto con su esposa Anne Marie, a la Universidad para tomar cursos de alemán, visitar museos y asistir a conciertos y a la ópera. También estuvo en el Centro Neumológico de Roma, en aquel tiempo Instituto Forlani de Roma.

Desarrolló actividades académicas en la Sociedad Médica del Hospital General y en la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax, de la que fue tesorero y presidente. En 1984 fue presidente de la Academia Nacional de Medicina, lo que le permitió

publicar sus experiencias en la *Revista Médica del Hospital General*, en la *Revista de la Asociación Mexicana de Neumología* y en la *Gaceta Médica de México*; es autor de seis libros y escribió capítulos de varias obras médicas y de bioética. Su libro más conocido es *Introducción a la bioética*, publicado por Méndez Editores en coedición con la Universidad Anáhuac y la Academia Nacional de Medicina; la tercera edición apareció en 2009. Fue el director responsable en México de la *Revista Medicina y Ética* del Centro de Bioética de la Facultad de Medicina e Cirugía de la Universidad del Sacro Cuore de Roma.



El 19 de septiembre de 1985, el temblor que sacudió a la Ciudad de México destruyó muchas de las instalaciones del Hospital General, con la lamentable pérdida de muchas vidas entre personal administrativo, enfermeras, médicos y residentes debido al derrumbe de la residencia para becarios. En los siguientes meses se hicieron patentes muchos problemas, tanto por el daño a la infraestructura física como de la falta de recursos para su rehabilitación; incluso se pensó, en abril de 1986, clausurar el Hospital: no obstante, el secretario de salud, Dr. Guillermo Soberón Acevedo, designó al Dr. José Kuthy Porter como director, junto con el Dr. Rodolfo Blanco como

subdirector y el Dr. Raúl Cicero como jefe de enseñanza. El Dr. Kuthy Porter logró conciliar intereses, unir a los diferentes grupos disidentes, conseguir recursos para la reconstrucción del Hospital y reorganizar el programa de trabajo. Entre lo logrado sobresale la creación del departamento de epidemiología clínica, conjuntamente con la Facultad de Medicina de la UNAM, bajo la dirección del Dr. Fernando Cano Valle, así como el otorgamiento de becas por parte de la Fundación Rockefeller a un grupo de médicos con el fin de que realizaran la maestría en la Universidad Mac Master de Canadá.

Al terminar una magnífica labor como director del Hospital General, se jubiló como trabajador de la S.S.A.; también se jubiló después de haber sido profesor de la Facultad de Medicina de la UNAM durante 38 años, pero el mismo año fue designado director de la Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac, cargo que desempeñó durante diez años, en los que fue responsable de la reorganización académica, del fortalecimiento de la infraestructura, del logro del reconocimiento por parte de la AMFEM y de conseguir una mayor proyección de la institución en la comunidad. Al terminar su gestión como director de la Escuela de Medicina trasladó su domicilio a la Ciudad de Querétaro, aunque tenía que viajar con frecuencia a la Ciudad de México para asistir a las actividades del Instituto de Humanismo, que más tarde se convirtió en la Facultad de Bioética, la segunda en el mundo y la primera en Latinoamérica; participó en su organización junto con la Dra. Martha Tarasco y el Dr. Óscar Martínez González, y con toda justicia fue designado director honorario. Se le puede considerar, junto con el Dr. Manuel Velasco Suárez, como uno de los principales promotores de la bioética en México. El Dr. Kuthy con su voluntad inquebrantable creó una verdadera escuela en esta disciplina.

Mencionar las actividades académicas en las que participó el Dr. Kuthy ocuparía varias páginas, pero debemos decir que lo mismo aceptaba dictar conferencias o intervenir en mesas redondas de discusión o talleres en prestigias universidades y sociedades médicas de México o del extranjero, que dar conferencias en hospitales y sociedades médicas de poblaciones pequeñas, grupos de enfermeras, padres de familia o estudiantes. Muchas de sus intervenciones las hizo representando a diferentes corporaciones: la Facultad de Medicina de la UNAM, la Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac, la Federación Internacional de Escuelas y Facultades de Medicina de Universidades Católicas —en la que ocupó cargos

directivos—, la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax, la Sociedad Médica del Hospital General y la Academia Nacional de Medicina, entre otras.

Al final de este texto incluyo un listado de referencias de las que obtuve muchos de los datos aquí consignados, así como parte de la bibliografía en la que el Dr. Kuthy Porter aparece como autor o coautor, lo que nos da una idea de su productividad científica. Debo destacar los trabajos presentados en el Congreso Americano y el Congreso Europeo del American Colleague of Chest Physicians, en la CIOMS que es la parte académica de la OMS, donde se discutieron varios aspectos éticos de la profesión médica y él participó en las mesas de discusión realizadas en Roma sobre dilemas bioéticos y tuvo la oportunidad de platicar e intercambiar ideas con el Dr. Elio Sgreccia, a quien invitó y recibió en México, así como con el cardenal Ratzinger, posteriormente papa Benedicto XVI. El Dr. Kuthy visitó y tuvo actividades en muchas ciudades de los cinco continentes, lo que le permitió adquirir una extensa cultura y tener una visión global del mundo. Para él siempre ocupó un lugar preferente el humanismo, el que desarrolló, promovió y difundió tanto en México como en otros países de América, Europa, Asia, África y Oceanía.

Fue el organizador y promotor de reuniones médicas como el Congreso Nacional de Neumología y Cirugía de Tórax, la Reunión Nacional de la Academia Nacional de Medicina, la Reunión de la Asociación Mexicana de Escuelas y Facultades de Medicina —de la que fue anfitrión cuando era director de la Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac—; durante esta reunión tuvo lugar un curso de bioética muy útil para la motivación y formación en el ámbito de la bioética de profesores de medicina de todo el país. También participó en la organización del Congreso Panamericano de Neumología y Cirugía de tórax y en el Primer Congreso Nacional y Primer Congreso Internacional de Bioética.

Formó parte desde su inicio de la Comisión Nacional de Bioética, pero también aceptó integrarse a comités locales, como el Comité de Bioética del Instituto de Corazón de Querétaro y el Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Querétaro, a los que asistía puntualmente a pesar de las dificultades para movilizarse por la artritis y los cambios degenerativos en su columna vertebral y la articulación de cadera; participó activamente y propuso soluciones a los dilemas éticos planteados. Con gran esfuerzo y voluntad inquebrantable, se mantuvo activo hasta quince días antes de su muerte, la que ocurrió el 20 de julio de 2010.

Los reconocimientos recibidos en vida fueron muchos, aunque el más relevante fue el cariño de sus familiares, amigos, compañeros médicos, alumnos y enfermos. Tal vez el mejor reconocimiento y homenaje que le podemos hacer es recordar todo lo que hizo a través de su vida y sobre todo, seguir su ejemplo.

Para terminar, quiero relatar en unas cuantas líneas algunas vivencias que tuve durante los últimos años de “Pepe” como cariñosamente, siempre con respeto, nos referíamos al Dr. José Kuthy Porter. Quisiera dejar plasmados algunos aspectos de su postura ética como médico, de su personalidad llena de bondad, de la responsabilidad con la que cumplía todo aquello con lo que se comprometía, a pesar del importante deterioro de su salud. En los años en los que tuve el privilegio de convivir con el Dr. José Kuthy Porter pude percatarme de su convicción, como católico practicante, de la defensa de la vida, pero siempre abierto al diálogo, respetuoso de la opinión de los demás, a quienes escuchaba con atención, y exponía con paciencia sus sólidos argumentos.

En los últimos años, en reuniones académicas en la Ciudad de Querétaro y otras ciudades del interior del país y en la Ciudad de México, principalmente en la Academia Nacional de Medicina, además de escuchar las conferencias que exponía con un lenguaje claro, pude alternar con él en las mesas redondas, durante las cuales contestaba con sencillez las preguntas de los asistentes. Sus fundamentados argumentos sobre dilemas y problemas de bioética también los escuché en el seno de las reuniones del Comité de Bioética de la Facultad de Medicina de la UAQ, del que formó parte desde su inicio, y a cuyas reuniones asistía con puntualidad, participando activamente en las discusiones; su inteligencia, prudencia y buen juicio nos dejó a todos una valiosa enseñanza.

Varias veces fue invitado a la clase de bioética que yo imparto a los estudiantes de medicina de la Facultad de Medicina de la UAQ; invitación que aceptaba de buen grado, no obstante, que las clases son a las siete de la mañana. Alternaba con los estudiantes y respondía a sus preguntas, muchas veces fuera de lugar. En una de las clases un alumno le preguntó —¿Entonces usted es el descubridor de la bioética?— Lo que dio lugar a una sonora carcajada de Pepe; cuando pudo controlar la risa respondió: —no joven usted me confunde, aunque la confusión me llena de orgullo; quien acuñó el término de bioética y lo utilizó en su libro *Brigde to Future* fue un oncólogo de Wisconsin, el Dr. Van Rensselaer Potter, a quien seguramente usted se refiere. Es cierto que los apellidos tienen cierto parecido,

pero al Dr. Rensselaer Potter solamente lo conozco a través de sus escritos, no tengo el gusto de conocerlo personalmente.

El entusiasmo con el que planeaba sus encuentros familiares y el cariño con el que los relataba, contagiaba a los oyentes de la alegría de vivir; fue el centro de una gran familia a la que, incluyendo a su esposa, Anne Marie, apoyó en todo momento. Pero el tiempo es inexorable y la vida tiene que seguir. Durante los últimos años adoptó la postura de un paciente disciplinado; fue atendido por médicos de diferentes especialidades: medicina interna, cardiología, neumología, ortopedia y reumatología, entre otros, con quienes cambiaba impresiones acerca de diferentes temas de actualidad, sobre su enfermedad, sobre la vida y sobre la muerte que, a la postre, ganó la batalla. El Dr. Kuthy Porter fue un hombre y un médico íntegro, un maestro ejemplar que con su palabra y su ejemplo nos dejó una invaluable enseñanza en los ámbitos de la medicina, la bioética y la vida misma, por lo que todos siempre lo recordaremos con cariño.

Bibliografía

- Alonso-Concheiro A. *Cronología médica mexicana. Cinco siglos*. México: S.XXI-Academia Nacional de Medicina-Academia Mexicana de Cirugía, 2011.
- Camps V. *La voluntad de vivir*. Barcelona: Ariel, 2005.
- Kuthy-Porter J. *Mi historia. Biografía de una vida plena*. México: Edición de autor, 2010.
- Charvel S. “Derecho y salud en México: propuestas para una relación eficaz”. *Gac. Med. Mex.* 2009;145:447.
- Echeverría Z. E. “La formación de médicos especialistas, una responsabilidad compartida”. *Cir Ciruj.* 2008;76:449.
- Gutiérrez-Samperio C. “Bioética y cirugía”. En Kuthy-Porter J y Cols. *Introducción a la bioética*. 3ª ed. México: Méndez Editores-ANM, 2009:167.
- Kuthy-Porter J. y Cols. *Introducción a la Bioética*. 3ª Ed. México: Méndez Editores-ANM, 2009.
- Kuthy-Porter J. Ética y bioética. En: Gutiérrez-Samperio C, Carrasco-Rojas JA. “La bioética en el ejercicio quirúrgico”. *Clínicas*

quirúrgicas de la Academia Mexicana de Cirugía. Vol XVI. México: Ed. Alfil, 2010: XIX.

Lifshitz G. A. “El papel del paciente en la atención de las enfermedades”. México: *Med Int.* 2010; 26:1.

Lifshitz G. A. “La práctica médica en los albores del siglo XXI”. México: *Cirugía y Cirujanos*. México, 2010; 78:469.

Reyes LPA. “El acto médico personal y moral”. En Kuthy-Porter J. y cols. *Introducción a la bioética*. 3ª Ed. México: Méndez Editores, ANM, 2009:61.

Reyna-Carrillo FLM. *La responsabilidad profesional del médico en México*. México: Porrúa, 2005:194.

Serrano MT, Jiménez HBL. *Bioética*. México: UNAM, 2007:83.

Gordillo-Paniagua G, Guarner V, Kuthy-Porter J, Kretschmer RR, Blum-Gordillo B. “Impact of Organ Transplantation 40 Years after the Beginnings”. *Gac. Med. Méx.* 1995; 131:173.

Uribe Elías R, de la Fuente JR, Kuthy Porter J, Rubio Donnadieu F. “The Physician between Health and Disease”. *Gac. Med. Méx.* 1993; 129:307.

Navarro-Reynoso F, Alcántara-Vázquez A, Kuthy-Porter J, Cicero-Sabido R. “Giant Bronchiectasis Caused by Chronic Inhalation of Porcine Hair”. *Gac. Med. Méx* 1989;125: 31.

Kuthy-Porter J, Celis ME, Pacheco CR. “Dynamics of Pulmonary Tuberculosis”. *Gac. Med. Méx.* 1987;123:9.

Kuthy-Porter J. “Earthquake: its Consequences in the Care of Chest Diseases in Mexico”. *Chest.* 1986;119: *Pub Med PMID:* 3720372.

Kuthy-Porter J, Corvera-Bernardelli J, Martínez-Palomo A, Cano-Valle F. “Ethics in Clinical Research”. *Gac Med. Méx.*, 1983;119:112. *Pub Med PMID:* 6347791.

Pacheco CR, Quijano-Pitman F, Kuthy-Porter J, Ramos J, Herrera M. “Centenary of the Discovery of the Tuberculosis Bacillus”. *Gac Med. Méx.*, 1982;118:439. *PubMed PMID:* 6819974.

Cano-Valle F, Hidalgo K, Larraza O, Kuthy-Porter J. “Fibrosing Alveolitis and Respiratory Insufficiency”. *Gac Med. Méx.*, 1980;116:365. *Pub Med PMID:* 7439603.

Kuthy–Porter J, Ponce de León HM, Alonso P, Téllez R, Cornejo G. “Problems of Diffuse and Interstitial Pulmonary Fibrosis. Study of 80 Cases”. *Gac Med. Méx.*, 1975;110:127. Spanish. *PubMed PMID*: 1175873.

Kuthy–Porter J. “Mechanism of Action of Antitubercular Drugs”. *Gac Med. Méx.*, 1974;108:163. *PubMed PMID*: 4218178.

Kuthy Porter J, Ponce de León HM. “Interstitial and Diffuse Pulmonary Fibrosis”. *Prensa Med México*, 1971;36:47. Spanish. *PubMed PMID*: 4324006.

Kuthy–Porter J. “Atmospheric Pollution in the Mexican Valley”. *Gac Med. Méx.*, 1969;99:797. Spanish. *Pub Med PMID*: 5345015.

Kuthy–Porter J, Ponce de León H. “Anatomofunctional Changes of Pulmonary Tuberculosis after its Treatment”. *Gac Med. Méx.*, 1969; 99:75. Spanish. *PubMed PMID*: 5788643.

DON PACO

José Ramón Nogueira de Rojas

Decía Ortega y Gasset:

“Para comprender algo humano, personal o colectivo es necesario contar una historia. La vida sólo se vuelve un poco transparente ante la razón de la historia” (Citado por don Paco).

Personajes como él se vuelven mitológicos. Uno de los mitos iniciales, conocido de pocos de sus biógrafos, cuenta que desde niño era excelente tenista, por lo que su padre, médico prestigiado de la ciudad que lo vio nacer, le construyó una cancha en un terreno urbano de su propiedad. Hay quien dice haber visto una foto de esa cancha. Debe haber sido una rareza entre los edificios coloniales de la entonces pequeña ciudad. No hay duda de que en sus años adultos cultivaba el *tenis* con pasión. Siendo ya un famoso médico académico, maestro de muchas generaciones y motor de la preparación de calidad de especialistas diversos; gracias a sus amigos en puestos directivos de hospitales e institutos capitalinos, enviaba a estudiar a sus alumnos en los mejores cursos de especialidad. Muchos testigos lo vieron jugar en los alrededores de las reuniones médicas a las que era asiduo. Ya entonces, las piernas le empezaban a fallar, pero confiaba en el que llamaba su brazo churrero. Si una pelota le quedaba al alcance la contestaba de tal manera, que los contrarios, sus amigos médicos, sufrían la derrota y sus siempre oportunas frases: *“si hace el intento de contestarla, se ve mejor. Where is the people? Algunos tenistas quedaron con vértigo duradero después de tratar de alcanzar ese tiro, etc”*. Llegaba, imponente presencia,

al Club Campestre del que era socio de muchos años a jugar con sus amigos. “¡Buenos días, Pedro!” gritaba al ver al encargado de las canchas de tenis. “Buenos días, doctor”. “Vengo a jugar con mis amigos de Guadalajara, León e Irapuato. ¿Quién crees que va a ganar?”. “Usted, doctor”. ¡Tú sí sabes de tenis! Decidió un día que no era justo que sólo jugaran cuando coincidían en una reunión académica: “¡Bendita la Ciencia, que nos permite estos devaneos!”, repetía, e instituyó un miércoles cada tres meses, dedicado exclusivamente al tenis y a la convivencia, en cada una de las cuatro ciudades.

Trabajaba intensamente en su consultorio. Con muchos hijos y su acrisolada honradez y actitud caritativa, requería de muchas horas de consulta. A pesar de lo poco conveniente desde el punto de vista económico, todas las mañanas se presentaba en el Hospital General una devota secretaria que le ayudaba a ponerse una bata almidonada, deslumbrante de blancura. Alumnos de todas las edades se arremolinaban tratando de escuchar cada frase que decía cuando pasaba visita porque su capacidad como clínico impresionaba. La cortesía con la que trataba a todos: pacientes, empleados, alumnos, compañeros, amigos, era por sí misma una enseñanza en movimiento.

Vale la pena profundizar más en su pasado. Cuando se graduó de médico, sus padres le organizaron una fiesta en la casa solariega, con orquesta y todo. Cuentan que en aquel tiempo tenía una novia de la localidad. Unos primos, sin embargo, invitaron a unas lindas chicas de la capital desconocidas para él. Una de ellas lo flechó de inmediato. Hay testigos que aseguran que toda la noche bailó con ella. Me cuesta trabajo imaginarlo, caballero a la antigua, de educación esmerada y cortesía perfecta, haciéndole tan feo desaire a su novia, pero como historiador objetivo no tengo más remedio que narrar el episodio, porque de allí se derivó un noviazgo de algunos años, seguido de boda y fundación de una enorme familia: diez hijos prohicieron y criaron con gran amor. Explicaba el tamaño de su familia porque él mantenía la norma de su amigo Manuel: hay que practicar la austeridad y sólo hacer la mitad de lo que a uno le gusta.

Los últimos hijos son gemelos. Llegaron cuando ya no era tan joven. Contaba él que en una ocasión fue a recogerlos al jardín de niños; no estaban en la reja y apareció un compañerito de sus hijos, le dijo que, por favor, los llamara, y oyó cómo gritaba: —¡Pablo, ya llegó tu abuelito por ustedes!—, contestó el aludido: —¡No es *nostro* abuelito, es *nostro* papá—. Se puede discutir que esos diez hijos

son el mayor logro de don Paco. Todos trabajadores, todos útiles, todos aprendieron cómo hay que ser para que la vida sea plena. A su tiempo fueron llegando muchos nietos, ya es médico el siguiente Francisco, hijo de su hija mayor. Varios de sus hijos y también varios nietos son excelentes tenistas. Desde el cielo, don Paco debe estar muy satisfecho de su familia.

Sin embargo, es difícil estar seguro de que los hijos son su mayor logro. Sus alumnos son legión. “Me gusta llevarme con los residentes; ellos son médicos en formación, como yo”. Su definición de maestro: “alguien que ha llegado antes, que te dice ‘fíjate’ y que en poco tiempo llega a ocupar el dignísimo lugar del Maestro”.

La manera de ser médico le interesó enormemente. Dedicó mucha meditación, escribió mucho, dictó conferencias sobre a la relación médico-paciente.

Antes la relación médico-paciente era una conciencia frente a una confianza, ahora es un intercambio de papel receta por papel moneda. El camino del médico es igual al camino de todo ser humano; pero su dilatada misión le imprime rasgos especiales y lo hace interminable, avanza sin darse pausa, avanza hacia el conocimiento de la ciencia y de la persona enferma. ¡Cuántas esperanzas extenuadas en la cuesta de la vida! Atrás van quedando los años. La vida sólo rinde cuando somos capaces de mirar el pasado como enseñanza, vivir vigorosamente el presente y asomarnos al futuro con esperanza.

Así vivió. Participó en la discusión sobre qué es mejor: Aceptar puestos directivos y nombramientos políticos o seguir trabajando en la trinchera, con los pacientes y los alumnos. Los que habían aceptado esos puestos aseguraban que se puede hacer mucho más desde arriba. Que se alcanza a más personas con las decisiones. En sus últimos años era invitado con frecuencia a tratar temas no técnicos; uno de los más escuchados y leídos, se titula “Los caminos del Médico”. Ahí expresa claramente su opinión sobre la disyuntiva:

El médico funcionario. Las acciones en su institución y con frecuencia, otras circunstancias, lo reubican ahí mismo en lo que ha sido su casa: deja su labor cotidiana de médico; recorría su hospital, convivía con sus enfermos, compañeros médicos y todo el personal, su espacio era amplio

y su mundo no tenía límites. Al convertirse en funcionario, ha llegado a una oficina, espacio limitado, ahora tiene visión panorámica, cambio de actividades y de acciones, puede desarrollar "oficinofilia", ahí vive, el espacio tiene que ser agradable, ahí pasa buena parte del tiempo y su aislamiento relativo lo puede hacer generar "oficiomanía". Se comunica sobre todo por medio de oficios y memorandos que imponen límites y enfrían la comunicación. Tiene que formar "comités" y asistir a numerosas juntas, se requiere apuntalar la autoridad y compartir o diluir la responsabilidad. Muchas horas usadas, muchas opiniones, pocos acuerdos. Descubre que el máximo de personas que pueden ponerse de acuerdo, es una, y ahora le toca ser a él. Desgaste natural en las relaciones; todo lo que se había ganado puede irse deteriorando; no siempre es así, pero esto puede suceder.

Le ofrecieron en múltiples ocasiones la dirección de su Hospital General y de su Facultad de Medicina; la Secretaría de Salud de su Estado. Hasta la dirección de su querido Instituto. Nunca aceptó. En cambio, fue miembro de la Academia Nacional de Medicina, presidente de la Asociación Mexicana de su especialidad y del Consejo Mexicano de la misma. En ambos casos rompió el tabú centralista de que no era posible presidir esos organismos al vivir fuera de la capital. Después de él, en la Asociación y en el Consejo, han sido presidentes múltiples compañeros de los estados. Ahí servía con pasión, guiaba con energía pero siempre con cortesía y afecto a los que tenían la suerte de compartir su mesa directiva. Ellos, sólo viéndolo trabajar, adquirirían conocimientos que luego aplicaban. Así se explica que muchos de los que le llaman Maestro, se adjudicaron ese derecho sin haber sido nunca sus alumnos formales, de aula u hospital. Sin menoscabo de la diseminación del conocimiento científico o el rigor para certificar especialistas, instituyó reuniones sociales para honrar a los presidentes previos. Esas costumbres se han quedado como tradiciones atesoradas por los miembros y respetadas por las nuevas mesas directivas, a pesar del paso de los años.

Cuando su Facultad de Medicina cumplió 178 años, fue invitado a pronunciar el discurso principal de la ceremonia. Al historiador no se le escapa la ironía. Decía don Paco que él era el único docente que había sido invitado cuatro veces a trabajar en su facultad ¡Porque los dogmáticos, que ahí abundan, lo habían expulsado cuatro

veces de ella! Preparó cuidadosamente su discurso aunque ya no pudo pronunciarlo. Dicen que su hijo médico lo pronunció por él. Esta advertencia permite adivinar su estado de ánimo: "Mis palabras pueden no ser compartidas por todos, nada más natural, es sólo un punto de vista, objetivo y sincero hasta donde es posible; pero discrepar en la vida es la regla, sólo hay que hacerlo con moderación, educación y aún con refinada elegancia".

Refinada elegancia que hasta para morir tuvo don Paco. El historiador y su esposa estaban en la Ciudad de México cuando sonó el teléfono. Hablaba otro de sus alumnos tardíos, académico y gran médico, que dijo: —conecta el altavoz, porque no lo voy a repetir. Se nos acaba de ir Don Paco. Lo velan esta noche y se lo llevan mañana a su ciudad.

No va a ser fácil aprender a morir así. Esa tarde unos primos habían organizado una gran fiesta en honor de un tío suyo, muy querido, que había muerto hacía algunos años. don Paco habló y cantó, comió y bebió. Tuvo la fortuna de que estuvieran presentes varios de sus hijos. A la hora de retirarse, expresó que se sentía un poco débil y falleció sin más trámite. Varios de sus amigos lo acompañaron en su velorio y al día siguiente se presentaron en su ciudad donde el luto y la consternación eran palpables entre la mucha gente que lo amaba.

Ha habido múltiples homenajes en su honor. En alguno de ellos, poco tiempo después de que nos dejó, uno de sus amigos dijo:

Se nos están acumulando los homenajes. Es natural, don Paco ocupaba tanto espacio emocional. Lo perseguíamos en estos últimos años para que siguiera viniendo a nuestras reuniones. A veces, como ahora, no lo lográbamos. Ahora mismo, pronunciar estas palabras que él no va a escuchar (y si las va a escuchar, no podré apreciar su comentario) me cuesta mucho trabajo. Pero, como dice el poeta urbano Joaquín Sabina: "*... y la vida siguió, como siguen las cosas que no tienen mucho sentido*". Esta misma sesión en estos momentos me parece que no tiene mucho sentido, porque tenemos que continuar el camino sin él y la mejor manera de expresar nuestro duelo no es seguir hablando del vacío que deja, del desgarrón que produjo. La mejor manera de sublimar el dolor es hablar de lo mucho que nos dio. De cómo su presencia provocaba la aparición de cosas buenas, risueñas, bellas. Dejemos de darnos el pésame.

Debemos dar el pésame a aquellos que no tuvieron la fortuna de conocerlo, de recibir de cerca sus palabras, su sonrisa, su ingenio, su velocidad mental, su cariño, su bonhomía. Hace años, un alumno suyo, que había sido agitador comunista durante su juventud y, naturalmente, atacaba a maestros como él, me dijo, después de una sesión que culminó con una conferencia dictada por don Paco y cena de él con unos pocos: “Cómo desperdicé al Maestro. Lo tuve tan cerca y no lo aproveché”. Que nuestras lágrimas y depresión no nos hagan desaprovechar ese gran privilegio que fue ser sus amigos y sus alumnos, no sólo en la Medicina, sino en la vida. Cuando él sufrió sus grandes pérdidas, procuró que el dolor no se le notara; cuando estuvo enfermo, ante nosotros se mantuvo alegre y esforzado.

El historiador cede la palabra a Marguerite Yourcenar para describir al amigo ideal (*Memorias de Adriano*):

Alguien que nos apoye, nos aliente, a veces, que nos oponga algo. Alguien que comparta con nosotros con igual fervor, los placeres del arte y de la vida, sus caminos, siempre insólitos y nunca fáciles; alguien que no sea nuestra sombra ni nuestro reflejo, ni siquiera nuestro complemento sino alguien por sí mismo; alguien que nos deje en completa libertad y que nos obligue, sin embargo, a ser plenamente lo que somos. Gracias, don Paco.

LAS 30,000 AUTOPSIAS

Carlos Ortiz Hidalgo

Introducción

Rokitansky realizó 30,000 autopsias en toda su vida, nos dijo el profesor Carvallo en aquella sesión de un lunes por la mañana en el antiguo Hospital General del Centro Médico Nacional al ver que los residentes de anatomía patológica, nos quejábamos de hacer dos o tres autopsias a la semana. Treinta mil autopsias —insistió el profesor—, de las que se tienen los protocolos escritos con su puño y letra y además, se sabe que Rokitansky supervisó cerca de 140,000 autopsias más! Quedé sorprendido, impresionado, atónito después de averiguar, de que sí, Rokitansky realizó su última autopsia a los sesenta y dos años (vivió hasta los setenta y cuatro años), y comenzó sus estudios de anatomía patológica a los veintitrés; treinta mil autopsias representan, de dos a tres autopsias al día, durante siete días a la semana, durante treinta y ocho años! En toda mi residencia hice cerca de setenta autopsias y creía haber hecho muchas. Rokitansky fue un hombre excepcional y el protagonista de una auténtica revolución académica, y junto con Rudolf Virchow fue el iniciador de la llamada “nueva anatomía patológica”.

Vida y obra de Rokitansky

Carl Joseph Wenzl Prokop Rokitansky (1804-1878) nació en Königgrätz, hoy Hradec Králové, una hermosa ciudad, la más antigua de la República Checa, fundada en 1225 y capital de Bohemia del

Este, que se encuentra localizada en la confluencia de dos ríos: el Elba (Río *Labe* en checo) y el Tichá Orlice. Carl nació en la casa número 42 de la plaza Mayor, cerca de la catedral del Espíritu Santo, en cuya fachada existe una placa en su honor que fue develada en 1879, un año después de su muerte. Estudió la escuela básica en Koniggratz y a los catorce años, el joven Rokitansky, se mudó a Praga (que en aquel tiempo pertenecía a la monarquía austro-húngara) para estudiar filosofía en la *Univesrzita Karlova* atraído, seguramente, por la gran admiración que le causaba el filósofo Checo Bernard P. J. N. Bolzano (1741-1848). En 1821 inició sus estudios de medicina en Praga donde cursó anatomía con el legendario Jan Evangelista Purkyně (también conocido como Johannes E. Purkinje, 1787-1869), y completó estudios de zoología, mineralogía, botánica, fisiología, química, farmacia y patología general. De acuerdo con lo informado por Steiner, Rokitansky no fue un alumno brillante, obtuvo la calificación de “E” (excelente), sólo en el curso de anatomía y en el de cirugía teórica. Curiosamente en las actas de sus exámenes, que fueron revisadas por Steiner, encontró su nombre escrito de maneras diferentes: en ocasiones se puede leer Rokitansky con “y” y en otras con “i” así como Carl con “C” y en otras con “K”.

En el otoño de 1824, al cumplir los veinte años de edad, Carl marchó a Viena, pues decía que los profesores en Praga, particularmente Purkinje, no estaban interesados en enseñar a los estudiantes, y en Viena encontró un ambiente académico mucho más estimulante. Fue ahí, en 1824 donde se graduó como médico con la tesis “De varioloide vaccinica”. Durante su carrera, le interesaron los textos de Johann F. Lobstein (1777-1835), Friedrich S. Meckel, el joven (1781-1833) y Gabriel Andral (1797-1876), por lo que decidió seguir Anatomía Patológica como especialidad. Rokitansky nunca se dedicó a la medicina clínica, pero convivió con excelentes clínicos como el renombrado médico checo Josef Škoda (1805-1881), quien vivía en Viena en esa época. Al terminar la carrera aceptó el puesto —sin remuneración— de prosector de anatomía mórbida en el área de autopsias “*Leichenhaus*” del “*Wiener Allgemeines Krankenhaus*” (Hospital General de Viena). Ahí trabajó con el profesor Johann Wagner (1800-1833) a quien ayudó para realizar la autopsia de Beethoven el 26 de marzo de 1827. A la prematura muerte de Wagner —murió a los 33 años por tuberculosis—, Rokitansky fue nombrado encargado del servicio de anatomía patológica.

Hasta esa época nadie, desde los tiempos de Morgagni, había profundizado tanto en el estudio de los cambios anatómicos de la

enfermedad encontrados en la sala de autopsia como lo hizo Rokitansky. En 1844 fue nombrado profesor y jefe de anatomía patológica y la materia de patología fue incorporada en el currículo médico (Viena fue la segunda universidad en establecer la plaza de profesor de anatomía patológica; la primera fue en Estrasburgo en 1791; en 1849 fue elegido director de la facultad de Medicina de Viena y en 1852 electo rector *Magnificus*, y diez años después fue nombrado asesor médico (*Medizinalreferent*) de cultura e instrucción. En 1848 fue electo miembro de la Academia de Ciencias (uno de los pocos médicos miembros de esa institución) y a partir de 1850 y durante veintiocho años fungió como presidente de la sociedad médica de Viena. En 1874 fue designado barón (*Freiherr*).

El problema de la anatomía patológica, en la época en que Rokitansky comenzaba su vida profesional, fue que esta disciplina era vista como secundaria, y en muchas ocasiones, sin importancia y trataba de explicarse, al contrario de como se hace actualmente, en términos de los hallazgos clínicos; es decir, de acuerdo con un dato clínico particular, el hallazgo anatómico era interpretado. El famoso fisiólogo francés François Magendie (1783-1855) no creía en la patología y dijo, hacia 1839:

[...] le doy muy poco valor al examen minucioso de las huellas dejadas en los órganos a través de esa búsqueda que pomposamente ha sido llamada Anatomía Patológica. Las lesiones encontradas en las autopsias son frecuentemente producidas después de la muerte y consecuentemente, el plan hasta ahora que se ha seguido en estas investigaciones, es una falacia y únicamente puede conducir a información vaga y al error [...].

Con este escenario se enfrentó Rokitansky. Quizá la aportación más importante de este gran patólogo fue precisamente que pudo convencer, no sin menudos enfrentamientos académicos, a los médicos clínicos de la época de que aceptaran que “...la sala de autopsia y no la cama del paciente, es el templo de la verdad...” por lo que la clínica tenía que ser interpretada (como se hace ahora) a partir de los hallazgos anatómicos. Bien había dicho el legendario anatomista Giovanni Battista Morgagni (1682-1771) que los síntomas son: “*el llanto de los órganos que sufren...*”. Para Rokitansky, la rutina en cada caso de autopsia era estudiar las alteraciones morfológicas y reconstruir el proceso de la enfermedad, correlacionando los hallazgos con la

sintomatología, indagar la etiología y patogenia de la enfermedad y valorar los resultados de la terapia empleada. Esto hizo acercar a los médicos clínicos a la sala de autopsias para aprender de las lesiones anatómicas, asentando así la correlación anatomo-clínica y las bases de las sesiones anatomopatológicas actuales. Este método, que hoy se usa rutinariamente en cada estudio *postmortem*, generó en esa época molestia de muchos médicos hasta el punto de exigir que le retiraran la licencia para practicar medicina a Rokitansky y a su amigo Škoda.

De 1834 a 1862, Rokitansky trabajó en la “vieja sala de autopsias” que era un lugar muy mal acondicionado para el trabajo, con poca iluminación y mala ventilación, por lo que es sorprendente la cantidad y calidad de su trabajo bajo aquellas circunstancias. No fue sino hasta 1862, durante un congreso médico en Viena, que médicos alemanes criticaron fuertemente al Imperio por las condiciones de las instalaciones deplorables en que Rokitansky trabajaba y fue como consecuencia de esto la apertura, meses después, del nuevo Instituto de Patología en Viena.

Ahí el trabajo de anatomía patológica fue enorme. Para entonces era regla que todo paciente que moría en el Hospital General de Viena (*Allgemeines Krankenhaus*), pasara al Instituto de Patología donde Rokitansky practicaba la autopsia y es muy probable que haya tenido acceso de 1500 a 1800 cadáveres anualmente. Y efectivamente, como nos lo dijo el profesor Carvallo, existen 30,000 protocolos de autopsias realizados por Rokitansky. El primer protocolo tiene fecha del 23 de octubre de 1827 y el número 30,000 está con fecha 1866, cuando el patólogo había cumplido ya sesenta y dos años de edad. Pero ¿Cuál fue la circunstancia que permitió este trabajo de Titanes?, ¿cómo eran conservados los cuerpos en épocas previas a la refrigeración y a la conservación de órganos? Rokitansky desarrolló la habilidad para realizar las autopsias rápidamente, pues impulsó una forma de estudios *postmortem* que se conoce como “Técnica de Rokitansky”, que es uno de los métodos basados en el examen *in-situ* de las vísceras; es decir, la inspección del cadáver sin la exenteración de las vísceras. Y el trabajo de Titanes sólo se me ocurre explicarlo con lo que dijo Cajal: “las grandes mentalidades poseen gran capacidad de trabajo”.

Conforme pasó el tiempo la fama de Rokitansky aumentó, adquirió numerosos ayudantes que venían de varios puntos de Europa, quienes lo asistían en las necropsias y a quienes dictaba los hallazgos macroscópicos. En sus más de 400 artículos publicados y en su fenomenal libro de tres volúmenes titulado *Handbuch der*

Pathologischen Anatomie, que apareció publicado en 1846 y que fue dedicado al entonces ministro del interior del Imperio austro-húngaro secretario conde Franz Anton von Kolowrat-Liebsteinsky (1776–1881), muestra los hallazgos anatómicos de diversas enfermedades. Describe magistralmente en su “*Handbuch*” numerosas alteraciones anatómicas de diversos padecimientos como la obstrucción intestinal por hernia interna, la dilatación aguda del estómago, tumores de la vesícula biliar, el síndrome de la arteria mesentérica superior y propuso que la causa de esta, era la obstrucción de la tercera porción del duodeno por compresión de la arteria mesentérica (síndrome de Rokitansky). Además, describió las dilataciones diverticulares de la mucosa vesical (senos de Rokitansky–Aschoff), la dilatación aguda del esófago, la atrofia aguda amarilla del hígado, los infartos hepáticos, la neumonía lobar e intersticial, los divertículos traqueales, la ruptura espontánea de la aorta, la estenosis pulmonar (estenosis de Rokitansky), diversas malformaciones congénitas del corazón, la ausencia de vagina con amenorrea primaria (Síndrome de Mayer–Rokitansky Küster–Hauser); —posiblemente Eva Braun, la mujer de Hitler tuvo este síndrome—, el tumor filodes mamario (cistosarcoma de Rokitansky), la presencia de un tubérculo (nódulo de Rokitansky) dentro de un teratoma ovárico que se proyecta hacia la luz del quiste; que corresponde a tejido adiposo, pelos, dientes o hueso, el útero doble, el bocio, el adenoma pleomórfico de la glándula parótida, los ovarios poliquísticos, la endometriosis, la adenomiosis y la sinovitis villonodular entre muchas otras contribuciones a la anatomía patológica. También acuñó los términos de “melanoma pigmentado”, “hamartoma” y “osteoides”. Este “*Handbuch*” le valió la Cruz de Honor de Austria por la Ciencia y el Arte de Primera clase “*litteris et artibus*” (*Österreichisches Ehrenkreuz für Wissenschaft und Kunst 1. Klasse "litteris et artibus"*).

Otro de sus grandes libros fue el último, publicado en 1879, un año después de su muerte titulado *Defectos en el septo del corazón (Die Defecte der Scheidewände des Herzens)*, donde plasmó sus observaciones sobre cardiopatías congénitas y presentó su teoría sobre la transposición que deriva de la desviación del *septum* aórtico. Demostró además, detalles precisos sobre la anatomía del tabique interauricular e interventricular y fue el primero en describir las diferencias entre los defectos del *ostium primum* y *ostium secundum*. Este libro representa algo así como el complemento del que había publicado en 1852 titulado: *Sobre algunas de las más importantes enfermedades de las arterias (Ueber einige der wichtigsten Krankheiten der Arterien)*.

Por lo que respecta al cáncer, designó como “cáncer epitelial” aquel en el que al examen microscópico (de algunos tumores de piel, labio, escroto y prepucio), se podían identificar células análogas, en todos los aspectos, al de las células epidémicas normales, dando así sugerencia del origen epitelial del cáncer, mientras otros patólogos, incluyendo al famoso Virchow, erróneamente consideraban al cáncer como de origen del tejido conectivo.

La influencia de Rokitansky fue tal que el “*Institut für Pathologische*” del “*Allgemeines Krankenhaus*” (Hospital General de Viena), que él había fundado, se convirtió en centro de la medicina austriaca y dejó numerosos alumnos como Hans Chiari (1851-1916), Ferdinand von Hebra (1816-1880), Ignác Fülöp Semmelweis (1881-1865), Carl Wedl (1815-1891) (maestro de Moritz Kaposi) y Hans Kundrat (1845-1893) quien fue su sucesor en la dirección del laboratorio de patología.

Es de particular interés la relación de la escuela de Rokitansky con el médico húngaro Semmelweis. Ignác Fülöp Semmelweis había estudiado en Viena y fue alumno de Škoda, Hebra y Rokitansky. Después de trabajar por dos años con Rokitansky, Semmelweis fue nombrado asistente del profesor Johann Klein (1788–1856), en una de las maternidades del Hospital General de Viena y fue donde observó que los alumnos de Rokitansky, después de hacer autopsias, iban a atender partos. Además, fue la muerte de un colaborador de Rokitansky de nombre Jacob Kolletschka (1803-1847), lo que convenció a Semmelweis de la transmisión de la sepsis. Kolletschka se había cortado durante una autopsia y había desarrollado “piemia” lo que le causó la muerte a los 44 años de edad. Semmelweis ayudó a Rokitansky en la autopsia de Kolletschka y se dio cuenta de que mostraba datos similares a las pacientes de fiebre puerperal. En el hospital donde trabajaba Semmelweis había dos salas de partos: una donde trabajaba el profesor de obstetricia Klein y en otra, donde lo hacía el doctor Bartch. En la primera, la mortalidad era mayor que en la segunda. Estudió las diferencias en ambos pabellones y se dio cuenta de que la del profesor Klein era más frecuentado por los estudiantes de medicina, quienes atendían a las parturientas después de disecar cadáveres con Rokitansky; en cambio, la sala de partos del Dr. Bartch era más utilizada por las parteras, y cuando los estudiantes visitaban su sala, la mortalidad también aumentaba en esta. Esto le llevó a formular su ya famosa teoría acerca de que los estudiantes transportan algún tipo de “material putrefacto” desde los cadáveres hasta las mujeres, lo que da origen a la fiebre puerperal.

La solución fue sencilla, instalar un lavabo a la entrada de la sala de partos y obligar a los estudiantes a lavarse las manos antes de examinar a las embarazadas.

Regresando a la vida académica de Rokitansky, al ver que muchos cadáveres no tenían alteraciones macroscópicas evidentes, desarrolló influido, sin duda, por la medicina hipocrática, la hipótesis llamada “*krausenlehre*” o teoría hematohumoral. De acuerdo con esta teoría, la sangre era la responsable de dar origen al proceso de enfermedad por el resultado de la falta de balance entre la fibrina y la albúmina. Decía que después de que estos elementos (que llamaba blastema) salían de los vasos y pasaban al intersticio, tenían la capacidad de coagulación y solidificación para formar componentes tisulares; o sea que creía en la generación espontánea de células.

Al enunciar esta hipótesis Rokitansky, seguramente, sabía que estaba aportando datos que no iba a ser capaz de probar, y fue entonces severamente criticado por el joven Virchow (que entonces tenía veinticinco años de edad, quien había sustituido recientemente a Robert Froreip como prosector en la Charité de Berlín). Rudolf Ludwig Carl Virchow (1821-1902) no fue alumno de Rokitansky sino uno de sus más severos críticos. Para Rokitansky la causa de la enfermedad la atribuía a cambios en las propiedades químicas de las proteínas de la sangre (fibrina y albúmina) que resultaba de la formación local de “blastema”, que a su vez se transformaban en algunas de las lesiones que él veía en la mesa de autopsias, y para Virchow, a pesar de la admiración por muchos de los trabajos de Rokitansky, esta “teoría humoral” era un enorme anacronismo “*ungeheure anachronismus*”. En su famosa revisión publicada en diciembre de 1846, en dos suplementos de la revista médica prusiana *Preussische Medizinisch-Zeitung*, lo inculpó de proponer una teoría sin evidencia científica. Parte de la grandeza de Rokitansky está en la aceptación de la crítica y en el hecho de que algunos de los conceptos censurados por Virchow, fueron modificados en la nueva edición de su libro publicado en 1855 titulado *Lehrbuch der Pathologischen Anatomie*. Virchow le tuvo mucho respeto a Rokitansky y se refería a él como “el primer real patólogo descriptivo” y lo llamó “el Lineo de la Anatomía Patológica”.

Es verdad de que Rokitansky prefirió el examen macroscópico que el microscópico, pero sí existe un considerable número de observaciones microscópicas originales y, en sus libros puede uno encontrar numerosas ilustraciones microscópicas. De hecho, en su autobiografía menciona que su primer microscopio fue de marca

Brunner, que lo compró en 1842 y que lo utilizaba mayormente cuando sospechaba cáncer. Sin embargo, Rokitansky no le dio la misma importancia al microscopio que como lo hizo Virchow. Por ejemplo, podemos leer en su muy citado *Handbuch* que: "... las diferencias detectables a simple vista en el carcinoma son un poco comparables a las reveladas por el microscopio en la textura elemental del carcinoma medular".

La vida personal de Rokitansky es un tema que creó interés antes y después de su muerte. En ocasiones se le atribuía una actitud pesimista y depresiva, con preocupaciones económicas constantes, lo que lo obligó a dar clases particulares de anatomía y patología. El legendario Adolf Kussmaul (1822-1902) quien trabajó con Rokitansky durante una temporada, lo calificó como de carácter triste y melancólico, fundamentalmente pesimista y sombrío. En una ocasión Rokitansky dijo que: "en la vida animal y, en especial, la humana, el sufrimiento es mucho más prevalente que la alegría, y la alegría no es nada más que un deseo satisfecho, un sufrimiento desahogado, una negación del mismo". Sin embargo, hay muchos de sus biógrafos que dicen que este era sólo un pequeño rasgo de su personalidad y que él fue básicamente feliz. En 1834, al cumplir los treinta años de edad, se casó con la cantante de ópera Marie Weis, quien heredó su talento artístico a dos de sus hijos, Hans y Viktor y los otros dos, Karl y Prokop, fueron médicos siguiendo los pasos de su padre (en realidad la pareja tuvo siete hijos, tres de los cuales murieron a edad temprana). Rokitansky solía decir que sus hijos: *dei einen heilen, dei anderen heulen* (unos curan y otros aúllan). Los domingos, Rokitansky invitaba a sus alumnos a su casa para tomar té con pastelillos y poder hablar de temas diversos de cultura y escuchar cantar a su esposa e hijos.

Rokitansky fue el primer presidente de la Sociedad de Antropología (Virchow, curiosamente, también se interesó por la antropología) y en 1863 publicó dos ensayos sobre la organización universitaria (*Zeitfragen, betreffend die Universität, mit besonderer Beziehung auf Medecin*) (*Die Conformität der Universitäten mit Rücksicht auf gegenwärtige österreichische Zustände*) en donde expresaba su convicción de que la universidad debería de tener diversas facultades y que todas las universidades de Austria deberían de tener un patrón académico uniforme. Asimismo, indicó que las universidades deberían de tener el doble papel de enseñanza e investigación.

Además de los libros médicos, Rokitansky escribió ensayos sobre "el valor intrínseco de la mente" (1867), y "la solidaridad de toda

la vida animal" (1869). En sus últimos años se dedicó a la política (similar a lo que pasó con Virchow).

Al cumplir setenta años, se celebró una gran fiesta en su honor, el 22 de febrero de 1874. Cuentan que las calles de Viena estaban adornadas y había música por todas partes. Exalumnos llegaron de varias partes de Europa para felicitar al "padre Roki", como solían llamarle. Se le entregó, por parte del gobierno austríaco un certificado de honor donde decía que "*es usted la gloria de Austria y un honor de la Universidad*".

Sir William Osler, (1849-1919) el afamado médico del Hospital de Johns Hopkins, y llamado el "padre de la medicina moderna" fue uno de los invitados a la celebración, quien la describió así:

A la hora citada, no había ya lugar en el amplio auditorio... había numerosas personas para festejar al pionero de la patología moderna. Al concluir la ceremonia se develó un hermoso busto en medio de los aplausos de la concurrencia. Se recibió a por lo menos treinta y cuatro personajes de diversas partes de Europa quienes presentaron cada uno, sus felicitaciones aproximadamente ciento cincuenta estudiantes, todos con antorchas y muchos con el uniforme de sus universidades, caminaron por las calles de Viena haciendo alusión al festejo del profesor. Los habitantes de la ciudad se asomaban por sus ventanas para ver la procesión [...].

Cuando Rokitansky se retiró de la vida académica el 16 de junio de 1875 dijo que:

[...] yo he ganado para la anatomía patológica un lugar tan importante en la ciencia alemana, que puedo designarla como una base para la ciencia de la fisiología patológica y como los cimientos de la investigación en la esfera de la medicina". En una de sus últimas clases, a los casi setenta y dos años de edad, Rokitansky indicó a los alumnos que: "la anatomía patológica es la base esencial de la fisiología patológica, y que se completa con la histopatología, la patología química y por la patología experimental [...].

Tres años después de su jubilación y aquejado por bronquitis crónica, asma y dolor coronario, Carl Rokitansky, murió a los setenta y cuatro años de edad en la mañana del 23 de julio de 1878.

Como escribió el patólogo alemán Theodor A.E. Klebs (1834-1913) (quien descubrió el bacilo de la difteria —bacilo de Klebs-Löffler— y en cuyo honor fue nombrada la bacteria del género *Klebsilla*): “Rokitansky nos enseñó a pensar anatómicamente al examinar al paciente, y a tejer en la mesa de autopsia la fase individual del proceso mórbido en el patrón de cada proceso clínico”.

En México, Rokitansky se encuentra junto a Maude Abbott (1869-1940) en el mural (segundo fresco) de Diego Rivera, localizado en el Instituto Nacional de Cardiología.

Fue Carl Rokitansky el hombre más importante en la reorientación de la medicina en Viena durante el tercer decenio del siglo XIX.

Bibliografía

Castagnoli L, Jonjic N, Rizzardi C, Melato M— Carl von Rokitansky and the Italian Translation of the *Handbuch der Pathologischen Anatomie*: a Linguistic and Doctrinal Dilemma. *Pathologica* 2001;93:654-661

Glider SSB. Carl Von Rokitansky (1804-1878) *Canada M A J*. 1954;71:70-72

Hadju S. Pathologists who Attained Fame without Microscopy. *Ann Clin Lab Sci*. 2003; 33:119-122

<http://archive.org/details/handbuchderpathoovongoog>

Jay V. The Legacy of Karl Rokitansky. *Arch Pathol Lab Med*. 2000; 124: 345-346

Menne FR. Carl Rokitansky The Pathologist. *Ann Med Hist*. 1925; 379; 379-386

Pérez Tamayo R. “El joven Virchow y el viejo Rokitansky”. En: *La profesión de Burke y Hare y otras historias*. El Colegio Nacional. México: Fondo de Cultura Económica, 1996; 147-173.

Steiner I. *Rokitansky in this Bohemian Years and his Relations with Jane Purkynje*. Wein Klin Worchenschr 2004; 116; 788.791.

Weyers W. Carl Rokitansky: “His Life, Works and Contributions to Dermatopathology on the Occasion of his 200th birthday”. *Am. J. Dermatopathol* 2004; 26: 431-438.

LAS COORDENADAS DEL VIAJE A ÍTACA

Rafael J. Salín-Pascual

Cuando emprendas el viaje hacia Ítaca
ruega que sea largo el camino,
lleno de aventuras, lleno de experiencias.
A los Lestrigones, a los Cíclopes
o al fiero Poseidón, nunca temas.
No encontrarás trabas en el camino
si se mantiene elevado tu pensamiento y es exquisita
la emoción que toca el espíritu y el cuerpo.
Ni a los Lestrigones, ni a los Cíclopes,
ni al feroz Poseidón has de encontrar,
si no los llevas dentro del corazón,
si no los pone ante ti tu corazón.

Constantin Kavafis. Ítaca

El anfiteatro era su sitio natural. Circular, con gradas y mesabancos, en cada nivel. Ahí, el maestro de anatomía dictaba la lección y narraba las epopeyas del conocimiento morfológico. Nos hacía surcar con la imaginación las páginas de los libros de anatomía, algunas de ellas ilustradas por los cientos de casos quirúrgicos, placas radiográficas, y aderezadas por las anécdotas de aquellos que en otros tiempos, hacían lo mismo, pero escondidos y en catacumbas.

El conocimiento que nos impartía a los párvulos de la medicina llevaba, además de la información necesaria, la estructura romántica del oficio que nos enseñaban con devoción. Se podía sentir con

ellos los viejos y buenos maestros de anatomía, las pinceladas del apostolado que ellos mismos profesaban. También estaba el aspecto épico de aquellos osados hombres de ciencia, que habían buscado el conocimiento aun en contra del dogma. La anatomía, entonces, contenía la historia de la medicina. Uno aprendía las aventuras de Paul Broca y Monsieur Tan y las desventuras de William Harvey, quien se atrevió a afirmar que el corazón era un músculo y a describir la circulación. Finalmente, estaban historias anatómicas, aún sin solución, como la de la emergencia del IV nervio craneal en la cara posterior del tallo cerebral, lo que implicaba tener que rodear el tallo.

Porque la lección de anatomía, entre tantas otras cosas, era un rito de iniciación. Nuestra primera comunión con la muerte, que se despojaba de la metáfora y leyenda, para estar debajo de nosotros, en un cadáver, que formaba, sin saberlo, parte central de cada lección. Había también algo de impronta en algunos de esos jóvenes estudiantes. Esa figura del maestro de anatomía se convertía en el paradigma de la medicina.

Ese fue mi caso. A lo largo de la carrera de medicina, volvía y lo consultaba. Mi maestro de anatomía, con el tiempo, se convirtió en una especie de tutor, con el cual yo podía hablar de muchas cosas, incluso de la vida misma. Mi maestro de anatomía era un hombre bueno, en el amplio sentido de la palabra. Asistía a la práctica en el cadáver, y, si te consideraba un alumno dedicado, hacía la disección del oído medio, y te regalaba los huesecillos: el martillo, yunque y estribo, como un recuerdo de su afición. Nos contaba que cuando él estudiaba medicina, se tenían que aprender de memoria las páginas del texto de anatomía que, entonces, eran cuatro tomos y en francés. Además, tenía una serie de *mnemotecnias* anatómicas, algunas de ellas, francamente divertidas:

Oye, oye, mamá, papá: traigo minifalda ahora glúteos van estar helados

Oye: olfatorio

Oye: óptico

Mamá: motor ocular común

Papá: patético

Traigo: trigémino

Mini: motor ocular externo

Falda: facial

Ahora: auditivo

Glúteos: glosa faríngeo

Van: vago
Estar: espinal
Helados: hipogloso.

La empatía tiene caminos misteriosos, pero es claro que forma el núcleo central de la selección relativa de los modelos a seguir e imitar. Es la forma como hacemos a nuestros amigos, y, por supuesto, a los seres humanos que admiramos. Entre ellos, algunos de nuestros maestros.

No recuerdo cómo me enteré de que mi maestro de anatomía estaba hospitalizado. Los médicos no prestamos mucha atención a esas cosas. ¿Será la familiaridad con esos sitios? Asistí al hospital privado en donde su hijo, médico también, lo había ingresado. Ese día lo vi sólo unos minutos. Tenía ochenta y tantos años y lo habían operado, pues había tenido un sangrado a nivel del colon descendente. Cuando llegué, le habían estado curando sus heridas quirúrgicas y ajustando su colostomía. Cuando entré a su cuarto, no hablamos mucho, nos saludamos y sonreímos. Se le veía fatigado, le dio gusto verme: “¡Gracias por venir a verme y a despedirte de mí, pues parto rumbo a Ítaca!” No me sorprendió lo que me dijo, porque él utilizaba la metáfora literaria con frecuencia.

¿A cuál Ítaca se refería mi maestro? Los dos compartíamos la afición por la lectura, y lo menos que esperaba era oír que se despedía de mí con esa alegoría. ¿Era la Ítaca de Odiseo, la isla a la cual regresa después de la guerra de Troya? ¿O era una alusión al poema de Constantin Kavafis en donde el tema sigue siendo Odiseo?, en donde el poeta griego portugués se tomó la libertad de sustraer la angustia del navegante, y convertirlo en una aventura dilatada, en la que conoció seres mitológicos y paisajes maravillosos.

Por un poco más de un mes y días, mi maestro de anatomía se fue extinguiendo. Lo visitaba y evaluaba su condición anímica los domingos; las primeras semanas había esperanzas, pero después, las visitas eran monosílabos y silencios. Percibía que me quería pedir él algo, pero al final no me dijo nada.

Mi maestro murió un sábado del mes de noviembre. Era de tarde y yo no me enteré sino hasta la mañana del domingo, cuando me preparaba a ir a visitarlo. Nunca vi su cadáver, pues al llegar a la funeraria ya lo habían incinerado. Su última lección fue el misterio, que también tiene algo de pedagogía.

Mi memoria afectiva se ha ido llenando de cuerpos memorables. Mis maestros médicos ocupan un sitio especial en mi anfiteatro.

Me llena de nostalgia y de satisfacción el haberlos conocido. Siento que algo les he aprendido, y no me refiero al tipo de conocimiento médico, motivo de nuestra interacción en primer grado. Ellos llevaban la luz, la flama, eso que hace que algunos médicos sean, con su sola presencia, curativos.

Descubrí que la referencia de un viaje a Ítaca, después de varios meses de meditarlo, no tiene coordenadas. En sí, es a lo que llamamos el transcurso de la vida, “el camino que se hace al andar”, como diría Antonio Machado. El día que mi maestro de anatomía me agradeció por acudir a su viaje a Ítaca, era porque en esas semanas de agonía, repasó los momentos de su vida, llena de muchas travesías; repasó el periplo de su Odisea, que termina a donde todos vamos, al reposo. Ahora que resuelvo su metáfora, le doy las gracias: ya llevo la flama. En la ceremonia de despedida, le escribí este poema que lo retrata en su vida y en su muerte.

Un hombre bueno
es aquel que cuando duerme
sonríe y parece verte
por las rendijas de sus párpados.
Él no tiene apuros, ni tiene penas,
las zozobras y aspavientos
no lo asaltan en sus sueños.

Un hombre bueno
es aquel que cuando muere
parece que no se ha ido
que se ha quedado contigo;
parece estar dormido
y desde donde está
sientes que te sonríe,
y es que no se ha ido:
está dormido y dentro de ti.

A mi maestro de anatomía, Dr. Gregorio Benítez Padilla.

IGNAZ PHILIPP SEMMELWEIS

Armando Vargas Domínguez

Nacido en 1818 en Ofen, Hungría, cuarto hijo de un próspero comerciante judío. Disfrutó de una juventud alegre, apuesto, triunfante con las damas, se divertía con regocijo entre amigos, sin inquietarse por problemas. Su primer interés profesional fue el estudio de las ciencias jurídicas.

Por prácticas legislativas visitó el depósito de cadáveres del Hospital General de Viena. En el anfiteatro no quitó el ojo al profesor Karl von Rokintanski experto en anatomía patológica, dedicado a la observación metódica del cuerpo humano. En una autopsia le mostró lugares hasta entonces sellados, en busca de las causas exactas de la muerte.

Ese día, Semmelweis recibió una profunda impresión, no podía seguir los estudios de leyes, decidió abandonar la jurisprudencia para dedicarse a las ciencias médicas, aun cuando fuera necesario contrariar a sus padres. Fue el primer paso a favor de su obra.

Al término de la licenciatura en medicina, en febrero de 1844, Semmelweis de veintiséis años de edad solicitó trabajo en el Hospital General de Viena, Allgemeines Krakenhaus, en aquella época el más grande y famoso del mundo, prestaban allí sus servicios célebres médicos, como Karl Von Rokitansky, patólogo, Ferdinand Von Hebra padre de la dermatología y Joseph Skoda, internista. En esa connotada institución, como en muchas otras, la fiebre puerperal era endémica.

Después de una larga espera fue aceptado como ayudante de la clínica de obstetricia, plaza interina, ya que el dueño del puesto reservó el derecho a reinstalarse.

A mediados del siglo XIX nadie sabía el origen de la fiebre puerperal, aludían motivos irracionales como aires nocivos, miasmas, malas condiciones cosmotelúricas, higrométricas o atentado al pudor femenino. Sin rubor alguno también culpaban a estudiantes extranjeros, a la depresión o simple mala suerte.

Los motivos reales estaban escondidos en los estreptococos, en ese momento tan lejanos como las estrellas, ¿quién iba a imaginar el potencial de las bacterias de producir enfermedad? en consecuencia no había manera de combatirla.

La fiebre puerperal significaba poco para él, era un simple concepto, secuela inevitable de algunos partos. Los libros afirmaban categóricos: padecimiento de curso agudo, aparece en mujeres con predisposición por emociones, resfriados, ante todo por miasmas o causas de fermentación de la sangre. Desconocían la causa, justificaban la ignorancia con charlatanería.

En su primer mes de trabajo fallecieron 17.3 % de las parturientas, casi todas indigentes; lo que representó un impacto brutal sobre un joven sensible para percibir la importancia de la enfermedad. En contraste, las damas de mayores recursos económicos se atendían en sus domicilios con mortalidad mucho menor.

Semmelweis decidió investigar, leyó todo lo referente al mal, interrogó docenas de veces a los reconocidos maestros. Tanta obstinación molestó a su jefe, profesor Klein, encargado de la sección de obstetricia del hospital.

El mal no sólo atacaba a las humildes, también fallecieron personalidades por esta causa. Se registra como víctima a la esposa de Carlos V (1500-1558), madre del rey de España Felipe II. El médico Matías, encargado de la salud de sus majestades relata el suceso con estas palabras:

El viernes apareció una calentura grave, esa noche transcurrió en gran tortura, así pasó el sábado, el domingo por la tarde le vino el acaloramiento más riguroso y tormentos tan crudos, que imaginé que muriera, así permaneció hasta el martes al medio día, ese día tuvo flujo blanco sanguíneo, bajó la calentura con un sudor y se sintió mejor, estuvo contenta la tarde del martes y miércoles, pero después de medianoche comenzó a arreciar la calentura, Su Majestad tenía la boca seca, las facciones afiladas, el jueves primero de mayo por la mañana estaba tan mal, tan adelgazada, que rindió su alma a Dios.

Otra alteza real fenecida por fiebre puerperal fue la tercera esposa del rey Enrique VIII de Inglaterra, Jane Seymour (1509-1537), madre de Eduardo VI futuro rey de Inglaterra y de Irlanda, expiró doce días después del alumbramiento a la edad de veintiocho años. Su trabajo de parto fue difícil, duró tres días y dos noches porque el bebé estaba en mala posición. En esas épocas el proceso de nacimiento prolongado aumentaba la posibilidad de contraer la fiebre puerperal debido a un mayor número de revisiones a la parturienta. La muerte alcanzaba todas las esferas.

Semmelweis, hombre de mente aguda, no quedó tranquilo con los razonamientos médicos disponibles, no lo cegó la ignorancia o resignación transmitida por sus maestros, rechazó lo inevitable de la enfermedad, decidió investigar por propia iniciativa, estudió expedientes, manejó estadísticas.

En el hospital trabajaban dos secciones separadas para tratar a las parturientas: el pabellón número uno destinado a la enseñanza de estudiantes de medicina y el pabellón dos manejado por comadronas. El primero con alta cifra de muertes por fiebre puerperal, el segundo con guarismos tres veces menores.

Su mente volaba a todas horas ¿Por qué ocurre esta disparidad? Buscó explicaciones, algunos echaron la culpa a los estudiantes extranjeros, entonces, el profesor Klein los expulsó. La mortalidad bajó muy poco. Semmelweis no aceptó esta teoría, sabía que médicos especialistas de diversos países atendían partos en los domicilios de mujeres pudientes sin incrementar el número de casos. Algunos culparon a las manos rudas de los hombres en contraste con las delicadas de las parteras. Otros acusaron al miedo.

Semmelweis medita el asunto. El reglamento de ingreso de las embarazadas es riguroso, martes, jueves y sábado se destinan a la primera sección; lunes, miércoles y viernes a la segunda, los domingos alternan, son pacientes similares, el aforo de las salas igual.

Ordena que las mujeres de la primera sala den a luz echadas de lado, como lo hacen las parteras. Impone sutileza en la revisión de las parturientas para igualar las manos afables de las enfermeras, no hay cambios. Para eludir el miedo pide al sacerdote que transporta los cadáveres, que no anuncie su paso con una campanilla, tampoco hay mejoría, no se reducen las defunciones.

Semmelweis estudia con cuidado a cada parturienta. En compañía de sus estudiantes, efectúa una minuciosa exploración de todo el organismo. En casos de fallecimiento por fiebre puerperal,

ejecuta la autopsia. Todos los días discute los hallazgos con Kolletschka, profesor de Medicina Legal del Hospital. Detecta en las necropsias proceso inflamatorio generalizado, supuración en el útero, ganglios linfáticos, riñones, hígado, meninges y otros órganos.

Pone todo su empeño en conocer la enfermedad, observa más prevalencia en las que sufren trabajo de parto prolongado. No logra conectarlo con las causas del mal, el número de pacientes aumenta en vez de decrecer, la muerte elige la primera sección.

Las futuras madres se percatan de ello, el rumor corre por las calles de Viena, muchas mujeres se oponen a parir en ese pabellón, algunas prefieren alumbrar en la calle mientras esperan al día siguiente, otras imploran atenderse con las comadronas.

Semmelweis trabaja todo el tiempo, desea aislarse, esquivo a sus amigos, duerme poco, se ve desesperado, cansado, perturbado. No deja de comparar los resultados de las dos secciones de obstetricia del hospital; en los últimos meses de 1846 su área incrementa el número de defunciones.

Acentúa su aislamiento por la cercanía de tantos fallecimientos, por lo vano de sus esfuerzos, la indolencia de estudiantes y enfermeras, la incompreensión de su jefe, el profesor Klein. En febrero de 1847, la desesperación cunde. Su colega Kolletschka teme caiga en un pozo de angustia; preocupado por su salud le recomienda disfrute unas vacaciones.

A principios de marzo parte a Venecia, donde permanece tres semanas, los días de asueto ayudan aunque no eliminan su ansiedad. De inmediato se reintegra al trabajo, temprano en la mañana asiste al anfiteatro de necropsias, no encuentra a su querido compañero Kolletschka. Pregunta al auxiliar:

—¿Por qué no está el Dr. Kolletschka?

—Disculpe por lo que le voy a decir —dijo el ayudante.

—Dígalo de una vez —exigió Semmelweis.

—El Dr. Kolletschka enfermó de gravedad, murió hace unos días.

El golpe sobre Semmelweis fue devastador, cayó de rodillas consternado, con las manos sobre el rostro, el cuerpo convulsionado, sin contener las lágrimas.

—¡Repítamelo, no puede ser, yo lo dejé más sano que usted y yo!

El ayudante no pudo decir más, Semmelweis, desesperado, acudió con el profesor Karl von Rokitansky quien le informó los detalles. Kolletschka sufrió una leve herida en un brazo mientras efectuaba una autopsia, al principio no sintió nada, le prestó poco interés. Día y medio después se iniciaron la fiebre, calosfríos y

sudoración, el mal agravó, siguió con fiebre muy alta, dolor en abdomen, pérdida de la conciencia, falla de la función renal. Falleció el 13 de marzo de 1847, a la edad de 43 años.

Semmelweis platica con Von Rokitansky. —No puede ser, dijo abatido, cualquiera puede tener un accidente al efectuar una necropsia, recuerdo cuando era estudiante, en una autopsia me corté un dedo con un gancho para retraer los tejidos.

—No todos los casos son iguales —dijo el profesor.

—Es cierto, aquella vez me lavé el sitio herido y las manos con abundante agua, quizá por ello no pasó a mayores.

Semmelweis revisa el protocolo de la necropsia de su amigo, los hallazgos son: proceso inflamatorio con supuración de peritoneo, ganglios linfáticos, meninges, riñones y cavidad pleural, iguales a los encontrados en las fallecidas por fiebre puerperal. Semmelweis capta el paralelismo de las dos enfermedades.

Se pregunta ¿Serán las mismas causas de las madres muertas y las de su amigo? Él pereció por la introducción de sustancias cadavéricas en su organismo o en la sangre, ¿Entran en las parturientas esas mismas sustancias? Pero, ¿cómo llegan a las mujeres? ¿Por las manos de los estudiantes y de sí mismo por efectuar autopsias antes de revisar a las futuras madres?

Esta última pregunta es terrible. No le permite descansar, lo atosiga, lo exhibe como culpable de transmitir el mal, a él y a todos los médicos. De ser verdadera esa teoría explica la diferencia con la sección atendida por las comadronas, ellas no practican autopsias. Él con sus estudiantes revisa con frecuencia a las parturientas por su obsesión por esa enfermedad. También explica el mayor riesgo en partos prolongados.

La razón de Semmelweis se tambalea, aparecen ideas suicidas, se considera un asesino, le parece incalculable el número de mujeres muertas por su culpa, cae en depresión profunda, por las noches piensa cómo dar fin a su vida, ¿Cuántas mujeres caídas, cuántos niños sin madre?

Cada noche en vela lucha contra su autodestrucción, pero logra recuperarse, a mediados de mayo de ese año, dicta la política de lavarse las manos a toda persona, médico o estudiante, obligatorio después de salir de la sala de autopsias y a quien se dirija a la sección de obstetricia.

Coloca en la entrada de la sala de parturientas un recipiente lleno de agua con añadido de cloro, más un cepillo para limpiar bajo las uñas. Piensa que las partículas del cadáver o su olor se

transmiten por las manos sucias, la única manera de eliminarlos es con limpieza escrupulosa de las manos.

No todos aceptan esta idea en apariencia loca, se rebelan, hay quejas. Otros, acceden, algunos, experimentan irritación causada por el cloro. El jefe de la sección el profesor Klein se enoja por no haber sido consultado antes de instaurar esta ley. Pasados algunos días la mayoría considera exagerada la medida.

Semmelweis vigila a toda hora, se convierte en un cancerbero. Los subordinados lo detestan. En los meses siguientes las cifras de mortalidad muestran el éxito del procedimiento, bajan los decesos del 12 % al 3 %, pero todavía no se equiparan con las obtenidas en la sección de las enfermeras. Arrecia la función de centinela. Se siente algo satisfecho.

Pero falta un revés en apariencia decisivo, a pesar de las estrictas precauciones, a principios de octubre surge un caso tras otro de fiebre puerperal; suman doce enfermas, una docena de muertes, las estadísticas se descomponen, la teoría se derrumba. Los médicos contrarios a sus disposiciones de lavado de manos apenas disimulan su satisfacción, ven a Semmelweis con burla, ha fallado, su sistema no sirve.

Semmelweis está abatido, pero no se doblega ante la adversidad, investiga y detecta que hay una enferma con cáncer avanzado de la matriz en la primera cama de esa sección; ella es la primera persona a quien revisan, de ella puede venir la contaminación, entonces, impone la obligación de lavarse las manos después de revisar a cada enferma. A los médicos les parece una obligación humillante.

Ha hecho otro gran descubrimiento, el mal no sólo se transmite desde los muertos, también proviene de otra persona, viaja con el material necrótico o purulento.

Crece las protestas, pero la réplica de Semmelweis es incrementar las medidas higiénicas. Instituye el lavado de los instrumentos médicos. Nueva disposición, antes no se hacía, sólo se limpiaban con un trapo cualquiera. Complementa las ordenanzas con aislar, en áreas separadas, a las pacientes portadoras de procesos inflamatorios.

Corre el año 1848, es patente la disminución de la enfermedad, reduce a 1.26 %, menor incluso a la registrada en la sección atendida por comadronas, los resultados muestran la efectividad del método establecido, es un éxito contundente, sus ideas son justificadas.

Sin embargo, las nuevas disposiciones provocan una marejada de intransigencia entre practicantes y personal paramédico,

quienes se quejan ante el profesor Klein, quien aprovecha la oportunidad para deshacerse de ese molesto individuo, sólo espera el momento oportuno.

Semmelweis comunica los resultados de su procedimiento al célebre dermatólogo Ferdinand Ritter Von Hebra y a Joseph Skoda, pero tiene resistencia a notificarlo ante científicos; con desagrado, en 1848, se decide a presentarlo ante la Real e imperial Sociedad de Medicina. En ese evento obtiene escasa aceptación.

Von Hebra escribe acerca de las experiencias de Semmelweis, en ese año publica un segundo artículo con el mismo tema.

Uno de esos ensayos cae en manos de Gustav Adolf Michaelis (1798-1848), director del Hospital y Escuela Midwifery de Kiel, que en la actualidad lleva su nombre. Reconocido por sus trabajos de medición de la pelvis relacionada con los partos. Después de informarse de la experiencia de Semmelweis, adoptó la práctica compulsiva del lavado de manos con agua clorinada.

A Michaelis le causó una excitación incontrolable: un incendio. Pensar en tantas muertes por fiebre puerperal, incluida una querida prima, atendidas por él con mala higiene, se juzgó culpable, sufrió profunda depresión, por esos motivos se lanzó bajo las ruedas del ferrocarril en la ciudad alemana de Lehrte.

En 1849 la Sociedad Vienesa de Medicina escucha el trabajo de uno de sus miembros de apellido Haller. La presentación reconoce las investigaciones de Semmelweis y extiende su posible utilidad a la especialidad de cirugía. Haller se adelanta a los trabajos de Lister.

No surgió ninguna reacción en las áreas quirúrgicas por la creencia de la supuración laudable. Siguen con la convicción que el pus sirve para curar las heridas. El lavado de manos con agua clorurada fue rehusado por irracional. En aquel tiempo los cirujanos basaban su orgullo en moverse entre sangre, pestilencia o pus, no se aceptaba tener miedo ante ellos, seguían el código de los militares, no retroceder frente al enemigo.

Skoda promueve entre los médicos el estudio de las investigaciones de Semmelweis. Esto levanta la envidia del profesor Klein, quien una vez fue calificado por el maestro Johann Boer como el más incapacitado de los incapacitados. Klein teme que su ayudante Semmelweis alcance notoriedad, así que elucubra cómo dañarlo, en su mente sólo encuentra medios viles e infames.

Busca antecedentes políticos de Semmelweis, nacido en Hungría, le encuentra simpatía con revolucionarios opuestos al gobierno austriaco, Klein lo denuncia. Los funcionarios correspondientes

suspenden el proyectado estudio de los trabajos de Semmelweis, al mismo tiempo, impiden la renovación de su contrato laboral. Con estas acciones queda eliminado de toda actividad en el hospital, le prohíben consultar los expedientes necesarios para probar los resultados de sus investigaciones.

Semmelweis queda desempleado. Pretende otra plaza. Le obligan a esperar casi diez meses. Al fin, con ayuda de Skoda, lo contratan como profesor, pero lo limitan a enseñar con maniqués, le vedan el acceso a seres humanos. De esta manera, no podrá demostrar nada, se hunde en la desesperación, en esta posición pierde el tiempo, no cuenta con armas para convencer a nadie.

Decide abandonar Viena y regresar a Budapest sin empleo. Para lograr el sustento ejerce la medicina general, padece dificultades económicas. La situación política en Hungría es poco favorable, al fracasar el intento de revolución de 1848, los facultativos distinguidos han emigrado o han sido relevados de sus contratos.

En Viena sus enseñanzas son motivo de burla, se olvidan de él. En Budapest no logra imponer sus teorías, nadie le da crédito. En mayo de 1851 visita el Hospital San Rafael donde observa alta mortalidad por la fiebre puerperal, el responsable no sigue los preceptos de higiene recomendados por Semmelweis.

La falta de limpieza es total, la posibilidad de ayudar lo estimula, solicita trabajo y logra un puesto sin retribución económica. Para sus fines es suficiente.

Encuentra un edificio deteriorado, cinco salas mal ventiladas con mal olor ni enfermeras ni estudiantes acatan normas de saneamiento, es el campo ideal para sus enseñanzas.

Como primera disposición impide el paso de la sala de necropsias a la de partos, obliga a lavarse las manos antes de revisar a cada enferma y enfrenta la desidia del personal. El rechazo es agudo, llueven críticas, desprecio y antipatía.

Logra reducir el número de casos de la enfermedad, al mismo tiempo, observa que las sábanas no se cambian al ingreso de una nueva parturienta; se acuesta a la mujer donde falleció otra con fiebre puerperal, los lienzos están manchados de pus, huelen mal.

Establece feroz querrela contra los administradores del hospital, exige cambiar la ropa de cama con cada paciente. Los funcionarios pretextan altos costos, necesidad de disponer de gran cantidad de sábanas, dinero para lavarlas, secarlas y plancharlas, mayor número de trabajadoras, jabón y agua, tan escasa en esos períodos.

Semmelweis logra imponerse a las evasivas. En 1855 la mortalidad es menor al 1 %, gran logro para cualquier hospital. Su técnica también impulsa a la antisepsia tan necesaria en los quirófanos.

El 18 de julio de 1855 es nombrado profesor de obstetricia, con ello renueva ímpetus, continúa con su altruismo al más alto nivel; no desea brillos personales, su interés es salvar mujeres que mueren por fiebre puerperal. En esa línea de conducta, en 1857, rechaza un puesto de profesor en la Universidad de Zurich, por recomendación del profesor Rose cirujano de esa institución que reconoce sus trabajos.

En 1860 Semmelweis escribe el libro titulado *Etiología, concepto y profilaxis de la fiebre puerperal*. El texto es difícil de leer por las múltiples repeticiones y falta de experiencia en la escritura del autor, pero tiene la virtud de explicar la forma de prevenir la enfermedad; incluye en parte, las causas de la fiebre por pus después de las intervenciones quirúrgicas. Son escasos los médicos interesados en el libro.

En 1861 en el Congreso de Speyer, el profesor Lange de Heildenberg defiende los conceptos de Semmelweis, sin ningún eco, los grandes maestros prefieren los errores establecidos hace siglos, se mantienen rígidos, no cambian, las innovaciones significan riesgo y la mente humana se resiste.

Rudolph Virchow el gran maestro de la patología, autoridad médica de su tiempo, con su teoría de que toda célula viene de otra célula, encuentra las doctrinas de Semmelweis contrarias a sus descubrimientos y se opone rotundamente.

Caen por tierra las esperanzas fincadas en su libro, no obtiene la aceptación esperada, recibe desprecios. Decide buscar otros medios para comunicarse con los grandes maestros de la obstetricia; escribe con letras explosivas a Friedrich Wilhelm Scanzoni, conocido como ardiente crítico de Semmelweis, le dice en su carta “si continúa con sus enseñanzas sin haber refutado mi teoría lo acuso de asesino”.

Al profesor Carl Theodor Ernst Von Siebold (1804-1885):

Opino que la fiebre puerperal se produce por un contagio, mis estadísticas lo demuestran, en contraste, otros como Gustav Braun tienen mortalidad diez veces mayor y siguen enseñando los mismos errores a sus alumnos, considero que esos catedráticos deben ser destituidos para evitar el asesinato de miles de parturientas, no compartir mis informes equivale a tanto como ser un asesino.

Publica una “Carta Abierta a todos los profesores de obstetricia”, que en resumen dice lo siguiente: «Criminales denomino a los que se oponen a las normas que he prescrito para evitar la fiebre puerperal. Contra ellos, me pronuncio como adversario, ya que son fanáticos de un homicidio. La única forma de tratarles es como asesinos. Y todos las personas sensibles pensarán como yo».

Las misivas no cambian la opinión de los profesores, sólo consiguen que sea considerado un loco sin autoridad para ejercer la obstetricia.

En 1864 la conducta de Semmelweis es errática, su obsesión es enviar cartas a obstetras, ninguno muestra interés. Su situación empeora, no está en posibilidad de seguir con los cursos a estudiantes, porque rompe a llorar en medio de las clases. En las calles detiene a las parejas, les aconseja que de ninguna manera busquen atención de parto en los hospitales, a menos que se laven las manos con agua y cloro.

Cualquier contrariedad le despierta furor desenfrenado, pasea en su habitación como fiera enjaulada. A mediados de 1865 lo invitan a una plática ante profesores en Budapest, una vez ahí en lugar de exponer sus teorías, lee una carta compromiso de las comadronas que las obliga a lavar manos e instrumentos antes de atender un parto.

Semmelweis se deteriora, encuentra distracción en lugares donde asisten prostitutas, su conducta es indecorosa, bebe en exceso. Su vida familiar se transforma en un infierno, hijos y esposa sufren sus arrebatos. La señora elucubra la necesidad de hospitalizarlo. En julio de 1865 lo lleva a Viena, allí encuentran auxilio del profesor Ferdinand Ritter Von Hebra para trasladarlo a una institución de enfermos mentales.

Semmelweis con las mejillas en llamas se da cuenta de la situación y se resiste al internamiento, seis empleados de manicomio lo atenazan, la lucha es cruenta, le aplican camisa de fuerza, recibe golpes; entre ellos, una profunda lesión en tórax y en dedos de ambas manos. Las magulladuras se transforman en abscesos. Semmelweis murió el 13 de agosto de 1865, a los 47 años de edad. Su cuerpo fue llevado al Instituto de Patología de la Universidad, donde asistentes de Rokintansky efectuaron la autopsia.

Los resultados fueron publicados por el cirujano Schonbauer en su libro *Das Medizinische Wien: Hyperhemia de meninges y del cerebro, degeneración gris de la médula espinal*. Gangrena del dedo medio de la mano derecha, absceso en el dedo índice de mano

izquierda y en extremidad inferior derecha, perforación en tórax tercer espacio intercostal izquierdo hasta la pleura. Múltiples abscesos en el riñón izquierdo, olor pútrido en los abscesos grandes. Los hallazgos en cerebro y en la médula espinal podrían corresponder, sin conceder a neurosífilis y posible tabes dorsal, que puede aparecer dos a tres décadas después del contagio inicial, origina deterioro gradual de la conducta que se confunde con trastorno mental o demencia.

En su juventud Semmelweis llevó vida alegre. También tuvo posibilidad de contagio por explorar y atender partos de miles de enfermas, así como realizar cientos de autopsias sin utilizar guantes de látex, descubiertos para uso médico, décadas después.

La gangrena en dedo derecho, absceso en mano izquierda, perforación en tórax y absceso en pierna derecha fueron por traumas al colocar la camisa de fuerza en el manicomio, la infección se diseminó a otros órganos. Falleció por septicemia.

El reconocimiento de los trabajos de Semmelweis ocurrió catorce años después de su muerte. En 1879 la Academia de Ciencias de París disertó sobre las causas de la fiebre puerperal; en la sesión Luis Pasteur comentó que el microbio fue transportado por médicos y enfermeras de una paciente a otra.

Semmelweis ha sido reconocido, como el primero en aplicar la antisepsia en fiebre puerperal, en salvar a miles de parturientas, de sentar el futuro de la obstetricia y construir bases para prevenir infecciones en cirugía.

Aparece en los libros de historia de la medicina; se han escrito textos y numerosos artículos en revistas de impacto internacional. Se editan estampillas postales y medallas con su efigie. La universidad más antigua de Hungría, en Budapest, lleva su nombre. El Hospital Miskolic de Hungría lleva su nombre. Hay estatuas de él en Heidelberg, Alemania y en el Hospicio General de Viena con una inscripción que dice “Salvador de las madres”. Uno de sus más importantes legados es: “Lavarse las manos, salva vidas”.

ENSAYOS

EL PARADIGMA DE LA MEDICINA ACTUAL

Juan Miguel Abdo Francis

127

Un paradigma se define desde el punto de vista epistemológico como aquel gran conjunto de creencias que permiten ver y comprender la realidad de determinada manera. Estas creencias incluyen también ciertas preconcepciones y creencias filosóficas, que en un determinado momento comparte la comunidad científica. Los paradigmas se encuentran en un proceso constante de cambio que guarda relación con los avances y descubrimientos científicos que abren nuevas perspectivas y horizontes y poseen además elementos religiosos, sociales, estéticos y filosóficos propios que, muchas veces, tienen estrecha relación con el éxito que tengan los nuevos paradigmas a medida que vayan naciendo.

Los paradigmas¹⁵ mantienen vigencia en la medida que subsisten los contextos sociales, culturales o ideológicos que los constituyeron. Algunos tuvieron una vigencia larga y global, otros se asentaron principalmente en instituciones públicas y organismos internacionales, otros más en sectores críticos a las políticas oficiales y dominantes, como también hubo paradigmas que supervivieron en ámbitos académicos o en sectores sociales populares. Además, los paradigmas residen en sectores sociales que los portan como un elemento de su identidad cultural, luego, mientras sobrevivan dichos sectores sociales, el paradigma tendrá algún grado de vigencia.

Existen actualmente, en los países latinoamericanos, diversos movimientos de la sociedad civil que critican la ineficacia de la

¹⁵ <http://www.monografias.com/trabajos13/trainsti/trainsti.shtml>

medicina oficial y moderna que encarece la salud, la coloca como una mercancía más y que reduce la vida y la salud al componente biológico. Sostienen que el modelo neoliberal está en crisis y ha fracasado en resolver las brechas sociales, la inequidad y que afecta el medioambiente.

Plantean la salud como un derecho fundamental, proponen que el Estado debe garantizar la salud. No rechaza los aportes de la Medicina científica pero sí el hecho de ser conducida por los intereses mercantiles de los centros de poder económico internacional. Reconocen el valor de la calidad y competitividad en los servicios de salud, pero también revaloran los saberes tradicionales a través de estrategias de interculturalidad. Estos nuevos elementos paradigmáticos de la salud se asumen como componentes imprescindibles, del desarrollo humano, producto de las mejoras en las condiciones de vida de la población que implique acceso al trabajo, a los servicios básicos y a la democracia.

México ha vivido en la última década cambios políticos, generacionales, de explosión tecnológica y de globalización que han impactado en forma profunda la relación médico-paciente y que han llevado a un desfase entre el caudal de conocimientos y su aplicación a la práctica clínica en los hospitales como fiel reflejo de ello.

Vivimos la época de la revolución biológica molecular comparable con las revoluciones industrial y electrónica que llevó, en forma acelerada, del conocimiento en 1977 de la secuenciación del primer gen humano compuesto por 122 pares de bases, hasta la secuencia casi completa del genoma humano y la posibilidad infinita de explorar enfermedades crónicas, degenerativas e inmunológicas entre otras. El personal médico y paramédico ha cambiado. La presencia femenina es cada vez mayor en las esferas médicas y todo el personal de salud se encuentra expuesto a nuevas tecnologías de comunicación y a la adquisición rápida de nuevos conocimientos, modelos de gestión que ocupan parte del tiempo de la asistencia para trámites administrativos y síndrome de desgaste físico secundario a la carga laboral excesiva; pero el enfermo también ha cambiado.

Nos encontramos ante una transición epidemiológica producto del cambio en la pirámide poblacional. El paciente, expuesto también a nuevas tecnologías de comunicación como la Internet, se documenta, consulta y cuestiona con base en lo analizado. Se ha vuelto más demandante con un nivel de confianza menor en el personal médico y en las instituciones de salud. El reto actual del

acontecer médico es crear perfiles que requieran ideas y orientaciones novedosas para lograr la eficacia, eficiencia y calidad en los servicios proporcionados sin perder el sentido de nuestra profesión. Gregorio Marañón, un gran clínico español decía: “Ser médico, es la divina ilusión de que el dolor, sea goce; la enfermedad, salud; y la muerte, vida”.

Situaciones como las actuales, en las que la humanidad se enfrenta al hambre, la codicia, la guerra y la falta de compasión, son propicias para la reflexión y el encuentro con la esencia de nuestra profesión. La pregunta obligada es: ¿dónde quedó el quehacer médico? Aquel que era capaz de convertir la ciencia en arte. En donde la mirada, la sonrisa, el tacto, la expresión corporal, formaban parte del arsenal terapéutico y tenían la maravillosa cualidad de no poder comprarse en alguna farmacia o botica cercana.

Es necesario crear políticas de calidad, hacer eficientes los procesos, innovar para crecer, aplicar modelos de comportamiento organizacional, y otras tantas tareas de la administración y la alta dirección pero sin perder el sentido humano. La calidez es fundamental en la relación médico-paciente.

En tiempos en los que el paciente se convierte en “cliente” o “usuario externo” y el personal de salud en “proveedor” o en “cliente interno” para la institución debemos hacer una pausa, volver la mirada, recorrer mentalmente el camino y concluir que aun en tiempos de avances tecnológicos y administrativos como los actuales, en los que el ser humano es capaz de viajar a las estrellas o descubrir el codiciado secreto del genoma humano, el trato amable y el contacto de una mano jamás podrán ser sustituidos. Aún vivimos tangentes a las computadoras y a los grandes desarrollos de ensueños y de ilusiones.

El personal médico de hoy cuenta con las fortalezas y oportunidades que le permiten enfrentar los grandes retos de la salud del Siglo XXI. Los trabajadores de la salud tenemos un cariño muy especial por nuestros pacientes y nos referimos a ellos con orgullo y sentido de pertenencia. ¿Qué hace falta entonces para recuperar la grandeza médica del pasado? Recobrar la certidumbre en nuestra profesión, la mística de servicio, el concepto de atención integral y la sensación de libertad que durante años fueron las bases del acontecer de los médicos y que llevaron a la creación de especialidades médicas, cursos de posgrado, manuales de procedimiento, libros de texto y liderazgo nacional e internacional de la medicina mexicana. Ser médico es mucho más que tener un título. Ser médico es

adquirir una actitud mental fundamentada en valores. Integridad, equidad de trato, honestidad, calidad, calidez, entre otros más, deben ser los valores en los que se sustente el acontecer médico.

Tenemos que adquirir nuevos conocimientos. Pero nada de lo anterior conviene que se haga ni debe de hacerse, si no tiene como objetivo central a nuestro paciente, que es nuestra razón de ser como personal de salud y el punto en el que deben de converger todos nuestros esfuerzos. Podemos decir, sin ambages, que ser médico es un orgullo, el otorgar atención al doliente es la mejor nobleza que uno puede brindar y el saber que se venció la enfermedad es la mayor satisfacción para quien ejerce esta noble profesión. Pero justo es recordar a Esculapio quien decía a su hijo, cuando este le manifestara su intención de seguir sus pasos: “Deberás saber, hijo mío, que vivirás como a la sombra de la muerte, entre el dolor del cuerpo y el alma”.

El médico vive entonces su propio calvario, el que lo enfrenta a la muerte de sus pacientes y seres queridos ante quienes, impávido, reconoce la impotencia de sus actos y el límite de sus conocimientos y, absorto, acude como fiel testigo ante el momento de su partida. Ser médico es entonces, una actitud mental que nada tiene que ver con la expedición de un título o la culminación de un anhelo. Es lograr ser al mismo tiempo, padre, hermano, hijo, maestro, confesor, confidente, aliado, y tantas otras facetas que el dinamismo de la relación médico-paciente te llevan a vivir. Es por ello por lo que la ciencia, la tecnología y el humanismo, convergen en la medicina en mágica armonía y la convierten en la más grande de las profesiones.

Cuando hemos logrado el conocimiento de 21,453 genes de los 25,000 probables, con la descripción de tres y medio millones de bases que ha llevado al estudio de más de 5,372 síndromes genéticos, y hoy que sabemos de la existencia de más de tres millones de polimorfismos por cada nucleótido, no nos queda duda de que somos irrepitibles como seres humanos. Sin embargo, algo se replica en cada médico sin necesidad de ser enseñado: la voluntad de servicio y la compasión por el ser humano.

En momentos en los cuales las carencias de valores agobian a la humanidad, aprendemos de nuestros maestros, la compasión por el que sufre y la búsqueda constante de la verdad; aprendemos de nuestros pacientes, maravillosos libros, en donde abrevamos el mayor de los conocimientos, la gratitud y la nobleza y, aprendemos de nuestros compañeros el impulso para seguir siempre adelante, sin dejar que nos venza el dolor o el abandono.

Un médico sin compasión, es un médico sin alma. No podemos permitir que la indolencia o la desesperanza, superen nuestra voluntad de servicio y nos maten el espíritu.

Hoy debemos de hacer un análisis objetivo e imparcial de nuestra profesión y de las instituciones de salud, destacando las fortalezas y oportunidades, pero mostrando también las deficiencias manifestadas por sus debilidades y amenazas para poder cambiar el paradigma de la medicina actual. Cambiar las debilidades en fortalezas y las amenazas en oportunidades debe ser el camino a seguir. Toda agrupación posee fuerzas innatas que le permiten planear en forma estratégica su desarrollo organizacional. Estas se mueven en forma armónica aunque, en determinadas situaciones, pueden predominar algunas de ellas. Sin embargo, la suma de estas fuerzas las convierte en muy poderosas. Indudablemente la capacidad de cambio es una de ellas. El cambio es la constante en cualquier organización, pero esto genera resistencia, angustia e inseguridad. Vencer la resistencia al cambio, preverlo, adaptarse al mismo y formar parte del equipo que conduzca el proceso del cambio ofreciendo siempre información y venciendo las resistencias proporciona un ambiente de unidad.

El cambio *per se* induce al progreso, pero no todo cambio lleva al progreso. El progreso, por su parte, sí es resultado de un cambio el cual se logra rompiendo los paradigmas establecidos. Para lograr el cambio la comunicación es básica. Sólo con comunicación se puede lograr lo que se desea: los proyectos y la intención de cambio. Las instituciones de salud y nuestra profesión se encuentran inmersas en un proceso de cambio con el objeto de responder con calidad y calidez, a los retos de salud en el siglo XXI. Todo esto es posible si mantenemos nuestra Misión. La misión consiste en saber hacia dónde nos dirigimos. Nos proporciona un rumbo, pero esto tiene un costo si no lo logramos. Se debe informar a todos los involucrados, y cuando esta misión es factible y clara, será fácil que todos se adhieran a ella. La misión va de la mano con la visión. Esta última que es difícil de enseñar nos dice cómo lograr o cómo llegar a lo que queremos. Quien dirige una institución de salud debe ser visionario. Debe ser tan ambicioso como sus sueños. Si se sueña poco, poco se alcanza. Si se sueña mucho, por menos que se obtenga siempre será mejor que lo que obtuvo quien soñó poco. Una institución sin misión y sin visión es como un niño perdido en un bosque o como un barco a la deriva sin puerto a donde llegar.

Proporcionando un trato de equidad y actuando con honestidad es posible que el sentimiento de pertenencia a la medicina se

incremento. Fortalecer el trabajo en equipo y trabajar en favor de la capacitación del personal de salud son tareas prioritarias. No se debe temer a la competencia porque esta fortalece el desempeño. Se debe temer a la incompetencia porque debilita a las instituciones. La diversidad es una fuerza de la que podemos obtener grandes beneficios. De la experiencia y la forma de pensar de muchos se pueden obtener mejores frutos. El trabajo en equipo proporciona mejores resultados que el individual y facilita el crecimiento. Todas las personas y las organizaciones envejecen. Crecer es opcional. Se debe tomar la decisión de crecer porque eso garantiza que las instituciones sobrevivan. Pero como todo, crecer tiene su precio porque si se descuida y se vuelve amorfo o incontrolado, se convierte en una fuerza potencialmente destructiva. Debemos crecer sustentados en un programa de innovación y calidad y fortalecidos por nuestro bagaje histórico que nos proporciona reconocimiento y tradiciones.

Más allá de las malas experiencias del acontecer médico, producto sin duda de su sistema imperfecto en donde el error puede surgir a cada momento; a pesar del incremento de instancias legales que se esfuerzan por vernos como delincuentes, sin que hasta hoy, se haya conocido a ningún médico que atienda a un paciente con el deseo de hacerle daño; por encima de todo esto, el médico es y sigue siendo, referente de la grandeza humana, el héroe anónimo que trabaja todos los días por ganarle la batalla a la enfermedad, el garante de la salud y el cauce en el que convergen los anhelos de vida y esperanza de millones de seres humanos.

EL VUELO DE LOS CABALLOS

Pedro Berruecos Villalobos

La verdadera fuente de la ciencia y del arte, afirmó Albert Einstein, radica en el misterio, porque quien nunca ha sentido la emoción de lo inimaginable y no se ha detenido a meditar y a volverse cautivo de lo que puede considerarse como una temerosa admiración, está como muerto, tiene los ojos cerrados.

Venecia es una ciudad llena de magia y de misterios. Basta llegar a ella y dejarse llevar por sus calles, plazas, palacios y riberas, para sentir que flota en el aire algo especial e inexplicable; basta escuchar el eco de sonidos que se reflejan en piedras y ladrillos centenarios, la música del agua chapoteando y la melodía del lenguaje de sus habitantes o basta mirar sus luces, reflejos y sombras, para liberar el espíritu y volar con la imaginación. Sentirla, caminarla y ver cómo brillan o se difuminan sus colores, es establecer un diálogo íntimo con sus historias milenarias y con sus inacabables secretos. Está llena de leyendas: unas tan ciertas como documentadas, que desafían el paso de los siglos; otras que tácitamente se aceptan por la tradición oral; unas más, adoptadas como venecianas a partir de leyendas del viejo continente que son tan europeas como lo es la influencia que tuvo la ciudad lagunar, la “Reina de los Mares”, la “Serenísima” y otras, quizás las que mayores emociones despiertan, que han brotado y son fruto de la imaginación popular. Es como muchos hechos verídicos y de muchos más imaginarios surge esta fantasía del vuelo de los caballos.

La creación

El mundo es uno. El hombre es uno. Todos tenemos el mismo origen, compartimos el mismo espacio planetario y en la dimensión del tiempo, estamos obligados a considerar que todos somos tan iguales como diferentes. El Génesis nos dice que el primer día de la creación, Dios separó la luz de las tinieblas; después, dividió el cielo del mar y creó las plantas dándoles oxígeno, nutrientes y colores, creó el sol para hacer vivir los días y la luna en el cielo estrellado para adornar estrellas. Al quinto día llenó de peces el mar e hizo volar las aves en el cielo. En el sexto, al ver que no había vida en la tierra, le puso animales y creó al hombre. Finalmente, el séptimo día, simplemente descansó.

Pero en este México nuestro, con su maravillosa mezcla de culturas y en donde se hablan más de cincuenta lenguas, la de los kekchí, que siguen hablando los mayas, dejó así su versión de la creación en el Popol-Vuh: *“todo estaba en suspenso, en calma, inmóvil y en silencio. No había hombres, pájaros, peces, árboles o hierbas: sólo existía el cielo sobre el mar, nada se movía ni se agitaba ni hacía ruido sólo estaban los progenitores, Tepeu y Gucumatz, que juntaron palabras con pensamientos y hablaron en la oscuridad de la noche con palabras, conferenciaron sobre la vida, el llenado del vacío y el surgimiento de la tierra y así, como la neblina, como nube o polvareda, fue la creación en los valles brotaron árboles y surgieron corrientes de agua fueron creados venados, pájaros, leones y faisanes. Llegó un momento en que los progenitores quisieron romper el silencio y ordenaron a los animales que los nombraran, invocaran y adoraran como sus creadores, pero sólo consiguieron chillidos, gorjeos y graznidos. Cuando vieron que era imposible que hablaran, se dijeron entre sí: “haremos otros seres que tengan otro destino, otra suerte, y al acercarse el amanecer, para ser invocados y recordados sobre la tierra, dieron forma y vida a los seres humanos y los dotaron del don de la palabra”.*

Dios recorría el mundo después de la creación. Un día, escuchó los llantos de un beduino que se quejaba por sólo tener calor y arena. Percibió el Creador la eternamente injusta distribución de la riqueza y lo compensó con un maravilloso regalo. Tomó viento del sur con su mano y lo convirtió en una maravillosa criatura con mirada de águila, fuerza de león, velocidad de gacela, agilidad de tigre, dureza de acero en sus cascos, suavidad de plumaje de jilgueros en

su crin, astucia del lobo, perseverancia de camello y el amor de los perros por sus dueños... y así, con la esencia del viento, Dios creó al caballo, para ser compañero y amigo, para volar sin alas y para que como el viento del que estaba surgiendo, corriera sin descanso por todos los rincones de la tierra.

Los pegasos y los unicornios

Cuando Perseo cortó la cabeza de Medusa, brotó sangre de la que surgió una fantástica criatura, el Pegaso, que además de agilidad, rapidez y belleza, tenía unas enormes alas que le permitían volar. Todos querían capturarlo, pero nadie podía alcanzarlo. Sólo Belerofonte siguió el consejo de un adivino: pasó una noche en el templo de Atenea quien al aparecérselo, le dio una brida de oro, con la que pudo capturar al caballo alado. Pegaso acompañó desde entonces al héroe, pero sus múltiples hazañas, como los triunfos contra las amazonas, lo convirtieron en víctima de su orgullo. Voló a la cima del Olimpo pensando unirse al coro de los dioses como uno más de ellos, pero el prudente caballo percibió su osadía, lo derribó y lo dejó para siempre, vagando sin rumbo. Zeus recompensó a Pegaso dándole asilo en los establos olímpicos, lo adornó con el trueno y el rayo, símbolos de su poder y, después con el acuerdo de todos los dioses, fue perpetuado en una constelación que brilla entre la de Piscis y la de Andrómeda. Desde entonces se le considera un ser mágico, inteligente, noble y bondadoso que detecta el mal y que busca innatamente el bien de todos los seres vivos.

Por la misma época aparecieron los unicornios, caballos con un único cuerno en la frente y poseedores de poderes excepcionales: purifican el agua, portan buena suerte, curan y alargan la vida de las personas. Son animales fantásticos, solitarios, sabios, escurridizos, que aman la belleza y representan la pureza. Los unicornios están entre nosotros, vivos en nuestra imaginación y desde siempre, buscan sin descanso curar enfermedades, aliviar el dolor y alegrar y alargar la vida del hombre.

Las esculturas de Constantinopla

Hace alrededor de veinticinco siglos Lisipo, contemporáneo de Escopas y Praxíteles, los tres grandes del clasicismo helénico,

recibió la visita de Zeus quien para hacer patente la humanización de los dioses, le encargó inmortalizar las bondades de los caballos, por su íntima relación con los humanos. Le dio la inspiración para esculpir los que conducirían una cuadriga, sin destacar ni las alas de Pegaso ni el cuerno del unicornio, para que fueran los hombres quienes descubrieran las escondidas virtudes de ambos.

Puso Lisipo manos a la obra y con una aleación de cobre con la que logró un espectacular dorado, creó el más impresionante conjunto escultórico de todas las épocas. Zeus, muy complacido, mezcló con la aleación el influjo de los milagros que podían hacer los pegasos y los unicornios. Los caballos quedaron desde entonces envueltos en ideas, mitos, pensamientos, religión, ambiciones, sueños y sentimientos. Quedaron también relacionados con sensaciones y percepciones, con los vitales conceptos de cercanía, amistad y respeto y con esa misteriosa comunicación no verbal que permite la sutil conexión entre hombres y caballos. El vínculo se hizo tan fuerte que se volvió indestructible. Fue así como el cotidiano quehacer matinal de Apolo para atar sus caballos —hijos del viento— al carro del sol, para hacerlos volar durante el día por el cielo y para caer de vuelta a la tierra por la noche, quedó representado en la belleza de los cuatro que adornaron, al menos durante quince siglos, el hipódromo de Constantinopla.

Nacimiento y apogeo de Venecia

Más de mil años antes de Cristo empezó la vida de Venecia con la influencia de etruscos, galos, espartanos y romanos. Poco después de fundar Acquileia en el año 181 a. C. se concedió la ciudadanía romana a los habitantes de la *Gallia Cisalpina*. Lucharon ferozmente por esos territorios lagunares el famoso general cartaginés Aníbal, “padre de la estrategia”, quien llegó desde la Hispania cruzando los Pirineos y los Alpes. También Cleónimo II, rey de Esparta: llegó al alto Adriático desde la punta meridional del Peloponeso en barcas de remos y se acercó a los lidos planos, deshabitados y llenos de verdes pinos. Introduciéndose en la tranquila laguna que más allá de algunos islotes, dejaba ver la tierra firme. Las intenciones de Cleónimo no eran propiamente pacíficas. Ordenó a sus soldados desembarcar para posesionarse de casas y terrenos, pero los habitantes reaccionaron furiosamente y los obligaron a retirarse. Poco después de su fundación en el año 421 d. C. a lo largo de un canal

profundo, el *rivus altus*, Rialto, que no es otra cosa que el Canal Grande de hoy, llegaron los hunos comandados por Atila quien destruyó Acquileia pero no pudo entrar a Venecia.

El ambiente natural y con él, la difícil accesibilidad a la laguna y sus entornos, había sido desde siempre la guía para quienes buscaban seguridad, trabajo y paz y el inicio y destino de la Venecia lagunar que habría de convertirse en ciudad-estado. La relación entre la campesina Venecia de la era precristiana y la potentísima República de Venecia se consolidó por la conquista del suelo y por la construcción de edificios con técnicas desarrolladas más de diez siglos antes de Cristo. Los millones de troncos que sostienen la basílica de San Marco, el puente de Rialto y Santa María de la Salute son herencia directa de los palafitos de cientos o miles de años antes. El microcosmos era bucólico, de campesinos, tejedores y pastores que también tenían habilidades militares. Estas, se manifestaron contra los galos, los etruscos o los cartagineses, pero cuando los venecianos se unieron a Roma contra Aníbal, quedaron sujetos a las vicisitudes del Imperio aunque adquirieron fuerza propia en el Véneto, al crecer ciudades tan importantes como Padova, Ravenna, Verona, pero sobre todo Acquileia, capital del área por largos períodos.

La laguna de entonces constituía un escenario de islotes y tierras protegidas contra las mareas, en las que la barca se ataba a la casa en vez del caballo y en la que la unicidad del entorno se fue abriendo a la diversidad de personas y costumbres. El edicto de Constantino admitiendo el culto cristiano en el imperio romano, hizo nacer en Venecia un culto especial por los mártires, víctimas de Nerón y Diocleciano. Así surgieron leyendas taumatúrgicas, el reconocimiento de santos protectores y la custodia de infinidad de reliquias. Acquileia promovió el culto a su fundador, el evangelista Marco, discípulo predilecto del apóstol Pedro. La adopción de las costumbres y del jerárquicamente estructurado sistema bizantino, se consolidó con la elección de Paulicio, primer duque, *duca, doge o dux* de Venecia en el año 697, quien definió los confines de la provincia y con ellos, su independencia. En el año 805, al presentar Venecia los dones del pueblo a Carlo Magno, convertido ya en emperador del Sacro Imperio Romano, recibieron del propio emperador el reconocimiento formal de la soberanía sobre sus tierras.

Venecia creció y se consolidó en los siglos siguientes. Su imagen era más que sugestiva: pacíficas aguas lagunares; tierras anfibias cubiertas de baja vegetación verde; cabañas dispersas que se perdían al verlas desde lo alto del campanario de Torcello; algunos edificios

de tabique y piedra; el Palacio Ducal; naves atracadas en los canales más profundos; zonas secas o húmedas según el movimiento de las mareas y como sonidos, el golpeteo de remos en el agua, el martilleo de los constructores de embarcaciones, las conversaciones de sus habitantes, los gritos de los mercaderes y los graznidos de los patos salvajes. La estructura del archipiélago veneciano siguió el trazo de las arterias fluviales entre las cuales la más ancha y curvilínea era el Canal Grande, mientras que los canales de Murano y de la Giudecca marcaron los márgenes lagunares externos.

Un evento de enorme trascendencia para Venecia durante el ducado de Giustiniano en el año 828, fue la llegada del cuerpo del evangelista san Marco a Venecia. Rustico de Torcello y Bon de Malamocco, se posesionaron del cuerpo en Alejandría, lo recubrieron con carne de cerdo para evitar la inspección de los aduaneros musulmanes y emprendieron su viaje de regreso. Los restos del evangelista fueron recibidos por una enorme turba entusiasmada y por el *dux*, quien ordenó la construcción de una “Iglesia del Estado” junto al Palacio Ducal. La Basílica marciana fue embellecida y enriquecida en los siglos siguientes, en muestra no sólo de exaltación de la religiosidad del Estado, sino también de la oportunidad para unificar al pueblo en torno al *dux*.

Conforme surgían nuevas iglesias, andadores, plazas, puentes y plazoleas se fue delineando el tejido urbano de la ciudad. Los *dux*, en general, honestos y justos, debían serlo porque su poder emanaba del respaldo de un pueblo satisfecho a través del consenso de representantes populares. El desarrollo de la ciudad fue muy equilibrado: los ricos comerciantes construían sus palacios cerca de sus negocios, por lo que era imposible el surgimiento de zonas deprimidas. Continuó la adquisición de reliquias de santos protectores que se constituyeron en el principal atractivo de las iglesias. A los campesinos, pescadores y tejedores se asociaron mercaderes, salineros, curiosos, peregrinos, artesanos, carniceros y carreteros, pero todos, en una u otra forma, llevaban un buen ritmo de vida, porque había trabajo, respeto, delimitación de campos y de actividades y la posibilidad de tener ingresos suficientes para vivir de manera decorosa.

La cuarta cruzada

El apogeo de Venecia coincidió con un creciente desequilibrio en el Mediterráneo. El mundo musulmán empezó a obstaculizar el

cuidado de los lugares santos y los caminos de los peregrinos hacia ellos. Había en realidad una constante dicotomía de cristianos y musulmanes; iglesias de oriente y de occidente; comercio y política, dinero y poder. La custodia de la Tierra Santa, fue sólo el pretexto para justificar el expansionismo de los señores feudales, los intereses comerciales en el mediterráneo y la búsqueda de la hegemonía por el papado. El llamado del papa Urbano II abrió la era de las cruzadas pero también la posibilidad de comercio y de lucrativos negocios para Génova y Pisa, reinas del tráfico marítimo. Venecia no pudo permanecer al margen porque sus raíces bizantinas y su proyección hacia occidente, la ponían en el justo medio del mundo de entonces. En 1099 salió la primera expedición veneciana a Tierra Santa. Entró al Puerto de Rodas y al llegar posteriormente los pisanos, no les permitieron la entrada. Así, sin combatir ni con sarracenos, turcos selyúcidas, eslavos o judíos, debieron enfrentarse a los pisanos que, para los intereses comerciales de Venecia en el Mediterráneo, eran un peligro y una calamidad. Vencieron los venecianos, capturaron veinticinco naves y a través de Godofredo de Bouillon, obligaron a los pisanos a retirarse. Al éxito de la primera cruzada en los últimos años del S. XI, siguió la decadencia espiritual de los vencedores mientras crecía el espíritu de venganza de la *yihad*. Esto desencadenó en 1145 la segunda cruzada que terminó en fracaso. En la tercera, convocada después de la toma de Jerusalén por Saladino en 1187, hecho que conmocionó a Europa, participaron Ricardo Corazón de León, Felipe II de Francia y Federico Barbarroja. Este último, murió ahogado en el camino y sus tropas se retiraron mientras que Felipe II regresó a Francia por rivalidades con Ricardo. La debilidad de las tropas inglesas y el cansancio de Saladino, motivaron la firma de una tregua y la muerte de ambos, ya casi terminando el siglo, cerró el ciclo de la tercera cruzada sin ningún éxito para ninguno de los bandos.

Mientras, el mundo veneciano seguía íntimamente relacionado con el bizantino. La Basílica de San Marco, como ejemplo supremo, era una reproducción de la de Constantinopla, lugar en donde se habían fundido sus puertas y en el que se hizo la espectacular *Pala d'Oro*. Sus preciosos mármoles y sus columnas eran de Grecia, pero sus paredes ostentaban inscripciones latinas. Por su creciente poder fue aceptada por todos y se convirtió en mediadora en muchos conflictos. Cuando con la intervención del *dux* se resolvió en Venecia el diferendo entre Federico Barbarossa y el papa Alejandro III, no sólo se finiquitó ese problema, sino que además, se afirmaron

pactos y se amplió la garantía imperial de respeto a ciudadanos, bienes y territorios de los venecianos. El ducado veneciano se convirtió en dueño y señor de la vida económica y defensor militar del Imperio bizantino. En esa época de esplendor, entre muchas otras cosas, se alargó la Plaza de San Marco hasta sus actuales dimensiones, se colocaron en la *Piazzeta*, las columnas de San Marco y San Teodoro, tal y como ahora se ven y se consolidó la estructura urbana al dar vida a un sistema vial terrestre, alterno al que siempre existió y sigue existiendo en el agua de sus canales.

En 1192 fue nombrado *dux* Enrique Dandolo, nonagenario y casi ciego, pero encarnación del espíritu mercantil y guerrero de Venecia y poseedor de una excepcional capacidad política. Seis años después, fue electo papa Inocencio III quien en 1199 llamó a una nueva cruzada. Génova y Pisa hicieron oídos sordos al llamado papal y Venecia pidió dispensa porque su poder era más económico-comercial que militar. A pesar de eso, varios nobles franceses tomaron la iniciativa y mandaron embajadores a Venecia. El líder de los plenipotenciarios habló en la totalmente llena Basílica de San Marco, en presencia del *dux*, elogió las virtudes de los marinos venecianos e invocó su ayuda. Al responder con gritos, manos levantadas y asentimiento del *dux*, Venecia se comprometió a participar, aunque no estaban bien definidos los objetivos. Empezaron las defecciones por lo que la armada reunida en Venecia en junio de 1202, se veía muy reducida, lo que obligó a los venecianos a comprometerse más, pero siempre a cambio de ventajas y del logro de importantes objetivos de la expedición.

La partida de Venecia el 1.º de Octubre de 1202 fue espectacular. Goffredo de Villehardouin la describió como “*la flota más bella que hubiera partido de cualquier puerto*”. En el camino, las divergencias entre los participantes obligaron a acordar que Constantinopla sería el objetivo. Al avistar la enorme ciudad, la más rica entre las ricas, los cruzados vieron muros, torres, palacios e iglesias. La recepción fue más que fría: ningún aplauso al desfilar las naves frente a los muros y sí, en cambio, gritos de repulsa e insultos. Los bizantinos unidos, preocuparon a los cruzados pero la acción armada era ya inevitable: los franceses hicieron huir al ejército regular enemigo, los venecianos destrozaron en pedazos la cadena de fierro que custodiaba el puerto y las plataformas volantes en los mástiles de sus naves, alcanzaron la altura de los muros para así conquistar veinticinco torres. El viejo *dux* ciego desembarcó y guio los combates a caballo en una planicie que dominaron ampliamente los barones

protegidos por bellas armaduras. Alessio III, ordenó la retirada; juntó en su palacio todo el oro y piedras preciosas que pudo y huyó dejando esposa, hijos, súbditos y poder.

La victoria fue total. De manera automática se unieron las iglesias griega y romana y se hizo ascender al trono al griego Isacco Angelo, liberado de la cárcel en la que estaba después de haber sido depuesto años antes. Su hijo Alessio, nombrado asociado al trono, promovió la permanencia de los cruzados para consolidar su gobierno. Los vencedores empezaron a pasearse prepotentemente en la ciudad, contemplando el magnífico palacio imperial, el inmenso hipódromo, las columnas de Teodosio y Arcadio y estatuas griegas y romanas, basílicas y mármoles, mosaicos y reliquias protegidas en custodias cubiertas de miles de gemas preciosas. Esa presencia fue una afrenta para los bizantinos por lo que empezaron a asediar a los cruzados. Para congraciarse con su pueblo, Alessio se distanció de los vencedores y dejó de pagar los tributos estipulados, lo que hizo necesaria la reconquista. Vencieron los cruzados e hicieron un paseo triunfal en la ciudad humillada. La furia predatoria se convirtió en inmisericorde saqueo. Cálices, cruces, custodias, mármoles, columnas, candelabros, estatuas, ciborios, reliquias, íconos, incensarios... desprendieron todo y todo se lo llevaron. El botín fue repartido en marzo de 1204 y a los venecianos les tocaron reliquias invaluables como un cáliz con sangre de Cristo, un clavo de la cruz, el brazo de San Jorge y un fragmento del cráneo del Bautista... y además de muchas otras cosas, los cuatro caballos del hipódromo.

La peste en Venecia

Los caballos de San Marco fueron colocados al frente de la Basílica poco después de su llegada desde Constantinopla. El apogeo de la ciudad-estado era evidente. El pequeño pueblo de marineros, la modesta comunidad de pescadores y salineros, la ciudad anfibia, se proyectaba con fuerza por su testaruda voluntad de supervivencia y por la audaz aventura y la desproporcionada conquista de un lugar que estaba a sesenta días de riesgosa navegación. Venecia se imponía como protagonista y árbitro en el Mediterráneo. La *partitio romaniae* distribuyó territorios pero mantuvo la supremacía véneta desde el Adriático hasta Constantinopla. Cuando Marco Polo regresó a Venecia después de veinticinco años de ausencia, la encontró tan grande como el mundo ensanchado que había conocido.

Venecia crecía y se embellecía. Surgieron nuevas plazas e iglesias, se definieron calles, pórticos, soto pórticos, andadores y puentes, se organizaron cada vez mejor las funciones públicas y las artes y las ciencias crecieron con gran esplendor. Los médicos, constituidos en asociaciones profesionales desde 1258, establecieron que estaba prohibido recibir porcentajes de los farmacéuticos, quienes a su vez, no podían vender fármacos sin receta médica, fijaron tope a los honorarios y hasta los más ilustres, formados en los Ateneos de Bologna o Padova, debieron curar gratuitamente a los pobres. Dante y Petrarca visitaron Venecia y pintores y escultores se concentraron en ella floreciendo en palacios e iglesias con el patrocinio de ricos mercaderes, deseosos de engalanar sus mansiones o de enaltecer su religiosidad.

La vibrante vida de Venecia se sacudió con la amenaza de un maremoto en 1347, del que se salvó por el milagro de tres personajes. El primero, salió de la sombra de los arcos del Palacio Ducal y le pidió a un pescador que lo llevara a la isla de enfrente. Ahí se subió el segundo y entonces, le indicaron que remara hasta el Lido. En este, subió a la barca el tercero. Ya en mar abierto toparon con una enorme barca negra comandada por el mismísimo Belcebú. Los personajes le pusieron una cruz enfrente y la barca negra naufragó al instante. Se calmaron las aguas y se despejó el cielo. Al regresar, dejaron en el Lido a San Nicolás; luego, en la isla que ahora lleva su nombre, a san Jorge y en el embarcadero al tercero, que era san Marco. Al desembarcar, san Marco le pidió al pescador que contara al *dux* lo que había visto y le dio un anillo para entregarlo en caso de que dudara de él. Así sucedió, pero al ver el *dux* el anillo, supo que era el de san Marco, que estaba custodiado en un lugar totalmente inaccesible, por lo que creyó en el milagro.

Un año después. Venecia sufrió un terremoto pero, luego el terror por lo que había sucedido pasó al último plano por el flagelo terrible de la peste que ya despoblaba Europa. El miedo fue muy grande. Los padres no veían a sus hijos y los hijos no visitaban a sus padres, pero la epidemia creció. Ninguna enfermedad influyó como esta en el destino de los hombres ni tuvo tan graves repercusiones políticas, sociales y económicas de cualquier grupo humano. Los sabios, tenían noticias de que algo similar había ocurrido en la época de Troya y en el S. VI, la que se conoció como la “*Peste de Justiniano*” que causó en Constantinopla la muerte de hasta diez mil personas cada día. A partir de 1348, el terror enclaustró a las personas, se interrumpieron sus actividades, huyeron al campo o a ciudades no

portuarias, pero así diseminaron la enfermedad. El brote, iniciado en Crimea, se atribuyó a unos mercaderes italianos, que fueron a refugiarse en Kaffa. Ahí los sitiaron los tártaros, pero al estallar la peste entre los sitiadores, empezaron a aventar con catapultas los cadáveres al interior de la ciudad sitiada. Los italianos que pudieron evadir el cerco, llevaron la plaga a Génova y a Venecia en donde no respetó a grandes o chicos, hombres o mujeres, pobres o ricos, clérigos o sabios, campesinos o nobles. Alfonso XI de Castilla, Juana II de Navarra, Margarita de Luxemburgo y Felipa de Lancaster, murieron por la peste. Nadie estaba a salvo y la llamada clase noble, lejos de sentirse en una posición “superior”, tuvo que dejar de pensar que no sería afectada solamente porque no era pobre.

Se agostaron grandes extensiones de terreno y en la desesperación, sólo se esperaba un milagro. Se paralizó el floreciente comercio y, el mal traspasó los Alpes, el Brennero y los Apeninos para golpear a toda Europa; a la lejana Inglaterra, al noroeste de Rusia y mucho más allá, a la India y a China. De Escandinavia se propagó a los asentamientos de Groenlandia, fundados por Erik el Rojo lo que hizo desaparecer a los últimos vikingos de la zona y alterar el poblamiento de Norteamérica por los contactos que tuvieron los vikingos con Vinland, en Canadá.

A los muelles de Venecia, llegaron barcos sin nadie vivo. En muchos barrios de islotes lagunares o en tierra firme, empezaron a emparedar a los muertos. Las calles y las encrucijadas tenían el pavimento cubierto de enfermos y de moribundos abandonados sin auxilio. Se veían por todas partes cuerpos en descomposición cubiertos por harapos embarrados de lodo, alfombrando las calles, y las inhumaciones, comandadas por policías, forzaban a los condenados a las galeras a llevarlas a cabo, en medio del estupor, el miedo y el dolor. Fue así como en 1348, Venecia perdió gran parte de su esplendor.

El vuelo de los caballos

Cuando Zeus se dio cuenta de lo pasaba, decidió ayudar a la humanidad. Tomó de nuevo en sus manos los vientos del Mediterráneo. Mezcló las secas y frías ráfagas del *Bora* con las corrientes de la *Tramontana*, que bajan del Norte. Después atrajo los soplos del *Meltemi* del oriente, los del *Etessio* del Egeo, los del *Valdorac* que campea por el tridente de Tesalónica, los del *Mistral* de Génova,

los del *Cierzo* del Cantábrico y los del *Siroco* de la Europa Central. Condensó sus bondades en una sola y las condujo con suavidad hasta lo alto de la Basílica de San Marco.

Las cinco cúpulas semiesféricas, coronadas por pequeñas linternas y en las que se apoyan cruces cósmicas que más parecen bailarinas aladas o delicados rehiletes, vibraron al sentir el soplo divino. Los vientos de Zeus hicieron que las danzantes bailaran y que los rehiletes giraran de forma tal, que dirigieron corrientes hacia abajo, hacia la terraza de la fachada, hacia los caballos de Constantinopla.

Dormidos en el tiempo, pero siempre conservando las virtudes de Pegaso que Zeus les imprimió, los caballos empezaron a moverse. Primero los dos del lado derecho de la cuadriga, dejaron de apoyarse en las patas delanteras izquierdas para apoyarse con las derechas y los dos del lado izquierdo, cambiaron las patas de sostén derechas por las izquierdas. Luego, los caballos de en medio giraron sus cabezas para mirarse por primera vez en siglos y los de los extremos, las giraron también para admirar el escenario de teatro de la bellísima plaza que tenían enfrente. Cuando el aire de las bailarinas y los rehiletes de las cúpulas se intensificó, los caballos empezaron a moverse y a brincar, a girar sobre sí mismos y a sacudir el encogimiento secular de sus poderosos músculos. Sintieron que el viento con el que Zeus había creado el primer caballo, les estaba llegando como inequívoca señal de un mandato. Sintieron que sus lomos se estiraban y poco después el milagro se completó, cuando pudieron extender unas impresionantes alas, iguales a las del hijo nacido de la sangre de Medusa.

Así empezó el vuelo de los caballos. Dejaron suavemente la terraza de la Basílica y empezaron a elevarse con lentitud. Vieron cómo las cruces cósmicas seguían girando como veletas y se elevaron más y más, hasta alcanzar la altura del *campanile*. Ahí vieron, a pesar de la oscuridad de la noche, la trágica situación de la ciudad lagunar con sus calles convertidas en cementerios al aire libre y entonces, obedeciendo las órdenes de Zeus, tomaron rumbo y se enfilaron al oriente.

Volaron sin descanso porque debían obtener información para eliminar la peste. Contactaron rápidamente a los *iatrós*, seguidores de Asclepiades, de Hipócrates y de Galeno. Después, hicieron escalas para tener el consejo de los *sunnu* de Egipto y en Asiria para consultar a los *asu*. En una siguiente etapa, se detuvieron en Afs-hana, en Asia central y recabaron información de los discípulos de Alí-Al-Hussain-Ibn-Abadía- Ibn- Sina, conocido como *Avicena*

y del *Al-Qanumfi-al-Tibb*, canon de la Medicina, en donde había escrito mucho sobre las formas de contagio de las enfermedades y sobre la diseminación entre hombres, medio y animales. Vino después un largo tramo hasta la India y apreciaron que la *ayur veda*, “ciencia de la vida” de la cultura sánscrita, incorporaba a sus principios la prevención y la higiene. Dejaron la India y se dirigieron aoir Cathay descrita por Marco Polo, para oír a los expertos de la medicina oriental tradicional, ya extendida hasta Cipango, Corea, Tibet y Mongolia. Anotaron datos sobre el concepto del *chi* que expresa la energía vital y sobre las fuerzas opuestas del *yin* y del *yang*, como fuerzas negativa y positiva.

Cuando vieron el océano Pacífico, decidieron cruzarlo. Bajaron en Tezulutlán primero y luego en Tenochtitlán, que acababa de fundarse. En el primer destino, contactaron a los seguidores de los dioses Itzamná e Ixchel y registraron la forma como usaban el Ek-Balam, el bakalchéen, la corteza de tancazhe, la semilla de oxal y las hojas del zipché. En Tenochtitlán, se enteraron que el *Ticitl* era un chamán y que el *Tepati*, era el médico que verdaderamente conocía las propiedades curativas de los vegetales: raíces de tlacópótl, pencas de maguey, polvos de *ocózotl*, y hojas de *matlaxíhuatl* o *yapaxíhuatl*. No obstante, lo que más notaron fue el paralelismo de sus ideas con las de sus colegas de otras latitudes: mayas y aztecas buscaban prevenir enfermedades, enfatizar hábitos de higiene, procurar nutrición adecuada, protegerse del aire y del frío y practicar los baños en ríos o su purificación en los *temazcalli*.

Llenos de información, volaron de regreso. Por miles de kilómetros sólo tuvieron el azul del mar abajo y el del cielo arriba. Entraron entre la Hispania y África al Mediterráneo y finalmente, después de sobrepasar los Apeninos, llegaron al Adriático y vislumbraron la laguna. Todo lo que traían en sus alforjas lo dejaron en las manos de Zeus. Descendieron lentamente hacia la gran plaza mientras iban encogiendo sus alas, se posaron con suavidad en la terraza de la Basílica y volvieron a apoyar sus patas y a orientar sus cabezas en sus posiciones originales. Zeus vio los apuntes, tomó de cada uno lo mejor y transformó el conjunto en polvo de estrellas que dejó caer poco a poco sobre la ciudad herida. Los dirigentes y los habitantes cayeron entonces en cuenta que más que combatir la enfermedad y sus secuelas, era necesario poner en práctica medidas higiénicas y preventivas. Comprobaron que los herreros se contaminaban menos que los mercaderes de telas porque estos estaban expuestos a las pulgas de su mercancía; obligaron a quienes llegaban

a quemar sus ropas; combatieron la extendida falta de higiene en su sociedad medioeval y notaron que algo tenían que ver las ratas negras, que vivían en barcos o en casas, porque eran diferentes de las cafés, habitantes de cloacas y establos. Nunca supieron que las pulgas picaban a las ratas negras de los barcos, únicas portadoras de la enfermedad y que luego la transmitían picando a los humanos. Tampoco descifraron la causa ni el porqué de los síntomas y signos que hicieron perecer a dos terceras partes de los venecianos, 25 millones en Europa y más de 50 en África y Asia. Pero al actuar con el mínimo de sentido común que habían encontrado gracias al periplo de los caballos, la peste empezó a ceder hasta que desapareció, quedando sólo en los recuerdos y en los libros de historia.

146 Corolario

Los problemas derivados de la falta de producción agrícola se prolongaron por al menos otros veinte años, pero no es difícil que la repentina escasez de mano de obra barata haya sido un gran incentivo para la innovación, con la que la Edad Media llegó a su fin, marcando el punto de partida del Renacimiento.

Hoy sabemos que una bacteria es el agente causal, pero muchos historiadores han tratado de encontrar otras explicaciones entre las que se menciona la crisis del sistema feudal. El gran crecimiento demográfico en la Edad Media provocó que las tierras de cultivo fueran menos productivas y de menor calidad, desencadenando serios problemas de nutrición y con ellos, carencia de defensas, por lo que la bacteria pudo desarrollarse en el caldo de cultivo que existía en personas desprovistas de un fuerte sistema inmunitario. Se pensó que peregrinos y comerciantes, monjes mendicantes, soldados y viajeros, eran los portadores pero fue el comercio, sin duda, el vehículo más peligroso porque los barcos traían ratas infectadas desde países en los que la enfermedad era endémica. De cualquier manera, la peste no desapareció por espectaculares descubrimientos médicos o científicos. Fueron las medidas que se tomaron al regresar los caballos de su vuelo, las que lograron que de forma natural, acabara por extinguirse la epidemia.

Francesco Petrarca, gran poeta, sobrevivió a la peste negra. En uno de sus relatos alude a la muerte en Aviñón, en 1348, de su enigmático y platónico amor, Laura de Noves, como consecuencia de la peste. Describió los campos sin cultivo, el desánimo por doquier,

el miedo en las miradas, los pueblos fantasma, las casas vacías, los muertos sin sepultar y el temor, la tristeza y el silencio de los vivos. Recordó que los historiadores enmudecían cuando alguien les pedía que describieran desastres parecidos; que los médicos se volvían locos y que los filósofos, simplemente, sólo encogían los hombros y contraían sus facciones. Petrarca finalizó su relato con esta sentencia: “*¿Es posible que la posteridad pueda creer estas cosas? Porque nosotros, que las hemos vivido, casi no podemos creerlas*”.

¿Habló así Petrarca pensando en el drama de la peste y sus consecuencias?... puede ser...; pero quisiéramos también considerar como probable, que haya estado refiriéndose al vuelo de los caballos.

ENVÉS DE LA REVISTA MÉDICA IMPRESA, LA DIGITAL

Guillermo Fajardo Ortiz

149

Decir que el futuro nos ha alcanzado, no sólo es un lugar común, es un hecho. Y en materia de publicaciones médicas electrónicas, es irreversible.

Vislumbramiento

La posmodernidad está dejando atrás a la revista médica impresa, ha dado lugar a la revista médica electrónica en que la forma de contactar la información es diferente, el contenido es el mismo, la diferencia es ontológica.

La revista tradicional o “gutenbergiana” y la revista electrónica o digital son dos realidades, no en conflicto, que no se contraponen, sin embargo, hay “lectofobia” y “lectofilia” por una o por otra, dichas expresiones están aprisionadas, una por un formato tipográfico y otra por el digital. En esta última el texto se sostiene en el vacío, hay algo espejeante, algo que aparece y luego desaparece.

Las ediciones electrónicas gracias a la Internet tienen una distribución y difusión mundial, no es necesario la entrega personal o el envío de la publicación vía correo convencional, forman parte de la estrategia “e-Salud” o *cybersalud*, basándose en las tecnologías de la información y comunicación (TIC), las revistas impresas tienen un tiraje limitado.

Evocaciones y aceleraciones

En la actualidad si un médico, un profesor o un estudiante de medicina desean determinado artículo o conocimiento de una revista dan *click* en una máquina electrónica y lo “bajan” con resumen y su versión en inglés. No hay necesidad de contar con la revista física, ir a las librerías o bibliotecas, pedirla prestada o desprender las hojas correspondientes de la publicación, ya que para eso están las revistas electrónicas, “en línea”, a las que se accede con cierta rapidez a la información, la que “está” donde se encuentre o la solicite el lector —oficina, consultorio, sala de espera, biblioteca, etc.—, aunque para leerla se necesitan ciertas habilidades y conocimientos “computacionales”.

Señalar desventajas de los formatos médicos electrónicos o cuestionarlas es considerarse viejo, anticuado, anacrónico, no se está con el vanguardismo ni con la tecnología, si no se sabe o no se puede acceder a los artefactos electrónicos: la computadora, el celular, la tableta o se pierde o confunde el contenido, o bien se olvida el “E-mail” o no se cuenta con el *password* o se acabó la batería o no hay energía eléctrica o no aparece la información al instante, sólo queda quejarse solitariamente o hacerlo con el vecino o tal vez pedirle ayuda.

Para quienes nos formamos con las revistas tradicionales hay cierta nostalgia, extrañamos la textura, color —a veces blanco o ahuesado— del papel, el grosor de las hojas, su olor, el sonido del paso de las hojas, en su caso, las anotaciones marginales hechas por otros lectores y el polvo del tiempo. Las revistas médicas tipográficas eran o son un tesoro, se guardaban por necesidad, devoción, cariño o inercia, cuidadosamente. Había una sensación de posesión, se conservaban o se solían empastar elegantemente; con la revista electrónica no hay tal sensación de posesión, así la revista impresa es o sea probablemente más “humana” que la presentación electrónica, aunque se considere un muerto viviente.

Quizás para los viejos, quienes aprendimos en el papel por lo breve de la vida, la inmediatez de adquirir conocimientos rápidamente, provoca reflexiones, frustraciones, turbaciones mentales y emocionales: “si en mis tiempos hubieran existido revistas electrónicas podría...”.

Las revistas médicas electrónicas también son publicaciones periódicas, en muchos casos, si se desea, puede imprimirse su

150

contenido; otras ventajas son la posibilidad de comunicación inmediata con el autor, consultar las referencias bibliográficas, realizar búsquedas retrospectivas, contar con un archivo digital propio— biblioteca digital, es decir, se evitan espacios físicos. Los lectores “siglo veintiuno” expresan otra bondad de las revistas electrónicas, la disminución marcada de costos ya que con mucha frecuencia el contenido de las revistas es gratuito, en otros casos hay que pagar por artículos aislados, sin necesidad de estar suscrito a toda la revista.

Para publicar en muchas revistas tanto impresas como digitales los artículos son sometidos a arbitrajes de expertos, deciden su originalidad, veracidad y concordancia con las políticas editoriales, en el caso de las digitales, si son rechazados o no se desean enviar a arbitraje, una opción es la autopublicación “subir” los artículos a internet sin arbitraje, de la misma manera los lectores pueden hacer comentarios, sin dejar de desconocer la posibilidad de “hackear o phreakear”

Por otra parte, en los tiempos digitales, lo escrito no es del todo original, lo que también ocurre con las revistas convencionales, ahora se reescribe, se recicla, se copia, se pega, y se recontextualiza con mayor facilidad, al respecto, el escritor Tomás Segovia (1927–2011) siempre atento al medio digital dejó escrito: “Amigos: Si leerme sin pagar es piratería vivan los piratas” (Digo yo. Fondo de Cultura Económica, 2011).

La migración al ambiente digital ha sido semejante al surgimiento y la producción de la música electrónica, inicialmente causó objeciones, críticas y dudas, después ha sido aceptada totalmente.

Las revistas médicas en pantalla no son una forma opcional o adicional de obtener información, sino diferente, caracterizada por más fácil accesibilidad, rapidez en la obtención de novedades, avisos e investigaciones, reducción en el tiempo de búsqueda, disminución de costos, favoreciéndose la medicina basada en evidencias, sin embargo, creo que nunca se acabarán las revistas de papel, no habrá extinción de las mismas.

151

Resonancias

Las revistas médicas electrónicas adoradas o cuestionadas están satisfaciendo las necesidades del conocimiento al actualizar y a contribuir a la “democratización” de los saberes, son inclusivas, han

roto con ciertos privilegios, no se limitan a ciertos lectores ni a las ciudades ni a grandes hospitales, las personas pueden contar con información en cualquier lugar. Los formatos médicos electrónicos al divulgar información rápidamente, han afectado a terceros —pacientes, estudiantes, colegas y público en general—, son externalidades positivas o sea hay rentabilidad.

LA SOLEDAD DEL MÉDICO

Horacio Jinich

Hace varios años recibí una invitación para escribir acerca de “la soledad del médico”. Honrosa tarea pero nada fácil, para elucubrar sobre el tema de la soledad del médico, me dediqué, inicialmente, a meditar e investigar sobre un problema que me había asaltado en repetidas ocasiones a lo largo del tiempo. Me refiero al problema de la soledad del hombre. Pensé que el tema a tratar debiera ser estudiado en dos etapas: la primera, la soledad del médico en cuanto hombre; la segunda, la soledad del médico en cuanto médico.

En un mundo en el que todo se puede decir, y en el que se pueden enunciar, impunemente, las más opuestas opiniones, por disparatadas que parezcan algunas de ellas, no han faltado, por supuesto, las voces que claman que “el hombre está solo”¹⁶. “El hombre —dicen, está solo desde el momento en que fue expulsado del Paraíso. Está solo porque, a partir del momento en que comió el fruto prohibido, es decir, al surgir en él la capacidad de pensar y tener consciencia, se separó del resto de los seres vivientes”. “Está solo porque las fronteras que delimitan y encierran a las conciencias humanas son las más absolutas del Universo”¹⁷. Está solo —dice Octavio Paz— porque “al nacer fue arrancado de la totalidad”¹⁸ y, desde entonces “es un solitario que llora desde hace siglos en un mundo de sordera universal”¹⁹. Con respecto a México, dice textualmente:

¹⁶ Josephson E, Josephson M. Man Alone. *Alienation in Modern Society*. N. Y: Dell Pub. Co., 1962.

¹⁷ James, William. *Principios de psicología*. Ed. Corrientes.

¹⁸ Paz, Octavio. *La llama doble*. México: Seix Barral, 1993.

¹⁹ Paz, Octavio. Entrevista en *Reforma*. 28 de abril, 1996.

Viejo o adolescente, criollo o mestizo, general, obrero o licenciado, el mexicano se me aparece como un ser que se encierra y se preserva: máscara el rostro y máscara la sonrisa. Plantado en su arisca soledad, espinoso y cortés a un tiempo, todo le sirve para defenderse: el silencio y la palabra, la cortesía y el desprecio, la ironía y la resignación. El mexicano siempre está lejos, lejos del mundo y de los demás. Lejos, también, de sí mismo.²⁰

Pero el mismo autor reconoce la existencia en el hombre, en todo ser humano, de la “sed de otredad”: la vislumbra en el erotismo y el amor. Benedicto Spinoza fue el primero que calificó al hombre como animal social. Al lado de sus instintos egoístas conviven otros, los altruistas, ocultos a veces, inhibidos temporalmente, suprimidos inclusive por el predominio aplastante de aquellos, pero prestos a surgir a la primera oportunidad. Hay una paradoja: las peores manifestaciones de violencia del hombre contra el hombre no se deben, primariamente, a su egoísmo y ferocidad sin freno, sino a su idealismo y a su instinto social: idealismo que lo empuja a adherirse incondicionalmente a una idea, una creencia, un fanatismo. Instinto social que lo lleva a solidarizarse con la masa y a cometer, en el anonimato, las peores atrocidades. No es otra cosa sino el instinto social el que nos mueve a escuchar las noticias, a leer el periódico, a mantener la mirada fija en la pantalla de televisión, a sabotear el chismorreo, a llenar las salas de los cines, a identificarnos con el héroe en la obra teatral, a odiar al villano, a llorar con la víctima. Es ese instinto el que nos empuja a salir a la calle, a ver a la gente, a entablar conversación, a hacer amistades y, asociado al instinto sexual, a hacernos esclavos del erotismo y del amor. Las artes son otra parte orgánica de la naturaleza humana que la refinan, la enriquecen y que fortalecen el sentimiento de comunidad entre los hombres, a tal grado que es posible afirmar que esa es la función social del Arte, lenguaje universal.

Más aún, durante la mayor parte de su historia, el hombre ha vivido en íntimo contacto con la naturaleza, se ha sentido parte de ella y ha visto, en los animales, montañas, árboles, nubes, ríos, viento, luna, sol y astros, a dioses que lo protegen o castigan, pero dioses que no lo dejan solo, dioses cuya benevolencia puede implorar con

²⁰ Paz, Octavio. *El laberinto de la soledad*. México: Fondo de Cultura Ecobómica, 1959

sus evocaciones, ofrendas y conjuros. Y al dejar atrás el paganismo y la magia, otro Dios, único, omnipotente, justo, bueno y misericordioso, incomparablemente más poderoso que los dioses antiguos, los sustituye y elige al hombre como el producto supremo de Su creación, servidor y colaborador de Sus designios, y no lo deja solo. Aún así, en una sociedad tan avanzada como la del Japón actual, sigue siendo popular el shintoísmo, una religión cuyos dioses, o “kami”, son espíritus, fantasmas y otras fuerzas sobrenaturales, que los hombres deben procurar tener contentos para que no se volteen en contra de ellos; una religión que celebra la sexualidad, la fertilidad, el arroz, los árboles, montañas y ríos: todo lo que está vivo o da nacimiento a la vida.²¹

Ha habido, es verdad, períodos históricos durante los cuales el hombre ha experimentado vívidamente la angustia de la soledad. Karl Jaspers cita a un cronista egipcio de hace cuatro milenios:

Abundan los ladrones [...] No hay nadie que are la tierra [...] El País da vueltas y vueltas como rueda de alfarero [...] Las esclavas se engalanan con collares de oro y lapislázuli [...] Ya no se oye a nadie reír [...] Los hombres grandes y pequeños coinciden en clamar: “ojalá y no hubiese nacido”. Ninguna oficina pública está abierta cuando debiera estarlo, y las masas están como tímidas ovejas, sin su pastor [...] Los artistas han dejado de tañer sus instrumentos [...] Unos pocos asesinan a muchos [...] El indigente de ayer ahora es rico, y el que lo era lo abrumba con sus adulaciones [...] Por todas partes reina la impudicia [...] ¡Oh, que dejara de existir el hombre, que las mujeres perdieran la capacidad de concebir y parir! Entonces, finalmente, el mundo lograría encontrar la paz.²²

Tucídides ilustra un colapso moral semejante durante la guerra del Peloponeso. Dos historiadores contemporáneos: Tuchman²³ y Thompson, describen el estado anímico de la sociedad europea en el período posterior a la epidemia de peste de 1348-59, durante la cual murió un tercio de la población europea:

²¹ Paz, Octavio. *El laberinto de la soledad*. México: Fondo de Cultura Ecobómica, 1959.

²² Jaspers, Karl. Citado por Josephson E, Josephson M.

²³ Tuchman B.W. *A Distant Mirror*. Ballantine Books. N. York, 1978.

[...] un período en el que los cuatro jinetes del Apocalipsis de San Juan se vuelven siete: peste, guerra, impuestos, latrocinio, mal gobierno, insurrección y cisma religioso, reinan en Europa [...] un período violento, atormentado, de azoro, sufrimiento y desintegración, de triunfo de Satanás [...] un tiempo de caos económico, desasosiego social, altos precios, lucro, moral depravada, falta de producción, indolencia industrial, alborozo frenético, consumismo salvaje, lujo, libertinaje, histeria social y religiosa, voracidad, avaricia, mala administración, decadencia de los modales. Los autores explican que su interés por estudiar ese período sombrío de la historia nació debido a su notable parecido a los tiempos modernos.²⁴

Voltaire dijo alguna vez: “La historia nunca se repite, los hombres sí.” ¿Tienen razón Voltaire, Tuchman y Thompson? El consenso de los pensadores modernos es, por desgracia, afirmativo. Son muchos los que afirman que el nuestro es un mundo señalado por la violencia, la soledad y la enajenación.

Entre los filósofos mencionaré a unos cuantos. Kierkegaard²⁵ clama que la soledad del hombre solamente puede evitarse mediante su identificación con Dios. Nietzsche, en cambio, proclama la muerte de Dios y pregunta: “¿Acaso no andamos errantes en una Nada interminable?”²⁶ Hegel²⁷ emplea por vez primera el término *alienación* o *enajenación*, que Octavio Paz define como “el sentimiento de estar ausentes de nosotros mismos, de que otros poderes (¿otros fantasmas?) nos desalojan, usurpan nuestro verdadero ser y nos hacen vivir una vida vicaria, ajena. No ser lo que se es, estar fuera de sí, ser otro sin rostro, anónimo, una ausencia: esto es enajenación.”²⁸ Hegel acusa de ello a la razón humana y a la tradición judeocristiana, “que desvalorizó a la Naturaleza y la transformó en objeto”. Marx y Breton, por su parte, culpan al sistema capitalista: “el trabajador, desposeído de las condiciones y el fruto de su labor, se ha alienado de sí mismo”.²⁹

²⁴ Kierkegaard, S. *El concepto de la angustia*. Madrid: Espasa Calpe, 1967.

²⁵ Nietzsche F. *Crepúsculo de los ídolos*. Madrid: Alianza, 1973.

²⁶ *Ibidem*

²⁷ Hegel GWF. *Lecciones sobre la historia de la filosofía*. México: Fondo de Cultura Económica, 1953

²⁸ Paz, Octavio. *La llama doble*. México: Seix Barral, 1993.

²⁹ Marx K. *El capital*. México: Fondo de Cultura Económica, 1959.

¿Qué escritor y poeta moderno ha dejado de lamentar la enajenación del hombre actual? Baudelaire lo llama “el emigrante interno”. Octavio Paz escribe *El laberinto de la soledad*; García Márquez, *Cien años de soledad*, Alberto Camus *El extranjero*. Tratan el tema Gide, Kafka, Thomas Mann, Hemingway, Moravia, Sartre, Yeats, Rilke, Pound, Elliot, Pessoa y tantos más.

Lo que no puede decirse en palabras, se ha expresado en las artes plásticas y en la música: ¿Quién no se ha sobrecogido al contemplar “La mujer llorando” de Pablo Picasso, “El Grito” de Edward Munch, las pinturas de Egon Schiele y al escuchar la 5.^a Sinfonía de Gustav Mahler, la 6.^a de Tchaikovski y la 3.^a de Gorecki? “El hombre está solo” es el tema medular. Es el nuestro, ¿qué duda cabe? Un triste período histórico de crueldad y violencia inauditas, y de soledad del hombre. ¿Por qué? ¿Qué fin tendrá?

Paradójicamente, en apariencia, la era de la enajenación que estamos viviendo tuvo sus orígenes en el Renacimiento, cuando, nos dice Michelet: “El hombre descubre al mundo y también a sí mismo” y, según Jacobo Burckhardt, “el hombre se despoja de sus prejuicios medievales”. Surge entonces el “individuo”, concepto que en la época medieval significó: *inseparable*, pero que significativamente, evolucionó hasta convertirse en lo contrario: el individuo se separa del grupo, se convierte en el hombre solo, liberado de los lazos que lo mantenían atado al gremio, a la casta social y a la Naturaleza. A esas causas de soledad se suman otras en rápida sucesión y creciente importancia. Primero, la máquina, que a la vez que multiplica el poderío del hombre en la conquista de la Naturaleza impone controles rígidos a su comportamiento. En efecto, en contraste con las herramientas del artesano, que en todo momento permanecen al servicio de sus manos, las máquinas demandan del operario que las sirva, que ajuste a su movimiento mecánico el ritmo natural de su cuerpo. Las máquinas, de manera gradual, regimentan su vida, regulan su trabajo, le indican cuándo debe principiarlo, cuándo terminarlo, qué hacer y cómo hacerlo. Más aún: el trabajo humano que históricamente, formaba parte integral de la vida, se convierte en un medio para un fin. En palabras de Polanyi: “El acto de separar el trabajo de las demás actividades de la vida y de someterlo a las leyes del mercado equivalió a aniquilar la forma orgánica de la existencia, reemplazándola por un tipo diferente de organización, atomizada y fracturada”.³⁰

³⁰ Polanyi, K. Citado por Josephson E, Josephson M.

Marx insistió mucho en este tema y declaró que, “al perder el control tanto de las condiciones de su trabajo como de sus frutos, el trabajador se enajenó de sí mismo” y añadió que “el carácter desintegrador y negativo de la sociedad capitalista se basa principalmente en este enajenamiento del trabajo humano y en su destrucción de las oportunidades del ser humano para realizarse mediante una actividad constructiva plena de sentido”.³¹

Por si todo eso no fuese suficiente, la necesidad de administrar una tecnología de complejidad creciente y un mercado igualmente complicado, obligó al hombre a elaborar una nueva estructura social: la burocracia, cuyo carácter impersonal ha tenido un impacto no menor que el de la máquina. “La burocracia —escribe Max Weber— en la medida en que logra despersonalizarse, consigue mejor su propósito: excluir de la ejecución de la tarea toda clase de emociones y sentimientos personales. En lugar del dirigente anticuado, la sociedad moderna requiere, para lograr sus fines, del experto profesional, desprovisto de todo sentimiento y toda emoción”.³² Y, por supuesto, las burocracias tipifican no sólo al gobierno sino, también a la industria, los ejércitos, la banca, la filantropía, la educación y, lo estamos viviendo, los sistemas de atención a la salud. La burocracia es, en su esencia, impersonal; más aún, su fin último es la eficiencia, cuando esta no debiera ser más que un simple medio. La burocracia manipula y oprime, empequeñece a la persona, la hace sentirse impotente; es la irresponsabilidad organizada y remota. Atrapado en sus redes, el individuo se degrada, reprime su rabia y termina por doblegarse.

El individuo moderno se deshumaniza no solamente por el trabajo que realiza y la burocracia que lo manipula sino por los productos de su trabajo, que son, en su mayor parte, objetos de consumo superfluo. Surge, así, una consecuencia más de la revolución industrial: la insaciable adquisición y acumulación de bienes materiales como el principal medio para ascender en la jerarquía social. Estimulado artificialmente por la gigantesca industria de la publicidad, ocupado en trabajar para poder consumir, consumir para adquirir estatus social, acumulando cosas que carecen de sentido, derrochando en escala gigantesca: así es como vive el hombre moderno. ¿Qué decir de la ruptura de los lazos familiares; del trabajo moderno

³¹ Marx K. El capital. México: Fondo de Cultura Económica, 1959.

³² Weber, Max. La ética protestante y el espíritu del capitalismo. N. Y.: Scribner Sons, 1930.

que obliga a los padres a ausentarse de la familia y la exclusión de los ancianos de la vida comunitaria? ¿Qué del antagonismo feroz de las clases socioeconómicas? ¿Qué del alejamiento de la Naturaleza de la Tierra, el aire, el mar, el viento y la montaña?

¿Qué decir del Estado? En su libro, *El ogro filantrópico*, publicado en 1979, Octavio Paz afirmaba: “La gran realidad del siglo XX es el Estado. Su sombra cubre todo el planeta. Si un fantasma recorre el mundo, ese fantasma no es el del comunismo sino el de la nueva clase universal: la burocracia”. Más adelante continúa: “Autor de los prodigios, crímenes, maravillas y calamidades de los últimos 70 años, el Estado ha sido el personaje de nuestro siglo. Su realidad es enorme. Lo es tanto que parece irreal: está en todas partes y no tiene rostro. No sabemos qué es ni quién es”.³³

He repasado una lista, sin duda incompleta, de los factores históricos que han contribuido a la enajenación del hombre moderno. Pero he dejado para el final al que considero como el más importante: me refiero al debilitamiento de la religión. Durante la mayor parte de su historia, el hombre no sufrió el sentimiento de soledad porque sentía muy cerca de él la presencia de sus dioses y, eventualmente, la de un Dios único que no sólo lo acompañaba y protegía como un padre poderoso y benevolente, sino que le daba sentido y metas a su vida. Si se ha tratado de una invención humana esa creencia, habrá que aceptar que ha sido la más importante de sus invenciones; un concepto esencial para un ser viviente cuyo cerebro, anormalmente desarrollado, pregunta incesantemente: ¿por qué? Con el asombroso progreso de las ciencias se ha debilitado esa creencia, pero nada ha surgido que pueda ocupar su lugar, compensar su ausencia. El resultado ha sido la angustia. Así es como Albert Camus, escritor genial, ha podido escribir estas frases terribles con las que principia su libro: *El mito de Sísifo*. Recordemos: los dioses habían condenado a Sísifo a rodar sin cesar una roca hasta la cima de una montaña desde donde la enorme piedra volvía a caer por su propio peso. Habían pensado que no hay castigo más terrible que el trabajo inútil y sin esperanza: he aquí una metáfora del destino humano. Dice Camus: “No hay más que un problema filosófico verdaderamente serio: el suicidio. Juzgar que la vida vale o no vale la pena de que se viva es responder a la pregunta fundamental de la filosofía”. Más adelante dice Camus:

³³ Paz, Octavio. *El ogro filantrópico*. México: J. Moritz, 1979.

Matarse, en cierto sentido, y como en el melodrama, es confesar. Es confesar que se ha sobrepasado por la vida o que no se comprende esta. Sin embargo, no vayamos demasiado lejos en estas analogías y volvamos a las palabras corrientes. Es solamente confesar que eso “no merece la pena”. Vivir, naturalmente, nunca es fácil. Uno sigue haciendo los gestos que ordena la existencia por muchas razones, la primera de las cuales es la costumbre. Morir voluntariamente supone que se ha reconocido, aunque sea instintivamente, el carácter irrisorio de esa costumbre, la ausencia de toda razón profunda para vivir, el carácter insensato de esa agitación cotidiana y la inutilidad del sufrimiento. ¿Cuál es, pues, ese sentimiento incalculable que priva al espíritu del sueño necesario para una vida? Un mundo que se puede explicar hasta con malas razones es un mundo familiar. Pero, por lo contrario, en un universo privado repentinamente de ilusiones y de luces, el hombre se siente extraño. Es un exilio sin remedio, pues está privado de los recuerdos de una patria perdida o de la esperanza de una tierra prometida. Tal divorcio entre el hombre y la vida, entre el actor y su decoración, es propiamente el sentimiento de lo absurdo.³⁴

Pues bien, no han faltado las voces de profundos pensadores que han señalado, con elocuencia, el trágico error de quienes abrigan ese sentimiento de futilidad de la existencia, de ausencia de sentido de la vida humana. Camus mismo termina su ensayo rechazando la opción suicida puesto que implica capitulación, rendición al absurdo y exhortando al hombre a vivir, consciente del absurdo y, sin embargo, en abierta rebeldía, de la manera más plena posible. Camus rechaza, pues, el escapismo que escogen los filósofos existenciales como Jaspers.

Los grandes líderes religiosos y creadores de sistemas metafísicos han procurado claro, hallar sentido a la vida del hombre. Abraham Joshua Herschel era uno de los principales teólogos judíos del siglo XX, cuya aportación antropológica ha sido, en opinión del padre Víctor M. Pérez Varela³⁵ muy valiosa para cristianos y judíos, ateos y creyentes, “puesto que su teología está totalmente enfocada a la continua autotranscendencia y renovación del hombre, a cuyo eclipse se debe una gran parte de la crisis de la humanidad que

³⁴ Camus A. *El mito de Sísifo. El hombre rebelde*. Buenos Aires: Losada, 1957.

³⁵ Pérez Varela, V.M. *Dios y la renovación del hombre*. México: Alhambra, 1980

padecemos y que a veces queremos disfrazar con las teologías de la muerte de Dios. Somos, a decir de Heschel, como esos enfermos graves que en el delirio de la fiebre gritan “¡el doctor ha muerto, el doctor ha muerto!” He aquí algunos pensamientos de Herschel, extraídos de sus libros:

“La indiferencia hacia los problemas últimos es un estado de ánimo posible mientras el hombre encuentre la tranquilidad en su dedicación a objetivos parciales. Pero cuando la torre empieza a tambalearse, cuando la muerte borra aquello que parecía poderoso e independiente, cuando en los días malos el placer de la lucha es sustituido por la pesadilla de la futilidad, cobra conciencia del peligro de las evasiones, de la vacuidad de los objetivos pequeños. El miedo a haber puesto en juego la vida por pequeños triunfos abre entonces su alma a las interrogaciones que había tratado de evitar. Pero, ¿Cuál es la puesta que puede jugarse en la vida humana? El sentido mismo de la vida. En todos los actos que realiza, el hombre busca un sentido. Los árboles que planta, los instrumentos que inventa, son respuestas a una necesidad o a algún propósito [...] El hombre puede caracterizarse como un sujeto en busca de un predicado, como un ser en busca de un sentido de la vida, de todo lo que integra la vida, no sólo de los actos particulares o los episodios singulares que suceden en un momento dado [...] Hay en la mente humana una certidumbre de que el estado de existencia y el estado de significado se relacionan entre sí, que la vida puede medirse en función de un significado. La voluntad de encontrar un sentido y la certidumbre de la legitimidad de nuestro esfuerzo por determinarlo son intrínsecamente humanos, así como la voluntad de vivir y la certidumbre de estar vivos [...] A pesar de fracasos y frustraciones, seguimos obsesionados por esa irreprimible búsqueda. No podemos aceptar jamás la idea de que la vida está vacía y no tiene sentido [...] Los animales se contentan con la satisfacción de sus necesidades; el hombre insiste, no sólo en esta satisfacción, sino en poder satisfacer a su vez, *en ser una necesidad*, no sólo en *tener necesidades*. Las necesidades personales van y vienen, pero subsiste una ansiedad: ¿*Soy necesario*? No hay ser humano que no haya sido conmovido por esta ansiedad [...] Es un hecho muy significativo que el hombre no se baste a sí mismo, que la vida carezca de sentido para él si no sirve a un fin más allá de sí mismo, si no es valiosa para otro [...] Caminando sobre una roca que se despedaza continuamente tras cada paso y anticipando la abrupción inevitable que pondría fin a su andar, el hombre no puede acallar su urgente anhelo de saber

si la vida no es nada más que una serie de procesos fisiológicos y mentales momentáneos, de actos y formas de conducta, un fluir de vicisitudes, deseos y sensaciones, que se deslizan como granos por un reloj de arena, que marcan el tiempo sólo una vez y se desvanecen siempre [...] No hay un solo ser humano en la tierra que no haya pensado, aunque sea vaga o esporádicamente, que la vida es triste si no se la contempla en algo que perdure. Todos vamos en busca de la convicción de que hay algo por lo cual merece la pena vivir. Nadie ha dejado de sentir el ansia por conocer algo que trascienda en duración a la vida, la lucha y la agonía [...] El hombre es un ser en busca de un sentido último de su existencia pero ¿dónde encontrar ese sentido último? [...] Pero ¿quién necesita del hombre? ¿La naturaleza? ¿Necesitan las montañas nuestros poemas? [...] La religión comienza con la certidumbre de que algo se espera de nosotros, de que hay fines que necesitan de nosotros. A diferencia de todos los demás valores, los fines morales y religiosos evocan en nosotros un sentido de obligación. Se presentan como tareas más que como objetos de percepción. La vida religiosa consiste, pues, en servir a fines que necesitan de nosotros [...] El hombre no es un espectador inocente del drama cósmico. Hay en nosotros más parentesco con lo divino de lo que podríamos creer [...] El hombre es necesario, es *una necesidad de Dios*.³⁶ Creo apasionadamente que todo aquel que pueda incorporar en lo más profundo de su ser esta interpretación, no podrá aceptar la afirmación de que el hombre está solo y, si de esta conclusión emana una vocación, una actitud hacia el mundo y la vida, si instila un elemento de espiritualidad a su trabajo, ¿cómo será posible que se sienta solo? ¿Cómo podremos imaginar que lo oprima el sentimiento de enajenación?

¿Y el médico? En cuanto hombre (o mujer), el médico padece, por supuesto, el impacto de las presiones que sufre la sociedad de la que forma parte. Ya lo dijo alguna vez Pablo Latapí: “si es difícil, en estos tiempos, ser médico cabal, es porque es casi imposible ser hombre cabal”.³⁷ La máquina, que amenaza con deshumanizar al trabajador, ¿amenaza también al médico? La tecnología médica, cuyos beneficios han sido incontables, ¿tiende a enajenarlo? Mi respuesta es mixta. No nos ha enajenado directamente; aún no nos

³⁶ Heshel A.J. “El concepto del hombre en el pensamiento judío”. En: Radhakrishnan, Raju P.T. México: *El concepto del hombre*. Fondo de Cultura Económica, 1964.

³⁷ Pérez Varela, V.M. *Dios y la renovación del hombre*. México: Alhambra, 1980.

hemos vuelto apéndices de la maquinaria, no nos hemos convertido en esclavos obedientes de los dictados de la tecnología. Pero no cabe duda que la tecnología puede deshumanizar al paciente, pues ha interpuesto una distancia y un obstáculo mecánico entre él y su médico; tiende a convertirlo, en unión con la especialización médica, en un conjunto de piezas de una máquina, en un objeto, en una cosa sin rostro, sin biografía, sin personalidad. Pues bien, ¡Ay del médico que vea a su paciente como cosa, pues acabará por *cosificarse* a sí mismo!

El médico ante la burocracia y el Estado: ¿acaso es necesario repetir lo que ya se sabe; insistir en lo que tantas veces se ha dicho; tocar una herida que a todos duele? ¿Quién puede poner en duda la motivación altruista que cristalizó en la Seguridad Social? ¿Quién se atrevería a rechazar la obligación del Estado de crear los organismos indispensables para llevar a efecto esa tarea, a la vez noble y hercúlea? ¿Será verdad que siempre, inexorablemente, no puede haber luz sin sombra y que, cuanto más brillante sea la primera, más negra resulta la segunda? ¿Puede concebirse la posibilidad de una burocracia altruista y de un Estado humanitario?

La sociedad de consumo, ¿puede el médico aislarse de ella? ¿Vivir como anacoreta? ¿Hacer votos de pobreza? ¿Alienarse de la sociedad?

Y ahora, algunas palabras acerca de la soledad del médico en cuanto médico. Largas son las horas de soledad obligada, inclinado en la lectura de los libros del eterno estudiante que es el médico. Más difíciles aún son las horas de soledad y de insomnio que atormentan su conciencia ante el caso del paciente grave, el de diagnóstico difícil, o del que plantea dilemas terapéuticos o morales. Estas y muchas otras son las ocasiones en que el médico, cuya vida, como lo dijo Asklepios en su mensaje a su hijo, “transcurre bajo la sombra de la muerte, entre los dolores del cuerpo y los dolores del alma”, puede sentirse amargamente sola. Que la soledad lo aprisiona y lo quiebra, ¿qué duda cabe? Las consecuencias están a la vista: la elevada frecuencia de la depresión, el suicidio, alcoholismo, drogadicción y enfermedades en cuya etiología participan los sentimientos de desolación y desesperanza. En el excelente texto de *Medicina interna* de Harrison, entre las frases del capítulo introductorio, en múltiples ediciones, aparecen unas dirigidas al estudiante y al médico, para que se graben permanentemente en su memoria. Las mencionaré:

De todas las oportunidades, responsabilidades y obligaciones que pueden recaer sobre el ser humano, no hay ninguna más

grande que la de servir como médico. Para poder ayudar a los que sufren, necesita estar dotado de destrezas técnicas, de conocimientos científicos y de comprensión humana. Aquel que los aplica con valor, con humildad y con sapiencia, ofrece un servicio único a su prójimo, y edifica para sí mismo un edificio perdurable de carácter. El médico no tiene nada mejor que esperar de su destino y no debe satisfacerse con nada menor.³⁸

Colegas, existe en todos los seres humanos, en algunos de manera clara y vehemente, en otros apenas como una vaga satisfacción, un impulso a huir de la soledad, traspasando los linderos de su propio yo y conectándose con otros seres humanos y el resto del mundo. Algunos pensadores han llamado a este fenómeno “empatía”, otros le han aplicado el nombre de “dimensión espiritual” o “transpersonal”, o “conectiva”³⁹ y han estudiado su existencia en la práctica de la Medicina y la Psicología y, en especial, en la relación médico-paciente. Han observado lo que espero que todos ustedes hayan sentido en más de una ocasión: que cuando el impulso se manifiesta, el participante tiene una percepción particularmente nítida de las emociones del otro ser y experimenta una sensación de cercanía estrecha, de comunión de sentimientos. Este fenómeno se acompaña de una sensación *sui generis* que ha sido descrita como una especie de rubor, o calosfrío o “piel de gallina” pasajero, pero seguido de un sentimiento de amor, de la consciencia de haber sido agraciado con el don de la posibilidad de participar en la vida de otra persona y, sobre todo, de formar parte de algo más grande que uno mismo. Cuando esto tiene lugar en el curso de la interacción entre el médico y su paciente, este se siente conmovido por la íntima convicción de que ha sido comprendido, de que ya no se encuentra solo en su predicamento. Uno y otro, el paciente y su médico, experimentan instantes de bienestar.

Sobra subrayar la importancia terapéutica de la dimensión transpersonal. Muchas veces ha sido, precisamente, la ausencia o pérdida de esa dimensión la que actuó como factor desencadenante o contribuyente en la etiología del padecer. Otras veces ha sido la enfermedad la que ha provocado el debilitamiento o total ruptura

³⁸ Harrison's. *Principles of Internal Medicine*. 16th Ed. N.Y: McGraw-Hill, 2005.

³⁹ Suchman AL, Mathews DA. “What Makes the Patient-Doctor Relationship Therapeutic?” *Ann Int Med* 108; 125, 1958.

del sentimiento de conexión del enfermo con su entorno humano. Entendido todo esto, es fácil ver por qué tiene tanto valor terapéutico y por qué se afirma que se encuentra en el centro mismo del acto curativo y que constituye “nada menos que la esencia del ejercicio de la Medicina”.

El médico, por supuesto, comparte las necesidades esenciales de todos los demás miembros de su sociedad. Al igual que sus pacientes, necesita experimentar la dimensión conectiva; como ellos, ansía encontrarle un sentido y una meta válida a su vida. Tienen razón los editores del *Harrison*: pocos seres humanos poseen el privilegio del que gozamos los médicos, el de establecer esa unión transpersonal. Al experimentarla, nuestra vida encuentra un sentido; al conectarnos, nos conectamos mutuamente; al dar, recibimos; al fusionarnos con la humanidad del paciente, nos humanizamos; al aliviar sus heridas, aliviamos las nuestras; al promover el crecimiento emocional del paciente, crecemos; curamos para ser curados. *Nunca estamos solos*

LA RESPONSABILIDAD ACADÉMICA DE NUESTRO TIEMPO

Samuel Karchmer

167

Nos hemos convencido de que los individuos, por buena que sea su inspiración, no realizan sus mejores trabajos solos. Los mayores logros se obtienen cuando cierto número de profesionistas trabajan activamente y de manera conjunta hacia una meta común.

Estamos seguros de que los hombres, en cierta manera son el producto y el fruto de su época, están hechos y amoldados por los tiempos en que viven, influyen sobre sus contemporáneos y reciben la influencia de ellos. La familia que los rodea, su educación e instrucción, la opinión política y religiosa de su tiempo obran más y más sobre su naturaleza, dan dirección a su carácter y despiertan sus más claras facultades; por eso, los mejores hombres, bajo la influencia de tales causas se colocan siempre en grupos. Han aprendido ya que para progresar, se requiere de la participación activa de todos, siempre bajo una perspectiva de solidaridad.

Los médicos no podemos ignorar la época que nos ha tocado vivir. Es momento de comprender que el futuro ya no es lo que era. No se trata de una sencilla explotación del pasado en un mundo independiente, el futuro lo inventará la consulta recíproca entre los diferentes grupos humanos. Requerirá de ellos una capacidad genuina de cuestionar el destino posible y deseable de nuestra sociedad moderna.

Nuestro mundo actual se debate presa de la angustia y la inquietud, pero esto, debemos reconocerlo, no es fruto del azar; la causa se halla en el hombre mismo, esta aseveración es tan cierta que si se analiza de manera imparcial, nuestra vida presente, en el nivel que se quiera individual, familiar, social, cultural, nacional o

internacional, se habrá de concluir que sí es posible vivir dentro de los principios de la razón, la justicia, la responsabilidad y el deber, sólo que para lograrlo se requiere voluntad y acciones positivas que no pocas veces son contrarias a nuestros deseos. De ahí la eterna lucha entre la razón y la voluntad.

La medicina es una ciencia que se ejerce a base de dedicación y estudio permanente con el fin de ofrecer a nuestros semejantes, objeto esencial de ese ejercicio, lo mejor en la lucha por su salud y por su vida, siempre y en cualquier circunstancia. El médico se debe al enfermo y al estudio antes que nada, y su actividad, ciencia y arte —no debe ser degradada por quienes la ejercen— a la categoría de simple oficio.

Hemos de convencernos que en el ejercicio de la medicina está ocurriendo, con diversas modalidades, pero en todos los ámbitos del mundo, una revolución que en sus fenómenos esenciales da lugar a la aplicación de sistemas dinámicos de organización que abren campo a los valores reales y reconocen el mérito en donde existe talento y sacrificio. En las nuevas corrientes del ejercicio médico debe trazarse la meta del triunfo a igual distancia para todos y se cuida que nada que no sean los naturales obstáculos propios del conocimiento científico se interpongan entre el médico y su consagración.

Al especialista lo afectan otras responsabilidades aún mayores, el camino que ha debido recorrer para obtener calidad, las cualidades personales que tiene por el hecho de constituir el producto de una selección casi siempre natural y, el trabajo que realiza para mantener el prestigio que ha alcanzado por sus méritos propios lo revisten de autoridad y representación más elevada: hombre de ciencia. Es un destacado y profundo conocedor del campo que ha abarcado y lo domina en su ejercicio técnico, es un estudioso que investiga, enseña y usa su experiencia con relevancia singular. No obstante, las formas del que enseña o investiga ya no pueden ser ni siquiera rebuscadas y teatrales y menos aún, carentes de objetividad. La juventud actúa en todos los órdenes, exige la verdad demostrada y se resiste a aceptar valores que no mira o no palpa; desprecia lo tradicional si no constata su excelencia y hace mofa de las solemnidades excesivamente protocolarias y formalistas y, esas juventudes empleando el término en sentido relativo, en función de lo que tiene impulso y capacidad de creación, sin matices de larga experiencia, tiene razón: lo que vale, vale en sí mismo sin necesidad de revertirse en formas convencionales. El maestro debe ser superior en conocimientos, hechos y virtudes y ascendencia para ser

reconocido como tal y, si no muestra estos atributos no será aceptado. El investigador debe ser puro, de honestidad acrisolada, veraz y directo para planteamientos y deducciones. Ante las generaciones actuales ya no puede aparecer como investigador quien no lo sea y como profesor el que no tenga lo mejor para su enseñanza.

El aislamiento profesional propicia falta de preparación, la ausencia de diálogo conduce al desinterés y a la indolencia; de ahí la importancia capital de los eventos científicos que permiten el intercambio entre médicos, profesionistas ávidos de enriquecer sus acervos científicos con el contacto de profesores y camaradas.

Para el observador lego que asista a algunas sesiones médicas, debe ser notorio que hay pocas oportunidades para discutir y aun para preguntar, pareciera que todo el mundo lo sabe todo y, que quien habla, pontifica. Querer preguntar en público, ante testigos, parece cada vez más difícil. No porque dejen de responderse las preguntas, sino por el cariz personal que puede adquirir la situación entre el interrogante y el interpelado. Con frecuencia hacemos caso omiso del objeto de estudio y no recibimos la pregunta u opinión como una actitud de quien quiere saber o aclarar sino *adpersonam*. De esta manera, consciente o inconscientemente condicionamos la respuesta con la intención, que suponemos, nos fue formulada, esto significa que a veces no somos capaces de apreciar la genuina sinceridad de quien públicamente nos pregunta. Por lo mismo, no podemos abstraernos a responder concretamente sobre el tema, como simples vehículos de información, sino pensamos que la pregunta implica también una intención personal ajena a las exigencias puramente académicas.

Es decir, no juzgamos la perspicacia, sino la suspicacia y, desde esta posición recelosa, dirigimos la respuesta sintiéndonos vigilados y asediados por quien a nuestro parecer, nos ha puesto en el predicamento de defender ante espectadores nuestro prestigio, que no es nuestra verdad. Si esta posición de soberbia intelectual perjudicara sólo a quien la adopta, menos mal, pero las consecuencias afectan a los asistentes; para ellos, la libre exposición de las ideas puede arrojar luz sobre la materia. Afectando en mayor proporción a quien no habiendo tenido oportunidad de aprender, ha llegado a un centro académico con la disposición de “querer aprender”, así con la aparente buena fe, de quien por soberbio es contumaz, puede derivarse un perjuicio para enfermos a quienes (parece que esto no se repite suficientemente) estamos obligados a servir.

Por lo anterior se verá que no siempre “los enfermos que llegan a la autopsia revelan la insuficiencia de los conocimientos humanos”, también demuestran la inmadurez de algún doctor; la ignorancia crasa, a veces punible, de quien debiendo saber algo oportunamente, lo ignoraba o la negligencia de cualquier miembro de los servicios.

En otros países la legislación prevé el delito de negligencia profesional para proteger a la persona frente a los excesos y omisiones profesionales o institucionales; en el nuestro, no basta apelar a la sinceridad que para consigo mismo tenga el médico, sino al libre concurso de los criterios y opiniones. La conocida máxima que reza “si no puedo ser imparcial, prometo ser sincero” que aparentemente resolvería el problema, es notoriamente inadecuada para el terreno técnico y científico, pues sólo establece una norma de conducta para aquellos que en materia ideológica o política deben adoptar una posición determinada, con tal de que sea auténtica, mas no como obviamente es el caso, para aquellos otros que, como los médicos, no deben hacer un problema de actitud personal lo que debe ser una evaluación objetiva de datos, un problema de interpretación de hechos, En él, como se ha dicho debe campear el espíritu crítico académico, examen público y libre: dejemos de preocuparnos sobre qué criterio ha de prevalecer; abandonemos los posesivos de primera y segunda persona, busquemos el de la tercera en cuestión. ¿Qué tiene el enfermo?

Lo que se dice en una sesión o en un aula, tiene valor momentáneo por su oportunidad, cumple con la función de informar, confirmar, prevenir y de decidir criterios y conductas. De ninguna manera sienta precedente absoluto de verdad; dígala quien sea, es tan solo un aporte de datos circunstanciales y por tanto efímera, aunque sus consecuencias no lo sean.

Los reservorios de la verdad no son pues las sesiones ni conferencias ni siquiera los seminarios ni simposios; estos son únicamente los medios orales y transitorios del conocimiento y sus novedades. Los hombres no podemos confiar en la permanencia efímera del lenguaje verbal, como depósito del conocimiento y la experiencia, tan difícilmente obtenidos. El acervo, el terreno de las liberaciones, el portador de la ciencia, es el lenguaje escrito en el libro, artículo, ensayo y monografía que compendian y exponen a la luz crítica los productos de la investigación, observación, deliberación y creación a cualquier nivel.

La susceptibilidad o el abuso de la autoridad intelectual son dos posturas que obstaculizan los medios docentes e inspiran soluciones

prácticas inadecuadas. La susceptibilidad extrema de una persona para ser interrogada o contradicha, obliga a un silencio negativo por parte de quien tiene algo que decir, algo que pueda ser pertinente porque puede traducirse en enseñanza o conducta médica; para quien no busca enfrentamientos personales, es más fácil callar; así, sin abollar prestigios ni romper coronas, evitamos problemas; es más cómodo adoptar el *laissez faire* de los franceses. Esta actitud de “dejar de hacer” es apenas aconsejable cuando nuestra participación no ha de modificar sustancialmente los resultados, pero cuando nos abstenemos de actuar a sabiendas de la oportunidad y beneficio de nuestra opinión, entonces mostramos nuestra debilidad de carácter, haciendo el juego a quien cree estar siempre asistido por la razón. Esta debilidad, que permite omisiones voluntarias y concesiones peligrosas, nos mengua en lo personal en tanto que podamos arrepentirnos de no haber expresado una opinión prudente pero además, perjudica a la institución en la que tiene que decrecer tarde o temprano la eficiencia profesional.

La credibilidad y el prestigio se corresponden, pero una vez alcanzado este, el afán de conservarlo puede ir en detrimento de la credibilidad, esto lo sabemos. Por esta razón, aquel que bajo el amparo de su prestigio, hace valer su preponderancia, imponiendo criterios inafectables, traiciona en rigor los méritos gracias a los cuales obtuvo ese prestigio.

Así como reconocemos la prioridad de saber que tiene quien cultiva una disciplina y por lo mismo, procuramos su concurso, al lado de esa concesión, debemos reconocer en los demás la posibilidad de ignorar o de estar equivocados como falta de oportunidad para aprender. Dentro de la libertad para la emisión del pensamiento, están implícitos de igual modo, la posibilidad de acertar como la de errar; por eso, tanto la opinión que expresa lo que estimamos verdadero, como aquella que se equivoca, deben de respetarse de igual manera. No debe olvidarse que es fácil ser tolerante con quien afirma y aprecia como nosotros, pero que el verdadero talón de Aquiles de la tolerancia que sigue siendo el respeto a la opinión de quien disiente de nosotros.

Ciertamente todo intelectual que se precie de serlo, debe mantener una vigilancia continua sobre sí mismo, una cautela permanente que le evite caer en precipitación y ligereza. Pero para nadie es oculto que ante la duda, es preferible una actitud inquisitiva a una pasiva, aún a riesgo de error o para decirlo con palabras de Hegel, es preferible “tener el valor de equivocarse”. Esto significa que

queremos correr deliberadamente la posibilidad de equivocarnos, significa una posición intelectual decidida en la que agotamos todos los medios obtenibles de conocimiento, damos paso a una inquietud del espíritu y, sin agravio de nadie, afrontamos el advenimiento de los hechos con una opinión. Esto no es un acto de audacia, sino de un alto valor reflexivo que se opone a la duda estéril; es el simple ejercicio de una facultad intelectual que como recurso final puede utilizar quien la posea.

Ni la veneración incondicional para el sabio ni el desprecio manifiesto para el que ignora. Ambas son posiciones negativas. La veneración limita nuestra independencia de criterios y con ello nuestro desarrollo. El desdén lesiona a quien quiere aprender con una pregunta científicamente ingenua, respondida con sarcasmo, puede anular la participación futura de quien la hizo, amén de estropear las relaciones humanas.

Pisamos un terreno de ideas movedizas donde las drogas son nuevas, los conceptos son mutables y las generalizaciones son sólo marcos necesarios, pero transitorios para contener un cúmulo de ideas y hechos afines, cuyo control o manejo fuera difícil de otra manera. En consecuencia, la coartación de la libertad de opinión, representa una proyección personal de limitaciones o minusvalías de quien o quienes se arrojan el derecho de decir la única o la última palabra. En virtud de que la defensa de una postura dogmática, no está orientada hacia la libre deliberación y concurso de las ideas, sino a la defensa enconada del prestigio de una personalidad susceptible que promueve su preponderancia sobre los demás, los resultados no pueden ser constructivos. En materia de docencia ningún feudo de opinión ha probado ser bueno. Una facultad, una escuela universitaria o un hospital que abren sus puertas y ventanas a las opiniones e inquietudes, son instituciones que tienen perspectivas amplias de mejoramiento de su personal médico y docente. No debe permitirse el culto a la personalidad de quien no demuestra respetar los intereses del enfermo o del alumno (que es como decir los institucionales) antes que los propios. No merece crédito de veraz quien no se ha acostumbrado a ver la argumentación ajena como otra opinión que por disidente que parezca, no representa una agresión, sino otro modo de ver las cosas con el que puede estarse en desacuerdo, pero siempre es respetable. Debe repetirse que una persona tiene el derecho de estar equivocada, siempre y cuando crea sinceramente en su verdad. A lo que no tiene derecho es a adoptar la actitud del *dómine magister dixit, ergo dicta est que*

sacrifica intereses mayoritarios por los personales. Recordemos la frase de Voltaire que condensa al espíritu abierto y tolerante, “no estoy de acuerdo con lo que dices, pero daría la cabeza por el derecho que tienes para expresarlo”.

Hay valores morales y entendidos que jerárquicamente, están supeditados en estructuras piramidales mediante el conocimiento de esos valores, la capacidad de los más experimentados puede orientar y atemperar conductas que puedan ser agresivas por el entusiasmo de quien los propone. Bien está todo esto, pero en materia de conocimiento la subordinación es irrelevante, no tiene efecto; no privan otras prerrogativas que las del que dice poseer la verdad y puede demostrarla o referir la fuente de su origen. Si la verdad, con el dinamismo de los hechos, desdeña al tiempo y el espacio físico, más aún la edad y la jerarquía humana. Los fenómenos biológicos ocurren y se suceden de acuerdo con principios propios por casualidad que pueden o no ser conocidos y controlados por los hombres. Sus leyes son del todo independientes a la madurez emocional y las relaciones interpersonales de quien dice, en un momento dado conocerlas. La verdad está allí a fuerza de repetirse nos parece estable y regular. Somos nosotros los mutables, estamos diversamente constituidos para descubrirla, entenderla, interpretarla, saber transmitirla o sugerirla. Si alguna vez estuvo a nuestro alcance y no la retuvimos, ¿por qué pretender convocarla o improvisarla angustiosamente para transmitirla incompleta o deforme? Hay otras verdades que poseemos en mayor grado, al decir las, ellas sabrán hablar por nosotros. Entonces tendrán toda la fuerza y el crédito adecuado. Los hombres no somos más que vehículos de información oral o escrita del acontecer. No pretendemos encerrarlo todo en lo poco que al fin y al cabo somos.

Estamos ciertos de que las inquietudes y la vida académica del médico en nada se oponen a estos conceptos, pero sí es perceptible en nuestros medios académicos cierta tendencia a aferrarse a fórmulas tradicionales de perfeccionismo intelectual estereotipado, y un dejo de frialdad ante las necesidades del medioambiente en cuanto a proyecciones que expandan sus beneficios a más alumnos y a más seres humanos.

Las etapas de formación del médico y del especialista son particularmente propicias para la adquisición de principios que normarán el resto de su actividad diaria, si no es que toda su vida profesional ulterior. De no aprender en su juventud estos principios, durante su paso por las aulas de pre y posgrado, ocurría, como

inexplicablemente sigue ocurriendo en nuestro medio, que el médico en su gran mayoría, sale a la vida profesional sin objetivos o con miras torcidas y a poco es víctima de desorientación y frustraciones cuando no de degradaciones y corruptelas. ¿Qué pasa que esto no se corrige? ¿Está nuestro país y nuestros medios académico-docentes tan limitados de energía y recursos que no pueden implantarse doctrinas que bien miradas son hasta elementales, y acerca de las cuales damos una raquítica exhibición ante el mundo? No poseer sentido de superación, de competencia leal, no luchar por lo que se cree o desea es degradante. Los sistemas de enseñanza no son estáticos, requieren una evolución constante; la honestidad científica con que se actúe dependerá en buena parte de la autoestima que se tenga. Para poder proyectarse requiere estar convencido de que sus principios son valederos y correctos; se sentirá ubicado en el medio social y con la seguridad de que su actividad recibe la aprobación de los demás y encaja en el código universal de valores.

La tentación de descubrir sólo lo que es agradable o entregarse a la rutina es caso irresistible en un mundo en el que sobre asuntos de importancia social trascendente sólo pueden hablar unos cuantos científicos, amparados en la relativa seguridad de sus puestos académicos, ya que la inmensa mayoría no quiere o teme expresar libremente sus opiniones.

Cabe preguntarnos si la responsabilidad académica del médico en la actualidad es la adecuada, seguramente la respuesta es no. Estamos enfermos de ineficiencia, de requisitos, de informes, de copias por triplicado. Si el sistema es muy complejo, hay muchos sitios donde las cosas se pueden detener, extraviar, malentender, equivocar, corromper, repetir, archivar, olvidar. Además, faltan recursos; en cambio, sobran y se desperdician a la vista y con el resentimiento del pueblo de México, en satisfacer gustos personales de personajes influyentes, políticos caprichosos y pasionales en obras suntuarias inútiles, en costosos programas obviamente destinados al fracaso y lo que es peor, la destrucción sistemática de lo ya construido por políticas sexenales y venganzas personales y grupales.

Esto se deriva de que las decisiones sobre problemas técnicos de organización y sistemas de trabajos científicos se toman sobre bases y principios políticos. La ciencia y la tecnología no deben servir como trampolín de aspirantes a la manipulación ni para establecer antecedentes en la carrera del *chambismo* político. Asimismo, los médicos y científicos tenemos derecho a que los directivos de los organismos oficiales reguladores de nuestra actividad, conozcan

nuestros objetivos y hablen nuestro idioma, o por lo menos, se comuniquen con el diálogo de exuniversitarios. Cualquier profesional se inquieta y hasta se impacienta cuando en su campo, el poder oficial se concentra en manos de un ignorante, pero la reacción se transforma en alarma, cuando a la ignorancia se suman el desinterés y el uso de la autoridad para perseguir objetivos completamente ajenos a la profesión.

El efecto de esta conformidad forzada, si se permite que continúe por más de una generación, ahogará el espíritu de originalidad en la actividad científica y la reducirá a un conjunto inerte de dogmas y fórmulas técnicas que retrasan el progreso. Para solucionar estos problemas el único camino es el clamor de un grupo que escudado en la verdad y en honestidad científica, tenga entre sus metas más claras, el progreso de todos a través del trabajo individual de cada uno de sus integrantes.

SOBRESUELDO

José Luis Moragrega

177

He leído acerca de un país donde hay tres tipos de trabajos en los que se aplica un sobresueldo. Dos son por “vergüenza”, ya que estas personas tienen dificultades para las relaciones sociales: son los recolectores de basura y los empleados en la recaudación de impuestos. El otro trabajo con remuneración extra es para los médicos porque “se llevan el trabajo a la casa”.

Se trata por supuesto, de la preocupación acerca de cómo resolver los problemas que plantea la enfermedad. Todos sabemos el estrés que significa la formación profesional. A esto se agregan los estudios de posgrado, con las guardias, los desvelos y todas las presiones que conlleva el enfrentamiento a la realidad de la profesión y el contacto real con los pacientes y su familia. Las inconformidades de los enfermos, las presiones de los familiares, la exigencia de un resultado preciso y garantizado, la competencia de los demás médicos —frecuentemente desleal y en un medio dominado por la mediocridad y el comercio— son sólo unos cuantos ejemplos de lo que hierve en el caldero de la mente del profesional de la salud.

Dado que la ansiedad y la depresión son dos de las principales causas de consulta en medicina, es lógico que también afecten a los médicos. Tenemos un cuerpo antiguo, inadaptado a un medio moderno. Las amenazas han cambiado y ya no tenemos que huir de un tigre ni alcanzar a un conejo. La mayoría ni siquiera tenemos que labrar la tierra ni subir a un árbol para bajar una fruta. Sin embargo, las reacciones de la amígdala nos preparan para luchar o escapar, y entonces la liberación de adrenalina y cortisol resulta inapropiada ante los conflictos actuales. A la larga, los neurotransmisores

cerebrales se alteran y con frecuencia se requieren ansiolíticos y antidepresivos.

Todos sabemos las etapas por las cuales han pasado la neurología y la psiquiatría. Desde la satanización y reclusión del enfermo mental, pasando por el apoyo, los ritos, la catarsis y los métodos primitivos de electrochoques y medicamentos poco eficaces y mal tolerados, hasta la época actual de mejor entendimiento de la electrofisiología, la bioquímica y las teorías conductuales.

Aparentemente alrededor del 50 % de la mejoría de los estados ansioso depresivos, se logra con medicamentos y la otra parte con modificaciones de la conducta. Hay algunos aspectos fundamentales, alrededor de la difícil tarea de aprender a pensar y utilizar a la mente como nuestro mejor aliado y no dejarla que se vuelva un tirano incontrolable. Lo primero es decidir cómo y cuándo nos dedicaremos a pensar en nuestros problemas, para clasificarlos y de ser posible enfrentarlos y resolverlos.

La mente tiende a pensar, de manera a veces obsesiva, en algunos problemas que considera amenazas pero que en realidad ya hay que dejar a un lado. El pasado ya no existe y aunque se le puede sacar provecho como enseñanza para el futuro, no lo podemos mantener vivo. El futuro aún no llega; se puede ser previsor, pero no podemos desgastarnos por situaciones que tal vez no se lleguen a dar. Hay multitud de problemas que no está en nuestras manos resolver y otros, que no son nuestros por cercanos que parezcan. Además, las situaciones de la vida cotidiana se deben manejar como lo que son, y no permitir que adquieran dimensiones exageradas que no les corresponden. Con esto en mente, podremos en un momento adecuado, analizar nuestros problemas, aquellos que son actuales y que podemos resolver, en vez de tener la mente hecha una maraña, bombardeándonos con pensamientos negativos las veinticuatro horas del día.

¿Dónde colocan estos conceptos al médico? Por un lado, los días de descanso suelen no serlo. Los pacientes hospitalizados, las urgencias reales y las sentidas por los pacientes, las llamadas para aclarar dudas, hacen que la mayoría no podamos “cerrar la cortina” de la tienda el viernes y volver a abrirla el lunes. De esta forma, no hay la posibilidad de posponer la clasificación y enfrentamiento de los problemas para el momento de tranquilidad que podríamos haber elegido. Tampoco nos podemos desprender del pasado: la historia clínica con sus antecedentes; las publicaciones de pacientes como el nuestro y su comportamiento con diversos tratamientos;

nuestra propia experiencia en pacientes similares. A su vez, el futuro que nos han dicho no nos debe preocupar, está en el pronóstico del paciente y aunque sabemos que la medicina es probabilística y que los resultados de los estudios de la literatura médica se aplican a grupos poblacionales, no podemos dejar de pensar cuál será el evento de nuestro paciente individual. Cuando los médicos nos sentimos incómodos, por no poder asegurar la evolución del enfermo, nos ayudará recordar las palabras de sir William Osler —uno de los grandes médicos en la historia de la humanidad— quien expresó las limitaciones de nuestra profesión al decir que “La medicina es una ciencia de incertidumbre y un arte de probabilidad”.

Un precepto fundamental para alejarnos de las neurosis es no preocuparnos por los problemas de los demás. En el caso de los problemas ajenos, se dice que no los conocemos bien, no los podemos resolver y la mayoría de las veces ni nos han pedido opinión. Pero en el caso del médico, el paciente precisamente ha venido a pedirle su opinión, espera que con los datos proporcionados entienda el problema y además que se lo pueda resolver. Así que los problemas ajenos son el pan nuestro de cada día y tenemos que convivir con ello.

Pero hay un factor muy importante detrás de las neurosis de la humanidad y en forma muy especial de los médicos. Se trata de la soledad. Se podría argüir que vivimos en ciudades de miles a millones de habitantes y que no estamos solos. Pero, a diferencia de otras épocas, los seres humanos de la actualidad son individualistas y han cambiado el beneficio del grupo por el beneficio personal e inmediato. En el período paleolítico, la pertenencia al grupo era indispensable para la supervivencia y los problemas de uno eran conocidos y compartidos por los demás. La *mitología* predominante (entendida como *misterio* y no en el sentido peyorativo actual de mentira) eran los dioses de la naturaleza y los enigmas del interior de la tierra, con los animales poseedores de la sabiduría y existían los héroes como “el primer cazador” del que se había aprendido a amar a la tierra, pedir perdón al animal sacrificado y a quién se debería imitar para bien personal y de la comunidad. Este mito permitiría darle a la vida un sentido. En el período neolítico la atención se transportó a las diosas cazadoras y a la madre tierra, fecunda pero cambiante a lo largo del año, con períodos donde la semilla tenía que morir y luego germinar y por lo cual se elaboraron complicados rituales para complacerla. En la llamada era axial (como el pivote de un cambio en la humanidad), primero en China y la India, luego

en Grecia y Palestina vino la transformación religiosa al monoteísmo y a la necesidad de ser congruente con los pensamientos y las acciones. Ya no basta el rito y la oración, sino que es necesario el comportamiento compasivo con los demás. Aunque aquí el hombre aún es parte del mundo que lo rodea, Dios se empieza a retirar poco a poco porque el Dios Cósmico de Platón y Aristóteles no está en contacto con la humanidad. El Dios de Moisés que se encuentra en el monte Sinaí ya no es el Dios bondadoso y personal de Abraham. La Trinidad cristiana no permite contacto con el Padre Eterno y sólo con sus manifestaciones que son su “*gloria*” y Alá no visita personalmente a Mahoma sino que manda al arcángel para dictarle los versos del Corán. En esta etapa los humanos ya no experimentan lo sagrado tan fácilmente como sus predecesores.

Las religiones de la tradición judeocristiana se han empeñado en ser históricas y no simbólicas. Al quedar claro que Moisés no escribió el Pentateuco, que los Evangelios fueron muchos más que los aceptados oficialmente y, aun en estos, sus autores son inciertos y tienen tantas contradicciones como similitudes, al perder las escrituras sagradas su valor literal o su autenticidad, no pueden ya ser vistas con la ingenuidad de otros tiempos. La mitología vigente ha fallado en inculcar el espíritu de compasión, ser justo en todos los aspectos de la vida, considerar sagrado todo tipo de vida y tratar a la tierra como parte de un todo en que nos encontramos nosotros y no sólo explotarla en forma irresponsable. La mitología tiene que conducir a imitación y participación y no a contemplación pasiva. Finalmente, la etapa de la Ilustración europea, asestó un golpe más a la credulidad, porque con el triunfo del pensamiento (*logos*) sobre el misterio (*mytos*) todo, incluso las religiones, se trataron de interpretar de una manera lógica y literal. No sólo se fracasó en esta tarea, sino que la ciencia ha mostrado en muchos aspectos sus limitaciones y hasta sus peligros, sino ya no se puede, como grupo, volver a la etapa primitiva, porque como Adán hemos comido del árbol del conocimiento. Por supuesto hay gente profundamente espiritual y religiosa que logra conciliar la evidencia científica con la percepción de Dios sin esperar su comprobación. Esta tarea es un reto mayor en la medicina, porque día con día nos vemos rodeados cada vez más por el aspecto científico (con sus avances irregulares y a veces desordenados) y donde el arte y el humanismo de la profesión luchan con trabajos para mantenerse vigentes. Y en este ambiente, también día con día vemos morir a los pacientes, los vemos sufrir con sus familiares y frecuentemente palpamos el vacío

de una espiritualidad que les ayude en este trance de dejar la vida. Y al no ser todos, al menos como hace algunos milenios parte de un mismo grupo, los médicos no son en forma natural solidarios con los problemas de los enfermos. Se ha dicho que las religiones están en crisis y que lo que sus ministros no pueden hacer, lo que puede aportar el arte en varias de sus expresiones. Muchos pueden ver a Dios en muchas manifestaciones de la naturaleza y especialmente de la vida, pero a muchos les parece hasta sacrílego que un verso, una pintura o una melodía pretendan llenar un espacio en el alma, y sin embargo, existe una lucha porque se pueda adaptar la humanidad de esta época a una vida de compasión, de pertenencia al planeta donde la humanidad es parte de un todo físico y espiritual, y con ello los médicos, los pacientes y la medicina saldríamos beneficiados.

CONSIDERACIONES ÉTICAS AL FINAL DE LA VIDA EN NIÑOS

Jesús Alfonso Peñaloza Santillán

183

*¿Hay alguien con más derecho a la vida que aquel que no ha vivido?
J.P.S. (Pasante de Medicina)*

*“¿¡Moral!?... ¿qué no es un árbol que da moras?”
Gonzalo N. Santos (Político y cacique)*

Todos hemos sufrido la pérdida de un ser querido y bien sabemos lo imposible e inútil que resulta tratar de entender la muerte y sólo nos queda aceptarla como un proceso biológico natural. Pero aun así, resulta incomprensible la frustración de una vida a temprana edad.

En más de cuarenta años de actividad profesional como pediatra, la mayoría de ellos en instituciones de salud pública, específicamente hospitales de alta especialidad en donde realicé mi formación y luego me jubilé como jefe de Servicio, fui partícipe y testigo en varios sucesos de muerte infantil, ahí donde los médicos tratantes de padecimientos muchas veces letales, establecemos una relación afectiva con la familia y le brindamos apoyo en esos penosos momentos.

A partir de la segunda mitad del Siglo XX los grandes adelantos médicos, fundamentalmente, los relacionados con la pediatría fructificaron con el notable descenso de la morbilidad y mortalidad infantil, y esto hace ahora más difícil aceptar el fallecimiento de un niño, hecho que sin duda siempre ha representado una verdadera tragedia.

Aún con ese descenso, la mortalidad en la niñez en México sigue siendo elevada en comparación con la registrada en países más

desarrollados. En el año 2011 en la República Mexicana se documentaron las defunciones de 51,013 menores, en las edades comprendidas desde el nacimiento hasta los diecinueve años cumplidos (INEGI).

Las causas más frecuentes varían con relación a las edades pediátricas. Durante el primer año de vida son: la prematuridad extrema, las fallas de adaptación al medioambiente, como los problemas respiratorios con hipoxia severa, las malformaciones congénitas graves y las infecciones respiratorias. A partir del período preescolar y hasta la adolescencia se van disputando los tres primeros lugares como causas de mortalidad, con variante de nivel según la edad y el medio socioeconómico donde se vive; las infecciones, los procesos neoplásicos y los traumas (incluyendo aquí no sólo los accidentes sino también los homicidios y los suicidios) y después les siguen los trastornos hereditarios y las enfermedades adquiridas secundariamente.

Se entiende así, cómo también los médicos pediatras nos enfrentamos a la muerte; es decir, asistimos a ese evento no sólo doloroso e irremediable, sino obvio “*fracaso*” de nuestra actividad médica, si aceptamos como principal objetivo de la pediatría, que un individuo en ciernes, alcance la madurez y llegue a ella en condiciones óptimas.

El tema de la muerte se puede abordar desde muy diversos puntos de vista y no sólo tiene implicaciones éticas, sino también educativas, religiosas, económicas, sociales, históricas, personales y otras inseparables del aspecto médico, y englobadas genéricamente con el término de culturales. Aunque sea antes de lo esperado o quizá, precisamente por eso, hay muchas consideraciones de carácter ético cuando ese final de la vida se presenta en niños, pero con particularidades propias.

Para ilustrar lo anterior, baste recordar que como siempre, es difícil aceptar que un niño sea víctima de una enfermedad grave y mucho más difícil admitir su muerte. Aunque no debiera de ser, es un hecho patente observar con más frecuencia fallecimientos en edades tempranas en los ámbitos socioeconómicos de escasos recursos y, en México la muerte de un niño varón se duele más en sus familiares, en comparación con la pérdida de una niña.

Otra observación para ilustrar la singularidad es cómo, por lo regular, el cuidado del niño enfermo se presta con mucho cariño y esmero, a diferencia de la atención que se le dispensa al viejo incapacitado.

En el propio individuo hay diferencias: el niño no alcanza a comprender lo grave de su enfermedad ni el porqué de ser la víctima de terapias agresivas y, en la niñez no existe el concepto de muerte, el cual se va formando en una evolución paulatina de muchas dudas y temores. El adolescente ya sabe de la muerte, pero la ve sólo posible en los demás; él se siente exento de esa eventualidad.

Aun en el mismo médico pueden apreciarse cambios de conceptos de acuerdo con las experiencias vividas. Hay casos de facultativos ilustres que defendían a ultranza no gastar recursos en niños nacidos con malformaciones graves, incluyendo deficiencias neurológicas, pero al sufrir en su propia familia un caso semejante, cambia esa actitud y, pasan a ser defensores de brindar a esos niños enfermos toda la atención médica usualmente prestada a otros niños.

Para agravar el problema bien se sabe cómo los seres humanos tenemos en mayor o menor grado un pensamiento mágico, que como un fantasma o como una esperanza, hace su aparición ante la cercanía de la muerte de uno mismo o de un familiar cercano, sobre todo si se trata de un hijo. Así, tenemos múltiples ejemplos de personas de todas las clases sociales, y aun de médicos eminentes con fuertes bases científicas, quienes se prenden *como a un clavo ardiente* de las mal llamadas *medicinas* paralelas o alternativas o complementarias o de remedios caseros y, hasta francas charlatanerías, para tratar de salvar la vida de un hijo. Al respecto, los facultativos que manejan problemas crónicos, frecuentemente letales como los hematólogos y oncólogos pediatras, se declaran incompetentes para evitar estas conductas y permiten a los padres del niño su práctica a condición de no tener un componente peligroso y no suspender el manejo médico bien establecido.

La medicina pediátrica se enfrenta ahora a dilemas éticos en relación con los adelantos más recientes. Es el caso de la intención de conservar vivo algún tejido de un niño muerto, ante la posibilidad de realizar en el futuro una clonación, sin considerar que aun, si se llegara a lograr un individuo físicamente igual al fallecido, por sus diferentes tiempos y circunstancias, como diría Ortega y Gasset, no sería el mismo hijo, el cual ya se perdió para siempre.

Otro aspecto muy importante en la actualidad es poder prolongar la vida, a veces, hasta varios meses en niños desahuciados cuya patología de fondo acarrearía la muerte en muy poco tiempo. Tal es el caso del apoyo nutricional con nutrición parenteral total en el síndrome de intestino corto o en neoplasias abdominales. Aquí no solamente hay implicaciones éticas, sino afectivas y económicas.

Generalmente se piensa en no desperdiciar recursos que podrían ser utilizados en otros pacientes con mejor pronóstico. Pero sería bueno preguntar la opinión de los padres y hermanos de esos pequeños, que rescatan para sí un tiempo más en armonía familiar, con aceptable calidad de vida y con vivencias que nunca olvidarán ni sus padres ni sus hermanos ni sus amigos.

En cada paciente se deben de valorar todas las condiciones correspondientes, pero hoy en día se dispone en los hospitales de comités de ética para acatar, por consenso, las resoluciones al respecto. La decisión del manejo médico en cualquier caso, debe tener fundamento en la ahora llamada pomposamente “*medicina basada en evidencias*” (icómo nos gusta a los médicos estar cambiando la terminología o inventar neologismos para lo ya conocido!), y que sólo es lo siempre practicado por los clínicos, es decir, indicar un tratamiento sobre la base de nuestros conocimientos actualizados y así prever los resultados de los diversos procedimientos y seguir una sistematización en su aplicación, sumando a todo esto nuestra propia experiencia.

El tratamiento paliativo o de sostén, invariablemente, debe ofrecer beneficios superiores a los inconvenientes y no limitarse a prolongar una agonía. Dentro de esto no se pueden olvidar algunas prerrogativas de consuelo al propio niño y a sus familiares, como satisfacer sus últimos deseos, permitir la visita de parientes y amigos o cumplir algún rito religioso. No obstante, se recuerda el caso del rígido jefe de Servicio, estricto en su papel burocrático que no autoriza llevarle a un niño moribundo unos “tacos” que se le antojaban en ese momento. ¡Aún a los criminales se les concede su deseo en la última cena!

En los instantes finales de la vida se deben evitar medidas extremas, antes llamadas “*heroicas*”, cuyo único fin es tranquilizar nuestra conciencia o demostrar a los familiares que se luchó hasta lo último. En ese trance el manejo debe ser exclusivamente paliativo, encaminado a evitar o aminorar sufrimientos y síntomas molestos al niño agónico, como el dolor, la disnea, la sed, la incomodidad.

En algunos países ahora se acepta, en casos bien definidos, la eutanasia y el suicidio asistido con todas las grandes controversias éticas del asunto, pero va a ser muy difícil su práctica en niños, pues se requiere la autorización del paciente cuando se es ya legalmente responsable, aunque en aquellos países nórdicos sí se dan casos de eutanasia en niños.

Independientemente del resultado, lo máspreciado para el padre de un niño que fallece es el esfuerzo e interés demostrado por el médico en el cuidado y atención de su hijo. Por el contrario, frecuentemente, sucede algo paradójico en los padres de un menor en condiciones críticas agudas que con gran esfuerzo médico, se logra salvar y, no obstante esto se muestra hacia el pediatra ingratitud y hasta cierto repudio, quizá por un mecanismo subconsciente de represión o de negación ante la gran angustia sufrida durante la gravedad del hijo y no querer testigos que evoquen esos duros momentos.

En la actualidad es un tema cotidiano la donación de órganos para trasplante, muy relacionado con el dilema de suspender las medidas de sostén de vida vegetativa cuando se ha establecido el diagnóstico de muerte cerebral en los niños y jóvenes que al morir, son los padres quienes deben tomar las decisiones al respecto con la asesoría del pediatra tratante. Para muchos ha servido de consuelo saber a su hijo no ha muerto del todo, ayudando a vivir a otros.

Ahora procede hablar un poco sobre el duelo, es decir, el proceso de adaptación emocional que sigue a la devastadora pérdida.

En el orden natural de los acontecimientos los padres no entierran a los hijos. El perder a un hijo es realmente trágico y es una idea generalizada catalogarlo como el peor dolor emocional.

El modo y el tiempo en la aparición del suceso letal son trascendentales en los mecanismos que se ponen en juego para afrontarlo y en donde el pediatra participa. El proceso para llegar a la muerte puede ser de corta evolución, como en las enfermedades infecciosas agudas y en la prematuridad extrema; en enfermedades de larga evolución, como en los padecimientos crónicos tipo neoplasias malignas; o de aparición abrupta e inesperada, como sucede en la muerte súbita del lactante y en los accidentes fatales, donde la actuación del pediatra es limitada.

Aunque el duelo por la pérdida de un hijo es un proceso natural de varias etapas, lo único que lo atenúa a muy largo plazo es la resignación y forma parte del quehacer médico. Consolar, es decir, ayudar a mitigar ese sufrimiento. Para esto sirve mucho, aminorar los remordimientos y sentimientos de culpa que desgraciadamente siempre surgen. Aquí sí es de gran aprecio el antecedente del apoyo médico brindado al niño enfermo y el reconocimiento de los familiares a las atenciones y cuidados que se le prestaron en su enfermedad y agonía. Aunque no existen bases científicas, quienes tienen fe religiosa pregonan lo útil de pensar en volver a ver al ser querido en el más allá.

A muy largo plazo llega la resignación, mas nunca el olvido. Por el contrario, seguramente es de importante ayuda el “recuerdo vivo” del niño amado, sus gracias, sus logros, su vocecita, su llanto, su sueño. Esto permite reconocer la existencia de un ser maravilloso, aún vivo en la memoria de quien tanto lo quiso y lo sigue queriendo.

Por último, no debemos olvidar que la solidez de la familia siempre se ve afectada frente a la crisis de la pérdida de un hijo. Es importante tratar de reforzar los lazos familiares no sólo entre ambos padres, sino hacia los otros hijos, entre los hermanos y sin descuidar a los abuelos y tíos. Aquí la participación del pediatra es trascendente y sobre todo debe orientar el apoyo emocional en torno al resto de hermanos, los cuales sufren gran incertidumbre y confusión por la añoranza del querido ausente.

Como se ve no se pueden sacar conclusiones absolutas ni definitivas. Quizá sirva recordar que lo único infalible desde que nacemos es que tarde o temprano todos vamos a fenecer, y nuestro papel como médicos, no importa la especialidad, incluye ayudar a bien morir, es decir, facilitar una muerte digna y apacible, como es deseable que nos toque en suerte.

ELLA SÓLO RECUERDA LA LENGUA QUE LOS DEMÁS OLVIDARON

Jesús Ramírez-Bermúdez y Teresa Corona Vázquez

Elvira llega al hospital a medianoche; se encuentra muy agitada. Su madre, una señora indígena de mediana edad, controla la situación con mucho carácter. Al entrar al reducido espacio de consulta se advierte la fatiga, el enojo. La mirada de Elvira está perdida: sus ojos se desplazan en ráfagas hacia el horizonte imaginario, hacia los recuerdos: miran tal vez una evocación de eventos inalcanzables. ¿Se trata de un poblado fantasma, la húmeda ranchería dispuesta con geometría de serpiente donde ha transcurrido su vida? ¿Se encuentra su alma aún en medio de la sierra fría de Oaxaca, perdida entre rocas, al borde de abismos detenidos apenas por un gran esfuerzo de la respiración? Bajo la pálida luz de esta noche, en el consultorio, se advierte la esperanza cansina en los ojos de la madre, y la opacidad del entrono en su rostro, el escaso brillo de nuestra aparición en su espacio de sufrimiento. Buscamos los ojos de Elvira, pero no hay reflejo en ellos: siguen absortos en un movimiento ajeno, incomprensible aún. En el torso de su playera hay residuos ilegibles de un letrero, con la semiótica desgastada por el trabajo de los años sobre la tela. Es imposible saber ahora si el letrero conduce a las palabras de una marca deportiva extranjera y más remota hoy que nunca... el deterioro de los signos en la ropa anuncia otro deterioro, más agudo y penetrante, la pérdida de la memoria de las letras... o de las palabras. De toda palabra en lengua hispana, lengua de nacimiento, la lengua en la cual podríamos establecer contacto esta noche con Elvira.

Todo empezó una semana antes, cuando Elvira simplemente olvidó el español. Cómo reaccionó la familia ante esta peculiar circunstancia... ¿Habrán pensado que bromeaba? ¿Se rieron al

verla insistir en el extraño homenaje a la lengua de los ancestros? ¿En qué momento se fastidiaron? ¿En qué momento pensaron que la burla había llegado demasiado lejos? Ignorarla o pelear con ella habría sido inútil, y ni siquiera el cierre de la conciencia tan esperado de la noche daría resultado en una ocasión como esta.

—Nadie en el rancho ni los habitantes más antiguos de la mágica sierra mixteca recordaban un caso como este —informa la madre—. Preguntamos a toda nuestra familia, a todas las señoras del rancho y alrededores, pero nadie se acordaba de haber visto un mal como este. ¿Por qué no habla el español? ¿Se le olvidó?

Desconcertados, buscamos palabras de conocimiento, explicaciones científicas o empíricas de alguna clase, pero al hurgar en cada habitación de los recuerdos persiste al final la misma ignorancia y el impulso de confesar que no tenemos la menor idea de lo que ocurre ahora mismo en el consultorio: hablamos y explicamos cualquier cosa, comentamos que deberemos investigar su estado de salud para descartar un problema neurológico y psiquiátrico del cerebro, pero el discurso es un tanto dubitativo, ya que la atención ha caído en la cuenta de que Elvira se desplaza por el consultorio y toma un jabón del lavabo de manos, lo acerca a su rostro para olerlo, y ahora empieza a masticarlo.

La madre explica que desde el día en que la muchacha comenzó su padecimiento, se comunicó solamente en lengua mixe, su lengua materna, pues vivía en la sierra norte mixteca, en Oaxaca, en lo alto del suroeste mexicano y ese dialecto era su lengua materna. La madre explica que en las últimas décadas, el idioma español ha conquistado poco a poco a los habitantes de la sierra oaxaqueña, y en la ranchería donde creció Elvira mucha gente se volvió floja para hablar en mixe. El gobierno decidió impartir la educación básica en español, y desde entonces esta lengua es el idioma oficial de la sierra mixe durante la educación básica. Pero la familia de la paciente hablaba la mayor parte del tiempo en mixe, y este fue el idioma que Elvira escuchó por primera vez, durante los primeros años de vida, y las primeras palabras que pronunció no aparecieron en la lengua de Cervantes, sino en el dialecto prehispánico de la sierra mixe. El idioma mixe (*ayüük*, *ayuuuk*), es una lengua que, tiene tres variedades de dialectos: mixe de la sierra (la que Elvira habla), mixe de Juquila y mixe de Guichicovi. Su fonología es compleja y no se encuentra bien documentada, pero son innovadoras en lo que se refiere al repertorio vocálico, y en especial el mixe del norte de la sierra, posee complicados sistemas de metafonía vocálica que afectan las cualidades de las vocales en ciertos contextos fonológicos.

Al mirarla aquí, en el consultorio médico, incapaz de comprender cuando hablamos la lengua de sus gobernantes, el idioma de sus profesores, de sus amigos más jóvenes y sus hermanos menores, surge la pregunta, la lengua madre forma durante los primeros años de vida una plataforma, una base o cimiento para la vida mental. Una antigua ciudad que al excavar los montículos, quedan expuestas épocas más antiguas de la arquitectura, la alfarería y la cerámica de la ciudad, como las pirámides pequeñas sepultadas bajo las grandes pirámides de mesoamérica. El presente suplanta el pasado, pero no lo desvanece: la arquitectura cultural de los pueblos y la lengua madre de los individuos se oculta bajo la plataforma de la estructura presente. Si una enfermedad ha lesionado el cerebro de Elvira, es posible que el daño haya penetrado solamente los estratos superficiales de su función lingüística, ya que no entiende la comunicación hispana, pero cuando la voz ronca y fatigada de su madre pronuncia algunos comandos en el dialecto mixe, Elvira reacciona de inmediato, dirige su rostro hacia nosotros, obedece, a veces, o responde con esas mismas palabras que desconocemos, porque nunca aprendimos ese antiguo dialecto de Oaxaca ni ningún otro de los tantos que hay en la vastedad del territorio mexicano. ¿La segunda lengua es un tejido cultural y orgánico que se deposita y crece lentamente encima de la geografía original de la lengua madre? ¿Es posible organizar un mapa individual del lenguaje en el cerebro de cada persona? ¿Un mapa con la orografía particular de los usos y costumbres, del aprendizaje y la cultura propia?

Desde el primer día de su enfermedad, Elvira no pudo comunicarse más en la lengua hispana. ¿O no quiso? Cuando trataba de hablar en español lo hacía en forma torpe, confusa, deformando las palabras; como si en cada vocablo castellano hubiese adentro otro sonido más viejo. Paulatinamente toda palabra española fue sustituida por los fonemas y estructuras del mixe. Las órdenes o peticiones de sus padres fueron igualmente inútiles para revertir el cambio. Perdió el sueño al día siguiente. Veía animales y personas inexistentes, incluso muertos; trataba de hablar con ellos, enojada, y golpeaba a sus familiares por motivos incomprensibles. Le dolía la cabeza; tuvo fiebre y vómito. Dejó de comer. Su madre sabía que la muerte estaba en el camino y esperó lo peor. Pero no murió.

—Quedó loca —dice la señora—. Dice que ve difuntos. Ya le explicamos que no existen, que sólo vienen los días de noviembre en donde sus lugares son como altares, con ofrendas de flores y comida y velas, que nada más los está imaginando, pero ella sigue y sigue

con lo mismo, y se pelea con ellos, y los insulta, y dice que todos en el pueblo estamos atrapados por una brujería que no nos quiere explicar por más que le pregunto. Ya se nos salió en medio de la lluvia y se perdió en el cerro; la encontramos toda llena de heridas, sucia, con espinas y *ahuates* en el pelo; otro día se salió a la calle y se quitó la ropa en medio de todos, y allí mismo hizo del baño, enfrente de las personas. Cuando la tratamos de agarrar para meterla a la casa se nos fue a las mordidas... Está difícil cuidarla...

Al examinarla, Elvira ignora las preguntas, no pone atención, nunca establece contacto visual. Se encuentra muy inquieta. Ha perdido el control de los esfínteres. Tomamos fotografías del interior de su cráneo, mediante un estudio de tomografía computada, pero no observamos alteraciones en la estructura de su cerebro. Durante el examen neurológico no hay signos anormales en el sistema motor, no hay debilidad o reflejos anormales. Es muy difícil explorar la sensibilidad, pero al parecer percibe estímulos táctiles en la cara y las extremidades. Camina en forma normal. Los exámenes de laboratorio iniciales, a partir de muestras de sangre, son enteramente normales. Sus signos vitales son estables y se encuentran dentro de límites saludables. La madre asegura que hubo fiebre, pero actualmente su temperatura es normal; preguntamos si utilizó un termómetro.

—Ni tengo termómetro, pero le aseguro que no hacía falta, doctor. ¡Se me quemaban las manos al tocarla!

La extravagancia del relato y la inesperada normalidad del examen físico provocan un debate entre los médicos. Tenemos solamente una historia de alucinaciones, habla incoherente, delirios mágicos, y esa peculiar amnesia del español, si se le puede llamar así, tan diferente a nuestros hallazgos en pacientes con lesiones cerebrales que afectan el sistema del lenguaje. La locura, esa palabra pronunciada por la madre, aparece entonces con toda su resonancia semántica en nuestra memoria semiológica. El primer diagnóstico mencionado en los pasillos de urgencias incluye el concepto de “esquizofrenia”, la enfermedad legendaria supuesta por los psiquiatras del siglo XX que lastima la razón y provoca alucinaciones y distorsiones extremas de la realidad y aún más marginación, pero decidimos ver primero si era una infección del cerebro.

Se obtuvo líquido cefalorraquídeo desde su columna vertebral: mientras el fluido ascendía por el delgado instrumento de cristal que se utiliza para medir en milímetros de mercurio la presión de apertura; la tensión normal. No hay hipertensión intracraneana.

Se escucha la voz de un médico, afirma con seguridad que el resultado será normal, y todo terminará en la sala de psiquiatría, donde descansan los sujetos con trastornos de la mente muchas veces por motivos y causas aún desconocidos.

El líquido cefalorraquídeo mostró signos de una inflamación del cerebro, lo que significa generalmente la presencia de una infección aguda: una bacteria o virus, un parásito, acaso un hongo.

—¿Cómo la voy a tener en mi casa si se me escapó ayer, y la fui a encontrar en medio de la sierra? Habla sola, destruye cosas, se nos va encima a los golpes —dice la señora. No la puedo tener en mi casa, la tienen que internar, aunque sea por la fuerza. De todas maneras, si me la tengo que llevar, la voy a tener amarrada.

En los días siguientes está a cargo de la unidad de neuropsiquiatría del Instituto de Neurología de México; nunca habla, pero grita sonidos ininteligibles. Muchas veces tira su comida, y la de otros pacientes, pero la recoge del suelo y la deglute con premura. Ha sido observada comiendo jabones en el baño de los pacientes. Una sábana, papel y plástico han completado su dieta, lo cual alarma a las enfermeras y personal médico y da inicio a combates entre Elvira y el equipo de camilleros para detener esa conducta incomprensible. La jefa de enfermería comenta que se desnudó en el comedor de los pacientes; dos días atrás fue encontrada en la cama de un paciente con epilepsia, sin mayores consecuencias, sin embargo, el paciente le contó a su familia y vinieron a reclamarnos.

Cuando la visita algún familiar sólo dice maldiciones y amenazas en su lengua materna. Aún habla de los muertos, pero sus frases en mixe son cada vez más breves, como si olvidara paulatinamente su primera lengua, para aproximarse a un mundo de silencio interrumpido solamente por exclamaciones y gruñidos preverbales, musitaciones y alaridos. Dos semanas después de su llegada a nuestro servicio, al ver las nuevas fotografías de su cerebro, mediante un estudio de resonancia magnética: el cerebro muestra lesiones profundas, horrorizantes. El lóbulo temporal del hemisferio izquierdo está destruido. Zonas de inflamación, hemorragia y necrosis extensas en las porciones mediales y laterales del lóbulo temporal, según la nomenclatura neurológica. Toda evidencia médica indica que un poderoso enemigo de la raza humana, el virus conocido como *herpes simple*, penetró al interior del cerebro, donde desató una colosal batalla inmunológica, y el saldo fue la muerte de regiones extensas de la corteza cerebral, en especial, las zonas relacionadas con la memoria, el lenguaje, y otras funciones emocionales y cognitivas.

—Es un caso de afasia —opina la experta en clínica del lenguaje—. Le llamamos “afasia del políglota”, lo cual significa que el paciente pierde su segundo lenguaje. Sólo conserva su lengua madre; en este caso, rudimentos de esa primera lengua.

Elvira no habla español porque realmente no puede recordarlo: las zonas de almacenamiento de la memoria verbal han desaparecido por completo: en vez de palabras y conceptos, sólo hay sangre y tejido muerto y un universo cerebral incomprendido. Para aproximarse a un caso como el de Elvira, habría que buscar la historia de ese concepto que une al cerebro y al lenguaje: afasia.

En el siglo XVIII hubo un paciente que perdió paulatinamente el habla, entendía el discurso de los demás, pero cuando intentaba hablar, sólo podía decir “tan”. La historia lo recuerda así, y lo llamaremos Tan como en tantos otros libros, pues su identidad quedará bien protegida tras la caricatura clínica (bastante fiel en este caso), pues una vez que comenzó a decir esta sílaba, no fue capaz de decir otras, salvo una frase en latín, *sacré nom de Dieu*. Se ha dicho que su único problema era la emisión del habla, la imposibilidad de fabricar un discurso, porque sus amigos lo describieron como un hombre “perfectamente racional”, aunque también dijeron que era egoísta, irascible, rencoroso, y los pacientes del hospital de *Bicetre*, donde estuvo internado por más de dos décadas, lo acusaron alguna vez de ser un ladrón. Cinco días antes de morir, vino a conocerlo Paul Broca. Cuando ‘Tan’ murió, el médico estudió su cerebro. En la cuadragésima sesión de la Sociedad de Antropología de París, el 18 de Abril de 1861, Paul Broca presentó una comunicación titulada *Pérdida de la palabra, reblandecimiento crónico y destrucción parcial del lóbulo anterior izquierdo del cerebro*.

Si bien, eso que llamamos la mente, es y seguirá siendo un enigma, Broca demostró que algunos de sus componentes (como el lenguaje o en particular, la capacidad de expresar el lenguaje), tienen raíces vitales en la materia del encéfalo, en una disposición geográfica inédita hasta la primera mitad del siglo XIX, y completamente desconocida por los grandes investigadores del alma y la mente anterior a su hallazgo, sencillo y contundente. Karl Wernicke poco más tarde en 1874, detalló el área del cerebro en donde se encuentra la comprensión del lenguaje: en el área posterior de la cisura de Sylvio, en el primer giro temporal izquierdo, dando pie al estudio anatómico de las funciones del cerebro.

La afasia del políglota ha sido descrita en múltiples estudios y en especial por neurolingüistas interesados en el tema, así también se ha

revisado la afasia bilingüe, reconociendo a los “dialectos” como lenguas. Sin embargo, una de las preguntas que han surgido durante años es: ¿cómo se organiza el lenguaje y cómo se procesa la lengua materna en relación con otras lenguas? Existen diversas opiniones y estudios al respecto, algunos factores de interés se centran en los siguientes aspectos: ¿cómo se preserva la lengua materna, cómo se preserva la lengua que ha sido más utilizada antes de la patología cerebral o cómo se preservan aquellas lenguas motivadas por procesos emocionales o afectivos inconscientes? Estudios de rehabilitación neurolingüística muestran cómo la lengua que más se utilizaba antes de un evento vascular cerebral se recupera más rápido, aun que la lengua materna. Aún así estamos lejos de entender fenómenos tan complejos, como el universo mágico de la sierra de Oaxaca y su relación con la cosmogonía que viven sus habitantes y se interrelacionan con el desarrollo y procesamiento del lenguaje y sus conexiones cerebrales...

Bibliografía

Broca P. “Perte de la parole, ramollissement chronique et destruction partielle du lobe antérieur gauche du cerveau”. *Bulletins de la Société d’Anthropologie de Paris*, 1861; 235-8.

Rosselli D. Phineas Gage, “Tan’ y la importancia de los casos clínicos”. *Rev Neurol* 2005; 40(2):122-24

Levy E, Giral M and Obler L. *Neurolinguistic Perspectives on Mother Tongue: Evidence From Aphasia and Brain Imaging*, 1999.

Fabbro F. “The Bilingual Brain: Bilingual Aphasia”. *Brain and Language* 2001; 79: 210-10

Zanini S, Angeli V, Tavano A. “Primary Progressive Aphasia in a Bilingual Speaker: a Single-Case Study”. *Clin Linguist Phon*. 2011; 25 (6-7): 553-64

Leemann B, Laganaro M., Schwitler V, Schneider A. “Paradoxical Switching to a barely-mastered second language by aphasic patient”. *Neurocase*. 2007; 13 (3): 209-13

Martinell-Gispert-Sauch M., Gil-Saladié D, Delgado-Gonzalez M. “Aphasia in a Polyglot: Description and Neuropsychological Course”. *Rev Neurol*. 1997;25 (140): 562

Wikipedia. Idioma Mixe

CONTRIBUCIONES DE LOS ANIMALES INVERTEBRADOS A LA MEDICINA

Fidel Ramón Romero

197

Preludio

Para cualquiera que hojee las páginas de este libro resultará evidente que este escrito no es como los otros, por lo cual debo ofrecer una disculpa y dar una explicación. La disculpa está dada y ahora vayamos a la explicación.

En la invitación para escribir lo que están leyendo ahora se decía: "A cada autor se le propone crear un escrito de narrativa médica que puede consistir en un cuento, nosografía, nosobiografía, relato, anécdota, poema, crónica o ensayo. La temática es libre aunque, preferentemente, se sugiere enfatizar en experiencias médicas y/o en la relación médico-paciente". Y aquí está el problema.

La Academia Nacional de Medicina incluye entre sus miembros a médicos, por supuesto, pero también a personas que aunque no son médicos trabajan en problemas de medicina y, otros que aunque son médicos, no ven pacientes desde un punto de vista clínico. Yo me encuentro entre estos últimos, ya que estoy en el departamento de biología médica y aunque soy médico, esto es solamente de nombre, porque fuera de mi poca experiencia clínica, durante el servicio social, no atendí pacientes.

Lo que escribí es algo que considero de interés médico general, ya que está relacionado con la obtención del conocimiento en el que se basa la medicina clínica. Este enfoque consiste en estudiar las bases del funcionamiento de un organismo y las alteraciones que llevan a las enfermedades, por lo que reseñaré el origen de esta rama llamada 'biomedicina' y daré ejemplos de animales

invertebrados que han contribuido enormemente al conocimiento de la medicina moderna.

Introducción

La medicina es una actividad que aunque, ocasionalmente incorpora a los animales, está fundamentalmente centrada en los seres humanos, y a lo largo del tiempo se han desarrollado conductas éticas para evitar utilizar a humanos en el proceso de obtener información sobre sus enfermedades por mecanismos experimentales. Por lo tanto, sólo hay dos formas aceptables para adquirir información que permita entender las enfermedades humanas, así como los procedimientos requeridos para llevar a cabo su tratamiento y si es posible, su curación: 1) la observación de síntomas y signos, así como el resultado de exámenes físicos y (o) químicos que llevan al médico a encontrar el proceso patológico subyacente y a aplicar el tratamiento adecuado, y 2) el desarrollo de procedimientos experimentales que reproduzcan el problema médico en animales y permitan observar sus causas, desarrollo y posibles tratamientos. En este escrito trataré el segundo punto, pero primero ofreceré una relación histórica de la biomedicina, particularmente en relación con el sistema nervioso.

En forma general se acepta que para los años setenta la mayor parte de las disciplinas que investigaban el sistema nervioso central habían convergido en las ahora llamadas neurociencias, una de cuyas ramas es la neurobiología. Para la segunda mitad del siglo XX, la neurobiología de los invertebrados ya formaba un grupo de actividades independientes de los vertebrados y tenía sus propios resultados. Sin embargo, aunque la mayor parte de esos estudios se enfocaban en obtener información acerca de los animales, existía la tendencia a buscar si esa información podía extenderse a los vertebrados. Por supuesto, este punto de vista estaba basado en la evolución darwiniana, ya que como los animales invertebrados precedieron el desarrollo de los vertebrados, se esperaba que no sólo en algunos aspectos estructurales, sino también en los funcionales, hubiera semejanzas entre ambos grupos.

Es recientemente que se ha añadido otro aspecto al estudio, ya que si los vertebrados son el resultado de una sofisticación en el desarrollo de los invertebrados a lo largo de la evolución, era posible que pudieran proporcionar información sobre las enfermedades

que sufrimos los humanos. Esto, por supuesto, conlleva la idea de 'animales modelo' de las enfermedades humanas, lo que puede entenderse en dos formas, a) estudios en los que se han hecho hallazgos fundamentales en relación con el funcionamiento de tejidos y órganos específicos y, por lo tanto, han proporcionado las bases fisiológicas cuyas alteraciones llevan a las enfermedades, y b) la reproducción de enfermedades de los humanos en animales susceptibles a ellas y, que pueden estudiarse profundamente con el objeto no sólo de entender sus bases, sino también de probar compuestos que podrían recuperar el funcionamiento normal de esos tejidos enfermos.

Para el propósito bosquejado antes, empezaré por considerar que el entendimiento de una enfermedad particular, depende de un conocimiento amplio sobre la morfología y fisiología del tejido correspondiente, y esto sólo fue posible hasta finales del siglo XIX. Aunque antes de ese tiempo ya existía un conocimiento general sobre algunas enfermedades, su entendimiento profundo no pudo desarrollarse hasta que la tecnología llevó al desarrollo de los instrumentos modernos de observación, como el microscopio y los electrónicos de medición que ahora son comunes.

Las neurociencias modernas se iniciaron hacia finales del siglo XIX y principios del siglo XX, durante las discusiones en torno a la morfología de las neuronas y que fueron resueltas con la ahora llamada 'doctrina neuronal', enunciada por Wilhelm von Waldeyer (1836-1921) sobre la previamente amplia demostración de su aplicación hecha por Santiago Ramón y Cajal (1852-1934). Años después, en los veinte y treinta, el trabajo de Edgar D. Adrian (1889-1977) y Charles S. Sherrington (1857-1952) mostró algunas características de las señales que viajan en el sistema nervioso y llevan a la contracción muscular y la secreción de neurotransmisores y hormonas, mientras también se empezaban a hacer demostraciones de la forma de cómo funcionan los centros nerviosos en la médula espinal y el cerebro. Sin embargo, fue hasta 1952 que el trabajo de Alan F. L. Hodgkin (1914-1998) y Andrew F. Huxley (1917-2012) completó el entendimiento de la señal nerviosa llamada 'potencial de acción', que comunica las neuronas de todo el sistema nervioso y produce la contracción de los músculos y la secreción de las glándulas. Este conocimiento es tan fundamental que sin él, no habría sido posible entender las enfermedades neurológicas, y muchas musculares de todo tipo, esqueléticas, cardíacas y lisas.

También alrededor de esa época se empezó a entender el proceso por el cual la señal eléctrica generada por las neuronas pasa

de una célula a otra y que se debe a la presencia de las llamadas sinapsis químicas. Como estas sinapsis son los sitios más sensibles en las vías de comunicación del sistema nervioso, frecuentemente son el blanco de drogas y medicamentos que pueden producir las alteraciones que llevan a trastornos neuronales y psíquicos.

Los animales invertebrados

Los animales invertebrados como modelos de genética humana y enfermedades, aparecieron en la literatura científica a finales del siglo XIX y, a partir de entonces ha habido un aumento progresivo en el número de investigaciones involucrándolos. Uno de los primeros en publicar estudios en invertebrados fue William E. Castle (1867-1962), quien en 1896 trabajó en una ascidia (*Ciona intestinalis*) para hacer su tesis experimental. Otros dos artículos en el siglo XIX aparecieron en el *Journal of Physiology*, el primero sobre la presencia de hemoporfirina en el integumento (Munn, 1886) y el segundo sobre el intercambio respiratorio en invertebrados marinos (Vernon, 1895).

Fue a partir de los años cuarenta que empezó a aparecer un número significativo de trabajos en los que se describen resultados de experimentos hechos en invertebrados. Aún más trabajos aparecieron a partir de los años sesenta y ya entre 1963 y 1973 se publicaron más de cuarenta mil artículos científicos. Durante este siglo XXI la tendencia a aumentar los trabajos experimentales en invertebrados ha continuado y, entre 2008 y 2010, se publicaron 44,000 trabajos en los que se usaron invertebrados como modelos para estudios de genética y enfermedades, así como para el desarrollo y pruebas de medicamentos.

Otra medida de la importancia de los animales invertebrados en investigación biomédica es el número de Premios Nobel otorgados a investigadores que los usaron como modelos primarios o entre otras especies de animales. Desde el primer Premio Nobel otorgado en 1901, se han otorgado setenta y cuatro premios por trabajos en investigaciones animales y dieciocho de ellos han sido en animales invertebrados.

(www.animalresearch.info/en/medical/nobelprize;
http://nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates)

La investigación biomédica que involucra el uso de animales ha sido fundamental para el progreso médico en los dos últimos siglos, aunque hay preocupaciones éticas sobre el uso de animales vertebrados que generalmente, se piensa, están más cercanos a nosotros y han llevado a los investigadores a usar alternativas en las investigaciones científicas. Los animales invertebrados han llenado esa necesidad y reemplazado a los vertebrados en varias áreas de investigación, pruebas y educación.

Un área nueva de investigación con animales invertebrados terrestres y marinos es el desarrollo de drogas, incluyendo el descubrimiento de productos bioactivos. Los invertebrados también han tenido un papel central en estudios de toxicidad y pruebas de eficacia de nuevos productos farmacéuticos, tanto para enfermedades humanas como de animales. Como resultado de la presión que ponen los grupos que defienden los derechos de los animales y, que se centran en los vertebrados, los invertebrados pueden ser una alternativa como sujetos para la enseñanza, proporcionando a los estudiantes oportunidades para observar el comportamiento, anatomía, principios fisiológicos, patología, resultados de manipulaciones genéticas y mecanismos de acción de drogas.

Se han usado varios invertebrados para estudiar la biología del desarrollo y los tres principales han sido la mosca *Drosophila melanogaster*, el gusano *Caenorhabditis elegans* y el calamar *Loligo pealii*.

Drosophila melanogaster

La secuencia del genoma proporciona poca información sobre lo que hacen los genes en un organismo y esto ha generado la genómica funcional, que describe la investigación que se hace para encontrar el papel de los genes individuales. En los humanos esto se hace, principalmente, identificando defectos genéticos asociados con una característica o enfermedad particular, pero esto es laborioso y limitado a unas pocas características, como la enfermedad producida por la mutación de un solo gen. Hasta ahora, de aproximadamente treinta mil genes humanos, menos de mil se han encontrado asociados a una enfermedad, así que es claro que se necesita un enfoque más incluyente y sensible para descubrir la función de los genes, una investigación que se hace con organismos modelo, como gusanos, moscas, peces, pollos o ratones.

Para que una especie animal sirva de modelo a la biología humana debe llenar dos criterios principales, a) el animal debe ser relevante, esto es, suficientemente semejante a los humanos y, b) debe poder aceptar numerosos enfoques experimentales. El año 2000 las páginas de los periódicos se llenaron de noticias sobre uno de esos organismos, la secuenciación de todo el genoma de la mosca de la fruta *Drosophila melanogaster*. Durante los últimos cien años, este animal, había estado en la frontera de la investigación genética y como está involucrado en el progreso de la biología moderna, mencionaré algunos avances en el conocimiento de las enfermedades humanas obtenidos a partir de *Drosophila*, la que ha sido una herramienta esencial para permitir la investigación de características complejas que involucran redes de genes.

La mosca de la fruta es uno de los organismos más estudiados y esto ha llevado al mapeo completo y la secuenciación de su genoma (Adams *et al.*, 2000), facilitando su uso para numerosas investigaciones biológicas y biomédicas. Este animal ha servido como un modelo único en el estudio de la genética y enfermedades humanas y los estudios genéticos en *Drosophila* han permitido elucidar vías, comportamientos y patrones embrionarios, así como desarrollar modelos de numerosas enfermedades humanas.

Se han creado varias bases de datos que contienen el genoma de *Drosophila* y una comparación con novecientos genes de enfermedades humanas (Drysdale and FlyBase Consortium, 2008), mostró que 714 secuencias semejan 548 genes de *Drosophila*, de los cuales 143 pudieron asociarse con aleles mutantes, setenta y nueve igualaron enfermedades malignas humanas y setenta y cuatro enfermedades neurológicas (Reiter *et al.*, 2001).

Drosophila también ha sido usada para expresar productos de proteínas encontradas en enfermedades humanas y para comparar condiciones patológicas resultantes en la mosca con su contraparte humana (Beckingham *et al.*, 2005). Este enfoque produjo resultados positivos en tres tipos de enfermedades neurodegenerativas, Alzheimer, Parkinson y corea de Huntington, por lo que para cada una de ellas se ha creado y, usado en investigación un modelo de mosca (Bonini and Fortini, 2003; Iijima *et al.*, 2004; Iijima and Iijima-Ando, 2008).

Los estudios genéticos con *Drosophila* han llevado al descubrimiento de varias vías de señalización y, las alteraciones genéticas en embriones de mosca, han proporcionado información sobre otros mecanismos biológicos (Shen *et al.*, 2007). Estudios sobre la

polaridad de células planares en embriones de *Drosophila* y otros artrópodos han mostrado que la coordinación de la polarización celular ocurre durante el desarrollo y la función de muchos órganos, particularmente en células epiteliales, como las del aparato gastrointestinal, que necesita mover secreciones (Simons and Mlodzik, 2008).

Debido a las similitudes entre *Drosophila*, la cardiogénesis en los vertebrados y la conservación de genes clave, el corazón de la mosca ha servido como modelo para estudiar el desarrollo del corazón y algunas de sus enfermedades (Medioni *et al.*, 2009). Estos estudios han permitido entender los mecanismos moleculares y celulares en los que se basa la morfogénesis y el control genético de la fisiología cardíaca.

Drosophila también ha sido utilizada como modelo para estudiar agresión tanto en su forma conductual como genética y los resultados obtenidos han llevado al entendimiento de su regulación por medio de hormonas y neurotransmisores (Chen *et al.*, 2002)

Caenorhabditis elegans

C. elegans tiene muchas ventajas sobre otros modelos animales para estudios biológicos y biomédicos, ya que estos pequeños gusanos se reproducen en forma prolífica con un tiempo de generación corto, crecen fácilmente bajo condiciones de laboratorio, son fáciles de cuidar y no ocasionan gastos importantes. Además, *C. elegans* es anatómicamente simple, por lo que su sistema nervioso ha sido mapeado completamente (White *et al.*, 1986). Los humanos y *C. elegans* tenemos virtualmente el mismo número de genes, y hay paralelismo en la forma en que estas dos especies operan a niveles genéticos y moleculares. Como resultado, *C. elegans* se ha convertido en un modelo para el estudio de mecanismos moleculares involucrados en muchas enfermedades humanas (Nass *et al.*, 2008) y fácilmente se crean mutantes, transgénicos y *knock-outs*, mientras los que expresan GFP permiten la observación *in vivo* de procesos celulares y metabólicos (Riddle, 1997; Wicks *et al.*, 2001; Jorgensen y Mango, 2002; Nass *et al.*, 2008).

Caenorhabditis elegans también ha sido usado para estudiar procesos biológicos y fisiológicos básicos comunes a todos los animales (Strange, 2007). Ha servido como modelo para enfermedades de Parkinson, Alzheimer y Huntington, así como para diabetes,

cáncer, problemas inmunes y el desarrollo y pruebas de agentes terapéuticos para estas enfermedades (Artal-Sanz *et al.*, 2006; Faber *et al.*, 1999; Link, 2001; Nass *et al.*, 2008; Pujol *et al.*, 2008).

En *C. elegans* la faringe también ha servido como modelo para estudiar el desarrollo general de los órganos, con una gran aplicabilidad a la embriología de los vertebrados (Mango, 2007). Las investigaciones en este nemátodo han aclarado los mecanismos del desarrollo de células nerviosas, al demostrarse que su gen *sem-4* participa en el control del desarrollo de células mesodérmicas y nerviosas (Basson y Horvitz, 1996). El gen *lin-9*, que afecta las vías de transducción de señales que controlan el desarrollo gonadal en el nemátodo, tiene contrapartes en muchas especies, haciendo a *C. elegans* un modelo útil para estudios de biología del desarrollo y mecanismos de señalamiento intercelular (Beitel *et al.*, 2000).

C. elegans adulto tiene menos de mil células somáticas y sin embargo, tiene músculos bien diferenciados, nervios, aparato digestivo y otros órganos. Por lo tanto, semeja animales más grandes y complicados y, puede ser usado como organismo modelo de ellos, siendo más fácil de entender. Todos los animales son eutélicos (tienen el mismo número de células) y se han reconstruido célula por célula; por ejemplo, su sistema nervioso ha sido reconstruido a partir de 20,000 secciones de cabeza a cola y sabemos que tiene trescientas dos neuronas, ocho mil sinapsis, y el conectoma ha sido mapeado completamente. Tiene seis cromosomas y su genoma es 1/30 del tamaño del genoma humano. La secuencia completa se terminó en 1998 y muchos de ellos tienen homólogos entre los humanos (Watts and Strogatz, 1998). Es notable que un sólo gen determina su diferencia en sociabilidad y esa misma diferencia afecta su tolerancia al alcohol.

El axón gigante del calamar

En una serie de trabajos extraordinarios hechos en axones gigantes de calamar (*Loligo doryteuthi*, antes *pealii*, y *Loligo vulgaris*), iniciados por Cole en 1949, con el desarrollo del llamado 'control de voltaje' y culminado con los cuatro trabajos de Hodgkin y Huxley en 1952, se llegó al entendimiento de la señal que viaja en el sistema nervioso y lleva la información que el procesamiento por numerosas neuronas, convierte en todo lo que hacemos, movimientos y secreciones e incluso nuestros pensamientos. Esta señal había

sido estudiada por numerosos investigadores que desde la época de Galeno que había creído que era de naturaleza 'etérea', fluida, mecánica y química, hasta que finalmente se demostró su origen eléctrico.

Los trabajos que demostraron el origen eléctrico de la señal que maneja el sistema nervioso es conocido como 'modelo de Hodgkin y Huxley' (1952) y explica tanto la generación como la propagación del potencial de acción, siendo el modelo cuantitativo más exitoso en las neurociencias. Es importante recordar que este modelo fue desarrollado durante una época en la que no se conocía la existencia de los canales iónicos y todavía, en la actualidad, constituye un extraordinario testimonio de la brillantez de esos investigadores. Eventualmente esos trabajos llevaron a la técnica actual para el estudio de los canales iónicos y llamada '*patch clamp*' (Neher *et al.*, 1978).

A pesar de los más de sesenta años que tienen los estudios de Hodgkin y Huxley, y de que en ese tiempo se ha avanzado en el conocimiento de la naturaleza más que en todos los años anteriores, el modelo no ha sido relegado a la historia. En la actualidad, todavía es usado para buscar ideas que expliquen las interacciones entre las señales eléctricas que ocurren en las diferentes regiones de las neuronas y circuitos neuronales.

Otras especies de invertebrados

En años recientes otros invertebrados marinos, como los crustáceos, junto con los insectos, han sido utilizados en forma creciente para aclarar los procesos del desarrollo en animales más complejos, incluyendo los humanos (Arendt *et al.*, 2008; Bicker 2005, 2007; Darling *et al.*, 2005; Holland and Gibson-Brown, 2003; Isbister and O'Connor, 2000; Lowe, 2008; Pourquie, 2000; Swalla, 2006; Wessel *et al.*, 2000). Los grillos (*Dissosteira carolina* y otros) han sido usados para estudiar la genética y el desarrollo de axones por medio de la evaluación de los conos de crecimiento en los gérmenes de extremidades (Isbister and O'Connor, 2000). Se cree que la molécula óxido nítrico (NO) tiene un papel en la regulación y migración del crecimiento neuronal y los moluscos gastrópodos y embriones de *Drosophila* son buenos modelos para entender el metabolismo a través de las fronteras entre especies (Baker y Thummel, 2007).

Otros modelos de funciones endócrinas incluyen el gusano de la seda y el ascidio. El gusano de la seda (*Bombyx moris*) tiene un péptido relacionado a la insulina que es similar a la preproinsulina humana (Yoshida *et al.*, 1998), mientras el ascidio (*Ciona intestinalis*) tiene muchos análogos a hormonas (e.g., hormona liberadora de gonadotropina, insulina y factor de crecimiento como insulina [IGF]) que se encuentran en animales más complejos, por lo que puede ser útil como modelo para entender su función (Sherwood *et al.*, 2006).

Los moluscos gastrópodos (*Aplysia californica*, *Hermissenda crassicornis* y *Lymnaea stagnalis*) han sido modelos para los estudios de los mecanismos nerviosos de aprendizaje y memoria. De hecho, los estudios iniciales en *Aplysia* y seguidos en ratones, han llevado a un gran entendimiento de las bases celulares de la memoria, una investigación que llevó al Premio Nobel en fisiología y medicina otorgado a Eric Kandel en el año 2000.

El pulpo ha sido un modelo efectivo en estudios de comunicación por comportamiento, ya que esos animales usan el color del cuerpo, y la posición de los tentáculos para indicar su actitud hacia una presa u otro pulpo (Pribram, 1973). Su posición y color es comparable a las expresiones faciales y lenguaje corporal en monos y humanos. Los pulpos también han sido útiles en experimentos de aprendizaje inverso y se han obtenido resultados comparables a los encontrados con ratas (Sutherland y Mackintosh, 1971).

El nautilus (*Nutilus pompilius*) es uno de los cefalópodos más antiguos y ha sido usado en estudios de condicionamiento Pavloviano (Crook y Basil, 2008), mientras *Aplysia* y *H. Crassicornis*, han sido usados para estudiar condicionamiento clásico y operante (Baxter y Byrne, 2006).

Otros invertebrados

Los decápodos crustáceos, así como las moscas, se han usado para estudiar problemas conductuales como la agresión (Delgado-Morales *et al.*, 2004; Barron y Robinson, 2008). Una sorpresa fue la demostración de que los invertebrados también duermen (Ramón *et al.*, 2004), una conducta que se creía estaba reservada a los vertebrados y que con su extensión a *Drosophila*, ha abierto la experimentación a su manipulación genética (Cirelli y Bushey, 2008).

Enfocándose en los patrones de navegación y forrajeo de abejas se han estudiado el aprendizaje, memoria y procesamiento sensorial, ya que estos insectos siguen varias rutas desde su colonia hasta sus lugares preferidos de flores, requiriendo secuencias de memoria y respuestas a claves (Chittka *et al.*, 1999; Collett, 2005; Menzel, 1999; Menzel and Giurfa, 2006). Más aún, la secuenciación completa del genoma de la abeja hace a este insecto un excelente modelo para investigar conductas (Menzel *et al.*, 2006). El estudio de la expresión génica y la fisiología endócrina, metabólica y nerviosa de las colonias de abejas, es relevante para entender cómo estos y otros animales sociales responden a su medioambiente (Elekonich y Roberts, 2005).

Las hormigas se han usado para estudiar la genética molecular, el comportamiento y adaptación social (Robinson *et al.*, 1997) y para descubrir asociaciones entre la memoria a largo plazo y los estímulos visuales (Collett y Collett, 2002). En el grillo (*Grillocerus bi-maculatus*) se ha comparado el sistema sensorial y la capacidad de responder a estímulos ambientales con las respuestas complejas de los vertebrados a su medioambiente (Jacobs *et al.*, 2008). Debido a su habilidad para mutar genes en forma química (Glanzman, 2005; McGuire *et al.*, 2006), *Drosophila* ha servido como modelo para el aprendizaje y la memoria olfativa. Con la capacidad para manipular los genes de *Drosophila* y el comportamiento agresivo y su base genética (Robin *et al.*, 2007), los estudios en la mosca pueden llevar a entender las bases genéticas y moleculares de las emociones humanas (Iliadi, 2009) y también puede servir como modelo para desórdenes cognitivos humanos y en la evaluación de terapias con drogas (Skoulakis y Grammenoudi, 2006).

En resumen, aunque los animales invertebrados parecían lejanos a la medicina humana, en los últimos 20–30 años se ha encontrado que compartimos una gran cantidad de características, por lo que estos animales se están usando para entender mejor nuestras enfermedades y enfocar más claramente su tratamiento. Hay que recordar que uno de los enfoques más útiles en investigación biomédica sigue el "principio de Krogh" que dice: "Para un gran número de problemas habrá un animal en el que puede ser estudiado más convenientemente" (Bennett, 2003).

Bibliografía

208

- Adams, M.D., *et al.* *Science* 287 (5461): 2185-2195, 2000.
- Arendt, D., *et al.* *Phil. Trans. R. Soc. Lond. B Biol. Sci.* 363: 1523-1528, 2008.
- Artal-Sanz, M., *et al.* *Biotechnol. J.* 1: 1405-1418, 2006.
- Baker, K.D., and C.S. Thummel. *Cell Metab.* 6: 257-266, 2007.
- Barron, A.B., and G.E. Robinson. *Curr. Opin. Neurol.* 20: 164-168, 2008.
- Basson, M., and H.R. Horvitz. *Genes Dev.* 10: 1953-1965, 1996.
- Beckingham, K.M., *et al.* *Gravit. Space Biol. Bull.* 18: 17-29, 2005.
- Beitel, G.J., *et al.* *Gene* 254: 253-263, 2000.
- Bicker, G. *Bioessays* 27: 495-505, 2005.
- Bicker, G. *Arch. Insect. Biochem. Physiol.* 64: 43-58, 2007.
- Bennett, A.E. *Physiol. Biochem. Zool.* 76(1): 1-11, 2003.
- Bonini, N.M., and M.E. Fortini. *Ann. Rev. Neurosci.* 26: 627-656, 2003.
- Castle, W.E. *Bull. Museum Comp. Zool.* 27: 201-280, 1986.
- Chittka, L., *et al.* *Naturwissenschaften* 86: 361-377, 1999.
- Chen, S., *et al.* *PNAS. USA* 99(8): 5664-5668, 2002.
- Cirelli, C., and D. Bushey. *Ann. N.Y. Acad. Sci.* 1129: 323-329, 2008.
- Cole, K.S. *Arch. Sci. Physiol.* 3: 253-258, 1949.
- Collet, T.S. *Curr. Biol.* 15: R419-R421, 2005.
- Collet, T.S., and M. Collet. *Nature Rev. Neurosci.* 3: 542-552, 2002.
- Crook, R., and J. Basil. *J. Exp. Biol.* 211(Pt 12): 1992-1998, 2008.
- Darling, J.A., *et al.* *Bioessays* 27: 211-221, 2005.
- Davies, A.G., *et al.* *Neuron* 42(5): 731-743, 2004.
- Delgado-Morales, G., *et al.* *Crustaceana* 77: 1-24, 2004.
- Doernberg, S.B., *et al.* *J. Comp. Physiol.* 187: 91-103, 2001.

- Drysdale, R., FlyBase Consortium. *Meth. Mol. Biol.* 420: 45-59, 2008.
- Elekonich, M.M., and S.P. Roberts. *Comp. Biochem. Physiol. A Mol. Integr. Physiol.* 141: 362-371, 2005.
- Faber, P.W., *et al.* *PNAS. USA* 96: 179-184.
- Ganetzky and G. Tononi. *Nature* 434: 1087-1092, 2005.
- Glanzman, D.L. *Curr. Biol.* 15: R416-R419, 2005.
- Harris, T.W., *et al.* *Nucleic Acid Res.* 32: D411-417, 2004.
- Hodgkin, A.L., and A.F. Huxley. *J. Physiol.* 117: 500-544, 1952.
- Holland, L.Z., and J.J. Gibson-Brown. *Bioessays* 25: 529-532, 2003.
- Iijima, K., *et al.* *PNAS USA* 101: 6623-6628, 2004.
- Iijima, K., and K. Iijima-Ando. *J. Alzheimers Dis.* 15: 523-540, 2008.
- Isbister, C.M., and T.P. O'Connor. *J. Neurobiol.* 44: 271-280, 2000.
- Jacobs, G.A., *et al.* *J. Exp. Biol.* 211(Pt 11): 1819-1828, 2008.
- Jorgensen, E.M., and S.E. Mango. *Nature Rev. Genet.* 3: 356-369, 2002.
- Krogh, A. *Am. J. Physiol.* 90: 243-251, 1929.
- Lowe, C.J. *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B Biol. Sci.* 363-1569-1578, 2008.
- Link, C.D. *Mech. Ageing Dev.* 122: 1639-1649, 2001.
- Mango, S.E. *WormBook*: 1-26, 2007.
- Markaki, M., and N. Tavernarakis. *Biotechnol. J.* 5: 1261-1276, 2010.
- McGuire, S.E., *et al.* *Prog. Neurobiol.* 76: 328-347, 2006.
- Medione, C., *et al.* *Curr. Opin. Genet. Dev.* 19: 518-525, 2009.
- Menzel, R. J. *Comp. Physiol. A Neuroethol. Sens. Neur. Beh. Physiol.* 185: 323-340, 1989.
- Menzel, R., and M. Giurfa. *Behav. Cogn. Neurosci. Rev.* 5: 24-40, 2006.
- Menzel, R., *et al.* Small brains, bright minds. *Cell* 124: 237-239, 2006.

209

Munn, C.A. *J. Physiol.* 7: 240-252, 1886.

Nass, R., *et al. Mol. Interv.* 8: 284-293, 2008.

Neher E, *et al., Pflügers Archiv.* 375(2): 219-28, 1978.

Nirienko, N.V., *et al. Dev. Dynam.* 239: 1413-1448, 2012.

Nobel Prize in Physiology and Medicine 2002.
<http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/chemistry/laurates/2002/press/html>

Nobel Prize in Physiology and Medicine 2006.
http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/chemistry/laurates/2006/press/html

Nobel Prize in Chemistry 2008.
<http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/chemistry/laurates/2008/press/html>

Poulin, G., *et al. Oncogene* 23: 8340-8345, 2004.

Pourquie, O. *Curr. Top. Dev. Biol.* 47: 81-105, 2000.

Pribram, K.H. *Ann. NY Acad. Sci.* 223: 135-143, 1973.

Pujol, N., *et al. Curr. Biol.* 18: 481-489, 2008.

Ramón, F., *et al. PNAS USA* 101(32): 11857-11861, 2004.

Reiter, L.T., *et al. Genome Res.* 11(6): 1114-1125, 2001.

Riddle, D.L. Cold Spring Harbor, NY. CSHL Press, 1997.

Robin, C., *et al. Trends Genet.* 23: 51-54, 2007.

Robinson, G.E., *et al. Bioessays* 19: 1099-1108, 1997.

Schaefer, W.R. *Neuropharmacol.* 47(Suppl 1): 123-131, 2004.

Shen, Y., *et al. Proc. Inst. Mech. Eng.* H 221: 99-112, 2007.

Sherwood, N.M., *et al. Comp. Biochem. Physiol. A Mol. Integr. Physiol.* 144: 254-271, 2006.

Skoulakis, E.M., and S. Grammenoudi. *Cell. Mol. Life Sci.* 63: 975-988, 2006.

Simons, M., and M. Mlodzik. *Ann. Rev. Genet.* 42: 517-540, 2008.

Strange, K. *J. Exp. Biol.* 210(Pt 9): 1622-1631, 2007.

Sutherland, N.S., and N.J. Mackintosh. New York: *Academic Press*, 1971.

Swalla, B.J. *Heredity* 97: 235-243, 2006.

The *C. elegans* Sequencing Consortium. *Science* 282(5396): 2012-2018, 1998.

Vernon, H.M. *J. Physiol.* 19: 18-70, 1895.

Watts, D.J., and S.H. Strogatz. *Nature* 393(6684): 440-442, 1998.

Wessel, G.M., *et al. Syst. Biol. Reprod. Med.* 56: 236-245, 2000.

White, J. *Chapter Anatomy.* p. 81-122. Cold Spring Harbor Laboratory Press, 1988.

White, J.G., *et al. Phil. Trans. R. Soc. London B*, 314: 1-340, 1986.

Wicks, J.G. *et al. Nat. Genet.* 28: 160-164, 2001.

Wolf, F.W., and U. Heberlein. *J. Neurobiol.* 54(1): 161-178, 2003.

Wu, Y. and Y. Luo. *Curr. Alzheimer Res.* 2(1): 37-45, 2005.

Yoshida *et al. Dev. Genes Evol.* 208: 407-410, 1998.

VIVENCIAS Y EXPERIENCIAS EN LA PRÁCTICA DE LA NEUROLOGÍA

Francisco Rubio Donnadieu

213

Los editores de este libro conmemorativo “Narrativa médica en los ciento cincuenta años de la Academia Nacional de Medicina de México”, nos han pedido que escribamos cada capítulo, “con una narrativa médica, que sume y condense nuestras experiencias transfiguradas en relatos”; lo anterior me hizo recordar el siguiente epitafio a un poeta:

Quiso cantar, cantar
para olvidar
su vida verdadera de mentiras
y recordar
su mentirosa vida de verdades

Como alguna vez dijo Carlos Fuentes: “Habría que evitar tener una vida propia vestida de anonimato; y tratar de trascender con nuestras propias vivencias”, a lo que habría que agregar nuestras propias experiencias, que en mi vida profesional, en el campo de la neurología clínica y en particular el asombroso avance de las neurociencias aplicadas a la epileptología, incluyendo la genómica, nos provocan a cometer actitudes dogmáticas, basadas en ‘metanálisis’ y/o la “medicina basada en evidencias”, que frecuentemente nos pueden alejar de la práctica de una medicina humanista y humanitaria.

El ejercicio de la medicina requiere para practicarla de dos convicciones: la primera, relacionada a una auténtica vocación de

servicio, de atender, de ayudar al prójimo; todo esto sobre la base de experiencias previas que pueden estar relacionadas inclusive, con antecedentes familiares, ya sea por relación directa con algún familiar que se ha dedicado a la medicina previamente, y que ha influenciado de manera importante la decisión del futuro médico. La segunda, está relacionada a un problema de carácter social; a la dependencia que el llamado paciente tiene del médico, lo cual hace que el enfermo cede su independencia y la tendencia de los profesionistas a aceptar su dependencia y a tomar decisiones por el enfermo, se combinan como el primer paso para dejar de ser una persona enferma y transformarse en un paciente. El adjetivo paciente, significa aquel que soporta con calma y sin quejarse, dolores o experiencias, mostrando entereza para afrontar las molestias o padecimientos físicos o mentales; es aquella persona que tolera las agresiones u ofensas de otros y que es capaz de sufrir por largo tiempo. Lo anterior, le ofrece al médico ejercer la “Autoridad de Esculapio”, desde una posición privilegiada ante la sociedad, de acuerdo con tres valores: La *sapientia*, que según sus conocimientos, cultura y experiencia le es permitido aconsejar, asesorar, sin tener que ordenar. En segundo lugar, serían los *valores morales*, especialmente, basados en la práctica ética de nuestra profesión que nos permite dirigir, con acciones buenas y correctas, actos que distinguen a la práctica médica de cualquier otra profesión. El tercer valor de la Autoridad de Esculapio es el *carisma*, ya que el médico al enfrentarse ante la salud, la enfermedad y la muerte, se le ha conferido un estatus sacerdotal.

Los primeros antecedentes sobre la conducta apropiada de un médico ante su enfermo se recogen en escritos recopilados por los historiados desde varios siglos antes de Jesucristo. Estos juramentos fueron necesarios y quizá lo sigan siendo, en virtud de la necesidad de recordar al médico, que por la evidente desventaja del enfermo ante este personaje, que con bases más o menos científicas, tratará de ayudar al paciente ya sea que este sea niño, en donde esta relación, generalmente, se transforma en un paternalismo, y si el paciente es de mayor edad y el médico es más joven, frecuentemente, se establece un problema por sentir el enfermo que no se respeta su edad, y casi de manera automática, pierde su identidad y su posición, es decir, pierde su estatus. Es por ello por lo que cuando el médico inicia sus actividades se le recuerda, desde las citas bíblicas: “Deberás amar al prójimo como a ti mismo” (Mateo, 22:39), “Deja de hacer el mal, aprende a hacer el bien”.

En los últimos años, la biomedicina y las neurociencias en particular, han logrado un desarrollo espectacular sin embargo, frecuentemente, se percibe descontento por parte de los pacientes porque se dan cuenta de que la tecnología ha desplazado al humanismo y al humanitarismo.

Aquel médico sin la calidad humana, como prerrequisito para ejercer una buena medicina, se hará cada vez más distante de sus pacientes, de ahí que convenga trazar un perfil de cuáles deben ser las características de un alumno que pretenda ser médico, de un médico joven que pretenda especializarse; en fin, de un neurólogo que deba mantener y cultivar su talento como médico al día y como humanista consciente de su entrega a sus enfermos.

Sin embargo, ¿qué significa alta calidad humana? aquel médico que es melómano, religioso con profundas convicciones filosóficas ¿serán todas estas, condiciones *sine qua non*, para que este profesionista culto sea mejor médico? La historia demuestra que personajes “cultos” fueron verdaderos enemigos de la humanidad, Nerón, Eichmann; eran melómanos reconocidos, pero no se distinguieron por humanitarios.

El humanismo se ha definido por la cultura, la comprensión del hombre en sus aspiraciones y sus miserias, valoración de lo que es bello y de lo que es bueno y sobre todo de lo que es justo; es tratar de fijar normas en nuestro interior y “tratar de igualar nuestras acciones a nuestro pensamiento”. Debemos intentar ser más sabios, pero, al mismo tiempo más justos.

Estas características difíciles de definir y de medir, serán cada vez más necesarias conforme avanza la tecnología. Debemos ser responsables de nuestra propia educación, debemos aprender a discriminar, a analizar situaciones y a no ser *robots* con determinada capacidad de almacenar conocimientos para aplicarlos fríamente a un paciente que —todos lo sabemos— frecuentemente necesita más comprensión que técnica.

En la toma de decisiones siempre hay una circunstancia que puede ser la catalizadora de una cadena de eventos que de diferente manera influye en la vida de las personas.

La influencia de los maestros, la personalidad de los mismos, sumadas al valor inherente de las diversas disciplinas, conducen al estudiante de la medicina, titulado o no, a explorar diferentes caminos. Recuerdo cómo el Maestro Zubirán señalaba, cuando decía que había que escoger alguna de las diferentes avenidas en la vida y no perderse, y para ello tener primero que nada una orientación

general, es decir, antes de la especialización, aprender medicina y luego escoger. Sin embargo, a pesar de todo, se alcanza de alguna manera el objetivo deseado: el título de médico. Pero ya a través de esos magníficos años de estudiante de medicina, hemos recibido enseñanzas, adquirido destrezas, en suma, diferentes experiencias, criterios encontrados a los cuales, como alumnos, hemos sido expuestos a través de un lento proceso de enseñanza–aprendizaje, que da como resultado un cambio de conducta, a veces positivo, pero en otras, desgraciadamente, sólo contaminante.

Con el tiempo el médico recién recibido y con las experiencias de la carrera va orientándose hacia diferentes áreas. Recuerdo cuando era estudiante de tercer año y conocí a don Isaac Costero que impartía el curso de anatomía patológica. La personalidad de don Isaac que irradiaba verdadera alegría al dar sus sabias y talentosas exposiciones, lograron comunicarme ese entusiasmo e interés particular por el sistema nervioso, él señalaba que el conocimiento de las neurociencias no era tan complicado, como la mayor parte de la gente lo ha pensado hasta la fecha, es cierto que es un reto tratar de conocer la neuroanatomía y la fisiología del sistema nervioso, sin embargo, ese universo desconocido y fascinante, poco a poco se ha ido resolviendo a través de los siglos y ya estamos muy lejos de las bases que sentaron los griegos y los romanos que para explicar fenómenos y funciones nerviosas pensaban en fluidos, acueductos, cisternas.

El sistema nervioso es, dentro de la teoría general de los sistemas, el centro de un *continuum* en donde en un extremo están desde las partículas subatómicas hasta los sistemas más complejos y en el otro extremo, la biosfera que cobija a las sociedades y a las naciones, pero siempre en el centro, el sistema nervioso.

Es imposible trazar fronteras o establecer etapas definidas en el desarrollo de la vida. Todo se imbrica y por eso es imposible señalar en qué momento, por qué razones, hemos elegido tal o cual derrotero. La explosión de conocimientos, el avance tecnológico de la medicina nos ha obligado a especializarnos. Es innegable la necesidad de especialistas, como es incontrovertible la necesidad de corregir la tendencia de la medicina moderna, que hasta hace pocos años favorecía la ahora llamada atención de tercer nivel, soslayándose la acción principal del médico que es el prevenir y relegar la atención de primer contacto es decir, de primer nivel. De cualquier manera, a nosotros nos tocó ser neurólogos y hemos tenido la fortuna de ser testigos del desarrollo de lo que se puede llamar la neurología

moderna, tanto en el extranjero como en México. Este desarrollo fue comprendido y aprovechado en nuestro medio y en esta nueva etapa de la neurología mexicana, que podría yo señalar como fecha de arranque en 1972, cuando se integra el Consejo Mexicano de Neurología; ¡hace apenas cuarenta y un años! La formación de este Consejo facilitó el resto del camino que se ha seguido hasta la fecha; fue posible organizar con gran éxito el primer Congreso de Neurología a nivel Internacional —el 4° Congreso Panamericano de Neurología en 1975—. Posterior a esta reunión y como consecuencia natural, se integró la Academia Mexicana de Neurología y el Capítulo Mexicano de la Liga Internacional Contra la Epilepsia.

El Maestro Houston Merritt nos decía que en su concepto, las neurociencias le deben más a la epilepsia, que la epilepsia a las neurociencias. También se ha dicho que la epilepsia ha sido la gran maestra de la neurología. En efecto, el estudioso de la epilepsia, ya sea investigador clínico o básico del fenómeno epiléptico, tendrá que comprender las bases de la fisiología y la fisiopatología del sistema nervioso. Y para intentar dominarlo se requiere de una dedicación profunda, es imposible soslayar el hecho de que primero somos médicos y después neurólogos. En mi opinión es inadecuado formar epileptólogos, pues al igual que es inconcebible que el neurólogo no sepa electroencefalografía, también podría ocurrir que un “epileptólogo” desconociera el resto de la neurología. Parecería una verdad de Perogrullo, pero hay que enfatizarla, la neurología y la epilepsia siempre irán de la mano. El hecho que epidemiológicamente es la afección neurológica más frecuente, por lo que, por razones obvias nos interesamos y buscamos soluciones a los problemas médicos y sociales que provoca.

Quisiera recordar una de las vivencias y experiencias que más me han impactado en mi vida profesional como médico–neurólogo, interesado en el campo de la epileptología. Fue en el año de 1987, que después de varios años de colaborar en el Comité Ejecutivo de la Liga Internacional, que logramos organizar el 172 Congreso Internacional de Epilepsia en la ciudad de Jerusalem, con una asistencia cercana a los dos mil congresistas, seguramente atraídos no sólo por los atractivos de toda índole, sino porque se que iba a tratar sobre los avances básicos, moleculares y tecnológicos de la “Enfermedad Sagrada”, término rechazado por Hipócrates veinticuatro siglos antes; sino que el tema principal fue: “Epilepsia y religión”. Desde años atrás se insistía en que: “las religiones buscan la santidad y las ciencias buscan la verdad”; esto se confirmó durante el

desarrollo del congreso, donde hubo ponencias que analizando con bases históricas y religiosas, los episodios de “éxtasis” que presentaba Abraham, al igual que los profetas Daniel, Isaías y Ezequiel.

Abraham, patriarca del judaísmo y del islam, presentaba episodios (relatados en el Antiguo Testamento), de sueño muy profundo (Tardemah, Génesis 15:12), durante el cual, de acuerdo con varias interpretaciones, “sentía que su espíritu se elevaba para alcanzar la mano de Dios”. Estos episodios de éxtasis se presentaban, casi como requisito, en los profetas del Antiguo Testamento. Igualmente se presentaron y discutieron episodios de levitación del profeta Mahoma; ponencias presentadas por eminentes neurólogos de diferentes religiones, las cuales fueron comentadas en un ambiente de mutuo respeto. El representante del papa Paulo VI presentó la modificación del código canónico que prohibía que los futuros sacerdotes que sufrían epilepsia pudieran officiar la santa misa. Debo agregar que en cuanto la aparente pérdida de conciencia de Jesucristo, que sufrió en el desierto “durante un ayuno de cuarenta días”, sólo se comentó en los pasillos, considerándose que sólo pudo ser hipoglucemia. La epilepsia también está descrita en las revelaciones del Nuevo Testamento, destacando los episodios de crisis focales complejas de los apóstoles San Pablo y San Juan, con auras auditivas, rotación de la cabeza, con luces y pérdida de conciencia: “al ver al hijo de Dios” y caer como muerto.

Históricamente los relatos que se han hecho de las manifestaciones críticas e intercríticas de la epilepsia, en personajes o personalidades de diferentes épocas, han hecho que prevalezca un concepto en muchas ocasiones incorrecto acerca de la psicopatología del enfermo epiléptico. Desde el punto de vista histórico–anecdótico, es interesante analizar la vida y posibles padecimientos de personajes como los profetas, Julio César, Napoleón, etc., cuya influencia, en su tiempo fue definitiva, en aspectos sociales, religiosos y culturales. Sin embargo, resulta difícil analizar estos aspectos con relación a la posibilidad de que padecieran epilepsia y concluir o sugerir que este padecimiento influyó de una manera u otra en el desarrollo histórico, cuando en primer lugar, no sabríamos con exactitud si realmente padecían epilepsia o simplemente crisis convulsivas no epilépticas. El mejor ejemplo de esta controversia es Vincent van Gogh (S. XIX) de quien sí existen datos clínicos cada vez más evidentes de que no padecía epilepsia. Durante una breve estancia en Marsella, al inicio de la práctica de la video– electroencefalografía (1976), gracias a una carta del Prof. Henri Gastaut, tuve la oportunidad de revisar

documentos clínicos históricos del asilo Saint Paul de Mausole, localizado en Saint Rémy de Provence en donde fue asilado Vincent van Gogh quien, tras de una discusión con su amigo Gauguin, y bajo el efecto del ajenjo (*absinthium*), bebida que con frecuencia tomaba van Gogh, se cortó la oreja izquierda y poco después tuvo alucinaciones paranoides y trastornos de conducta, que obligó a la policía de Saint Rémy a enviarlo al asilo de Saint Paul, donde sin mayores datos, se le calificó a su ingreso como epiléptico. Posteriormente continuó con episodios depresivos y ligado a la ingestión de ajenjo tuvo una crisis convulsiva. Al regresar a Arles continuó con depresión, por lo que su hermano Theo, decidió llevarlo a Auvers, cerca de París, bajo la vigilancia del Dr. Paul Gachet, siempre preocupado por la depresión de van Gogh, que finalmente, lo llevó a la decisión de suicidarse el 29-VII-1890. Para mí es evidente que van Gogh sufrió crisis no epilépticas, convulsivas, ligadas al ajenjo y por otro lado, un grave síndrome depresivo que lo llevó al suicidio. A pesar de lo anterior, la personalidad de van Gogh, asociada a crisis convulsivas tardías, no epilépticas, han sido aprovechadas dolosamente por una compañía farmacéutica, para utilizar su autorretrato, para un fármaco antiepiléptico a nivel mundial, que gracias a la protesta de la Liga Internacional Contra la Epilepsia, dicha publicidad fue retirada.

El desarrollo histórico de la relación de epilepsia y psicopatología tiene tres etapas, la primera basada simplemente en anécdotas, en investigaciones “clínicas” básicamente de tipo institucional, es decir, en donde están hospitalizados crónicamente pacientes con epilepsia de difícil control que, frecuentemente, pueden tener trastornos psicopáticos secundarios a lesión cerebral y/o asociados a la farmacoterapia; en segundo lugar, aparece la etapa de investigación social en donde se pretende demostrar que los trastornos de personalidad descritos a través de la historia del enfermo con epilepsia, no son característicos de esta afección crónica, sino que son resultados de la falta de comprensión de la sociedad y se trata de evitar que se considere al enfermo con epilepsia como agresivo, apático, irritable, místico, vicioso, viscoso. La tercera etapa tiene que ver a partir de 1973, 1981 y 1989 con la definición y clasificación de crisis epilépticas, síndromes epilépticos, basándose en los grandes avances de diagnóstico electrofisiológico, imagenológico y además de los nuevos conocimientos a nivel molecular, de las alteraciones de la transmisión sináptica y a nivel de los canales iónicos, que permiten tener un concepto de las diferentes formas de epilepsia.

A pesar de que Charcot, a finales del siglo pasado definió las diferencias entre lo que él llamó la histeroepilepsia y la epilepsia misma y hasta la fecha, se confunden las manifestaciones conversivas, que pueden tener algunos pacientes con epilepsia, igual que pueden presentarse con regularidad en cualquier padecimiento crónico que no recibe un tratamiento adecuado.

Además, han prevalecido contradicciones significativas; la psiquiatría alemana describió al “epiléptico” como hipócrita, que esconde su agresividad atrás de una fachada de religiosidad y conformidad social. Kraepelin resaltó su circunstancialidad y temperamento intenso: Freud describió “graves conflictos del epiléptico sobre lo bueno y lo malo”. Además, se describieron cuadros psicóticos “clásicos” del epiléptico, sin embargo, en contraste, Meduna señaló una relación inversa entre psicosis y epilepsia, lo que propició el tratamiento electroconvulsivo en algunos cuadros psicóticos.

Con base en estudios de fósiles, reptiles, mamíferos y humanos, se sabe que el cerebro ha evolucionado de una forma triunitaria, que consiste en tres ensambles que anatómicamente y químicamente, reflejan semejanzas ancestrales de la evolución de los reptiles hasta la especie humana.

El concepto del sistema límbico deriva en gran parte de los estudios clínicos de la epilepsia psicomotora (epilepsia del lóbulo temporal, crisis parciales de sintomatología compleja) y al mismo tiempo, ha ayudado a explicar la sintomatología de esta alteración. En 1948 Gibbs publica su trabajo sobre epilepsia psicomotora y en 1954 Penfield y Jasper, publican sus experiencias neuroquirúrgicas de localización y muestran las primeras evidencias subjetivas de que el lóbulo límbico juega un importante papel en la elaboración y expresión de las experiencias emocionales. MacLean, en el Hospital General de Massachusetts, registró por primera vez espigas en el hipocampo con electrodos nasofaríngeos en pacientes con epilepsia del lóbulo temporal, cuyos registros electroencefalográficos de superficie, previamente, se habían reportado como normales; así es como se reúnen MacLean y Papez para demostrar las conexiones hipocámpicas con la corteza auditiva, visual y somática que explican la sintomatología de las crisis epilépticas del lóbulo temporal de sintomatología compleja. Finalmente, MacLean, utiliza el término de cerebro visceral en lugar del término que se había utilizado de rinencéfalo y sugiere que la mezcla de impulsos o estímulos hacia el hipocampo, de los sistemas intero y exteroceptivos pueden permitir la actividad neuronal necesaria para integrarse en sensaciones afectivas:

“no tiene que ver en lo absoluto con el inconsciente freudiano, sino que más bien, elude el campo del intelecto para su estructura primitiva animal que hace imposible comunicar esas sensaciones en términos verbales”, de donde hay que establecer una gran diferencia entre lo que sentimos, entre lo que sabemos; MacLean descarta el concepto de cerebro visceral y recobra el título del sistema límbico en 1952.

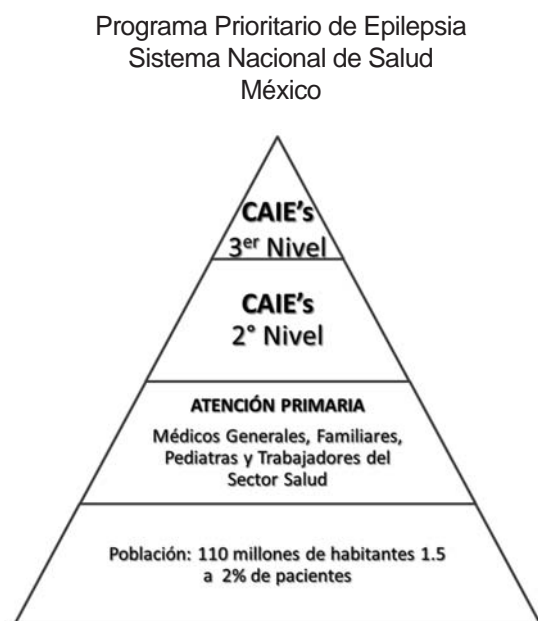
Todos los antecedentes conceptuales de la evolución histórica, epidemiológica, neurofisiológicas y terapéuticas, fueron las razones para que en 1909 se creara en Budapest, la Liga Internacional Contra la Epilepsia que a lo largo de más de cien años, ha apoyado en todo el mundo proyectos de investigación básica y clínica, que fueron indispensables para la síntesis de los primeros fármacos antiepilépticos (Fenobarbital 1912), la creación de nuevas técnicas (electroencefalografía 1929) y, las bases para clasificar los diferentes tipos de crisis epilépticas, síndromes epilépticos, afecciones genómicas, canalopatías, que han trascendido hacia la transformación genómica de la epileptología (Francis Collins).

En lo que se refiere a nuestro país, ante la evidencia epidemiológica de que la epilepsia era definitivamente un problema de salud pública, aceptado como tal por la Organización Mundial de la Salud, se decidió organizar el Programa Prioritario de Epilepsia (PPE) del Sector Salud (1984) por su magnitud, ya que los estudios de prevalencia realizados en cinco poblaciones (urbanas y rurales), con un protocolo diseñado por la Liga Internacional Contra la Epilepsia (ILAE) y la oficina Panamericana de Salud (PAHO), y que se llevó a cabo simultáneamente en la Delegación Tlalpan (D.F.), Milipilla (Santiago de Chile) y dos condados de los Estados Unidos, en Maryland y Oregon, con resultados semejantes (en México y Chile con un promedio de 15.2/1000 y en EUA en promedio de 10/1000), que se confirmó que en otros cuatro estudios de prevalencia, realizados en 23,000 escolares de 3° de primaria, en treinta estados de la República, así como en Naolinco, Ver., Comalcalco, Tab., y Copala, Gro., en promedio se encontraron 15.7/1000 habitantes, es decir, más de un millón y medio de pacientes que sufren epilepsia en México. Lo anterior sumado al hecho de que la epilepsia, a través de la historia de la humanidad ha creado conceptos erróneos por las características de las crisis epilépticas, particularmente, las convulsivas, que frecuentemente se relacionan con posesión demoníaca, provocando en las familias y en la sociedad, reacciones negativas, que llegan a estigmatizar al enfermo que sufre epilepsia, con la

consecuencia de que el niño o adulto son rechazados en las escuelas, en los empleos y también en la propia familia; lo que ha trascendido a la sociedad, que sumado a la elevada prevalencia, obligó a la Organización Mundial de la Salud y la PAHO, a tomar acciones para atender a nivel mundial esta afección con el compromiso de llevar a cabo una Estrategia y Plan de Acción sobre Epilepsia en el continente americano. Por ello se requirió:

- A. Crear una infraestructura que fuera capaz de atender de 1.5 a 2 millones de enfermos que sufren crisis epilépticas (Centros de Atención Integral de Epilepsia, CAIE).
- B. Crear un Programa de Atención Integral de la Epilepsia, de acuerdo con el Sistema Nacional de Salud actual (que se organizó en 1943), por lo que ha requerido renovarse gradualmente.
- C. La infraestructura de las neurociencias y la epileptología mexicana ha avanzado notoriamente; sin embargo, se encuentran distanciadas de la atención primaria del enfermo epiléptico; por lo que se debe optimizar la referencia y contrarreferencia en los tres niveles de atención.
- D. Es evidente que el objetivo principal del PPE sea la capacitación y actualización permanente de los recursos humanos que, están obligados a atender diariamente, a los pacientes con crisis epilépticas y no epilépticas.

El PPE, a la fecha, cuenta con sesenta y cuatro Centros de Atención Integral de la Epilepsia (CAIE's) localizados en treinta Estados de la República, centros que pertenecen las diferentes Instituciones que integran el sector salud y que, en la actualidad, gracias al Seguro Popular, gradualmente, estamos atendiendo a cerca del 90 % de los pacientes que sufren epilepsia en todo el país, con la filosofía de coordinar nuestros CAIE's con el primer nivel de atención, y 2° y 3. er niveles de atención, mejorando la referencia y contrarreferencia de los pacientes, gracias a un programa de capacitación y actualización del médico general, pediatra e internista, que se basa en los valores de excelencia y pertinencia que permitan ofrecer la mejor atención médica y quirúrgica del enfermo que sufre epilepsia.



SOBRE LAS LENTEJAS, LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

Guillermo José Ruiz-Argüelles

225

Las relaciones financieras entre la industria farmacéutica y los profesionales de la salud siguen siendo controvertidas⁴⁰. Algunas interacciones como las que suponen actividades de investigación o intercambio de experiencias, promueven el desarrollo y el estudio de fármacos nuevos. La contraparte son los pagos en diversas formas como pago de alimentos y promoción de actividades de “educación médica continua” cuyo objetivo final es que los médicos prescriban fármacos a pesar de que no hay suficiente evidencia para hacerlo. Recientemente, Kesselheim *et al*⁴¹ analizaron los pagos que la industria farmacéutica hizo a los médicos en el Estado de Massachusetts, entre julio de 2009 y diciembre de 2011 y, encontraron que la forma más común de pago fue la comida. En esos treinta meses se pagaron en total 2.4 millones de dólares en comida para los médicos analizados. Otras formas de pago menos frecuentes fueron becas, regalos educativos, conferencias y reuniones médicas. Estos datos apoyan la idea de que a los médicos los compraron... con comida.

Génesis (25:34). Pasaron los años y Rebeca dio a luz mellizos. Esaú nació primero que Jacob. Crecieron los muchachos. Esaú era muy hirsuto y Jacob lampiño. El mayor era el preferido de su padre porque le gustaban el monte y la caza. En cambio, Jacob era hogareño y su madre, lo quería más. Un día Jacob estaba guisando unas

⁴⁰ Ruiz-Argüelles G. J. “Reflexiones sobre las relaciones entre médicos e industria farmacéutica”. *Rev Invest Clin Méx* 1997; 49:79-80.

⁴¹ Kesselheim AS, Robertson CT, Siri K, Batra P, Franklin JM. “Distributions of Industry Payments to Massachusetts Physicians”. *N. Engl J Med* 2013; 2049-52.

lentejas, Esaú venía de cazar hambriento, y le dijo: —te cambio mis derechos de primogénito por un plato de esas lentejas. —¡Júrame ahora mismo!— le dijo Jacob. Esaú lo juró, se comió el plato de lentejas, y cambió los derechos de la primogenitura. Isaac era ya muy viejo y se había quedado ciego. Había llegado el momento de transmitir a su hijo mayor todos los derechos. Llamó a Esaú, le dijo que saliera a cazar al monte y que con la caza le preparara un buen guiso. La primogenitura era el derecho que tenía el primer hijo sobre los demás y que Esaú cambió a Jacob... por un plato de lentejas.

El ambiente médico actual, permeado por deseos exagerados de lograr el éxito económico fácil y rápidamente, ha generado un campo muy fértil para que la industria farmacéutica ofrezca platos de lentejas —y otras cosas— a los médicos. En los Estados Unidos de Norteamérica, a pesar de estar relativamente regulada esta actividad coercitiva, se gastan sumas muy altas de dinero en manipular a los médicos para prescribir medicamentos diversos. En nuestro país el problema es mucho peor. Las industrias farmacéuticas identifican a “líderes de opinión”, médicos especialistas quienes aceptan hablar favorablemente de algunos fármacos^{42 43} a cambio de “un plato de lentejas”. Estos promotores de medicamentos sin sueldos fijos —agentes de medicinas disfrazados— no deben ser reconocidos como expertos; la mayoría presentan datos que las mismas compañías farmacéuticas les proporcionan y casi nunca tienen experiencia propia sobre el tema. Los “líderes de opinión” se convierten en “expertos” de la noche a la mañana: profesionales de la salud alimentados con lentejas por la industria farmacéutica, quienes son llevados a foros distintos para promover productos o métodos para que quienes los escuchen, continúen la práctica de prescribir no siempre el mejor medicamento, sino el que mayores beneficios personales le va a generar. A algunos —personal de la industria— no les preocupa que las indicaciones para el empleo de un medicamento sean correctas; les interesa que el medicamento sea prescrito, aun cuando sea equivocadamente. Algunas compañías farmacéuticas también se involucran en actividades de “investigación” patrocinadas por ellas mismas, habitualmente estudios confirmatorios de resultados obtenidos en otros sitios los que además, tienen la ventaja

⁴² Moynihan R.: “Key Opinion Leaders: Independent Experts or Drug Representatives in Disguise”. *Brit Med J* 2008;336:1402-1402

⁴³ Ruiz-Argüelles G.J.: Editorial. “El producto interno bruto no apoya al producto interno inteligente del país”. *Medicina Univ* 2009; 11:147-148

de hacer accesibles fármacos costosos a pacientes con limitaciones presupuestales. Estos estudios confirmatorios (*me too studies*)⁴⁴ excepcionalmente generan conocimientos nuevos, pero a algunos “investigadores” les permiten agregar líneas en sus *curricula vitarum*.

Como resultado de las relaciones de los profesionales de la salud con la industria es cada vez más frecuente, escuchar frases lamentables como: “*doctor, ya sólo le faltan tres recetas del fármaco X para que lo podamos invitar a la reunión anual de su especialidad, durante la que le ofreceremos lentejas*”; “*colega: si usted no ingresa al hospital suficientes pacientes, la renta de su consultorio se va a tener que incrementar*”; “*doc, el mes pasado hubo sólo una receta del fármaco Y... ¿qué pasa?*”

También es cierto que numerosas industrias farmacéuticas colaboran con los médicos de manera incondicional. Los apoyan en labores de investigación, de enseñanza o de educación continua, sin influir sobre sus prescripciones ni sobre sus presentaciones estrictamente académicas. Muchas sociedades médicas reciben apoyos incondicionales e irrestrictos de la industria, promoviendo así una sana interrelación entre estos personajes críticos en el desempeño de las actividades orientadas a promover la salud de los pueblos, lamentablemente, este tipo de relaciones son excepcionales.

La mayoría de estas prácticas, finalmente, causan que los costos de los medicamentos nuevos alcancen precios inaccesibles para muchos de los pacientes que los necesitan⁴⁵. Las “lentejas” de las que se alimentan los “líderes de opinión” y otros personajes más involucrados en el desarrollo de nuevos fármacos, no las pagan las compañías sino las pagan los pacientes que consumen los fármacos a precios desmedidamente inflados. Se están dando ya evidencias de la inconformidad de los médicos por los precios de los nuevos medicamentos, que en algunas áreas de la medicina, han alcanzado proporciones gigantescas⁴⁶ y cuyas ganancias han servido para pagar algo más que platos de lentejas.

La industria de los fármacos seguirá reclutando médicos para comercializar sus productos, pero no podemos aceptar a estos colegas como expertos. Quienes pagan impuestos y pertenecen a sociedades médicas y científicas serias, merecen liderazgos verdaderamente

⁴⁴ Experts in Chronic Myeloid Leukemia. “Price of Drugs for Chronic Myeloid Leukemia (CML), Reflection of the Unsustainable Cancer Drug Prices: Perspective of CML experts”. *Blood* 2013, Prepublished Online April 25, 2013.

⁴⁶ *Ibidem*.

académicos, de quienes no tienen conflictos de interés y defienden su libertad intelectual. A los “expertos” quienes actúan como el brazo mercadotécnico de las compañías farmacéuticas, debemos enviarles un mensaje muy claro: su tiempo se acabó, ya no los podemos seguir manteniendo con lentes ni con otras regalías.

EL EMBATE DEL ENTORNO EN LA SALUD MENTAL DEL MÉDICO

Eduardo Vázquez Vela Sánchez

La capacidad de frustración del ser humano varía de acuerdo con la raza, condición socioeconómica, orientación religiosa, actividad y entorno ambiental. Dependiendo de la propensión de cada individuo, esta característica puede repercutir en diferente grado en la salud mental de cada persona.

En el médico mexicano, dicha capacidad ha sido forzada a acrecentarse de manera paulatina y acaso imperceptible como resultado de las circunstancias en las que se desenvuelve profesionalmente. Entre los motivos y orígenes de la frustración destacan los que perturban el entorno de trabajo.

Los escenarios laborales del galeno se han modificado sustancialmente en los últimos cincuenta años y es probable que sean los responsables del aumento en la frecuencia de las enfermedades mentales en el profesional de la medicina. El riesgo aumenta conforme la capacidad de frustración que se agota al paso de los años. La magnitud de dicha posibilidad es inversamente proporcional a los años de servicio y, la severidad del daño que produce, varía en cada individuo. Soportar el peso de la incapacidad personal para superar el desengaño secundario, paulatinamente, distorsiona la percepción de la situación ¿O es acaso a la inversa? y permite entonces ver con mayor claridad la realidad y ensombrece lo concebido como legítima entelequia.

La ilusión, el deseo, el optimismo y la quimera del estudiante, conforman en su imaginación el entorno ideal para desempeñar su actividad profesional.

El estudiante de diferentes licenciaturas puede ubicarse en el mercado laboral, el seleccionado las menos de las veces; el disponible,

generalmente, para iniciar la anhelada e idealizada vida profesional, en ella debe encontrar el sustento personal y/o familiar, debe buscar su desarrollo profesional y al mismo tiempo ubicarse favorablemente en el espacio profesional. La mayor parte de las actividades técnicas y de licenciatura permiten al estudiante cumplir con estos deseos desde los primeros años de estudios. En la gran mayoría de los casos, la medicina es una excepción de la regla y el estudiante debe —no es electivo— continuar aprendiendo, ya sea para certificarse como médico general o para completar una maestría (especialidad) o hasta un doctorado (alta especialidad) antes de aspirar a desarrollar actividades remuneradas adecuadamente.

¿Se inicia así la frustración del estudiante de medicina cuando se compara en desventaja con amigos que cursan otras carreras técnicas o de licenciatura y tempranamente devengan honorarios?

El entorno

Las funciones y el desempeño del médico en las instituciones de salud del país se han modificado paulatinamente durante los más de cien años que ha operado de manera sistemática. El modelo original nace en el Hospital General de la Ciudad de México en el cual desde su génesis y, durante su desarrollo, el médico ha desempeñado un papel fundamental. Durante varias décadas la organización de la actividad médica y, por ende su gestión, fueron encabezadas y conducidas por destacados maestros y tutores bajo cuyo liderazgo se instruyeron y capacitaron los médicos de finales del siglo diecinueve y de casi seis décadas del siglo veinte. Durante este período la eficiencia y calidad de la organización fue responsabilidad de los grupos médicos. El facultativo era el eje de los servicios de salud de todas las instituciones del país, libremente tomaba las decisiones que beneficiaban al equipo médico y repercutían en favor de los pacientes.

La estructura existente permitió el progreso de la enseñanza de la medicina. Partimos de la tutelar desde fines del siglo XIX para derivar en la académica desde la segunda mitad del siglo pasado. Durante este período se perfeccionaron los planes de estudios de las escuelas y facultades de medicina, y se establecieron y colegiaron las especialidades. Sin duda alguna, se alcanzaron niveles de alta calidad en la capacitación de los médicos. Además, se promovió la motivación para el trabajo y por ende, se avanzó en la provisión de servicios médicos de calidad.

El ejercicio de la medicina en México se transformó poco tiempo después del movimiento médico de 1965. Para muchos, el antecesor ideológico y, en gran medida el generador del conflicto político, que en 1968 cimbró al país y marcó el rumbo que llenó de esperanzas a la juventud mayoritaria. Poco después, las expectativas se desvanecieron como consecuencia de la actitud impía de algunos políticos, varios de ellos brillantes y decididos, que abandonaron sus ideales y frustraron los de muchos mexicanos.

En tributo a los doctores y estudiantes de medicina que fueron afectados en diferente medida, señalaremos algunos acontecimientos del movimiento médico. Se inició en noviembre de 1964 cuando residentes de una de las instituciones públicas reclamaron pagos pendientes, hecho que a 206 de ellos les valió ser despedidos. En respuesta a tan grande injusticia, los médicos se solidarizaron y comenzaron a organizar paros que pronto abarcaron a cuarenta hospitales de diferentes instituciones. El presidente en turno, recién entrado en funciones, prometió estudiar sus peticiones de aumento de sueldo y participación en la elaboración de planes de estudios, con lo que se levantó el paro. Posteriormente, frente al incumplimiento de los acuerdos, en abril de 1965 realizaron una manifestación aplacada por grupos de choque de una entidad sindical. Pocos meses después, se inició un paro de residentes seguido por médicos titulados y se organizó una gran manifestación; esa noche la policía tomó algunos hospitales y sustituyó a los paristas por médicos militares. Este grupo de profesionales capaces y comprometidos debió obedecer las órdenes superiores y dominar sentimientos personales respecto al pronunciamiento acallado.

Cientos de médicos, los más activos en el movimiento, fueron despedidos y sus líderes encarcelados. La reprimenda contra el gremio médico formó parte, junto con otros hechos insoslayables, como los acelerados cambios en la medicina tecnificada, la creciente demanda de servicios en las instituciones de salud y el crecimiento de oferta de médicos egresados de las numerosas escuelas de medicina, con la consecuente saturación de mercado de trabajo, de los factores considerados como predisponentes y precursores del cambio en la gerencia de los servicios de salud y, en particular, del papel que el médico desempeña en muchas de las instituciones de salud.

La información y la evolución de los hechos subrayan que el sacrificio de decenas de eminentes maestros de la medicina, de centenares de médicos adscritos y adjuntos, de estudiantes de medicina

y enfermeras, se debió a lo que hoy priva en el gremio médico: “La ausencia de una asociación unificada y capaz de defender los intereses de la profesión frente al Estado y los grandes monopolios de la salud”.

Maestros sobresalientes, médicos destacados y directivos de alta conciencia ética fueron forzados a abandonar las diversas instituciones de salud. Esta sangría de mentes brillantes, dañó irremisiblemente a la medicina mexicana que en ese entonces, ocupaba un lugar destacado en el ámbito mundial. Jóvenes médicos de Latinoamérica, Europa, Canadá, Estados Unidos e inclusive de países asiáticos y africanos, aspiraban a prepararse en los bien ponderados servicios que en diferentes especialidades, les ofrecía la medicina mexicana.

Cabe señalar que hasta el momento actual y a pesar de las numerosas barreras que deben de superar, importantes grupos de médicos talentosos han desarrollado o conservado excelentes servicios en diferentes instituciones del sector salud en beneficio de los usuarios de la medicina mexicana.

Factores como los expuestos y muchos más que desconocemos, sentaron las bases que gradualmente modificaron las condiciones de trabajo en las instituciones del sector salud.

Además, la matrícula se incrementó considerablemente en el creciente número de escuelas de medicina abiertas en toda la república mexicana; resultaba imposible controlar la calidad de los planes de estudio. De igual manera, era improbable integrar plantillas de profesores capacitados que aseguraran la calidad de la enseñanza.

La autoridad gubernamental pretendía evitar que la demanda de médicos fuese mayor que la oferta; era menester suprimir la posibilidad de que se repitieran movimientos que aglutinaran a grupos sociales encabezados por los médicos, como líderes naturales, que pudieran amenazar la estabilidad del gobierno totalitario.

Los esfuerzos rindieron frutos, el número de médicos egresados de escuelas y facultades con niveles precarios de calidad saturaron el mercado laboral: la oferta superó a la demanda con lo que las condiciones de trabajo fueron impuestas por la autoridad.

Al médico se le impidió continuar como el rector de la salud, lo marginaron para sustituirlo por personal administrativo que por razones naturales, carece de la sensibilidad para dirigir instituciones de salud.

Lo anteriormente señalado condujo a la transformación del médico, de fiel y confiable aliado, en un obrero más de las instituciones. Como resultado, indeseable e injustificable, el médico ha tomado una actitud acorde con el consecuente perjuicio en la calidad de los servicios que otorga. El principal perjudicado en todo este proceso de cambio es el paciente que acude a las instituciones de salud. Grave, muy grave desenlace.

¿Son estas condiciones las que han propiciado el efecto negativo del entorno sobre la salud mental del médico? O bien, puede ser que el avance de la psicología y de la psiquiatría permita que en la actualidad se detecten con mayor facilidad, y con más frecuencia los signos y síntomas evidentes, del deterioro de la salud mental de este profesionista. Sea cual fuere la causa, es una realidad que los ciertos diagnósticos de patología mental, se establecen con mayor frecuencia entre los médicos que laboran en las instituciones de salud.

La utopía

En el horizonte profesional el bachiller, aspirante a ingresar a las sobresalientes facultades de medicina de México y, el novel estudiante de las décadas de los cincuentas y los sesentas del siglo veinte, percibían condiciones promisorias de trabajo. El ejercicio médico que privaba en la capital de la República y en numerosas ciudades lo percibían en el seno familiar o en el medio social en el que se desenvolvían.

La denominada medicina social, término acuñado con el nacimiento del IMSS y poco después del ISSSTE, se encontraba en su apogeo. La medicina privada ofrecía notables posibilidades de desarrollo. Además, debemos considerar que en esa época la Facultad de Medicina había alcanzado el pináculo académico; las actividades docentes se desarrollaban en instalaciones de excelencia, los profesores de la UNAM gozaban de excelente reputación, y en su seno se ofrecían vastas perspectivas de prosperar como maestro de la prestigiada corporación.

Tanto en las magníficas instalaciones de los Centros Médicos como en las de los Institutos de Especialidad y los Hospitales Generales, el médico encabezaba los servicios ofrecidos y casi siempre los dirigía. Asimismo, habitualmente coordinaba las instituciones de beneficencia que brindaban servicios de salud, y con frecuencia tutelaba y poseía los hospitales privados.

El estudiante observaba con admiración el desarrollo de los distinguidos profesores que, a la par de conducir sus estudios, encabezaban los servicios de las diferentes disciplinas de la medicina, y sobresalían como los mejores especialistas en el ámbito de la medicina privada. La dualidad no solamente era posible sino deseable, debido a que les facilitaba obtener ingresos para solventar los gastos necesarios para el desarrollo de la familia. La capacidad económica establecía las condiciones propicias para el libre desarrollo de las actividades asistenciales, de enseñanza y de investigación. Los alumnos atestiguaban esta mecánica e imaginaban así su futuro; muchos de ellos aspiraban a ocupar una posición en las instituciones de salud una vez concluida la carrera hospitalaria correspondiente.

Paulatinamente quedaban atrás los años de la medicina tutelar. Era imperativo capacitarse dentro de los programas universitarios que se desarrollaban en algunas de las instituciones del sector salud. El recientemente inaugurado Centro Médico del IMSS, los Institutos de Salud, los hospitales de la seguridad social para los trabajadores del gobierno, los hospitales militares y algunas instituciones privadas de beneficencia pública destacaban como las mejores opciones para instruirse en las diferentes especialidades médicas que surgían como alternativa a la medicina general.

Atestiguar el desarrollo de la medicina social y de todas las instituciones del sector salud, así como las enormes posibilidades de progresar en dicho ámbito, invitaba a los jóvenes estudiantes a incorporarse a alguna de ellas. Este panorama no se modificó en décadas. El médico era el eje de la medicina pública y privada, se desarrollaba a plena satisfacción y podía solventar las necesidades familiares. Además, sin grandes problemas asimilaba el costo de cursos y congresos que le permitían permanecer actualizado en beneficio de sus alumnos. Lo más importante es que dicho beneficio abarcaba a los pacientes que debía atender en lo público y lo privado.

La realidad

Los hechos que surgen durante las siguientes décadas deterioraron el entorno de trabajo en perjuicio de los médicos y de todos aquellos que se desempeñan a su alrededor: enfermeras, técnicos, camilleros y otros más.

La más grave repercusión del quebranto es el daño infringido a los pacientes que acuden a las instituciones de salud. La mayor

parte de ellos no puede sufragar el costo de la medicina privada. La inequidad que impera en los servicios de salud no ha sido superada y el esquema actual parece ser incapaz de lograrlo.

Al transformarse de eje–colaborador de la institución en obrero amenazado por administradores y políticos, perdió gran parte de sus prebendas y su envidiable posición económica y social. Resulta procedente señalar a este como uno de los factores determinantes para el deterioro de la calidad de los servicios que se otorgan en algunas las instituciones del sector salud.

Con frecuencia el médico carece de los insumos para desempeñar sus labores adecuadamente, sus demandas ocasionalmente son escuchadas y, en muchos casos, sus exigencias repercuten negativamente en su prestigio y autoridad. El número de pacientes que debe de atender se incrementa sobre la base de los requerimientos institucionales, nunca en respuesta a las necesidades de los enfermos. La presión que esto genera sobre el profesionista responsable, con elevada noción de la ética médica, con profundos conceptos humanísticos que lo fuerzan a ayudar a sus pacientes, llega a ser devastador para la higiene mental. Si a esto sumamos la imposición administrativa para cumplir con otras actividades ajenas a sus habilidades, la repercusión en la salud mental es inexorable, y más temprano que tarde se manifestará clínicamente.

Además de lo anteriormente señalado es conveniente enfatizar un punto medular en la productividad del médico, y que sin duda, repercute en la calidad de los servicios que ofrece. Abordarlo con fines positivos impone el análisis desde el punto de vista de las autoridades y del médico.

Uno y otro consideran que el dicho popular es atinadamente aplicable en ambos sentidos:

“Ellos hacen como que me pagan, Yo hago como que les trabajo”.

“Hago como que les pago pues ellos hacen como que trabajan”.

Ambos enfoques a pesar de ser negativos son explicables y justificados. La autoridad conoce la baja productividad de un gran número de médicos institucionales y por otro lado, reconoce el excelente desempeño de un limitado número de ellos. Un sinnúmero de funcionarios del sector salud ha mostrado grandes deseos de vencer los obstáculos existentes para impulsar la calidad en los servicios de salud. Para ellos también resulta frustrante no lograr someter las barreras burocráticas y sindicales que se han erigido y actuar en consecuencia. Para ejemplificar este hecho es conveniente referir el poco conocido, pero muy ilustrativo ejemplo de uno de los hospitales

del sector salud. En la década de los setenta y ante el elevado costo de operación del nosocomio analizado, se tomó la valiente decisión de efectuar un exhaustivo análisis de los costos de operación. En síntesis, se concluyó que las actividades asistenciales podían cubrirse holgadamente aun en el caso de ser efectuadas y sufragadas en hospitales privados. El nosocomio en cuestión podía cerrarse y los servicios a los usuarios no se verían mermados, por el contrario, el paciente probablemente sería tratado con mayor oportunidad, mejor calidad y más calidez.

El binomio calidad-calidez ha sido señalado como objetivo total en los últimos Planes de Desarrollo del Gobierno Federal, así como en los Programas Nacionales de Salud.

Los médicos que trabajan incansablemente señalan, con sobrada razón, la injusticia que representa el que su remuneración, por jornadas fijas de trabajo, sea la misma que perciben los que escasamente producen una decena de consultas o de cirugías en todo un año. El excelente médico especialista es remunerado igual que el deshonesto, el mal capacitado y el poco productivo. Uno gana centavos por cada actividad que desempeña y el otro recibe cantidades inimaginables por otorgar unas cuantas consultas o efectuar un número reducido de cirugías. Desafortunadamente la proporción de médicos cuyo rendimiento se encuentra por debajo de lo deseable, se ha incrementado paulatinamente en los últimos años, repercutiendo negativamente en la productividad de la institución y en el costo de los servicios que otorga.

El médico como todo ente bio-psico-social se encuentra expuesto a la afección de uno o varios de estos tres componentes. La alteración en el ambiente social, indudablemente repercute en las otras dos esferas ¿cuál en primera instancia? Esto carece de importancia, lo trascendental es cómo ambas resultan severamente alteradas.

Como ha sido señalado con pertinencia, el número de médicos con problemas de salud mental se ha incrementado notablemente en las últimas décadas. Es oportuno señalar que paralelamente se ha incrementado la cantidad de doctores que presentan afecciones en la esfera física; en muchos de ellos subyacen disfunciones mentales que pasan desapercibidas y pocas veces son tratadas adecuada y oportunamente.

El incremento en el número de personas que durante el ejercicio de la medicina sufren de trastornos mentales, no puede separarse de la transformación que durante los años de práctica profesional sufrió el ámbito en el que se desempeña. El entorno vivido décadas

atrás había desaparecido para siempre. Quedaba el sueño de lo que fue y no volvería a ser jamás.

Los daños en la salud mental del médico impactan negativamente en los recursos humanos de la institución y elevan considerablemente el costo de operación. Este aspecto no ha sido analizado y valorado por las autoridades correspondientes. El médico afectado es incapaz de ofrecer servicios de calidad y puede llegar a dañar a sus pacientes; una vez reconocida la enfermedad deberá de ser incapacitado temporal o definitivamente; los gastos que genera su tratamiento trascienden negativamente en la economía de la institución. Las consecuencias de toda índole resultan gravosas para el individuo, la familia y la sociedad.

Independientemente de la capacidad de tolerar la frustración de cada facultativo, en las condiciones actuales es harto posible que el entorno al que debe enfrentarse, le resulte adverso y afecte su salud mental con repercusión en su integridad física

La expectativa

La decidida participación de la sociedad en la toma de decisiones hace del momento actual propicio para modificar el entorno. Es impostergable romper el círculo vicioso responsable del deterioro en las condiciones de trabajo del médico y en la calidad de los servicios que ofrecen las instituciones públicas de salud. Deben hacerlo los médicos en el gobierno, en la institución, en las universidades y en la academia.

Un punto primordial para favorecer al facultativo es la remuneración de acuerdo con la productividad y calidad de sus acciones. En la actualidad, la ley permite a algunos hospitales contratar al personal médico de acuerdo con sus necesidades específicas y retribuirlo por los servicios que otorga.

Exceptuando a algunas actividades requeridas permanentemente, no es necesario contratar médicos por jornadas específicas cuando en realidad, sus servicios son requeridos durante algunas horas de días determinados.

El esquema señalado permite el pago por actividad y permitirá que los médicos que se desempeñan con eficiencia y calidad, obtengan ingresos superiores a los que perciben en la actualidad. Por otro lado, penalizará la baja productividad y repercutirá negativamente en los estipendios devengados por los menos eficientes.

El ingreso acorde a la productividad, la eficiencia y la calidad de los servicios otorgados, así como la proyección en la enseñanza y la investigación, seguramente motivarán a los médicos a cumplir con las aspiraciones de las autoridades del sector salud y sobre todo con las necesidades de los pacientes.

El esquema con estas características tiene altas probabilidades de atraer a los médicos más capaces y mejor preparados hacia las instituciones de las que se alejó por las condiciones predominantes.

Médicos mejor remunerados, profesionales satisfechos, seres humanos plenos, serán los generadores de los servicios médicos que desean las autoridades y demandan los pacientes: bienes otorgados con oportunidad, calidad y calidez.

El entorno se modificará favorablemente para el médico con la consecuente recuperación del equilibrio bio-psíquico que requiere.

ANÉCDOTAS

“NADIE SE MUERE LA VÍSPERA” (DICHO MEXICANO) TRES CUENTOS CORTOS

Héctor G. Aguirre Gas

241

Los siete minutos y medio

Transcurría la parte media de los setenta en un soleado sábado de verano cuando un grupo de médicos departía en la casa del Dr. Saavedra, el Dr. Kuri, el Dr. Solís y el Dr. Berebiches al calor de una disputada partida de dominó; una amena conversación y algunos aperitivos, sin imaginarse que la reunión se vería súbitamente interrumpida por una catástrofe.

Sonó el teléfono y lo contestó Julio, uno de los hijos pequeños del Dr. Saavedra y dijo: “papá, le hablan al Dr. Solís, dice que es su hijo”. El Dr. Solís tomó la bocina y preguntó, un tanto malhumorado por la interrupción:

—¿Qué pasa?

—Papá, que mi abuela está tirada en el piso, inconsciente y no la puedo despertar.

—Ups!!! Voy para allá.

—Vamos contigo (intervinieron los amigos).

Al llegar, el joven Diego Solís, les abrió la puerta de entrada:

—Pues nada, que no reacciona.

El grupo de médicos, encabezados por el Dr. Solís —hijo de la paciente—, se apresuraron a revisarla, tan sólo para constatar que estaba en estado de coma.

Todos ellos, con excepción del Dr. Solís, trabajaban en un prestigiado hospital del sector público, por lo que decidieron trasladarla a ese hospital de inmediato para precisar el diagnóstico y ofrecerle los cuidados y el tratamiento que necesitara.

Doña Mercedes que por aquellos tiempos, frisaba sobre los ochenta años y algunos meses más (nadie supo cuántos más), fue recibida y atendida de inmediato en el servicio de urgencias. No padecía diabetes ni enfermedades del hígado o los riñones, no tomaba calmantes, no tenía fiebre ni había presentado episodios anteriores similares al actual. Se le realizó un examen médico minucioso que mostró que su presión arterial se encontraba ligeramente elevada y su frecuencia cardíaca era normal; los datos del coma y tal vez, una ligera rigidez de la nuca. Se practicaron los exámenes de laboratorio necesarios que no mostraron alteraciones significativas que orientaran al diagnóstico, todos fueron prácticamente normales. Un minucioso examen neurológico no mostró datos de daño cerebral en alguno de los hemisferios; los movimientos espontáneos estaban presentes en las cuatro extremidades, en forma simétrica, y las pupilas con tendencia a la miosis, aunque con respuesta a la luz en ambos ojos. El examen de fondo de ojo mostró edema de la retina, que traducía la existencia de hipertensión intracraneana, probablemente por edema cerebral. Por la ligera rigidez en los músculos de la nuca, se decidió practicar una punción lumbar que mostró líquido ambarino transparente. El examen citoquímico del líquido cefalorraquídeo mostró leucocitos normales, proteínas ligeramente altas y numerosos eritrocitos. Ante la presencia de depresión respiratoria progresiva, con frecuencia cada vez más baja y con menor profundidad, en una paciente en coma y de edad avanzada, se decidió practicar intubación orotraqueal, instalar un ventilador de presión positiva y hospitalizar a la paciente, con diagnóstico de hemorragia subaracnoidea.

Al Dr. Solís, hijo de doña Mercedes, no le agradó que le hubieran colocado un respirador mecánico, pero lo aceptó. Ingresó al servicio de neurología, donde los especialistas estuvieron de acuerdo con el diagnóstico y el manejo que se le había dado a la paciente en el servicio de urgencias y con ese plan se continuó su atención.

Para el lunes siguiente, la evolución de la anciana se había estabilizado sin ninguna mejoría, por lo que se decidió convocar a una reunión con los médicos de la señora y su hijo. Participaron en la junta el Dr. Solís, hijo de doña Mercedes, el Dr. Del Ángel, su médico tratante, el Dr. Lombard, jefe de neurología y el Dr. Saavedra, amigo del Dr. Solís, quien en el hospital se desempeñaba en un cargo directivo.

El planteamiento fue que por tratarse de una persona mayor, que no había experimentado ninguna mejoría durante todo el fin

de semana, con un evento vascular cerebral hemorrágico, no era correcto mantener su vida en forma artificial, dependiendo de un respirador mecánico, procedimiento que se consideró como parte de una obstinación terapéutica.

El Dr. Lombard, jefe del servicio, opinó que era muy pronto para tomar esa decisión, preguntó si se había considerado la probabilidad de que existiera edema cerebral y, recomendó que se esperara a que este disminuyera, antes de decidir retirarle la ventilación mecánica.

Ante el mal pronóstico y la edad avanzada de la paciente, por mayoría de tres a uno, se decidió desconectar el equipo y retirar la intubación endotraqueal. El Dr. Lombard aún no estaba convencido y decidió asistir a doña Mercedes durante los últimos minutos de su vida. El tiempo empezó a transcurrir con una lentitud desesperante... 5, 6, 7 minutos y nada, pero... a los siete minutos y medio, parecía haber ocurrido una breve respiración superficial, después un suspiro y después otra y así otras más, cada vez más profundas y frecuentes, hasta estabilizarse dentro de los patrones normales.

Doña Mercedes evolucionó en forma estable y sin complicaciones, siete días después recuperó la conciencia y al mes estaba saliendo del hospital por su propio pie. Eso sí ya no era la misma doña Mercedes y no porque le hubieran quedado secuelas de aquel evento, sino porque de ahí en adelante, todos la conocimos como doña Milagros.

Mensaje.

Parece existir acuerdo en el sentido de lo extremadamente difícil que es tomar la decisión de ¿quién debe morir y quién no debe morir? y de “¿cuándo es momento en que las personas deben morir?”, decisión que en su caso, le corresponde tomar a un juez y que probablemente, no debería estar al alcance de los humanos.

Los médicos, con frecuencia, tenemos que enfrentarnos a decisiones similares en el momento que debemos decidir cuándo es correcto aplicar medidas extraordinarias para mantener con vida a un paciente y cuándo no debemos hacerlo; tener en cuenta los principios éticos y los preceptos legales. Este tipo de decisiones, no deben ser enfrentadas por un solo médico, y cuando se vayan a tomar, siempre debe participar un miembro de la familia, preferentemente el familiar legalmente responsable. En casos complejos es recomendable someter el caso al comité de bioética del hospital.

La ley de Voluntad Anticipada faculta al propio paciente a determinar, —cuando está en uso de sus facultades mentales—, sobre

los procedimientos que aceptaría que se le practicaran y cuáles no, en caso de estar inconsciente, liberando de este compromiso a sus médicos y a su familia.

Si tenemos en cuenta la sabiduría que está detrás de los dichos mexicanos: “Nadie se muere en la víspera” y que significa que nadie se muere antes del día en que le corresponde morir ni siquiera el día anterior. Como que alguien tomará la decisión por encima de nosotros ¿No es así? ¿Usted qué opina doña Milagros?

No estoy muerto, no estoy muerto...

Era un día como todos en el Hospital General, mucho movimiento, muchos enfermos, un ritmo vertiginoso, cada quien con una misión que cumplir; los médicos revisaban pacientes y discutían casos, las enfermeras apresuradas para cumplir con las órdenes médicas y darle a los pacientes los cuidados requeridos, las nutricionistas preparaban las dietas especiales; las trabajadoras sociales atendían los problemas personales de los pacientes y el personal de limpieza dejaba las diferentes áreas deslumbrantes.

Después de una apendicitis complicada, que había sido operada en otro hospital, el Lic. Jesús Dobler Cerrillo, prominente funcionario público, ingresó muy grave con peritonitis complicada al hospital. Al cabo de dos semanas de hospitalización, de varias intervenciones quirúrgicas y complicaciones encadenadas —como suele suceder— ese día don Jesús, se agravó, presentó un paro cardíaco y fue declarado clínicamente muerto.

En el ir y venir del Hospital, coincidieron los camilleros Paco y Luis en el elevador:

—*Qué onda, ñero.*

—*Quihubo, cuate.*

—Pues aquí, voy por medicina a la farmacia, ¿Y tú?

—No, yo *nomás* voy a patología a llevar la camilla con este muertito. ¿Tú crees? *nomás* por una apendicitis que se complicó. Lo trajeron con peritonitis, lo operaron varias veces y ya no aguantó.

Percibiendo que estaban hablando de él, el “muertito” protestó, quitándose la sábana de encima:

—¡No estoy muerto, no estoy muerto!

Sin haberse repuesto del mayúsculo susto, Luis, detuvo el elevador y regresó de inmediato a la terapia intensiva. Los médicos que habían diagnosticado la muerte del paciente no lo podían creer,

pero la mejor prueba era el propio paciente, quien después de unas semanas, salió caminando por la puerta grande.

Tampoco don Jesús se murió la víspera, tampoco le tocaba, se reincorporó a su trabajo y casi fue gobernador de su Estado.

En una consulta posterior le pregunté sobre sus vivencias durante su estancia en el hospital, esperando que me relatará lo ocurrido en el elevador. Para mi sorpresa me platicó: “caminaba por un túnel muy tranquilo, rumbo a una luz blanca que me inspiraba paz y tranquilidad, cuando escuché una voz que con gran autoridad, me decía: *todavía no te toca, tienes cosas pendientes que hacer, regresa*”. En ese momento escuché a los camilleros platicando en el elevador y me di cuenta de que no estaba muerto.

Volviendo a los dichos mexicanos, tampoco don Jesús *se murió la víspera*, porque: “*Cuando te toca, te toca y cuando no, no*” y a don Jesús todavía no le tocaba.

“Y que me acuerdo que no me había despedido de mis hijos y que me regreso...”

Y los entusiastas vecinos de Colinas decidimos irnos de excursión a Amecameca a las faldas del Popocatepetl —cuando todavía no estaba enojado— para llevar a los niños a cortar su propio árbol de Navidad. Nos acompañó el abuelo Quico (don Francisco Sáenz) y a todos nos extrañó que se hubiera quedado en el coche y que no quisiera subir con los niños a buscar el árbol, pues siempre había sido muy entusiasta, sobre todo tratándose de convivir con sus nietos. Después supimos que no se había sentido bien. Celebramos la Navidad y todo parecía normal, pero el 28 de diciembre que llegamos a visitarlo se veía francamente mal, cansado, pálido y sudoroso, pero el sudor era helado; le preguntamos que cómo se encontraba, y nos dijo que sentía el pecho apretado. Lo examiné y tenía la frecuencia normal, algunas extrasístoles y la presión arterial un poco baja. Decidimos llevarlo al Hospital de “La Raza” para que lo revisaran.

Después de un rato nos avisaron, la sospecha se concretó: infarto en evolución; se tenía que internar. Esa noche, ya tarde, se puso muy mal: mucha dificultad para respirar, angustia y gran cantidad de flemas. Nos avisaron de inmediato y fuimos al hospital. Cuando llegamos, ya estaba tranquilo, respirando mejor y recostado semi-sentado en su cama.

Los médicos nos informaron de que había tenido una insuficiencia cardiaca aguda, con falla ventricular izquierda, edema pulmonar agudo e inclusive, había tenido un paro cardiaco del que se recuperó de inmediato, con la primera descarga del desfibrilador.

Su recuperación fue rápida, a tal grado de que el 31 de diciembre lo dieron de alta para poder celebrar el fin de año y continuar su tratamiento. Aceptó pasar unos días en casa de su hija mientras se recuperaba. En la sobremesa de la cena de fin de año, no faltaron las preguntas sobre su enfermedad y sobre cómo se había sentido. De inmediato se enfocó en la crisis que sufrió el 28 de diciembre y relataba:

“Volví a tener opresión en el pecho, como si tuviera una loza pesada, cada vez más intensa y empecé a sentir asfixia, como si me estuviera ahogando, muchísimas flemas que no me dejaban respirar, hasta que de repente, toda aquella tempestad amainó y me vi caminando por un largo pasillo, rumbo a una luz blanca muy tranquila, con gran confianza y sensación de paz y bienestar: y que me acuerdo que no me había despedido de mis hijos... y que me regreso. En ese momento sentí un golpazo en el pecho y desperté rodeado de todos ustedes”.

El día 1° enero llegó a verlo su hijo con su familia que regresaban de sus vacaciones en Epcot y el 3 de enero arribó su hija que vivía en El Paso, Texas. Después de verlos, don Quico se quedó muy tranquilo.

Todo iba bien hasta el 5 de enero por la mañana, en que en la casa todo eran prisas, el papá en su baño; la mamá en el baño de los niños; los niños de vacaciones y don Quico, que necesitaba ir al baño, se bajó un piso para ir al baño de visitas. Pudo bajar muy bien, pero... (el eterno “pero...”) de regreso ya no pudo subir y tuvieron que ayudarlo para llegar a su cama.

Háblenle al papá que es doctor. Como pude salí del baño, *pesqué* el estetoscopio y el baumanómetro y ahí voy. Otra vez pálido y sudoroso, la presión baja, el pulso estaba muy lento, con ritmo regular, pero con latidos cardiacos de 36 por minuto. Y a correr... lo metimos en la parte de atrás del coche y vámonos. De camino entre consciente y obnubilado, le iba recomendando a su esposa que no olvidara su cita con el oncólogo, etc.

Al llegar al Hospital de La Raza de inmediato, pasó a urgencias, de ahí a la unidad coronaria y de ahí al quirófano. Había que ponerle un

marcapaso y fue ni más ni menos que el director del hospital, eminente cardiocirujano, Dr. A. R. Rubio quien se lo instaló con éxito.

En ese momento se presentó una emergencia en el quirófano de junto y el Dr. A. R. Rubio tuvo que acudir de inmediato; y don Quico se quedó solo. ¿Cuándo dejó de conectar el marcapaso?, quién sabe; ¿Cuándo dejó de latir el corazón? quién sabe. El hecho es que don Quico murió.

¿Qué pasó? Todos pensamos que todavía no le tocaba, que todavía le quedaban varios años de vida por delante. Costó trabajo aceptarlo hasta que el tiempo lo explicó todo. Ocurrió que el escritorio y la silla donde trabajaba todos los días que invariablemente, ocupaba siempre a las siete de la mañana, quedaron comprimidos entre el piso y el techo de la oficina donde trabajaba en la Secretaría del Trabajo, por aquel entonces, el 19 de septiembre de 1985. Le hubiera tocado morir ese día, pero no llegó, “le tocó cuando le tocaba, no después”.

Y otra vez más los dichos mexicanos: “*Si te ha de partir un rayo, ni aunque te quites y si no, ni aunque te pongas*”, o por excepción: “*Te puedes salvar del rayo, pero de la raya no*”. A don Francisco lo “*hubiera partido un rayo*” durante el sismo del 85 si se hubiera puesto en su lugar, pero la raya estaba puesta antes y... descansó en paz.

LA SORPRENDENTE E INCREÍBLE HAZAÑA DE UN HÉROE DEL ESCUADRÓN 201

Rafael Álvarez Cordero

249

Uno de los episodios más insólitos de nuestra historia se escribió cuando a principios de la Segunda Guerra Mundial, México, que había permanecido neutral en las hostilidades, sufrió el embate de submarinos alemanes que torpedearon los buques petroleros: *Potrero del Llano*, *Florida* y *Faja de Oro* en mayo de 1942. Todo esto llevó al presidente Manuel Ávila Camacho, *el presidente caballero*, a solicitar al Congreso la declaración de guerra a las potencias del Eje: Alemania, Japón e Italia.

Así nació el Escuadrón Aéreo de Pelea 201 o Escuadrón 201, también llamado Fuerza Aérea Expedicionaria Mexicana (FAEM) formado por treinta miembros selectos del Ejército y la Fuerza Aérea que después de un entrenamiento especial, viajaron al lejano Oriente. El Escuadrón 201 participó en noventa y seis misiones de combate, con 785 acciones y más de mil horas de vuelo; también contribuyó a la liberación de la isla de Luzón, en Filipinas.

Nuestro héroe participó de forma activa y valerosa en esas acciones y, al igual que sus compañeros, fue ascendido de grado. Recibió varias medallas: la del “Servicio en el Lejano Oriente”, la “Legión de Honor de México”, la “Medalla de la Liberación de la República Filipina”, la “Campana Asia Pacífico”, la “Eficiencia de la Fuerza Aérea” y otras más.

De regreso al país, nuestro héroe, mayor M. C. Guadalupe Fulanez⁴⁷ recibió como sus compañeros, el homenaje nacional a su

⁴⁷ El nombre ha sido cambiado por discreción y por razones que en su momento se darán a conocer, lo que no obsta para asegurar que esta hazaña es total y absolutamente cierta.

coraje y valentía, ya que formaba parte del selectísimo grupo de intrépidos combatientes que se enfrentaron a los enemigos embozados allá en el Lejano Oriente. Reanudó su práctica como médico y se dedicó a la cirugía general y traumatología. Cuando tuve la ocasión de conocerlo trabajaba como médico especialista y hacía guardias en el Hospital Colonia que daba servicio a los trabajadores de Ferrocarriles Nacionales de México.

El hospital Colonia era importante porque fue el primer hospital vertical de la Ciudad de México (la tradición hospitalaria, copia de la europea, era construir pabellones grandes de una sola planta o dos a lo más, como el Hospital General de México construido a principios del siglo XX). Ubicado en la que había sido la estación ferrocarrilera Colonia; inaugurado en 1936 fue por mucho tiempo el más importante hospital para los empleados de Ferrocarriles Nacionales de México, cerró sus puertas en 1982, cuando fue transferido al Instituto Mexicano del Seguro Social.

Pues bien, en ese hospital hacía sus prácticas clínicas un abigarrado grupo de estudiantes de medicina, ya en cuarto año de la carrera, ansiosos por entrar en acción; conocer la enfermedad y el dolor en directo, no sólo en los libros. Entre ellos había estudiantes por demás empeñosos e inteligentes, algunos de los cuales han llegado a ser notables especialistas y respetados funcionarios de la salud. Había también poetas, escritores, amantes de la música, dos excombatientes de la guerra de Vietnam y yo, que sólo anhelaba —como lo hice desde mi primera infancia— ser cirujano, y ya para entonces (tendría yo veinte años) trabajaba como “pasafierros” (instrumentista) en algunas operaciones de los amigos de mi padre.

Éramos más o menos treinta estudiantes y como parte de nuestro adiestramiento teníamos que hacer guardias dos veces por semana, lo que para muchos era algo molesto y fastidioso, pero para quienes queríamos ver acción era la oportunidad soñada de ser médicos y cirujanos de verdad. Resultó que un día nos tocó hacer guardia a Alfredo “el monito” Castillo y, a mí. Alfredo era un joven pequeño, robusto y siempre sonriente, con unos lentes gruesos que le pesaban mucho, porque tenía que acomodárselos constantemente con el índice de la mano derecha. Gran conversador y argumentador, lector voraz y crítico constante de la vida.

Inició la guardia sin novedades, llegamos a nuestro cuarto allá en el último piso del hospital: limpio, austero, todo pintado en verde con cuatro camas y dos burós. Nos dedicamos a conversar más de música que de medicina, Alfredo era un gran melómano,

—sabía más de las sinfonías de Beethoven que de los órganos del abdomen— y tuvimos una amena charla mientras las horas transcurrían sin prisa.

En eso estábamos cuando nos informaron de que había llegado al servicio de urgencias un joven ferrocarrilero que había sufrido un accidente. Bajamos con velocidad hasta urgencias, que se ubicaba en la planta baja y, encontramos un espectáculo singular: el accidentado era un muchacho de más o menos veinte años al que le había pasado la rueda de un armón por el pie y lo había desarticulado por completo. Al examinarlo encontramos un joven flaco, cubierto de tierra, pálido, sudoroso, con la presión arterial muy baja, con la mirada ansiosa que denotaba más temor que dolor. Tenía un tubito de oxígeno en la nariz; por una vena estaba recibiendo soluciones para restablecer su volumen circulante y nos informaron de que ya estaban cruzando sangre para reponer la que había perdido; la pierna lesionada terminaba en un envoltorio de gasas y trapos sanguinolentos llenos de tierra y un torniquete rudimentario hecho con un cordel. Después de colocarnos unos guantes estériles, descubrimos la lesión y vimos que aparecía el extremo de la tibia íntegro, rodeado de piel desgarrada y sanguinolenta; el torniquete aplicado desde las siete de la mañana, cuando ocurrió el accidente, evitó que el joven muriera desangrado. Curiosamente, el muchacho, cuyo nombre era Andrés Jacinto, sólo nos miraba anhelante y temeroso, no se quejaba de dolor, posiblemente, porque el trauma lo había insensibilizado o porque estaba demasiado débil para sentirlo.

¿Qué hacer? Sabíamos que había que recuperar al paciente, ya tenía oxígeno para mejorar su respiración, las soluciones pasaban con más velocidad para recuperar su presión arterial y ya se habían prescrito antibióticos. Pero debíamos actuar y rápido. Preguntamos quién era el cirujano de guardia ya que a la brevedad posible, tendríamos que hacer una amputación limpia, posiblemente, abajo de la rodilla para evitar que la lesión progresara. Nos informaron de que el doctor Guadalupe Fulanez estaba de guardia, y que lo habían llamado desde que llegó el accidentado. Pero no había llegado, como información adicional —que más pareció advertencia—, las enfermeras nos dijeron que el doctor Fulanez era un excombatiente del Escuadrón 201 y que todos lo consideraban un héroe, pero que era un poco hosco y difícil de tratar, por lo que debíamos tener cuidado y aceptar su carácter violento.

Treinta minutos después llegó el doctor Fulanez: hombre de mediana estatura, robusto, rasgos faciales fuertes, duros, que reflejaban

su entrenamiento militar, su ropa arrugada y descuidada evidenciaba que se había vestido con premura y desgano. Al presentarnos se nos quedó viendo con la mirada un poco perdida y nos preguntó con voz ronca: —¿Qué le pasó a este estúpido?

—Tuvo un accidente y la rueda de un armón le pasó por la pierna izquierda, respondimos, tiene una amputación—desarticulación a nivel del tobillo y está chocado porque perdió sangre; ya está siendo estabilizado y recibe antibióticos; creemos que se necesita hacerle una amputación limpia para que pueda rehabilitarse adecuadamente; además, ya avisamos a anestesiología, y todo está listo para la operación.

El doctor Fulanez se dio media vuelta y desde la puerta de urgencias gritó: —¿Y qué esperan?, ¿vamos a estar aquí platicando toda la noche? Intimidados y ansiosos, hicimos todo lo posible por apresurar los trámites y en pocos minutos el enfermo ya había llegado al área de cirugía. Mientras nos cambiábamos la ropa por uniformes de cirugía, Alfredo y yo comentamos que el doctor no sólo estaba medio soñoliento, sino que olía a alcohol. —Pero no digas nada —me dijo Alfredo—, recuerda que es un héroe de la Segunda Guerra Mundial.

Coincidimos en el vestidor y, mientras nos lavábamos las manos, tratando de hacer conversación, le dije al doctor Fulanez: —doctor, como usted vio, la lesión del tobillo de este joven es sorprendente, se ve claramente la tibia y, como cosa curiosa cuando lo trajeron los oficiales de la ambulancia, junto con su ropa venía una caja de zapatos en la que estaba el pie con todo y zapato.

El doctor Fulanez volteó, suspendió el lavado y me gritó casi en la cara: —¿Y qué está esperando, muchachito?, ¡vaya inmediatamente por ese pie, porque vamos a reimplantarlo!

Sabiendo lo insensato de la orden, seguí lavando mis manos y escuché otro grito: —¡Le estoy dando una orden, estúpido, baje de inmediato y traiga el pie! Alfredo se quedó atónito y yo regresé a urgencias; pedí la caja donde estaba el pie y la llevé al quirófano.

El pie tenía todavía el calcetín desgarrado y el zapato lleno de lodo y tierra, pero íntegro; la maniobra para sacar el pie, lleno de tierra, me hacía temblar las manos. Cuando el doctor Fulanez, ya vestido con ropa estéril, me ordenó que lavara el pie con agua, luego con jabón y luego con antiséptico, me sentí personaje de una película de Ingmar Bergman o, inmerso en un cuadro de Dalí; quimérico, absurdo, irreal.

El paciente ya estaba anestesiado y le había separado un poco las piernas, de modo que del lado derecho estaba la pierna intacta

y, del otro lado la pierna que terminaba en el muñón del hueso con fragmentos de piel y tendones desgarrados.

—¿Ya acabó, muchachito?, traiga el pie—, me dijo. Y ordenó a gritos a la enfermera instrumentista que llevara un clavo intramedular. ¡Pero rápido! —añadió.

Lo que ocurrió después ha permanecido en mi mente como si hubiera sucedido ayer: Alfredo y yo sosteniendo el pie mientras el doctor Fulanez atravesaba con un largo clavo la planta del pie y seguía clavando hasta que penetró en la tibia, de modo que el pie quedó fijo. Mientras eso ocurría, a cada golpe de martillo, mi mente seguía insistiendo que todo era un sueño, tenía que serlo, pues ni en mis más absurdas fantasías un médico o un cirujano podría hacer semejante operación.

—¿Ya ven, muchachitos?, el pie ya está listo; durante la guerra yo vi cómo se reimplantó un dedo, y he leído los libros del doctor Trueta⁴⁸ y sus experiencias en la guerra española. El pie de este infeliz ya está en su lugar.

—Pero, maestro, ¿y la circulación?, ¿y los nervios y tendones?

—¡No se fijen en pendejadas!, el pie ya está ahí, cosan la piel del tobillo con la del pie y basta, los nervios y arterias ya encontrarán su camino y su lugar.

Un silencio sepulcral invadió la sala de operaciones, mientras el doctor Fulanez abandonaba con paso lento el quirófano; sólo se oía el ritmo acompasado del respirador. Ni los dos anestesiólogos ni la instrumentista ni la circulante ni Alfredo ni yo pudimos decir una sola palabra por varios minutos; ahí estaba Andrés Jacinto, con las piernas extendidas, y un pie blanquecino y frío clavado en el tobillo como juguete de carpintería.

El enfermo pasó a recuperación y nosotros subimos a nuestro cuarto. Eran ya las cuatro de la mañana y ni Alfredo ni yo podíamos conciliar el sueño: ¿era cierto lo que había ocurrido? ¿Habíamos conocido a un héroe del Escuadrón 201?, ¿lo que habíamos vivido era resultado de un síndrome postraumático de quien se enfrentó a los japoneses sin saber por qué o para qué en aquellas misiones de combate en Filipinas?, ¿el alcoholismo del doctor Fulanez era resultante de todos aquellos traumas?

⁴⁸ Josep Trueta i Raspall (1897-1977) intrépido y respetado cirujano español que se especializó en cirugía de guerra; su biografía aparece en el libro *Doctor Trueta, héroe anónimo de dos guerras*.

Las horas pasaron y, como era de esperarse, la pierna del joven se gangrenó y requirió una amputación más grande arriba de la rodilla. Después de comentar con nuestros compañeros lo que había ocurrido, indignados, acudimos todos a la dirección y explicamos con detalle lo que había pasado la noche anterior, la grave violación a los principios de cirugía y de ética, agravado todo por el alcoholismo del doctor Fulanez quien, evidentemente, ya no estaba capacitado para ejercer la medicina y la cirugía.

Andrés Jacinto fue amputado dos veces: una, por las ruedas de un armón, y otra, a consecuencia de una operación digna de Frankenstein. Tras una tormentosa estancia en el hospital se recuperó y volvió a su tierra con una prótesis.

El doctor Fulanez fue licenciado y dado de baja del Hospital Colonia, se le agradecieron sus servicios a la patria y nunca volvió a ejercer la medicina o la cirugía.

Alfredo Castillo abandonó su sueño de ser cirujano, y se convirtió en un brillante psiquiatra, lo que, posiblemente, le permitió superar el impacto de aquella inolvidable noche.

Y yo estoy aquí, cincuenta y cinco años después, recordando la sorprendente e increíble hazaña de un héroe del Escuadrón 201.

LAS VIVENCIAS

José Luis Barrera Franco

Las lecciones de la vida, lo que enseñamos, lo que aprendemos modifican nuestra actitud, cambian nuestra manera de ser y de pensar. Estas lecciones provienen siempre del contacto con los demás, con el otro: el ser querido, el maestro, el colega, incluso el enemigo. El contacto con los otros es lo que nos hace ser, pues, lo que somos.

Cuando se toma la decisión de lo que quiere uno en la vida estas lecciones siempre están presentes. Los que decidimos ser médicos nos preguntamos cómo es la perspectiva del otro lado, del otro, de quien tiene la necesidad de consulta para buscar la cura en donde las lecciones aprendidas toman forma.

Sin preguntármelo la respuesta proviene de mi hija, la primogénita: —ustedes los médicos, dice, ¿saben lo que se siente estar del otro lado? Me picó un mosquito y pienso que voy a morir de paludismo, sí, ya sé que el mosquito anófeles es un insecto muy molesto que vive en todas partes y tiende a perseguirme. Atraviesa cuatro fases en su ciclo vital, huevo, larva, pupa y adulto. Es el vehículo que lleva al *plasmodium* falciforme a causar el paludismo que afecta el hígado y que cada vez que me pica, cosa más o menos frecuente, me hace recordar los días de mi infancia en que te veía estudiar toda la noche, sentado con la mesa llena de libros que hablaban de padecimientos que a la fecha representan para la mayoría de los mortales, incluyéndome, un misterio. Las fases de reproducción del anófeles las recuerdo porque alguna vez como estudiante de tercer año de medicina presentaste un examen de gastroenterología en el hospital de La Raza y me explicaste el ciclo del malhadado insecto con tal vehemencia que me quedó tatuado en alguna parte de mi memoria,

recuerdo también que fue el culpable de que no aprobaras en condición regular ese examen. Sólo espero que me digas que no voy a morir pronto, que me des una pomada milagrosa que mágicamente, en un abrir y cerrar de ojos, me quite las ronchas y esta sensación terrible de querer despellejarme ¿Voy a morir?, ¿me quedarán marcas? ¿Por qué siento esta comezón en todo el cuerpo, soy alérgico a los insectos, doctor? ¿Te estoy hostigando? ¿Cómo dices que se llama el repelente? ¿Y la pomada? ¿Y si me duele la cabeza? No me contestes que es señal que tengo cabeza. Y sigue: —Nunca digo que mi padre es médico frente a mis amigos hipocondriacos o quizá debo decir simple y llanamente, mis amigos, porque no pasará un solo día sin que me llamen con solicitud de consultas, recetas, explicación sobre medicamentos, no te irrites más... comprende... Termina diciéndome, desde la perspectiva de los que estamos al otro lado, los enfermos o los familiares o los amigos que estamos en la sala de espera, justamente a la espera del milagro, de que la balanza se incline a favor de la vida. Para todos, los médicos, constituyen una especie de apóstoles y los resultados no son otros que la decisión a través de sus mensajeros. Entonces que no se nos critique o se nos calle cuando expresamos nuestra admiración o nuestra protesta, que tampoco se nos calle cuando la cura no llega y que busquen acompañarnos en nuestro pesar.

Después de esta conversación pensé en ese asesino misterioso y aún imparables que es el cáncer, en la lucha de oficio, la cura, el dolor ajeno; las horas de desvelo en el estudio y en su investigación y otras tantas que he pasado en el quirófano; el sentir los humores, la sangre, el sudor, el estrés, el contacto que con ello me ha dado mil lecciones

Cuando era estudiante solía ir a la biblioteca del Centro Médico, debo decir que mis condiciones no eran las de un estudiante promedio, pues ya tenía una familia y mi sostén era ser profesor de escuela primaria y ante esto, el solo hecho de concluir el primer año de la carrera en la facultad de medicina en la UNAM representaba una meta, aunque muy lejana.

Con todo ello insistí y, en una de mis visitas a la biblioteca entré por curiosidad al auditorio de la Academia Nacional de Medicina y vi las imágenes de quienes han alcanzado notoriedad, leí los nombres que ya conocía, pues hay una Colonia dedicada a ellos. Es la Colonia de los Doctores, este lugar representó para mí un Olimpo médico por llamarle así, y en misión tan humana de estudiante, inalcanzable.

Ahora con el paso del tiempo y cuando formo parte de este lugar, de este Olimpo de la Academia, pienso en aquel momento en que entré al auditorio, recuerdo los bustos de estos grandes hombres, mis maestros y me fundé un sentimiento de gratitud y de satisfacción.

Los pies en la tierra y la esperanza en el cielo. La enfermedad: el cáncer

La disciplina a la que me enfoqué, la oncología, en la actualidad, ocupa el área médica donde más se investiga en el mundo, por lo que hay cientos o miles de tratados sobre cáncer en forma de artículos, informes, estudios, simposios, todo plasmado en revistas, etc.

También, al menos en nuestro medio, se percibe como una enfermedad poco prioritaria, pienso yo, por los resultados que arroja por decirlo así ya que muchas veces no son buenos. Y los casos de éxito son deslucidos por los que no lo son y, aun teniendo más conocimiento, no llegamos a tener la cura como resultado final.

Su evolución, es decir, el conocimiento que se tiene de esta enfermedad, va desde el empirismo hasta la biología molecular actual, y su enfoque, como dijimos, en un inicio empírico, ahora con una base científica que avanza; a pesar de ello, todavía mucha gente va a sufrir sus efectos en aras de la búsqueda del progreso de la ciencia, en la pasión por averiguar sus causas.

¿Qué es el cáncer? ¿Por qué siento tanto miedo? ¿Por qué a mí? ¿Por qué todavía no se cura? Con esas preguntas llegan agujijoneados por la incertidumbre los enfermos, los pacientes.

Para entender la enfermedad es preciso apegarse a lo humano y transmitir empatía al paciente. Al hablar con el paciente, hay que explicar que el cáncer no es una enfermedad sino muchas, que hay más de 100 tipos de cáncer y que la agresividad es diferente entre ellos y que generan más de 200 enfermedades, hay que decir que hay cánceres que sólo tardan horas en duplicarse, mientras otros tardan meses en hacerlo.

Al médico se le culpa de falta de interés o de conocimientos cuando la enfermedad no cede y los pacientes son embargados por la desesperación ante la muerte y el dolor. El cáncer es un dios ciego e irresponsable, pero su imagen no es la de un querubín con arco y flechas sino que es una sombra parca, terrorífica y desoladora.

Para los pacientes y muchos médicos no hay forma de hablar bien del cáncer a menos que se observe desde la perspectiva académica, la ciencia en favor de la vida. Sin embargo, los enfermos de cáncer no distinguen ni entienden cómo les tocó a ellos: el dolor y la muerte, la corrupción del cuerpo, el agotamiento emocional, familiar y social y el desgaste económico, los esfuerzos por mantener la vida como se conocen en plenitud. ¿Qué debe hacer el médico frente a eso? Humanizarse.

Las historias muchas veces son trágicas, el tratamiento, las operaciones, los medicamentos, las radiaciones, la aplicación de la tecnología, el mayor conocimiento, todo lo que la medicina aporta, pero en muchos casos la enfermedad regresa, se invalida y se recurre a la superchería, la magia, los milagros o la promesa de un charlatán que se aprovecha de la fe como último recurso. Considero que este es el peor enemigo con el que nos topamos porque además, aleja a la gente del tratamiento que le puede dar el control o la cura.

Dentro de los muchos casos vividos hay tres que han cambiado mi actitud frente a los pacientes; están relacionados con el enfrentar al cáncer desde la perspectiva del otro, del enfermo. Inicio así estas tres anécdotas que derivan en lecciones que como médico en el área de la cirugía oncológica he recibido.

Las gotas milagrosas

Hace ya varios años cuando ocupaba un lugar de médico adscrito en la Institución, que es el nivel operativo más importante, pero el más bajo administrativamente, llegó a la consulta una mujer joven de unos treinta y seis años, afortunada en tanto que era atractiva, llevaba un buen matrimonio y su posición le daba solvencia, se quejaba de un sangrado transvaginal y no sabía más.

Los estudios realizados nos dieron un diagnóstico de cáncer cervical uterino invasor en estadio temprano, su tratamiento fue con una cirugía, una histerectomía radical cuya evolución no tuvo mayores complicaciones; los resultados fueron satisfactorios y quedó en control por lo menos cinco años, que es lo que se requiere en estos tumores para hablar de curación. En este momento aún estamos en el umbral del conocimiento de la génesis de su patología, lo cual, ahora se sabe, se produce por la infección del virus del papiloma humano en sus cepas 16 y 18.

Pasados cuatro meses, en una consulta de control me comentó que justo después de tomar unas gotas maravillosas que le recetó un ingeniero charlatán con un costo que no recuerdo, ocurrió su mejoría. Ante ello me irrité y descalifiqué todo lo que me contó. Más aún, me negué a verla en lo sucesivo con el argumento de que no podía cambiar un tratamiento como el que tenía por todo un esfuerzo médico y científico que se había hecho para su cura.

Por ese entonces me encontré a uno de mis maestros, un hombre sabio, le comenté el caso y de la ira que me causó en que su falta de conciencia adjudicara a unas gotas el milagro de su curación. Mi maestro me dijo que casos así eran frecuentes pero que no luchara por causas perdidas. Hice lo que me indicó: respetar la decisión de la paciente, pero pedirle que no dejara el tratamiento que le ofrecíamos; así lo hice y hasta este momento he logrado el apego de los pacientes a los tratamientos que la oncología les da.

Pasaron los años y cobró fama un rancho en el Estado de Querétaro, cuyo nombre es Tlacote y donde se vendían productos milagrosos que lograban la cura de muchas enfermedades, incluido el cáncer. El dueño, era el mismo ingeniero que prescribió las gotas milagrosas.

La gente suspende tratamientos por las promesas de la magia.

En medicina debemos comprender que la superchería nunca será rival de la ciencia, las gotas milagrosas recuerdan los escapularios que portaban los soldados en las guerras y evitaban las balas en el pecho y que como siempre hemos sabido nunca será el remedio que los seres humanos necesitan.

Vendedor de ilusiones

Otro caso que dejó en mí una lección imborrable fue el de un hombre con cáncer de páncreas en fase terminal, previamente atendido en una institución de seguridad social nacional. Era un hombre maduro, con mucho deterioro, con dolor y/o oclusión intestinal secundaria pero aún consciente.

Debemos de aclarar que el cáncer produce una falla multiorgánica pero con frecuencia el estado mental de las personas afectadas es totalmente lúcido.

Este paciente manifestaba sus síntomas y estaba consciente de la situación que vivía, lo escuché atentamente, le evidencí mi atención y le expresé mi sorpresa por su lucidez. Lo motivé y le manifesté que

la vida, corta o larga, siempre vale la pena, siempre se debe vivir cada segundo y hay que tener plenitud y darle sentido. Las veces que lo vi siempre me expresó que la vida encerraba un milagro, sólo que nunca estuvo consciente de ello tan plenamente como en aquel momento, cuando la muerte se le aproximaba.

Luego de tres consultas y una cierta mejoría el paciente me dijo: usted es un vendedor de ilusiones; como respuesta, sonreí cómplice.

Es verdad: el médico no sólo debe curar, sino ilusionar, motivar para la vida y hacer comprender a su paciente que nos aburriríamos también si viviésemos eternamente.

La relación médico–paciente

El tercer caso fue mi experiencia con una paciente y su familia. Ella tenía cincuenta y dos años y diagnóstico de cáncer de mama avanzado; dándosele tratamiento a base de radiaciones y también había sido parte de un protocolo de estudio.

Nunca supe cómo se inició su enfermedad; cuando la empecé a ver estaba en cama y con dolor generalizado en queja constante; su familia siempre cerca, angustiada, en búsqueda de alguien o de algo que les diera una respuesta.

Por el informe médico detectamos que no había recibido otro tratamiento más que radiaciones y aunque tenía actividad metastásica, se inició el tratamiento con medicamentos (quimioterapia) con una mejoría notable a partir del segundo ciclo. Después del cuarto ciclo dejó la cama y empezó a caminar, lo que le brindó la posibilidad de reintegrarse a su familia. La convivencia fue grata. Sin embargo, un año después presentó una recaída ya sin tener otra opción de cura, sino y solamente manejos paliativos para control de síntomas.

La mamá de la paciente me reclamó que por qué no quería curar yo a su hija; el reclamo fue grosero, agresivo y a partir de ese momento, hubo una actitud de rechazo hacia mi persona a pesar de que se había enterado a la paciente, y a la familia de todo lo que podía ocurrir, incluso su muerte.

En ese momento entendí que la relación con el paciente y su familia debe ser siempre clara y honesta, cordial, pero no de amistad cercana, ya que algunas veces, los malos entendidos convierten al

médico en un blanco de ataque por la frustración y desesperanza que genera la muerte de un ser querido.

En los pacientes con cáncer, cuando este no se puede controlar, con frecuencia, se generan actitudes de no aceptación. Me tocó ver el caso de un paciente, político, padre de familia con cinco hijos, con una excelente estabilidad económica y familiar. Sin embargo, él guardaba mucho resentimiento, se quejaba contra Dios. Cuestionaba por qué, si él siempre había hecho el bien, si no tenía vicios, si era un buen padre, un buen hombre, respetuoso de la ley, por qué había pasado esto existiendo tanta gente mala. Se preguntaba por qué a él.

Nunca hubo un cuestionamiento hacia mí o a las instituciones de salud; su familia sigue unida y su confianza en los médicos sigue existiendo. Sin embargo, las experiencias que se tienen y que se viven, siempre nos deben dar la esperanza y tener la actitud de buscar que los pacientes se controlen o se curen o al menos, brindarles una calidad de vida que les permita vivir de la mejor manera.

EL CASO DEL MÁS FAMOSO PACIENTE QUE NO ME PERMITIERON OPERAR Y TERMINÓ EN TRAGEDIA

Jorge Cervantes

263

El 16 de enero de 1979 salió de Teherán, Persia, hacia el exilio; humillado y derrotado por una gran revolución islámica, el Sha de Irán Mohamed Reza Pahlevi, quien había gobernado a ese país con poderes dictatoriales desde 1942 y que como consecuencia de la corrupción generalizada de la numerosa familia real, y de los miembros de su grupo gobernante, tenían a la mayoría del pueblo iraní en la miseria y represión, por lo que cansados de lo anterior, secundaron al Ayatola R. Khomeini y derrotaron a la monarquía.

El Sha había estado recibiendo en secreto tratamiento con quimioterapia por parte de un hematólogo francés desde cinco años antes, debido a la presencia de ganglios linfáticos inflamados en el cuello que el monarca rehusó fueran biopsiados, y obligó al médico a darle un tratamiento para una posible enfermedad hematológica, pero sin contar con un diagnóstico correcto por biopsia. Este antecedente fue ocultado todo el tiempo, incluso a sus familiares cercanos y a los médicos que lo atendieron después, cuando presentó problemas de salud en el exilio.

El Sha y su séquito fueron inicialmente a Egipto, después a Marruecos, luego a las Islas Bahamas buscando desesperados un lugar seguro para su exilio. Lograron que el gobierno de México los aceptara y llegaron a establecerse en la Ciudad de Cuernavaca el 10 de junio de ese año, donde pasaron los meses más agradables de su exilio hasta que en octubre de 1979, el Sha desarrolló un cuadro de dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen, seguido de ictericia (coloración amarilla de piel y conjuntivas), coluria (orina rojiza) y acolia (materia fecal clara). Viajaba con la comitiva del Sha

una pediatra iraní, médico de los hijos del matrimonio, quien, considerando que estaban en un lugar tropical, estableció el diagnóstico de paludismo e inició tratamiento.

En vista de que los síntomas se incrementaron, los asesores norteamericanos del Sha solicitaron ayuda a la embajada americana en México y esta pidió a su Asesor Médico, el cirujano Jorge Cervantes, que consultara el caso. Tras explorar al paciente, llegó a la conclusión de que se trataba de un cuadro típico de colelitiasis y colédoco litiasis (cálculos en la vesícula y en los conductos biliares, lo que impedía el paso de bilis al intestino; esta se depositaba en el torrente sanguíneo y causaba el tinte pasando la bilis a la sangre y causando el tinte amarillento de piel y conjuntivas), por lo que se recomendó cirugía y se hicieron los arreglos pertinentes para la operación en el Hospital ABC de la Ciudad de México.

Cuando el grupo de asesores norteamericanos del Sha se enteró de la opinión del cirujano mexicano, enviaron a un destacado médico especialista en enfermedades tropicales de Nueva York quien, al arribar, se autonombró médico personal del paciente y se opuso terminantemente a la operación en México, aduciendo a que se trataba de un personaje tan importante, sólo en los Estados Unidos podía recibir el mejor tratamiento, por lo que convencieron a las más altas autoridades del Gobierno norteamericano de conceder la visa por razones humanitarias. Llevaron al paciente a Nueva York para que fuera operado por un cirujano de fama mundial en problemas de vesícula y vías biliares. Sin embargo, dicho cirujano no estuvo disponible en esas fechas y en su lugar, lo operó uno de sus asociados el 23 de octubre de 1979. Este cirujano efectuó la operación (colecistectomía y exploración de vías biliares) en forma muy deficiente, ya que no logró extraer todos los cálculos del conducto biliar y el paciente continuó icterico (amarillo), por lo que fue necesario solicitar la intervención de un radiólogo experto de British Columbia, quien viajó de Nueva York para extraer los cálculos por vía percutánea (sin cirugía, utilizó una sonda que estaba colocada en el conducto biliar principal).

El llevar al Sha a los Estados Unidos ocasionó un grave problema debido a que el 4 de noviembre los iraníes tomaron por la fuerza la Embajada Americana en Teherán y capturaron a 69 rehenes, a quienes amenazaron con ejecutar si los norteamericanos no entregaban al Sha. El gobierno de los Estados Unidos, agobiado por la gravedad de la crisis, decidió enviar de regreso a México al Sha, pero al enterarse de esa decisión, el gobierno mexicano rehusó el

permiso aduciendo que como según sus asesores médicos, no habíamos tenido en México los medios ni médicos adecuados para tratarlo, ahora que tenían el serio problema de la amenaza de ejecutar a los rehenes de la embajada no podíamos recibirlo.

En vista del rechazo de México a renovar la visa, internaron al Sha en un hospital militar en Texas donde procedieron a completar sus estudios médicos y, como ya se había develado el secreto de la enfermedad hematológica del paciente, quien se quejaba de fiebre y dolor en el lado izquierdo del abdomen por crecimiento del bazo, determinaron que el Sha requería una esplenectomía (remover el bazo) como tratamiento de un posible linfoma (cáncer del sistema linfático).

Para evitar el problema de tener al Sha en territorio de los Estados Unidos, se llevaron al paciente a Panamá y ahí se planeó por médicos panameños la nueva intervención quirúrgica que se requería. De nuevo los asesores norteamericanos menospreciaron a los médicos panameños y anunciaron en la prensa internacional que sería operado en Panamá por el cirujano más famoso del mundo.

Enviaron al más destacado cirujano cardiovascular de Estados Unidos, el Dr. Michael De Bakey a operar en Panamá, sin embargo, las autoridades y los médicos panameños, ofendidos, no aceptaron la humillación, y negaron la entrada del famoso cirujano al hospital, lo que obligó al Sha a pedir ayuda a su amigo, el presidente de Egipto, Anuar El Sadat, quien concedió el asilo. Llegó el Sha a El Cairo, voló allá desde Houston De Bakey y el 28 de marzo de 1980 le efectuó la esplenectomía, (resección del bazo) y, seguramente, durante la operación, lesionó la cola del páncreas, (órgano muy importante cercano al bazo) por lo que el paciente desarrolló un cuadro de empiema (absceso en el sitio anatómico del bazo en el cuadrante superior izquierdo del abdomen).

Cuando en el período posoperatorio el paciente empezó con fiebre y malestar por el absceso, los médicos egipcios llamaban al Dr. De Bakey en Houston, quien aducía que la fiebre se debía a la quimioterapia que le estaban administrando y nunca aceptó el diagnóstico de absceso de los médicos egipcios, por lo que, agobiado por el continuo deterioro del paciente, su hematólogo francés llamó de París a un cirujano, quien operó al Sha el 30 de junio y le drenó un gran absceso que contenía un litro y medio de pus y tejido pancreático. Aunque el tratamiento fue correcto, debido a la pobre condición del paciente por el retraso en el diagnóstico (3 meses) el Sha murió de hemorragia en el lecho esplénico el 27 de julio de 1980.

El corolario de este caso ilustra cómo el más poderoso y rico monarca del mundo recibió un tratamiento incorrecto en todos los aspectos; desde la quimioterapia secreta por un hematólogo por una posible enfermedad maligna del sistema linfático, el diagnóstico y tratamiento de paludismo por su pediatra, la negativa de los asesores norteamericanos a que fuera operado por un joven cirujano mexicano, diciendo que por ser el paciente tan importante sólo en los Estados Unidos y un cirujano famoso debería operarlo; la prepotencia con que actuaron al menospreciar las facilidades médicas inicialmente de México y después de Panamá y de Egipto, y al enviar a ese país a un cirujano cardiovascular (especialidad muy diferente de la requerida para la esplenectomía) a efectuar una intervención quirúrgica programada por cirujanos generales locales, lo que al ser rechazado por los panameños, la efectuó en El Cairo el famoso cirujano norteamericano de manera tan deficiente que lesionó el páncreas culminando con la muerte del paciente.

Se trató de un triste ejemplo histórico de impericia médica y de iatrogenia quirúrgica catastrófica (daño ocasionado por el cirujano) con graves implicaciones diplomáticas, políticas y médico-quirúrgicas que resultaron en la muerte de un desdichado paciente que por ser tan importante, tan rico y tan poderoso, recibió el peor de los tratamientos posibles.

DOCTOR, NO ENTENDÍ BIEN ¿MI HIJO TIENE DIARREA O ESQUIZOFRENIA?

Fernando Corona Hernández

Cada especialidad médica tiene sus peculiaridades, pero casi siempre se mantienen los principios generales del quehacer médico. Cuando alguien se da cuenta de alguna molestia en un miembro de su familia, lo primero que hace es preguntarle si le pasa algo. Si notan un cambio en los hábitos, en el comportamiento o en las actividades de todos los días, de inmediato indagan sobre el porqué de esa modificación, y se mantienen alertas si esa condición persiste o se agrava. Por ejemplo, si uno de los hijos tiene evacuaciones líquidas, la madre de inmediato toma cartas en el asunto e indaga qué puede haber provocado esa alteración; hace un recuento de lo que ha comido tratando de identificar si algo le cayó mal o se pregunta ¿comió quesadillas o tacos fuera de casa? La intención de los familiares es siempre la misma: identificar un agente externo como la causa del problema. Puede ser comida en mal estado o agua sucia que consumieron fuera de la casa.

Como el origen del problema ya no tiene solución (haber comido tacos en mal estado o haber tomado agua sucia), el paso siguiente es observar y seguir de cerca las características de la evacuación, el número de veces que va al baño o si se acompaña o no de otras manifestaciones: cólicos, náuseas o vómitos. El ataque al estado general es la máxima señal de alarma y hace que las madres diligentes lleven de inmediato a sus hijos con el doctor.

Una vez que el hijo ha sido visto por el médico y con las recetas en la mano, la tarea fundamental es administrar puntual, religiosamente los medicamentos, seguir celosamente las indicaciones del facultativo, especialmente las relacionadas con la alimentación,

los fármacos y los datos que indican mejoría o que encienden la alarma de posibles complicaciones.

Hasta donde yo sé, a ninguna madre que tiene un hijo con diarrea se le ha ocurrido enfermarse de lo mismo para compartir los malestares, las incomodidades y las limitaciones que se derivan de la enfermedad y, en caso de que las hubiera, de las molestias ocasionadas por los medicamentos.

En términos generales, las enfermedades corporales son fácilmente identificadas por los órganos de los sentidos, pronto llaman la atención de cualquier familiar y rápidamente se busca la ayuda de los profesionales.

Existe una tendencia natural e intuitiva a combatirlos y a evitar que otros miembros de la familia se contagien o padezcan algo similar. En general, se puede identificar una posible causa, de preferencia externa, y como consecuencia natural, se busca rápidamente una forma de combatirla.

Con los padecimientos mentales, particularmente con los más graves, las cosas no son así, en especial cuando están en sus fases iniciales.

Me explico: por sugerencia de un hermano con esquizofrenia, Marta llevó a su hijo, Armando, a consulta, muy a regañadientes. Al llegar a la entrevista, Armando vestía ropa apropiada para sus veintiún años, precariamente aseado, muy despeinado, más allá de cualquier intención *punk*, con la cara aceitosa, mirando al suelo y tendiéndome la mano muy forzosamente. Le pido al joven que pase a la sala de espera y entrevisto a Marta.

Me comenta que su hijo había sido muy buen estudiante hasta la vocacional, pero desde que entró a la carrera de ingeniería, a los diecinueve años de edad, había cambiado mucho. Se había vuelto muy serio, pensativo y ensimismado. Se encerraba en su cuarto, leía y leía sus libros de la escuela y se desvelaba hasta la madrugada. —Yo pensé que le había agarrado mucho amor al estudio y hasta lo presumía con mis familiares y amigos—, me dice sin emoción Marta. Poco a poco dejó de visitar a sus familiares, abandonó a sus amistades y pasaba todo el día en su casa, bañándose de vez en cuando y comiendo muy a regañadientes. Desde entonces dejó de salir a la calle.

—Mire doctor —me dijo Marta—, yo tengo que trabajar y salgo desde las seis y media de la mañana de su casa. A esa hora Armando se levanta y se baja a la sala a ver la televisión. Yo trabajo todo el día y regreso como a las seis de la tarde y me lo encuentro

en donde estaba cuando me fui en la mañana: sentado en la sala viendo la televisión. Le doy de comer un poco y se sube a su cuarto, se encierra y no sé nada de él hasta el día siguiente en la mañana; a la misma hora, otra vez baja de su recámara, medio desayuna y se va a la sala a ver la televisión; así es todos los días, desde hace dos años.

—Qué programas ve todo el día —le inquiero, y la respuesta, dicha sin emoción alguna es: —No, no ve ningún programa, doctor. Esa tele está descompuesta desde hace como cinco años.

A Marta no le había llamado la atención el hecho de que su hijo pasara horas enteras, diariamente, desde hacía dos años, sentado frente a un monitor de televisión descompuesto. Menos aún se le ocurrió pensar qué cosas pasaban por la cabeza de su hijo mientras estaba sentado en la sala. Cuando le pregunté lo que pensaba al respecto, si no se le hacía raro o no le llamaba la atención que su hijo hiciera algo tan extraño, no atinó a darme una explicación, sólo comentó: —No me parecía peligroso y no me ocasionaba problemas.

¿Cuál es la razón por la que un familiar cercano, y por lo demás diligente, que observa una conducta a todas luces desviada, no hace nada para indagar qué cosa está pasando?

Es difícil responderlo. Cuesta trabajo entender por qué, a diferencia de lo que pasa con una madre que identifica la diarrea en su hijo y lo lleva inmediatamente al médico, una madre que tiene un hijo que durante dos años seguidos, todo el día, está sentado frente a un monitor de televisión apagado, no activa una respuesta de alarma o no se da cuenta de que algo grave está sucediendo en la mente de su hijo.

No es raro encontrar entre los familiares de las personas con trastornos mentales psicóticos, que las ideas erróneas de un joven enfermo comiencen a ser asimiladas insensiblemente, que las justifiquen, que las incorporen a sus creencias cotidianas y finalmente las compartan completamente, viviendo la enfermedad prácticamente de manera simbiótica.

¿Es ignorancia? ¿Es que también se les activó la misma enfermedad? ¿O es acaso un desesperado mecanismo de defensa en el que al negar la existencia de la enfermedad se protegen psicológicamente del dolor de aceptarla? ¿O es que al admitir que un hijo o un hermano o un ser querido tiene una enfermedad grave se pierde la esperanza? ¿O es acaso que al no haber manifestaciones físicas fácilmente identificables por los órganos de los sentidos se piensa que no existe una enfermedad?

Desafortunadamente para muchas personas con buenas intenciones, las enfermedades mentales son problemas que pueden ser modificadas por la voluntad.

—Ponga de su parte, échele ganas —le dicen con frecuencia los familiares bien intencionados a los pacientes. También, con frecuencia, indeseablemente, escuchamos la misma frase por parte de algunos médicos.

Las creencias delirantes, exactamente igual que la diarrea o la fiebre o un infarto, no son manifestaciones que estén sometidas al imperio de la voluntad y, en consecuencia, no se pueden eliminar con un acto voluntario. Sería maravilloso que así fuera.

LA MUJER QUE BESÓ EL DIABLO

Manuel Antonio Díaz de León Ponce

La medicina es una de las profesiones más amplias y generosas que puede ejercer el hombre, ya que transforma el dolor de la humanidad en una vocación que vive muchas veces la insuficiencia de su saber para abatir a la muerte pero, en ocasiones, logra lo imprevisto, lo impredecible, al vencer gracias a la aplicación de los conocimientos obtenidos de las experiencias de sus profesores, y ¿por qué no?, de los pacientes que murieron a pesar de los esfuerzos.

En 1972 estaba yo al frente de terapia intensiva en el turno vespertino en el Hospital de Urgencias de Coyoacán del DDF, también llamado Cruz Verde y asimismo denominada por algunos compañeros como “La antesala de la muerte” ya que en ese entonces, no se aplicaban criterios de ingreso, egreso, tratamiento basado en evidencias, y principalmente, no existía la especialidad de cuidados intensivos en donde la morbilidad y mortalidad era muy elevada.

El médico adscrito del turno matutino me informó de que por no haber cama en la unidad de quemados ingresó a mi servicio a una paciente que únicamente necesitaba terapia de sostén y por la tarde sería trasladada al Hospital Rubén Leñero; para mi sorpresa, me encontré con una paciente joven, probablemente en la tercera década de la vida, con ámpulas y flictenas en el 100 % de la superficie corporal, lesiones en mucosas de boca y nariz, edema palpebral con imposibilidad para abrir los ojos, lesión en la conjuntiva; motivo por el cual se solicitó la presencia de los residentes que estaban rotando en ese momento por el servicio (cirujanos, ortopedistas, plásticos, anesthesiólogos) y entonces, pregunté por la historia clínica de la paciente. Me contestaron que la desconocían ya que fue

encontrada por policías por las calles de un barrio de la delegación Xochimilco en donde los transeúntes informaron “que la besó el diablo y estaba maldita” por lo cual fue trasladada a dicho hospital catalogada como quemada y tratándose así como delito.

Rápidamente me remonté a dos fechas importantes en mi vida durante mi formación académica. En 1966 siendo interno de pregrado de la primera unidad de terapia del país que funcionó en México, inaugurada en 1964 en el Hospital 20 de Noviembre del ISSSTE, me encontraba en compañía de un residente de primer año de medicina interna cuando recibí a una paciente del Estado de Hidalgo, a la que le fue aplicada durante varios días una inyección diaria de penicilina procainica de 800,000 U para tratar un cuadro probable de gripe estacional; en el segundo día de su observación, la paciente refirió a sus familiares tener prurito generalizado, y es al tercer día que presenta en el 100 % de la superficie corporal ámpulas y flictenas de varios centímetros de diámetro que se desprendían fácilmente al contacto, por lo que al llegar al Hospital General del ISSSTE de Pachuca, Hidalgo, fue trasladada inmediatamente al Hospital 20 de Noviembre con el diagnóstico de eritema buloso secundario a alergia a la penicilina, e ingresó al servicio de terapia intensiva en muy malas condiciones generales: falla hemodinámica, respiratoria, renal y probablemente hematológica, ya que sangraba por boca, nariz y sitios de punción. Por la mañana se presentó el caso al jefe de servicio, quien hacía seis meses había asumido la jefatura de dermatología, proveniente de un hospital de EUA y tras observar a la paciente comentó tajantemente que era debido al síndrome de Stevens–Johnson grave, e indicó el aumento de volumen, (cristaloides, coloides, sangre total) y ordenó desnudar a la paciente para aplicar hidrocortisona en aerosol en todas las lesiones; esto causó una impresión muy buena en el personal médico y paramédico del servicio. A pesar de los esfuerzos, la paciente se deterioró rápidamente. La insuficiencia renal aguda se incrementó por aumento de los azoados y desequilibrio ácido base y electrolítico, lo que causó más inestabilidad hemodinámica. En el servicio de nefrología existía un riñón artificial tipo Kolff con tina de 100 litros y bomba llamada de dedos, sin embargo, el nefrólogo recién llegado de EUA, no tenía experiencia en su manejo. Irónicamente, en 1963 cuando me encontraba en tercer año de medicina, ayudaba a un familiar médico residente de la especialidad de nefrología en el Hospital General del Centro Médico Nacional a preparar riñones con estas características, a pesar las sales e instalarlo a los pacientes con insuficiencia renal crónica.

Decidí sugerirle al residente que debíamos intentar hemodializar a la paciente consiguiendo las sales en el Centro Médico Nacional del IMSS, pero no había personal en los turnos vespertino y nocturno por no efectuarse dichos procedimientos dentro de esos horarios, por lo que acudí a las monjas del viejo Instituto Nacional de Cardiología y fue ahí en donde las conseguí; por lo tanto, considero que fue la primera hemodiálisis realizada en un servicio de terapia intensiva en el mundo.

La paciente falleció y el estudio *posmortem* indicó que no era un Steven–Johnson y además de las lesiones a los órganos blancos (pulmón, riñón, corazón, etc.) por la hipoperfusión existía micro abscesos de estafilococo epidermidis causados por los esteroides.

Otro caso importante sobre este mismo problema se presentó en el Hospital General del Centro Médico Nacional del IMSS durante mi entrenamiento de medicina interna. Una madrugada recibí a una paciente que estaba utilizando dimetilpirazolona inyectable por un cuadro gripal que desarrolló las mismas alteraciones cutáneas que el caso anterior; con la experiencia previa, decidí aplicar únicamente un catéter en subclavia para medir la presión venosa central y el paso de soluciones cristaloides y coloides para mantener una buena presión osmótica, coloidosmótica y óptima saturación de oxígeno con un nebulizador térmico al 30 %, sonda vesical y manejo con medidas asépticas en el área estéril. Momentos después se presentó en el servicio el jefe de dermatología, con conocimientos y experiencia adquiridos en Francia, y emitió de inmediato el diagnóstico de necrolisis epidérmica tóxica o síndrome de Brocq–Lye-ll, con lo que impartió una docta clase de la fisiopatología de este síndrome. En esa época se desconocía el síndrome de coagulación intravascular, el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica y la disfunción orgánica múltiple.

Recibí felicitaciones por haber iniciado el tratamiento sin utilizar esteroides. Además de lo anterior, se indicó minidosis de heparina, aplicación en las lesiones de compresas con permanganato de potasio al 1x10.000, protección de globos oculares con metilcelulosa y compresas de agua estéril cuantas veces fuera necesario; la biopsia cutánea corroboró el diagnóstico y la evolución fue satisfactoria. La paciente fue dada de alta a los veintiún días de su internamiento y los médicos que intervinimos recibimos muestras de agradecimiento de la paciente y de sus familiares.

Con estos dos casos identifiqué claramente que existían dos escuelas con conocimientos y técnicas diferentes, la europea y la

sajona, y que era necesario adquirir el conocimiento de ambas de acuerdo con los resultados publicados en revistas internacionales. Como profesionales en el ámbito de la salud, debemos aplicar lo mejor de los conocimientos así como la experiencia adquirida en nuestros casos.

En el médico, la humanidad ve nuestras virtudes, pero muy poco se conoce de nuestras flaquezas ante lo insólito, lo desconocido, los milagros, el castigo divino producto de la misma ignorancia; el médico es el único profesionista que vierte sus conocimientos a sus alumnos sin esperar recompensa. Incluso algunas veces, las menos, encontramos ingratitud por parte del educando. Sin embargo, de manera personal, todo mi agradecimiento infinito a mis maestros, compañeros y enfermos que me hacen ser un mejor ser humano. Algunos de mis pacientes católicos me compararon a un arcángel porque alivié sus padecimientos que consideran adquiridos por un castigo divino. No soy Dios porque no hago milagros, los que fallecen demuestran con su muerte mi ignorancia.

En el caso de la mujer que había sido “besada por el diablo”, la paciente fue prácticamente abandonada por sus familiares, rechazada en el barrio de la delegación de Xochimilco y tuvo que recibir tratamiento psiquiátrico al igual que los familiares, pero lo que más impacto causó en mí, fue que su esposo me odiaba por haberla salvado.

La influencia de estos casos durante mis treinta y seis años de servicio en diferentes unidades de cuidados intensivos es que me permitió conocer y dar tratamiento a doce casos de necrólisis epidérmica tóxica que tiene una frecuencia de uno a dos casos por cada millón de habitantes, con lo cual mi reporte a nivel mundial ha sido reconocido y solicitado actualmente en escuelas europeas ya que es la única publicación que, con un tratamiento no sofisticado, tiene un índice de cero mortalidad.

UN MÉDICO, CUATRO PRESIDENTES Y EL “CHE”

Francisco Durazo Quiroz

Introducción

A lo largo del ejercicio profesional de la medicina he tenido la fortuna de tener trato directo con personajes de diversos niveles del ejercicio de la función pública, directores de empresas e institutos nacionales, secretarios de Estado, gobernadores, pero también presidentes de la República. Quisiera enmarcar la trascendencia de las actividades de los primeros mandatarios en nuestro país, ya que su entorno de acción e influencia se presentan con diferentes aristas y ramificaciones. La salud de quienes ejercen cargos de tan alta responsabilidad siempre adquiere una gran trascendencia, ya que las actividades súbitas a que se ven expuestos, en ocasiones producen un desgaste y una exigencia tanto física, mental y emocional únicas a las que no han estado expuestos con anterioridad. En este contexto, la relación médico-paciente se torna privilegiada, en la medida en que el médico tiene la oportunidad de analizar comportamientos desde el punto de vista de la racionalidad científica y también con un elevado contenido humano y social.

Son estos cuatro relatos médicos con gente del poder, aquellas personas que han ocupado el máximo cargo público al que todo mexicano puede aspirar. Quiero compartir estas ricas experiencias que he vivido a lo largo de mi carrera como Médico Cirujano, especializado en el campo de la patología clínica, en las ocasiones en que tuve la oportunidad de tratar, como médico, a cuatro personajes que llevaron la representación del poder ejecutivo federal: Manuel Ávila Camacho, Luis Echeverría Álvarez, José López-Portillo

y Gustavo Díaz Ordaz. Adicionalmente, quise aprovechar la valiosa ocasión conmemorativa de nuestra querida Academia Nacional de Medicina para narrar mi trato con el Dr. Ernesto Guevara de la Serna, mejor conocido como “Che” Guevara, un personaje legendario en la lucha revolucionaria de América Latina en el siglo XX.

Manuel Ávila Camacho

Corría el año de 1948 cuando fui requerido para hacer unos exámenes de laboratorio al Gral. Manuel Ávila Camacho, quien fue presidente constitucional de la República en el período 1940-1946. Se trataba de un *chequeo* médico. Era yo un joven médico de apenas 27 años de edad cuando me trasladé hacia su residencia en La Herradura a efecto de establecer contacto con él y proceder a tomar las muestras necesarias. Su recibimiento fue amable pero, me lanzó la pregunta, “¿qué es usted del Gral. Durazo Ruiz?” Inmediatamente contesté, “es un primo de mi papá, y efectivamente llevamos el mismo nombre”. Su breve respuesta fue terminante: “Quiero decirle a usted que no he conocido gente tan valiente como el Gral. (Francisco) Durazo Ruiz en el frente de batalla”. Fue una respuesta con toda la autoridad de quien fue el último presidente militar de la etapa revolucionaria de nuestro país y así pude comprobar que los relatos y anécdotas que había escuchado con anterioridad acerca de este personaje de la Revolución Mexicana, eran auténticos y no obra de la imaginación. Invariablemente, cuando alguien se refería a él (Gral. Durazo Ruiz), hacía hincapié en su carácter autoritario y en su bravura a toda prueba.

Tras este intercambio de bienvenida me dispuse a extraer la sangre para los exámenes, así que busqué una vena visible para obtener la muestra, pero al revisar las venas de la mano, noté la presencia de su esposa, la Sra. Soledad Orozco de Ávila Camacho, quien de manera enérgica, intervino: “¡ahí no le pica usted, doctor!”. Fue una sugerencia rápidamente entendida por el joven médico por lo que procedí a ligar el brazo y obtener la muestra de una vena visible en el pliegue del codo.

Luis Echeverría Álvarez

En 1972 recibí una llamada del Dr. Eduardo Echeverría Álvarez, director del recién fundado Hospital MOCEL, quien me recomendó con su hermano Luis para practicarle unos exámenes de laboratorio, cuya jefatura había estado a mi cargo desde la inauguración del nuevo hospital. Luis Echeverría Álvarez había asumido la primera magistratura de la nación en 1970 y para entonces, ya eran conocidas las largas jornadas de trabajo que efectuaba todos los días, muchas veces, hasta altas horas de la noche. Aquella mañana recibí al Sr. presidente en el laboratorio, quien ingresó acompañado por el jefe del estado mayor presidencial, Gral. Jesús Castañeda Gutiérrez. Al pasar al cubículo de tomas, aproveché la ocasión para manifestarle, a nombre de la mesa directiva de la Academia Nacional de Medicina, presidida entonces por el Dr. Jesús Kumate, nuestro deseo de entrevistarnos con él, a fin de solicitarle su apoyo. El presidente Echeverría preguntó inmediatamente cuántas personas asistirían, a lo que contesté sin titubear: “asistiremos cuatro personas, el presidente, el vicepresidente, el secretario y el tesorero” este último, era el puesto que el suscrito ocupaba entonces. Su respuesta fue franca y directa, “con mucho gusto los recibiré, solamente pónganse de acuerdo con mi hermano Eduardo”.

No obstante, el entusiasmo manifestado, la entrevista de aquella mesa directiva, encabezada por el Dr. Jesús Kumate con el presidente Echeverría en Los Pinos, nunca se llevó a cabo. Cabe mencionar que, tiempo atrás, el Dr. Eduardo Echeverría Álvarez había iniciado una solicitud de ingreso a la Academia Nacional de Medicina, con perspectivas promisorias para lograrlo. Sin embargo, los rigurosos requisitos no se cumplían al cien por ciento, ya que su trayectoria profesional carecía de la experiencia docente necesaria, una exigencia de ingreso ineludible. En aquel momento, la mesa directiva, encabezada por el Dr. Ramón de la Fuente Muñiz aplicó el reglamento de manera estricta y el Dr. Echeverría nunca logró el anhelado ingreso a nuestra prestigiada corporación.

José López–Portillo

En 1934, cuando cursaba el grado de secundaria en nuestra querida Secundaria 3, tuve oportunidad de conocer a José López–Portillo con quien, en contadas ocasiones, compartí mi bicicleta para trasladarnos juntos. Transcurrieron los años y en 1976, ya siendo presidente electo para el período 1976–1982, se presentó el Lic. López–Portillo al Hospital ABC (American British Cowdray) con motivo de una visita a su madre, la Sra. Refugio Pacheco de López–Portillo, quien iba a ser internada para que le practicaran una colecistectomía, recomendada por su doctor, Jorge Cueto. Para poner esta entrevista en contexto, una semana antes del evento, recibí la visita del Dr. Cueto, quien se presentó para quejarse acerca del resultado de una prueba practicada a un paciente suyo. Ante el tono autoritario, y en mi calidad de jefe del laboratorio del Hospital ABC, le contesté: —En el laboratorio tenemos clasificados a los médicos en tres categorías; en la primera, los médicos que escriben la orden de trabajo y nunca se presentan al laboratorio y se limitan a conocer el resultado en el expediente; en la segunda, los médicos que elaboran la orden de trabajo y asisten al laboratorio para conocer el resultado y comentarlo con nosotros y, en la tercera categoría, aquellos que solamente están fregando. En este último grupo está usted, Dr. Cueto, —agregué. Respondió que pondría una carta a la dirección (del Hospital ABC), señalando el hecho. Finalmente, puse fin a la discusión invitándolo a que enviara todas las cartas que considerara necesarias.

Al recibir la visita del presidente electo en el Hospital ABC, pude notar que el Dr. Jorge Cueto, médico de la familia, no fue ajeno al trato amistoso que me dispensó mi antiguo compañero de la Secundaria 3, trato que fue mutuo. Cuando el Dr. Cueto regresó para dar de alta a la Sra. López–Portillo acudió nuevamente al laboratorio pero, en esta ocasión, a suplicarme que en vista de la amistad que me unía al señor presidente (electo), comentara el asunto directamente con él, en el sentido de que había sido una intervención quirúrgica necesaria. Lo anterior, en virtud de que el Dr. Jorge Cueto había sido criticado por algunos médicos que aducían que la cirugía practicada podría haberse evitado.

Gustavo Díaz Ordaz

Durante el año de 1978 el Lic. Gustavo Díaz Ordaz, presidente de la República 1964–1970, fue sometido a una intervención quirúrgica por el Dr. Manuel Quijano Narezo. Convalecía el Lic. Díaz Ordaz en su casa del Pedregal de San Ángel cuando recibí una llamada para practicarle en su domicilio unos exámenes de laboratorio. Al llegar y después del cordial saludo, le comenté que había sido compañero del Dr. Emilio Martínez–Manautou, ambos como estudiantes de la carrera de medicina, pertenecientes a la generación 1938–1944. Años más tarde y ajeno al ejercicio de nuestra noble profesión, el Dr. Martínez–Manautou ocupó varios cargos políticos y llegó a convertirse en un cercano colaborador durante la administración del Lic. Díaz Ordaz, concretamente como secretario de la extinta secretaría de la presidencia.

Contrario a lo que yo esperaba, percibí que la sola mención de su nombre no había sido de su agrado, pues el Lic. Díaz Ordaz omitió comentario alguno. Tiempo después, confirmé, por medio de personas cercanas al Dr. Martínez–Manautou —entonces Secretario de Salubridad— que su relación con el Lic. Díaz Ordaz no era amistosa. Probablemente el silencio dijo más que mil palabras, pero su trascendencia no la pude advertir sino que meses después, en 1979, llegado el momento que consideré oportuno para buscar la presidencia de la Academia Nacional de Medicina, justamente en mi vigésimo aniversario de ingreso. Sin embargo, esta legítima aspiración era desfavorable para el Secretario de Salubridad porque tenía yo conocimiento de algunas decisiones adoptadas por el Dr. Martínez–Manautou sin apego a la rectitud y ética profesional, valores que pensé, compartíamos desde los años de estudiantes de medicina. Por estatutos, el presidente de la Academia forma parte del Consejo de Salubridad General, así que mi presencia en él era muy incómoda para los intereses de mi ex compañero.

Así, el Dr. Martínez–Manautou decidió operar políticamente como jefe del sector salud contra mi candidatura, a través de médicos con influencia en la Academia, como los Dres. José Laguna y Luis Castelazo. Las maniobras de Emilio tuvieron el resultado deseado y la elección de aquel año favoreció apretadamente al Dr. Carlos Campillo Sáinz. Lejos de sufrir el desánimo, pude aprovechar tal circunstancia para continuar participando de manera entusiasta y esperar el momento favorable para relanzar mi candidatura.

Ello ocurrió en 1990 cuando recibí la alta distinción de presidir a nuestra venerada corporación.

Ernesto Guevara de La Serna

Ernesto Guevara de la Serna llegó a la capital mexicana en septiembre de 1954, procedente de Guatemala. Al poco tiempo tuve la oportunidad de conocerlo cuando se presentó con el Dr. Mario Salazar Mallén, jefe del departamento de alergología del Hospital General, ubicado en el Pabellón 21. El “Che” Guevara, como se le conoció a lo largo de su vida, era asmático y muy interesado en el tema de alergias, así que el Dr. Salazar Mallén lo incorporó a un protocolo de investigación en el departamento a su cargo, dosificando 17 OH esteroides urinarios en pacientes con diferentes tipos de alergia. El propio “Che” Guevara era el encargado de llevar sus muestras al laboratorio del Hospital General, entonces a mi cargo, y su participación en el protocolo del Dr. Salazar Mallén, le dio acceso al comedor del Hospital General.

Durante el breve trato que tuve con el “Che” Guevara pude advertir que era un hombre poco comunicativo, muy serio. Solamente establecía contacto con las Químicas que recibían las muestras. Sin embargo, al poco tiempo de su llegada al hospital, supe que las propias empleadas comentaban que el personaje argentino “quería lavarles el cerebro con ideas marxistas”, en sus propias palabras. Tiempo más adelante y a la luz del papel protagónico de Guevara en la Revolución Cubana y, sus posteriores incursiones revolucionarias hasta su muerte en Bolivia, pude comprobar que durante su breve paso por nuestro país, el “Che” Guevara no perdió el tiempo. Su compatriota Alejandro Orfila le había conseguido un trabajo en el Fondo de Cultura Económica, en donde como velador, tuvo tiempo suficiente para leer a Lenin, Marx y a otros más. En su paso por el Hospital General, aprovechó su condición de asmático para integrarse al protocolo del Dr. Salazar Mallén, en donde pudo seguir en contacto con la medicina, una de sus pasiones. Además, le permitió continuar con las investigaciones iniciadas en Argentina en el laboratorio del Dr. Pizzani en Buenos Aires. Finalmente, en la última etapa del personaje en nuestro país, conoció a Raúl y a Fidel Castro y se enroló con ellos en su movimiento. Se sumó como médico a la expedición libertaria que comandó Fidel Castro en el yate Granma que partió de México para iniciar la lucha revolucionaria en Cuba.

Es, en mi opinión, una historia reveladora de una faceta prácticamente desconocida del Dr. Ernesto Guevara, la cual en retrospectiva, puede parecer increíble, si se considera la trascendencia del papel protagónico del “Che” Guevara en la Revolución Cubana. A la distancia, aún me cuesta trabajo creer que el callado e introvertido joven, pasante de medicina, haya dado un salto tan radical hacia otras dimensiones manifestando otras inquietudes que también le apasionaron en su vida. Su paso por el Hospital General y las vivencias que experimentó solamente engrandecen la muy rica historia de este nosocomio, cuna de tantos médicos que forjaron la medicina moderna de México en el siglo pasado.

UN CUENTO CHINO... EN UN MUNDO REAL

Silvia García de Villagómez

283

Todo comienza entre los años setenta y ochenta del siglo XX en una ciudad de poco menos de medio millón de habitantes en el centro del país, de arquitectura barroca que invoca a la Europa del siglo XVII.

Siria, una chica de diecinueve años, se encontraba matriculada en la Facultad de Medicina y había pasado las materias básicas que para decir verdad, no imprimieron mayor impacto en su memoria; indudablemente fueron el cimiento para los andamios de su formación como médico. Sin embargo, para entonces, los muchos conocimientos recibidos no los apreciaba en su verdadera medida; estos años pasaron sin pena ni gloria.

Ya para las asignaturas clínicas, los estudiantes de medicina solían ensamblarse en la vida del Hospital Civil. Se trataba de un hospital público que atendía personas muy necesitadas que veían en él una esperanza de vida, salud o por lo menos alivio de sus dolencias. Como todos los hospitales de esta naturaleza, estaba lleno de buena voluntad, pero exiguo de recursos para responder a las demandas de salud; esto promovía que sus médicos y todo el equipo de salud fueran muy entusiastas y creativos para tratar de compensar estas limitaciones, aunque los resultados no siempre fueran favorables. Los enfermos solían ser personas sencillas y habitualmente muy generosas, pues advertían los esfuerzos que se hacían por mejorar su salud y correspondían con su apoyo a la enseñanza de nuevos médicos.

Siria tuvo como profesor de propedéutica médica y quirúrgica a un personaje excepcional: alto, de mediana edad y complexión media, piel apiñonada, ojos verdes muy vivaces y expresivos —de contorno felino—, y una sonrisa que podría haber sido la inspiración

de Da Vinci para pintar la mueca de la *Mona Lisa*. Extrañamente para un docente, hombre de pocas palabras, pero contundentes, su cátedra era la más codiciada por lo que el salón de clase estaba atiborrado, solía realizar exámenes “sorpresa” a los que les llamaba “hojitas”, gustaba del *fútbol soccer*, aficionado indiscutible del rebaño sagrado y, si este equipo perdía, era indudable que habría un examen; en realidad, era la única señal fidedigna que anunciaba sus pruebas. Este profesor obsequió a Siria una de las herramientas más importantes para su quehacer como médico: le brindó, como a muchos otros, la *llave* para practicar la clínica, pero no sólo la *llave técnica*, sino la humanística, le enseñó a empatizar con los enfermos, a poner los objetivos en sus necesidades a ser receptiva... le enseñó a ser médico.

Pero fue un personaje tan sorprendente como excéntrico al que Siria invoca cuando escudriña sobre las razones que la inclinaron a la especialidad médica a la que se dedica. Este notable médico poseía adiestramiento quirúrgico en el ámbito de las neurociencias. Originario de la capital del país donde se había entrenado y por algunos años desarrollado profesionalmente; para la época, tenía más o menos dos lustros viviendo en esta ciudad provinciana. Se contaba que esta migración se había debido a un problema médico vinculado con el estrés y que anteponiendo su salud, al narcisista deseo de estar en los reflectores de este centralizado país, decidió emigrar. Su estatura de poco más de 1.85 m, complexión media, piel morena, abundante pelo rizado —frecuentemente enmarañado—, nariz recta y prominente y gruesos lentes, dejaban ver un importante defecto de refracción. Aunque al salón de clase siempre acudió con traje y pulcro, su aliño era precario con combinaciones muy heterodoxas; solía desplazarse en la ciudad en una motoneta popular, la legendaria *Vespa Ciao*; usaba casco y una capa como la de los superhéroes de las tiras cómicas; sus clases eran excelsas y poco convencionales, con frecuencia jugaba con el proyector de diapositivas o hacía piruetas con las manos o con los gises, lo que resultaba divertido.

Una anécdota muy glosada y quizá exacerbada era que para un importante aniversario del hospital para niños donde trabajaba, se había organizado una comida muy formal a la que acudió en bermudas, playera y zapatos tenis, toda la indumentaria de colores muy vivos y, por supuesto, llegó hasta el patio del nosocomio en su *Vespa Ciao*.

En el quirófano, al momento de vestirse, invariablemente había una riña con la enfermera que lo auxiliaba y siempre la acusaba de

contaminarlo; al empezar propiamente el procedimiento había un silencio sepulcral que él interrumpía diciendo con seriedad y parsimonia que el anesthesiólogo era la mismísima encarnación de Satán, él, Dios, todos los demás, ángeles, quienes decidirían si querían ser o no ángeles caídos, lo cual dependería del resultado de su comportamiento y acciones en ese “*santo recinto*”. Ya durante la cirugía, con frecuencia, mantenía un soliloquio donde se recriminaba las acciones que consideraba no había realizado de forma adecuada y se congratulaba y adulaba cuando estas eran apropiadas; si alguien no lo auxiliaba acertadamente, montaba en cólera y vociferaba sobre su incompetencia. Fuera del quirófano estas conductas generaban comentarios de toda índole, pero a él se le tenía el mayor de los respetos y reconocimiento como médico clínico y como cirujano.

Al concluir el curso de pregrado, Siria se le acercó y siguiéndole el paso, le manifestó su decisión de elegir en las neurociencias su especialidad a lo que con poco entusiasmo, y casi sin voltearla a ver, contestó: “su temperamento y coeficiente intelectual le dan para tener esa aspiración... *lo demás se le dará por añadidura*” y sin más, siguió su camino ante la perplejidad de su interlocutora.

Tantas alusiones teológicas y bíblicas de tan excéntrico personaje parecieran provenir de un sujeto religioso; sin embargo, no parece ser el caso, no había elementos para saber si era ateo, agnóstico o un hombre creyente, pero probablemente tales menciones eran una forma mordaz de interactuar con una sociedad muy conservadora y católica a la que tuvo que adaptarse.

Desde aquel momento Siria había encontrado su camino profesional y nunca hubo dudas al respecto; de hecho, al paso del tiempo y después de otras experiencias, esta determinación fue cada vez más sólida, así que después de llenar los requisitos nacionales para hacer una especialidad, se encontraba en la ciudad capital de este país en un nosocomio público de alrededor de mil camas; su primer día en este hospital fue un domingo en el área de internamiento de medicina interna. Los residentes que ese día, eran de segundo año e interconsultantes en medicina interna con la curiosidad propia del gremio, iban a cada punto a “*conocer*” a los nuevos residentes, ¿quiénes eran?, ¿de dónde eran?, etc. Cuando llegaron a Siria ella, sin más pretensiones, les manifestó su propósito de especialidad médica final; la respuesta del grupo fue sorpresiva, pues literalmente se horrorizaron y le cuestionaron si sabía quién era el profesor de ese curso, amén de innumerables anécdotas censurables sobre el personaje; ya para el final del día, en un intento de incidir en tan

osada pretensión, llegaron en “bola” y escoltando a un médico recién graduado de dicha especialidad quien con evidente carga emocional, enojo y quizá otro poco de nostalgia, frugalmente, le dijo: *...“lo que te digan sobre el profesor es poco en relación con lo que es vivirlo... no sé si la experiencia valga la pena, pero creo que no”*. Después, ya con el sosiego que da el paso de los años, y ambos dedicados a lo mismo, Siria le cuestionó sobre esta primera y brevísima entrevista, pero no la recordaba.

Pasado el tiempo, finalmente, inició para Siria el entrenamiento formal en la especialidad; la organización del departamento médico en cuestión, contaba de un área de hospitalización y otra de consulta externa; el profesor era el único médico visible —parece que había otra especialista en el servicio con quien los médicos en formación no interactuaban y excepcionalmente la veían—; habitualmente eran sólo los residentes que estaban cursando esa especialidad —uno o dos por año—, ya que eran contados quienes los de otros servicios lograban mantenerse más de dos días en una rotación; en ese período eran tres los médicos de posgrado en el departamento: Siria, Teo y Mario, lo que facilitó que formaran una cofradía de amistad, solidaridad y complicidad, pero siendo pocos, se puede entender la intensa carga de trabajo asistencial a la que estaban sometidos.

Las labores iniciaban formalmente a las siete de la mañana; sin embargo, era la hora en que comenzaban las actividades académicas; antes, se debía haber revisado a los pacientes, saber qué había sucedido durante la guardia, y si entregabas guardia, asegurarte de que ningún paciente estuviera fuera de las instalaciones del servicio o en urgencias, supervisar que todos los enfermos hubieran sido bañados, estuvieran fuera de la cama y sentados, era irrelevante de quién era la responsabilidad de estas tareas, debían haberse realizado; no había excusa aceptable, tenía que entregarse un reporte de guardia donde los pacientes se enlistaban por orden de importancia —que, entonces, se hacía con máquina de escribir mecánica— y se incluían las “noticias de la guardia”. Este documento era un primer inconveniente porque como regla, el orden de este reporte, y el de los sucesos relevantes, no solían coincidir con el criterio del profesor, así que, cotidianamente, venía la primera reprimenda. En ocasiones las reconvenciones eran motivadas porque había un paciente periférico —no interesaba la disponibilidad de camas en el área—, porque algún enfermo no estaba bañado o sentado e incluso, porque no había sido peinado... y, ciertamente, también por omisiones

imputables a los residentes; sin embargo, llegaba un momento que no se lograba distinguir entre los errores individuales y los colectivos.

Las reprimendas eran públicas e ignominiosas aunque nunca se utilizaba lenguaje soez con el temperamento arrebatado de quien las propinaba; se echaba mano de la ironía, la ridiculización y el sarcasmo como instrumentos para evidenciar en lo que, a juicio del profesor, se había errado. No había posibilidad de réplica o argumentación alguna, ya que eso encendía más los ánimos, así que pronto se entendió que más allá de la razón y de las responsabilidades lo prudente era aceptar el correctivo, brindar una disculpa y el ofrecimiento de no repetirlo.

De vez en cuando, al advertir un gran desánimo en el grupo, era recordado el apotegma chino que reza: *“Cuando llegues a tu casa regaña y pégale a tu mujer, tú no sabes por qué pero ella sí”*, y el profesor decía que ese chino se le aparecía y le atormentaba todos los días en sus sueños y le decía: *“Cuando llegues al hospital regaña a tus estudiantes, tú no sabes por qué, pero ellos sí”*.

Una vez concluido este inicial acto de la jornada, empezaban los trabajos académicos con dos actividades continuas, una tras otra: un seminario y una sesión; en realidad, difícilmente se distinguía cuándo concluía una y empezaba la otra, a excepción de que alguien más se sumara a la segunda o que se tuviera que cambiar de área física. Aunque hubiese un temario este nunca se respetaba y usualmente se dirigía la clase a temas diversos, habitualmente no médicos aunque sí científicos. Cuando alguien le insinuaba algo al respecto, el profesor solía contestar: “no les voy a dar Gerber... porque serían como los niños de Polanco que les acercan la cuchara y lo escupen [...] En el seminario se siembra (semillas) [...]”. Bueno, propositivamente, no concluía la idea y había en el ambiente, tal irritación, y desaliento que no se hacía el menor esfuerzo para entender el mensaje así que, frecuentemente, la misiva no tenía destinatarios.

El día continuaba con el paso de visita a los pacientes hospitalizados, y por mucho, era la actividad más trascendente; normalmente, en ella se incorporaban la jefa de enfermeras, una técnica en rehabilitación y la dietista; era el período más álgido y desgastante del día. La presentación de cada enfermo era responsabilidad del médico residente a cargo; no prevalecían las políticas de otros departamentos como la de distinguir las actividades por grado académico, sino que cada estudiante se hacía responsable integralmente de sus enfermos, y el encargado de la guardia inmediata anterior de aquellos pacientes que hubieran ingresado.

Era una exigencia que tales presentaciones se hicieran sin exceder diez palabras (en esta rigurosa contabilidad se incluían TODAS las palabras —artículos, sustantivos, verbos, adjetivos, adverbios, etc.—; generalmente, no se tenía habilitada la capacidad de síntesis así que rápidamente se gastaban las referidas palabras sin lograr transmitir mayor cosa del caso lo que generaba comentarios sarcásticos y muy injuriosos que eran vertidos delante del equipo médico, pacientes y familiares, lo que exacerbaba el denuesto de su destinatario; no era posible asegurar que esto le causara deleite a su emisor, pero así se apreciaba. Cuando se excedían las diez palabras, de manera impersonal cuestionaba: *¿cuál era el décimo primer mandamiento?* respondiéndose *“No aburrir; aburrir es el peor de los pecados capitales”* o bien, cuando la respuesta ante un cuestionamiento no era considerada acertada, sarcásticamente, ofrecía la siguiente disculpa: *“perdone por no adecuar mis preguntas a sus respuestas”*.

Un día a la semana era visita general y a ella se aumentaban las obligaciones y exigencias, y por supuesto, las observaciones por lo que era más común que un residente fuera relevado en sus funciones; esto es, el caso se le asignaba a un estudiante de pregrado, aduciendo que el hasta entonces encargado era incompetente con inculpaciones tales como: *“usted quiere aumentar la mortalidad de mi servicio”*, *“allá de donde usted viene debo tener un gran enemigo donde me lo enviaron”* y veredictos similares; acto seguido, el indiciado era invitado a sustraerse de la visita so pretexto de *“proteger a los enfermos de la ignominia de un médico tan deficiente”*.

Sus notas de revisión versaban en enunciados breves que más parecían un laudo inculpatario: *“el doctor a cargo no hace su trabajo”* o bien, sarcasmos tales como: *“esperemos que al doctor se le ilumine la inteligencia para atender el caso”*, etc. Así sucedían anécdotas muy hilarantes; una en particular, singular, a propósito de un enfermo en estado de confusión, y una vez que a juicio del maestro, no se atinaba en su estudio escribió: *“Paciente confuso, médicos confusos; es un cuadro de confusión contagiosa. Realícese X estudio”* a lo que el médico que efectuó la prueba solicitada, respondió: *“El estudio tan confuso como sus confundidos médicos”* respuesta que generó un gran exabrupto en el maestro aduciendo que tal réplica era una falta de respeto.

Una de las escenas que comúnmente sucedían durante el tiempo que se pasaba con el profesor era que cualquier actitud de enfado, desánimo, tristeza o, particularmente llanto que fuera detectado,

era motivo para que se exhortara a evitarlo y se instigaba a *no seguir sufriendo*. De la bolsa de su camisa sacaba un boleto del metro que amablemente ofrecía para que se cometiera un suicido seguro, sólo pedía se hiciera antes de las seis de la mañana para no complicar la agitada vida de esta ciudad.

Las anécdotas de este profesor en ese gran hospital eran innumerables; se murmuraba de pugnas con muchos colegas y que algunas habían llegado a las manos. Se decía que tenía ideas de referencias y conflictos con otros elementos del personal de salud, lo cual era creíble ya que una de sus peculiaridades era su capacidad para descubrir y señalar, de forma incisiva y pública, las debilidades de los demás; no advertía en ningún colega competencia cercana, lo que en términos generales así era.

Además, se consideraba un honor tener un maestro excepcional con una formación profesional científica muy sólida, preparado en una de las escuelas mundialmente más reconocidas en la especialidad; su amor por la medicina y los enfermos era genuino, tanto así que la mayor parte de lo relatado estaba encaminado a asegurar su bienestar (claro que con un estilo terrorista). Su actividad como docente era un serio compromiso que cumplía fielmente y aunque el trato era, por decir lo menos “rudo”, no permitía que nadie más lo fuera con sus estudiantes como en forma colectiva los llamaba.

Hombre sumamente inteligente, con gran visión, pero obstinado, sabía escuchar propuestas sobre todo si estas eran innovadoras, aunque era necesario plantarlas en el momento apropiado, pues de otra manera se pasaba a la ignominia.

Durante las tres horas que diariamente se pasaban con él obsequiaba muchas perlas de conocimientos que desafortunadamente, no siempre se aguilataron ya que estaban revestidas por una gruesa cubierta de hostilidades muy difíciles de apartar.

En los albores de la segunda década del siglo XXI Teo, Mario y Siria ahora médicos especialistas, y a más de veinte años de haber concluido una de las experiencias de vida más trascendentes y complejas de sus vidas, ya con el sosiego y la sabiduría que brinda el paso del tiempo, y que permite ver al pasado con objetividad, sensatez y tener una perspectiva amplia, racional y cuerda aguilatan el obsequio del que fueron destinatarios.

UNA NOCHE DE GUARDIA

Óscar González Pérez

291

Narraré una historia verídica que ocurrió durante una fría noche de invierno, que podría haber sido una noche cualquiera en la guardia de algún médico residente. Por razones de confidencialidad, me tomaré la libertad de no mencionar dónde sucedió ni cuándo, no revelaré los nombres de los protagonistas y tampoco diré si fue una experiencia personal o la de un buen amigo. Simplemente lo que a la postre marcó la vida de dos jóvenes médicos. Solamente espero que mi limitada habilidad literaria sea suficiente para transmitir dichas emociones a usted, mi respetado lector.

Ocurrió en la década de los noventa en un hospital público de nuestro país. En esa época, al igual que ahora, el hospital tenía diversas carencias que incluían, entre muchas cosas, a un número insuficiente de personal médico. Por ello, y pese al gran número de pacientes atendidos en el servicio de medicina interna, solían permanecer de guardia tan solo dos médicos residentes; uno de los residentes era asignado a la sala de terapia intensiva, mientras el otro permanecía a cargo del pabellón de hospitalizados.

Esa noche, la guardia en la terapia intensiva era extraordinariamente tranquila: la sala estaba a menos de un tercio de su capacidad y todos los pacientes permanecían estables y evolucionaban favorablemente. Algo verdaderamente excepcional que después —quiero pensarlo así—, sería una feliz coincidencia para los eventos que se suscitarían esa noche. Casualidad quizá, destino, pensarían otros. El joven médico residente había pasado su ronda de vigilancia clínica de la madrugada, todo continuaba bastante relajado, por lo cual, él se encontraba incluso algo aburrido aunque sin sueño. Fue entonces

cuando decidió informar al personal a cargo que antes de hacer la ronda de las cuatro de la mañana subiría al tercer nivel del hospital a averiguar cómo estaban los pacientes del piso de medicina interna, y saber cómo se encontraba su compañera de guardia, y en caso necesario, brindarle algo de apoyo para que su guardia resultara más llevadera. Al llegar ahí, extrañamente, el piso de medicina interna parecía estar bastante tranquilo. Los médicos internos habían bajado a los comedores para consumir su respectiva colación. La “sala de máquinas”, como irónicamente solían llamarle a la sala de personal médico, debido a esas destantaladas máquinas de escribir marca Olimpia —arcaicas incluso para esa época—, estaba desierta y en penumbras. Tampoco en los pabellones de pacientes logró encontrar a su compañera.

—Le habrán pedido alguna interconsulta del servicio de urgencias —pensó.

En fin, todo parecía igual de tranquilo que como en terapia intensiva. Por lo tanto, decidió regresar a su servicio. Sin embargo, un repentino presentimiento pasó por su mente; por ello se dirigió rumbo al cuarto de residentes. Fue precisamente ahí donde el resto de esta historia se desarrolló. Al abrir la puerta, un viento gélido golpeó con fuerza su cara y ondeó fuertemente su desgastada corbata y la desaliñada bata blanca. Esto indicaba que el enorme ventanal del cuarto de residentes debía estar abierto de par en par, lo cual no era habitual.

—Alguien olvidó cerrar la ventana, seguramente fueron los nuevos internos —pensó algo molesto.

Sin embargo, la oscuridad total en la que se encontraba el cuarto de residentes tampoco era un evento común ya que, para pernoctar, solían siempre mantener una tenue luz de piso encendida y evitar con ello algunos bochornos golpes o tropezones. Le tomó unos segundos adaptarse a la oscuridad, cuando, gracias a la tímida luz de la luna que atravesaba el ventanal, advirtió la presencia de una delgada silueta femenina, acurrucada justamente en el borde de la gran ventana que daba hacia los oscuros jardines posteriores del hospital. No salía de su sorpresa ante esa imagen cuando, casi simultáneamente, percibió un ligero sollozo. Lentamente se aproximó hacia ella, y titubeante, pronunció el nombre de su compañera de guardia.

Ella respondió con un sollozante y áspero: —¡Vete!

—Espera, ¿Te encuentras bien?, ¿qué haces ahí arriba?, ¡baja! ¿Te das cuenta de que es peligroso?

—¡Vete! —volvió a replicar.

—Entonces, si no bajas tú, subiré yo —le dijo.

—¡Haz lo que quieras! —respondió.

Con fraterna solidaridad, osadía, ligereza y falta de sentido común que solamente la juventud otorga, él subió ágilmente al borde de la ventana y se sentó al lado de ella.

—¿Qué sucede?, ¿por qué lloras?, ¿no pensabas hacer una locura, verdad?, ¿o sí?

—¿Acaso importaría? —le contestó.

—¿Pero por qué?, ¡espera!, ¡tranquila! —le dijo, al tiempo que cautelosamente le tocaba el hombro. Fue entonces cuando ella comenzó a hablar.

Su charla versó en torno a aspectos más humanos y emotivos que creo, sólo aquellos que hemos sido parte del gremio médico, podríamos comprender a cabalidad. Ella le habló de las noches en vela con arduo trabajo y jornadas interminables; de todos los fines de semana dedicados solamente al trabajo clínico, a la preparación de temas de exposición y al estudio incesante; del paso inexorable de su juventud y los llamados “mejores años” de la vida dedicados casi exclusivamente a la medicina. De los meses transcurridos sin ver a la familia o de dejar de convivir con los amigos de la infancia; del pobre reconocimiento social y la exigua retribución económica; de someterse a un sistema jerárquico—piramidal con disciplina casi militarizada; de las jornadas interminables de deambular por los pasillos del hospital “persiguiendo” algún expediente clínico, un resultado de laboratorio, una placa radiográfica o incluso a algún camillero; de comer un pastel de cumpleaños cortado con un abatelenguas y utilizando gasas en vez de servilletas sobre una torre de expedientes metálicos; de ser testigo, desde algún ventanal del hospital, de celebraciones importantes como la Navidad o el año nuevo. En fin, le platicó de todos esos eventos que los seres humanos solemos llamar, simplemente, vida.

Explicó también que el detonante de toda esa situación había sido el no contar con el apoyo del médico adscrito, quien se reportó enfermo, y que alguna autoridad del hospital tuvo a bien no contratar a un médico suplente, algo bastante común todavía en algunos hospitales. Aunado a esto, ocurrió el fallecimiento repentino de uno de sus pacientes, evento del cual, injustificadamente, debo decirlo, ella misma se responsabilizaba aduciendo su falta de destreza clínica.

Ante esa ineludible realidad, el joven se sintió súbitamente agobiado y confrontado. Incluso, en ese momento, se consideró incapaz de esgrimir los mejores argumentos para contrarrestar el profundo sentimiento de frustración y tristeza que ella sentía que, dicho sea de paso, comenzaban también a invadirlo. Así que, simplemente,

le dijo que todos los sacrificios que hacían eran una prueba fehaciente de la profunda entrega y amor que le tenían a la disciplina médica; que eso que todos denominamos como vida era precisamente lo que ellos trataban de salvaguardar con todo ese esfuerzo. Que los médicos también son humanos y que evidentemente, les afecta lo acontecido en su persona o lo que suceda con sus pacientes; que como cualquier ser humano, eran proclives a cometer errores u omisiones involuntarias; que absolutamente todo médico —hasta el más erudito— debía aceptar con honestidad y humildad su desconocimiento en algún área o aspecto de la medicina; que solamente no se ha equivocado aquel médico que nunca ha atendido pacientes; que en una especie de acto de contrición, los médicos debíamos aceptar que en más de alguna ocasión, nos hemos quedado con la sensación de que pudimos haber hecho algo más por algún paciente para ayudarlo a mejorar o aliviar su afección. Que, efectivamente, para ninguno era un trabajo fácil y que tampoco era un trabajo para todos. Y aquel que dijera lo contrario, simplemente era un mentiroso o un hipócrita.

—¿En verdad piensas igual?, ¿en verdad te ha pasado algo similar?, ¿también tú has sentido a veces esta frustración? —preguntó llorando.

—Sí, ¿acaso creías que eres la única que se ha sentido así? Lo que sucede es que uno no puede andar por la vida rumiando sus propias desgracias y mucho menos cuando hay terceros que confían en nosotros para tener una esperanza de vida o de alivio o tan siquiera una palabra de aliento —contestó él con voz entrecortada.

Sin mediar más palabras, ella recostó su cabeza sobre su hombro, él la abrazó fraternalmente y permanecieron en silencio con la mirada fija en esa hermosa noche estrellada. Después de un lapso, ya sin lágrimas y con respiración tranquila, limpió con cuidado sus mejillas y le dijo con voz serena:

—¡Muchas gracias! Creo que es ya hora de seguir con la guardia, ¿no? ¡Vamos! Enseguida, ambos bajaron de un salto de la ventana, se dieron un abrazo, se despidieron sonriendo y, sin mediar más palabra o acción, continuaron sus labores.

Él nunca supo con certeza las intenciones que tenía su amiga sentada en ese ventanal; nunca más volvieron siquiera a hablar de ese hecho y nunca nadie de ese hospital supo lo sucedido esa noche. Después de ello, su vida y quehacer clínico continuó de manera aparentemente normal; no obstante, estoy seguro de que ambos saben que esa noche marcó el resto de su existencia y cambió su significado de la vida y del compromiso que el ejercicio de la medicina clínica implica.

EL INTERÉS TIENE PIES

José Halabe Cherem

Mientras rotaba por la consulta externa del servicio de medicina interna del hospital, entre las múltiples consultas cotidianas tanto de primera vez como en las subsecuentes, acudió un hombre de treinta y cinco años de edad llamado Juan con una hoja de envío de su clínica en la cual se especificaba un diagnóstico de fiebre de tres semanas de evolución. Dentro de los múltiples estudios que se referían en la nota, únicamente destacaban algunas alteraciones leves en las pruebas de función hepática. Dado el tiempo de evolución del síndrome febril decidí internar al paciente en el famosísimo quinto piso del hospital que correspondía al departamento de medicina interna. En él se veían los casos sin diagnóstico, los casos raros, o los muy comunes que no querían ver otros servicios y que representaban un desafío en el diagnóstico y tratamiento. En ese piso estudiábamos el caso clínico y nos involucrábamos en las historias personales de los pacientes cuyos dramas eran parte de nuestro arsenal terapéutico.

En ese escenario teníamos inoculada una mística de servicio, de calidad, de calidez, de estudio que absorbía todo nuestro tiempo y esfuerzo. Como residente del último año de la especialidad nuestra responsabilidad era mayor ya que teníamos que mostrar nuestra aún poca experiencia de la medicina a los residentes de menor grado y entregar cuentas a los médicos tratantes y al jefe del servicio, que esperaban nuestro mejor desempeño.

Juan era empleado de una refaccionaria, casado desde cinco años antes, sin hijos. Durante los quince días de su internamiento su esposa, de condición humilde, lo iba a ver tanto en la hora de

vista matutina como vespertina y mostraba un gran interés por su estado de salud. Ella pedía cotidianamente pases para estar más tiempo con su esposo y no sólo durante las horas permitidas. La relación entre ellos era muy cordial y ella se mostraba siempre muy preocupada por su bienestar. Todos los días mencionaba que le rogaba a Dios que nos diera la sabiduría para curar a su esposo ya que, de perderlo, ella también moriría.

Después de un estudio exhaustivo de la fiebre de origen oscuro se llegó al diagnóstico de una larva visceral en el hígado y se prescribieron antiparasitarios. Por ser un caso poco común, lo comenté con los médicos de jerarquías superiores y decidimos presentarlo en una sesión del servicio; lo llevamos en forma de cartel a un congreso de medicina interna y lo publicamos en una revista nacional de nuestra especialidad.

Durante su estancia hospitalaria le di a Juan el comprobante de su incapacidad que él debía entregar en su centro laboral. Una vez dado de alta del hospital, permaneció dos semanas más en su casa en relativo reposo para concluir su tratamiento y acudía a consulta externa para su control. Durante las visitas que realizó siempre acudió con su esposa y se veían muy unidos y contentos de que la evolución clínica fuera satisfactoria. En la última cita le dije a Juan que estaba dado de alta y que quería verlo en seis meses para revisarlo.

Cuando se cumplió el plazo, Juan acudió solo a la consulta muy triste, lábil y tendiendo al llanto. Le pregunté: “¿Qué le sucede?” Él respondió que físicamente se sentía mejor. Ante preguntas específicas manifestó que no había tenido fiebre, que la orina no era de color oscuro y que sus mucosas y piel no se habían puesto amarillas. Entonces le dije: “¿Por qué está tan triste?”, a lo que Juan respondió: “Me corrieron de mi trabajo porque todo el tiempo que estuve incapacitado mi jefe no entendió de qué estaba enfermo y pensó que estaba fingiendo. Unos días después, sin trabajo y sin dinero, mi esposa me sacó del cuarto donde vivíamos y me dijo que no quería estar con un inútil que no trae dinero a la casa”.

A los seis meses, llegó Juan y me dijo, “Hoy vengo a verlo, doctor, porque usted me citó, pero quiero decirle que ya no tengo derecho a la seguridad social de este hospital; sin embargo, como no tengo nada que hacer más que buscar trabajo y como en mi *carnet* decía que hoy tenía cita a las 11:15 A. M., aquí me tiene, aunque le digo que estoy muy desesperado”.

Revisé clínicamente a Juan. Lo encontré sin fiebre, el hígado no estaba crecido y físicamente se encontraba bien. Hablé con él y le

conseguí una cita con el psiquiatra del hospital; se la dieron una semana después a pesar de no ser derechohabiente. Al verlo tan triste hablé con su esposa por teléfono frente a él para que recapacitara ya que pensé que era un matrimonio feliz y estaban pasando por un momento difícil que juntos superarían. Ella respondió reiteradamente “esto se acabó”.

Al despedirse, Juan me pidió prestado un peso para comprar un boleto del metro porque no tenía un solo centavo en su bolsillo. Saqué un billete de veinte pesos, pues no tenía cambio, y Juan muy apenado me dijo “Voy a comprar el boleto y le traigo los 19 pesos restantes”. Le dije “Juan, no se preocupe: cuando venga la próxima semana con el psiquiatra me regresa los 19 pesos”.

La siguiente semana acudí con mi amigo el psiquiatra a preguntarle cómo le había ido a nuestro mutuo paciente y me comentó que Juan nunca acudió. Dos meses después se presentó la esposa en el quinto piso de medicina interna pidiéndome que hablara con Juan porque quería regresar con él. “Doctor, por favor, quiero mucho a Juan y creo que usted es el único que puede interceder para que regrese a nuestra humilde casa”. Extrañado, le pregunté el motivo de ese cambio tan radical y ella simplemente me contestó “Por amor”.

A través del servicio de trabajo social de nuestro hospital y a pesar de que su expediente ya estaba en el archivo en la sección de depurados, localicé a Juan y le pedí que acudiera al hospital. Se presentó con un aspecto físico saludable y con una gran sonrisa. Le expliqué a Juan el motivo por el cual lo había buscado y la preocupación de su esposa por volver con él. Estaba seguro de que la respuesta de Juan sería positiva para rehacer su matrimonio e incluso le dije que podría intervenir el psiquiatra al que Juan había dejado plantado en la reconciliación.

Juan me miró fijamente a los ojos y me dijo “doctor quiero contarle lo que pasó desde la última vez que nos vimos. En principio, debo decirle que soy un hombre muy feliz ya que físicamente me siento libre de la enfermedad gracias a sus cuidados y los de la institución. Al salir de la consulta caminé dos calles hasta la estación del metro y en ese trayecto pensé en que la solución más fácil para mis problemas era arrojarme a las vías del metro, pues no tenía nada que perder. Llegando a la estación compré el boleto, me devolvieron 19 pesos y a unos cuantos pasos de la taquilla un señor manco que vendía lotería me dijo con gran tristeza “señor cómpreme un cachito de lotería no he comido en todo el día”. Nunca antes había comprado lotería, pero como no tenía más que perder y sentí pena

por el manco, decidí comprarle tres cachitos que costaban 5 pesos cada uno.

Con los tres cachitos, el boleto del metro y cuatro pesos restantes entré a los andenes con el firme propósito de arrojarme a las vías del metro. Mientras esperaba la llegada del tren sentí una gran cobardía y pasaron seis o siete trenes sin que decidiera tirarme. Al séptimo tren, cuando se abrieron las puertas de los vagones, un tumulto de personas me empujó hacia el interior por la prisa con la que todos querían entrar y no esperar al siguiente tren. Dentro del vagón empecé a temblar y pensé que intentaría nuevamente buscar trabajo y convencer a mi esposa de que regresara conmigo, pues ella era todo para mí.

Al día siguiente la busqué y me volvió a rechazar diciendo que yo era un bueno para nada y que no la volviera a molestar nunca más. Desesperado y con los cuatro pesos en mi bolsa, pasé por una cantina, y a pesar de que usted me había dicho que no tomara, pedí una cerveza y le dije al cantinero que le pagaría al día siguiente. El cantinero me preguntó que qué sabía hacer, cuando le dije que era mecánico, me contestó que si le revisaba su coche me daba tres cervezas, cosa que acepté.

Saliendo de la cantina vi un expendio de lotería y le pedí al encargado que revisara mis tres cachitos con la esperanza de recuperar los quince pesos en caso de que tuviera reintegro, pues en realidad no me pertenecía ese dinero, era de usted, doctor. El joven se tardó en revisar los números, yo veía que se ponía nervioso y lo checaba una y otra vez en esas grandes sábanas donde se publican los números ganadores de los sorteos. Entonces con la voz temblorosa me dijo “tiene usted reintegro”, sacó 15 pesos de la caja y me los quiso entregar. Sin embargo, como lo vi tan alterado, le quité mis cachitos de lotería y al día siguiente acudí directamente al edificio de la Lotería Nacional ubicado en Reforma y Av. Juárez, y le mostré mis cachitos al señor del mostrador. Al revisarlo me dijo “Se sacó la lotería, ahora sí va a salir de jodido”. Para mi sorpresa me saqué el segundo premio mayor de la Lotería Nacional. A partir de ese momento mi vida giró 180 grados, se me quitaron las ganas de terminar con mi vida y puse mi propio taller mecánico. Desde entonces me ha ido muy bien, tengo mi changarrito y dos personas que me ayudan”.

Hace unos días me encontré a mi cuñado y le platicué que me había sacado la lotería y tenía mi propio taller. A las ocho horas de ese encuentro mi exesposa me buscó para decirme que quería

volver conmigo. Ya me mandó a sus padres, a sus dos hermanos y ahora entiendo que a usted para convencerme, sin embargo, cada día estoy más seguro de que no quiero volver con ella, pues no soy tonto, el “interés tiene pies...”.

EXPERIENCIAS DE UN MÉDICO

Horacio Jinich

301

¿Diagnóstico o sentencia?

Recuerdo que la vi en mi consultorio de las calles de Homero. Esta consulta médica debió haber ocurrido alrededor de los años setenta. Se trataba de la madre de Ignacio Blanco, ortopedista y buen amigo. La razón de su visita al consultorio fue la presencia de “dolor de estómago”.

—¿Se quiere poner de pie y enseñarme con la mano el lugar exacto del dolor?

Se puso de pie y me señaló el centro de la parte más alta del abdomen, a la altura de la parte baja del esternón.

—¿Se irradia el dolor hacia alguna otra parte?

Me señaló una corta distancia hacia arriba.

—¿En una escala del uno al diez, cómo califica el dolor?

—De siete a ocho.

—¿Me puede describir cómo es el dolor, ardor, punzada, vacío, opresión, quemadura?

—Opresión.

—¿Le duele diariamente?

—Sí.

—¿Cuándo se presenta el dolor?

—Después del desayuno y la comida del mediodía

—¿Cuánto tiempo le dura?

—Unos cuantos minutos, se me quita cuando me detengo.

—“Explíqueme, ¿qué pasa cuando se detiene?”

—Camino todos los días para que se me baje la comida, y cuando voy de subida me viene el dolor pero al pararme se me quita, y a veces, me regresa si reanudo la marcha y a veces no.

—¿Si lo hace sin haber comido, no siente dolor?

—Raras veces, si camino muy rápido o la temperatura es baja.

Completé el interrogatorio médico habitual, le examiné el pulso, la presión arterial, palpé, percutí y ausculté el tórax y el corazón sin encontrar anormalidad alguna y a continuación le dije: Señora, su enfermedad no se localiza en el estómago, lo que usted tiene es una alteración de las arterias que riegan el corazón; eso se llama angina de pecho, no se alarme, no es grave y tiene remedio, pero es necesario que consulte usted a un cardiólogo. Observé que mis palabras no lograron borrar la expresión de ansiedad en su cara.

—¿Qué cardiólogo me aconseja?

—Hay muchos muy buenos en el Hospital ABC, en donde trabaja su hijo, y creo que Tomás Rojas, que es un buen amigo de él podría ser el indicado.

—Doctor Jinich, le estoy muy agradecida, iré sin falta a consultar al Dr. Rojas.

No volví a tener noticias directas de la Sra. Blanco, pero un par de semanas más tarde me crucé en un pasillo del hospital con el doctor Rojas. Lo saludé y le pregunté:

—¿Llegaste a ver en consulta a la Sra. Blanco? ¿La madre de Ignacio?

—Sí, la vi hace alrededor de diez días.

—¿Qué le encontraste?

—Nada, la aseguré que su corazón estaba sano.

—¿Cómo es posible si me describió los síntomas típicos de angina de pecho: dolor opresivo en epigastrio alto y región esternal, claramente ligado a la actividad física, especialmente cuando la realiza después de tomar alimentos!

—¡Caramba, Horacio, yo recuerdo claramente la entrevista; llegó, se sentó y me dijo: doctor, me siento perfectamente bien, nunca he tenido dolor en el pecho ni me falta el aire ni se me hinchan las piernas, pero pensé que a mi edad, era conveniente que me checara el corazón. Le medí los signos vitales, le ausculté el corazón y le practiqué un electrocardiograma, que no reveló anormalidad alguna. Claro que si hubiera sabido sus síntomas le hubiera hecho otros estudios, incluyendo una prueba de esfuerzo.

—¿Qué aconsejas que haga?

—Este es un problema difícil de ética médica; si informáramos a su hijo estaríamos violando un secreto profesional.

Una mentira piadosa

A pesar de los años transcurridos, pues ocurrió en 1953, hace sesenta años, esta experiencia de mis primeros años de profesión médica se ha resistido al olvido y todavía me hace sonreír cuando me acuerdo de ella.

Al atravesar la salita de espera de mi consultorio vi a un solo paciente, un joven delgado, cuya edad no podía ser mayor de la veintena de años, con una *kipá* (gorro) en la cabeza, signo distintivo de un judío ortodoxo. Estaba sentado, con el tronco flexionado y el movimiento rítmico incesante de sus pies me hizo pensar en la “enfermedad de Graves–Basedow”, hipertiroidismo, pero esta impresión diagnóstica se desvaneció al estrecharle la mano húmeda y fría, signo incuestionable de ansiedad.

Por su apellido me enteré de que era miembro de una familia judía sirio-libanesa, algunos de cuyos miembros eran conocidos míos. Antes de preguntarle acerca del motivo de su consulta se adelantó exclamando: —doctor, estoy desesperado. ¡Ojalá que usted sí me pueda ayudar!

—¿Qué es lo que le pasa?

—Doctor, me acabo de casar hace cerca de tres semanas; nos fuimos de luna de miel a Acapulco, en donde nos quedamos toda una semana y, por más lucha que hice, no me fue posible, ino pude hacer el amor... usted me entiende! En la mañana en que teníamos que regresar a la Ciudad de México le hice una herida en un dedo con una navaja, para manchar con sangre la sábana de la cama porque... usted me entiende... hay que mostrarla a la familia para enseñar que mi esposa era virgen. Rompió en llanto y continuó: ya vi a dos doctores, pero lo que me recetaron no ha servido para nada... al contrario.

—¿Qué te recetaron?

—Aquí le traigo las recetas.

Una de ellas era de yohimbina y la otra de testosterona inyectable. —¿No te sirvieron para que se te endureciera el miembro?

—No, doctor, al contrario... lo que me pasa es que me vengo demasiado pronto cada vez que trato...

—Ah, ¡vaya ese es tu problema!; tu tratamiento debe ser muy diferente. Voy a recetarte un comprimido que te ayude a calmar tus nervios, tómallo una hora antes de acostarte con tu esposa y, además, vas a beber una copa de licor, tequila, coñac, lo que prefieras. Espero que con eso obtengas un buen resultado.

Dos días después regresó al consultorio en un estado de mayor agitación que la primera vez.

—¡Doctor, ahora la cosa se volvió más grave!

—¿Acaso no te sirvió mi receta?

—¡Claro que sí, doctor, me sirvió muy bien, pero descubrí que no era virgen! —¿Qué puedo hacer ahora? No lo he contado a nadie, me da vergüenza. Y además la familia tiene la prueba de que sí era virgen. Reyna insiste en que sí lo era, pero me engañó y estuve a punto de golpearla. Doctor, usted conoce a mi familia, por favor aconséjeme qué hacer.

—Moisés: cálmate, escúchame: el himen es la membrana que está en la entrada de la vagina, y tiene un espacio abierto en el centro que permite a las mujeres tener su sangrado menstrual cada mes. Lo voy a dibujar para que lo entiendas mejor... El himen se rompe y causa dolor y sangrado la primera vez que penetra el pene. Pero en algunas mujeres el himen está muy delgado, y el espacio abierto en el centro tiene mayor anchura, y en esos casos, aunque sean vírgenes, no hay dolor ni sangrado. Se llaman “hímenes complacientes”. Te propongo que Reyna me permita examinarla, pues es muy probable que esa sea la causa de lo que ha sucedido.

—¿Puedo traerla ahora mismo?

—Sí, los espero.

Pocas horas después llegaron los dos al consultorio e hice entrar a Reyna a mi oficina. Tenía la cabeza inclinada, enrojecidos los ojos y en su semblante se dibujaba tristeza y temor.

—Siéntate, Reyna, cálmate. Óyeme: no te voy a preguntar nada y no te voy a hacer ningún examen. Yo le expliqué a Moisés que en algunas mujeres el himen es sumamente delgado y su parte central es tan amplia que no hay dolor ni sangrado durante la primera experiencia sexual. Recibe el nombre de “himen complaciente”. ¿No lo sabías?

—Pero es que sí me dolió algo, doctor, aunque Moisés no me cree. —Bueno, te repito que no te voy a examinar y le voy a decir que sí lo hice y que, en efecto, tienes un himen complaciente. ¿De acuerdo? Quédate sentada un rato para que crea que te estoy examinando.

Quince minutos después, le ordené salir del consultorio e indicar a su esposo que entrara. La abracé y volvió a llorar. “Gracias”, me dijo al salir.

—Moisés, lo que te dije resultó verdadero, tu mujer era virgen, tiene un himen complaciente.

Les deseo que sean muy felices en su matrimonio.

Pavlov

—“Doctor, vengo a verlo para que me ayude con mi problema”. Fueron las primeras palabras que expresó la joven y atractiva dama.

—¿Problema? respondí con mirada inquisitiva.

—Le contaré mi historia; hasta hace seis meses mi salud era perfecta, mi intestino funcionaba de manera regular cada mañana; repentinamente, me estreñí; empecé utilizando medidas caseras y laxantes como “té de la abuela”, otras hierbas que me recomendaron mis amistades, pero me causaban diarrea; después consulté a un médico que me recetó fibras vegetales, sin éxito. Me mandó a ver a un especialista que me examinó el colon con un instrumento y me envió a que me hicieran radiografías. Todos los estudios resultaron normales y las medicinas que me prescribió o no me ayudaban o me causaban retortijones y diarrea.

—¿Existió algún acontecimiento en su vida que hubiese coincidido con el principio de su estreñimiento? ¿Algún cambio en su alimentación, algún medicamento prescrito por alguna otra enfermedad, algún fuerte problema emocional?

—No, doctor, ninguno, ya me habían hecho esa pregunta los otros médicos y no logré encontrar algo positivo a sus preguntas.

Me quedé callado, pensativo cuando añadió: “Bueno, hubo una coincidencia sin importancia, algo insignificante que le va a causar risa, doctor”.

—No importa que me ría, platíqueme.

—Pues resulta que en el cuarto de baño tenía yo colgado, desde hace varios años, una copia barata de la Mona Lisa... usted sabe, la pintura de Leonardo. Estaba tan vieja y manchada por el tiempo y las moscas, que la descolgué y la tiré a la basura. Bueno, eso no puede ser de importancia, y perdóneme que le quite el tiempo y se ría de mí por contarle esa tontería, pero entonces principió mi estreñimiento.

No pude evitar la risa, pero se me ocurrió decirle, en tono de broma: —a la mejor el espíritu de Leonardo se sintió ofendido y la castigó volviéndola estreñida. Compre otra copia del cuadro de la Mona Lisa y cuélguelo en el lugar acostumbrado.

—¿Habla usted en serio, doctor o sólo está bromeando?

—Por supuesto que estoy bromeando, pero vale la pena probar a ver qué pasa, ¿no le parece?

Algunos días después recibí una llamada telefónica.

—Doctor, soy la paciente estreñida, la del retrato de la Mona Lisa, ¿se acuerda usted de mí?

—Por supuesto, ¿cómo sigue?

—Leonardo me perdonó, iya está funcionando normalmente mi intestino!”.

Ivan Pavlov fue un eminente fisiólogo ruso que descubrió los reflejos condicionados. Recibió el Premio Nobel de Medicina en 1904.

LAS PROFECÍAS DE LUSTRADAMUS (Una narración sobre la catástrofe que la diabetes mellitus tipo 2 provocará entre los mexicanos)

Arnulfo Irigoyen Coria

A Herlinda Morales de Irigoyen

Hoy, 8 de enero de 2014, laboraba en forma cotidiana. Aproximadamente a las 9:45 de la mañana ingresó al consultorio de medicina familiar la Sra. González, a quien había atendido dos días antes. Me llamó la atención que solicitara una nueva consulta, por tal razón pregunté de inmediato:

—Sra. González, ¿existe algún problema con su salud?

Me respondió con un tono de voz más bajo que el habitual detalle que puedo precisar debido a que conozco —razonablemente bien— a la paciente y a sus familiares.

—No, doctor, en lo personal no tengo problema, tengo muy claro que estoy en la semana treinta y dos de mi segundo embarazo, que mi presión arterial es normal, que no tengo edema en las piernas, que no he aumentado de peso más del que se esperaría. En efecto, usted me señaló que en dos semanas me enviaría al hospital a fin de que continúe mi consulta prenatal en el servicio de ginecoobstetricia. La razón por la que asisto a su consultorio obedece a que mi tío abuelo falleció ayer y dejó un mensaje muy peculiar, que me parece tiene que ver con aspectos médicos, de salud... Usted me entiende. Sé que está demasiado ocupado. Ojalá que no lo distraiga excesivamente. Sólo le pido que lea estos papeles que mi tío abuelo tenía en sus manos cuando falleció. Mi familia es muy fantasiosa ien el mejor de los casos! o bien que se sugestiona con facilidad y piensa que en todo hay aspectos mágicos o esotéricos que podrían

hacernos daño. Debido a que usted es el médico al que le tengo más confianza, propuse a mis familiares que comentaría con usted este hallazgo. Como observará en estos textos se habla frecuentemente de la diabetes mellitus y como usted sabe, en mi familia al menos cuatro miembros la padecen, ¡no sé! Estoy preocupada. Lea estas páginas y en la próxima consulta dígame qué podría hacer con ellas ¿las difundimos? O bien, ¿me deshago de estas hojas? Antes de despedirme le pido disculpas por distraer su atención con estas banalidades o frivolidades, ignoro cuál sería el mejor calificativo.

De inmediato repuse:

—Lo importante es su salud y la de su hijo, me daré tiempo para leer estos documentos y aun cuando no le prometo que en la siguiente consulta le dé una respuesta; seguramente en menos de dos semanas le comentaré qué pienso al respecto.

Transcurrieron cuatro días hasta que tuve un breve espacio para leer aquel documento que me confió la Sra. González. El título era: “Las Profecías de Lustradamus”, al leer este título llegaron a mi mente dos pensamientos, primero que se trataba de una broma. ¿Por qué razón yo tendría que ver con un texto sobre “profecías”? y para colmo, el nombre de ¡Lustradamus! Seguramente era una equivocación: lo más probable es que se haya querido mencionar al conocido “clarividente” Nostradamus. Empecé a leer la introducción y se explicaba que el nombre de “Lustradamus” obedecía a la presencia de un personaje real que se dedicaba al noble oficio de “lustrar zapatos” y de ahí procedía precisamente. Incluso ingresé a la Internet y localicé un artículo escrito por Filemón Alonso Miranda del Diario *Veinticuatro Horas* de la sección: Urbanitas, publicado el 14 de marzo de 2013 en el que relataba haber conocido a un personaje que respondía al nombre de Lustradamus:

“Te boleó los zapatos por quince pesos y te leo la suerte gratis”, dice en tono alto una voz barrial que se expande por la calle ruidosa, un hombre delgado con ojos claros como de tigre se clavan en las páginas de un rotativo de nota roja mientras la gente pasa a su lado y lo escucha sin detenerse. Su caja de boleó está adornada con unos pequeños retratos enmicados de personas que aparecen con manchas de colores fluorescentes alrededor de sus rostros para darles un ambiente parapsicológico, como esos donde se ejemplifica el aspecto del aura...”, en efecto, el texto era interesante, pero resultaba más apremiante mi escaso

tiempo que el interés por leer completamente el artículo, por tanto, me dirigí a las páginas que la paciente me había entregado...

El subtítulo de ese texto era el siguiente: “Sobre la catástrofe que la diabetes mellitus tipo 2 provocará entre los mexicanos, mis profecías”. Después del título, con dificultad, se leía: “Introducción y cuartetas en las que se describe el daño que provocará la diabetes mellitus en México, ¡un llamado de auxilio!”.

En realidad estuve a punto de suspender la lectura de esos textos, me pareció algo fuera de la realidad pero, en fin, decidí leerlos debido a que no excedían de cinco cuartillas.

En esta narración citaré textualmente el contenido de las cuartetas y enseguida mencionaré mis comentarios fundamentados en las evidencias científicas que —como había comentado hace un momento— me llevaron a consultar la Internet para identificar una posible explicación para cada una de ellas:

Las centurias en México

1. Estando en la medianoche absorto en mi secreta habitación sentado sobre un sillón de piel ya gastado por la erosión; una pequeña luz que de la reflexión y la soledad brotó... me hizo decir lo que no se ha de esperar que diga el corazón.

Nunca había leído el libro de las profecías de Nostradamus, pero al contrastar estos versos con los de las *Centurias* de este autor, esta primera cuarteta tenía un parecido asombroso con el original.

2. La gran peste de la ciudad de los palacios: diabetes será llamada. No cesará la calamidad hasta terminar con la vida de millones de mexicanos. Porque miles y aún millones habrán ingerido en exceso bebidas de color negro que aparentemente el sueño quitará; pero que en realidad será a su salud a la que aniquilará.

En efecto, desde hacía algunos meses me preocupaba la información que aseguraba que México (al menos hasta el año 2013) se había constituido en el primer consumidor de refrescos en el mundo, y que incluso habíamos desplazado de este deshonroso primer lugar a los Estados Unidos de América. Que para el año 2012 se estimaba

que en México 73 % de las mujeres adultas y 69 % de los hombres adultos tenían sobrepeso y obesidad. Y que ya desde el 2006 se afirmaba que 14 % de la población padecía diabetes mellitus tipo 2. Me pareció digno de atención que un artículo de Barquera afirmara que: entre 1989 y 2006 —en México— el consumo de refrescos *per capita* aumentó en 60 % y que el mayor consumo de refrescos se concentraba en el grupo de población ubicado entre los doce y treinta y nueve años de edad y que resultaba particularmente elevado entre los mexicanos que tenían entre los diez y veintinueve años.

3. La gran peste de la ciudad de los palacios a muchos ciegos dejará. No serán pocos los que sus pies verán amputar; miles en sus muletas y sillas de ruedas por las calles transitarán. Las diálisis nada extraño resultarán, para los mexicanos que se quieran aliviar.

4. Los costos de la diabetes muy altos serán las familias más pobres; más afectadas se encontrarán... los niños muy pequeños huérfanos se verán y la salud, uno más de sus anhelos: una esperanza perdida será.

Efectivamente, corroboré información confiable y me percaté que entre 2006 y 2012 fallecieron alrededor de medio millón de mexicanos por diabetes mellitus. Que la nación mexicana ya ocupa el sexto lugar mundial por diabetes debido a que los primeros lugares correspondían a pequeños países fundamentalmente en islas del océano pacífico. Que siete de cada diez adultos y uno de cada tres niños tenían sobrepeso y obesidad. Que 80 % de los casos de diabetes en México tenía su origen precisamente en la obesidad y el sobrepeso. Que como había mencionado: ¡México es el primer consumidor de refrescos en el mundo! Y que una o dos bebidas azucaradas al día aumenta el riesgo de diabetes tipo 2 en casi 25 %. Esta, más que narración sobre un hecho real, parece el epitafio de una generación o de más generaciones de mexicanos. Cuando leí un poco más sobre el tema, no tuve las palabras exactas para poder expresar mi impotencia y dolor.

Una semana después la Sra. González se presentó en mi consultorio y al leerle estas líneas me preguntó:

—Usted, como médico ¿qué debería hacer? ¿Aún podrá hacer algo?

Le comenté que como intuía que me plantearía esas preguntas, investigué qué alternativas existían y le hice llegar el documento

denominado “Declaración de Acapulco”: propuesta para la reducción de la incidencia de la diabetes en México el cual fue difundido desde el año 2005 —y que yo penosamente no lo conocía— y le aclaré que no lo habría conocido de no haber existido esta inquietud de la Sra. González y el mensaje final de su tío abuelo.

¡No cabe duda que también aprendemos de nuestros pacientes! El fragmento del documento que más llamó la atención tanto de mi paciente como de un servidor se refiere a las estrategias que contra la diabetes mellitus se pueden establecer en la población en general.

a. Acciones en el ámbito escolar: Incorporar, desde el primer año de primaria, información para que el niño sepa seleccionar sus alimentos, el ejercicio y las consecuencias a largo plazo del sobrepeso.

b. Creación de redes de salud escolar. Sus acciones incluirían: cambios en los reglamentos escolares. Certificación del profesor de educación física. Evaluación externa de las clases de educación física. Accesibilidad de las instalaciones deportivas escolares aun después del término del horario de clases. Prohibición del empleo del ejercicio como método de castigo. Incorporación de acciones que aumenten la cultura alimentaria (como el establecimiento de al menos dos clases de treinta minutos por semana sobre hábitos de alimentación en todos los grados escolares). Regulación de la calidad de los alimentos distribuidos en las escuelas. Prohibición de la distribución de comida con mínimo valor nutricional en sus instalaciones. Se definen como alimentos de mínimo valor nutricional aquellos que aporten menos de 5 % por ración de los requerimientos mínimos diarios de proteína, vitamina A, vitamina C o hierro. Implementación de programas de educación para la salud. Los profesores deberán recibir cursos de capacitación en promoción de la salud. Implantar talleres en que se discuta la conducta alimentaria y el ejercicio. Aumentar la actividad física de los educandos. Los alumnos deberán participar en clases de educación física por al menos ciento cincuenta minutos a la semana divididos en al menos tres días. Instrucción sobre hábitos de alimentación. La escuela deberá contar con un sitio donde se vendan o distribuyan alimentos que permitan tener una alimentación balanceada. Entre los alimentos disponibles para la venta, deberá incluirse al menos dos tipos de fruta y de verdura diariamente y cinco alimentos a la semana que incluyan pan integral, leguminosas o cereales. La leche que se distribuya debe ser baja en grasa. Las máquinas de autoservicio no

deberán contener alimentos con mínimo valor nutricional y se deberán incluir alimentos basados en frutas, verduras, cereales, leguminosas o lácteos bajos en grasas. Será necesaria la incorporación de profesionales de la salud y la familia en el proceso educativo. En caso de que la escuela cuente con una enfermera o médico, estos deberán participar en las redes de salud.

Después de haber comentado con la Sra. González estas líneas de acción en contra de la diabetes mellitus y que concernían directamente a la población en general, se retiró satisfecha porque el mensaje final de su tío abuelo no había sido estéril y abría un nuevo camino, para limitar los presagios catastróficos que la diabetes mellitus pudiera generar en la nación mexicana.

312

DAMISELA EN APUROS

Mirella Márquez

313

Estaba parada en el umbral del salón privado del restaurante. Era la típica cena de clausura después de un evento académico. A sugerencia del anfitrión me senté en una silla ubicada en la parte central de la larga mesa, al tiempo que observaba a las personas que se iban sentando de manera consecutiva. A mi lado se acomodó el decano de la Facultad de Medicina y en los asientos de enfrente un grupo de estudiantes.

Era una noche calurosa, me sentía cansada, mi vuelo de regreso al D.F. salía a primera hora de la mañana siguiente. Miré de reojo mi reloj de pulsera e hice un cálculo rápido de cuánto tiempo estaría en el convivio.

Casi podía anticipar el curso de la cena. Para empezar, el menú preestablecido: como plato de entrada una crema espesa, con la que podría jugar a adivinar si era de calabacitas o de espárragos. Una pechuga de pollo bañada en salsa blanca, acompañada con unos vegetales cocidos, de mejor vista que sabor y, para finalizar, una rebanada de pastel cubierto de betún de chocolate. Todo esto en medio de una charla repleta de casos clínicos. Era muy claro para mí: además de cansada estaba poco tolerante.

Respiré profundo intentando refrescar mi actitud en la velada; sin embargo, los minutos transcurrían notablemente lentos; se respiraba en el ambiente un dejo de aburrimiento en la conversación, ante lo cual todos fingíamos no percatarnos. Mis pensamientos se daban permiso de algunos momentos de distracción. Había aprendido a través de los años en situaciones como esa, a "desenchufarme" mentalmente por unos minutos, dejar viajar mi imaginación

hacia otros escenarios y recuerdos más entretenidos para, poco después, volver a reconectarme a la escena y tratar de mantener el hilo de la conversación.

Mi atención divagaba por los arreglos florales del salón cuando se cruzó con la mirada, tímida y nerviosa, de una estudiante que estaba sentada frente a mí. Empecé a observar la escena con más cuidado, era evidente que se trataba de una joven de apenas unos veinte años; delgada, morena, ojos negros, de pelo corto y oscuro; con accesorios de cabello y ropa con un toque pueril. La joven estudiante intentaba aparentar control sobre sí misma y mantener una conversación fluida con el decano. Sin embargo, no había que ser Freud para percatarse que el aparente buen manejo de la conversación, y su actitud corporal, eran contradictorios. Daba la sensación que al mismo tiempo que dirigía la mirada y atención hacia el interlocutor, también trataba de alejarse lo más posible. Pese a que la mesa estaba cubierta por un mantel, desde el otro lado se podía apreciar cómo ella arrimaba sus rodillas al joven que estaba a su lado quien, aunque atento a la conversación de la mesa, se mantenía al margen como observador pasivo de la escena.

En ese instante la curiosidad atrapó mi atención. ¿Qué estaba sucediendo? ¿Por qué esa joven estaba tan inquieta?

El decano sentado a mi lado era un hombre en sus sesentas; con pelo entrecano, de brazos delgados y un abdomen abultado que podía notarse a través de la camisa. Su actitud era la de un personaje consciente de su posición académica y de la autoridad que representaba frente a los estudiantes. Miraba a la joven de manera fija y persistente, con una sonrisa seductora que hacía resaltar sus dientes ligeramente pigmentados. Hacía comentarios cargados de ambigüedad entre lascivia e ingenuidad aparente, con un dejo de cinismo. Era obvio que el punto de conversación era intrascendente; lo relevante era la carga erótica en ese juego de palabras entre cazador y presa. Aunque en el ambiente flotaba una sensación de incomodidad entre los comensales, era claro que nadie iba a intervenir en el curso de las cosas.

Volví mi atención hacia la joven. Su mirada era una mezcla de juventud cargada de ingenuidad, deseos de agradar, tratar de mantener la atención y conversación con la figura de autoridad, así como una evidente falta de pericia para poner límites. Se retorció en su asiento y tomaba constantemente pequeños tragos de su bebida para después disculparse por tener que ir al baño con frecuencia. La escena era como un *déjà vu*.

Una vez de regreso del baño, ella se volvía a colocar en la situación de liebre tirándole a las escopetas, mientras el "cazador" ganaba terreno paso a paso.

En los momentos en que la insinuación dejaba a un lado la sutileza y se tornaba en una invitación más directa, la joven, cual presa acorralada, buscaba con la mirada al resto de los comensales, como rastreando aliados para no perder el control de la situación.

Mientras observaba la escena, pensaba —Se da cuenta de que está perdiendo el control y no sabe qué hacer—, entonces reapareció en mi memoria la canción de una caricatura de la infancia: “¿En dónde, en dónde, en dónde estará, mi héroe adorado, mi gran Súper can?”. Entonada por la dulce Polly, damisela desamparada que, aunque activa e independiente, estando en una situación peligrosa frente al villano esperaba y deseaba que un "súper héroe" pudiera rescatarla.

Esas imágenes infantiles me llevaron al pasado. El inconsciente que nunca olvida me empujó a recuerdos de mis años de becaria.

Casi de inmediato me sentí nuevamente en la oficina del subdirector del hospital, hombre mayor, según mis cálculos de aquel entonces; él tendría alrededor de los setenta y pocos años, médico reconocido por la comunidad médica, consciente de su prestigio académico. Prototipo del médico que yo respetaba.

Como becaria era un honor aceptar la invitación a charlar con la autoridad acerca del trabajo que realizaba en esa institución por aquellas épocas.

La conversación de trabajo paulatinamente se había desviado hacia la emoción que provocaba la majestuosa imagen de los volcanes que podían apreciarse desde su oficina en esa tarde de octubre. Mientras miraba las montañas y me dejaba llevar por mis fantasías relacionadas con la práctica del montañismo, la realidad me reubicó en un instante. Súbitamente percibí el olor a perfume de hombre, entremezclado con olor a viejo, al menos así me pareció en aquel momento. Al tiempo que escuchaba una respiración agitada. Al voltearme, sentí en mi boca sus labios flácidos urgidos de un beso. Fue tal mi sorpresa, que sólo recuerdo la desagradable sensación de su cuerpo frágil pegado a mí y escuchar el susurro de unas frases de las que ni siquiera me puedo acordar. Recuerdo haber mirado por detrás de su hombro y haber hecho un cálculo rápido de cuánta fuerza necesitaría para empujarlo y alejarlo de mí. Al mismo tiempo, no pude evitar pensar con terror, si al hacerlo, él podría caerse, golpear la cabeza en la esquina de algún mueble y quizás, producirse

un traumatismo craneo encefálico... daño cerebral, coma. Al mismo tiempo, vino a mi mente la frase “y me lo van a cobrar como si fuera inteligente”.

Hoy podría decirme: ¡enójate!, ¡haz un escándalo!, si se cae ise lo merece, él se lo buscó!..., pero la realidad es que no supe qué hacer.

Una vez fuera de su oficina, lo siguiente fue una cascada de interrogantes ¿qué paso? ¿Hice algo que provocara esta situación? ¿Lo volverá a intentar? ¿Qué voy a hacer cuando vuelva a encontrármelo? El señor es una autoridad y yo una estudiante. ¿Quién podrá ayudarme? Me horroricé al percatarme de que ni siquiera podía pensar en alguien a quien contárselo sin el temor a generar un mayor desastre y poner en riesgo mi incipiente carrera laboral. Los peores escenarios pasaron por mi mente. Creo que ante la angustia, la regresión emocional hizo de las suyas y vino a mi memoria la imagen de la damisela en apuros deseando ser rescatada por el súper héroe.

Los temores de que se repitiera el acoso se hicieron realidad: la mirada maliciosa, la búsqueda del roce físico, se hizo cada día evidente. La sensación de desamparo fue mayor al constatar que los miembros del equipo de trabajo evitaban mirar de frente o emitir algún comentario, aun en medio del espectáculo. Pero, por más absurdo que parezca hoy en día, fuera de la conducta de evitar el estar a solas con el personaje o alejarme físicamente, no se me ocurría qué otra cosa podía hacer. Era una sensación de estar atrapada e impotente ante el sistema. Pasaron muchos meses en ese juego del gato y el ratón. Eventualmente el señor doctor se cansó o quizás envejeció más, el caso es que fue más fácil escapar de él.

Con el paso de los años (y años de psicoanálisis) pude reírme de esa experiencia y asociar el acoso con la frase “El secreto del humor es la sorpresa”, hecho que me llevó a ponerlo en práctica muchos años después.

Estaba en un restaurante, sentada alrededor de una mesa llena de comensales, cuando una mano furtiva empezó a rozar mi rodilla. Como siempre nadie parecía percatarse, todos conversaban. A diferencia de los años mozos, esa vez sonreí; observé con detenimiento a cada uno de ellos. Pausadamente puse mis codos sobre la mesa, apoyé mi barbilla sobre mis dedos entrelazados y con voz clara dije "a alguien se le ha de haber perdido la mano porque siento un roce por mis piernas" (aún me sigo riendo). El 100 % de los comensales hombres pusieron las manos sobre la mesa, a la vista de todos; incluso, aquellos que estaban del otro lado de la mesa donde,

materialmente, era imposible el contacto físico. Todos adoptaron una expresión de inocencia, buscando con mirada nerviosa al posible infractor.

No se volvió a repetir el intento.

Mientras mi mente divagaba en los recuerdos que ahora me hacían sonreír, la conversación y las risas de la mesa me trajeron nuevamente a la cena de esa noche. Todo seguía exactamente igual. Miré nuevamente mi reloj, decidí que ya era hora de despedirse. Justo antes de levantarme me encontré nuevamente con los ojos de la joven estudiante, me veía con esa mirada suplicante de ayuda.

Se hizo un silencio entre las dos, la vi parpadear y tragar saliva. Le sonreí mientras empujaba la silla hacia atrás, para poder pararme de la mesa, ella hizo lo mismo y se ofreció a acompañarme a la salida.

MI EXPERIENCIA EN UROLOGÍA

Luis Martín-Abreu

319

El Cerrito es una ranchería muy cercana a Balleza, cabecera municipal en la sierra tarahumara, Chihuahua; actualmente es una comunidad de no más de noventa habitantes. Durante mi servicio social en 1954, en una ocasión, por la noche, me llamaron de urgencia para ver a un paciente que tenía una obstrucción urinaria severa, que según sus familiares, tenía más de cuarenta y ocho horas sin orinar. Se trataba de un anciano, con aspecto de estar enfermo por largo tiempo, muy enflaquecido, febril y se quejaba de gran molestia por no poder orinar.

Llegué en mi caballo, el Pichirilo, a un casita muy pobre que estaba al borde del arroyo; en esa época (octubre) el río no tenía una corriente fuerte. El pobre hombre estaba acostado en un petate directamente en el suelo, así que yo debía trabajar hincado. Cuando empezaba a explorarlo llegó don Lupe, el párroco del pueblo, quien al notar el grave estado del paciente se puso a preparar los santos óleos y me pidió hacerme a un lado para iniciar el trámite de la confesión. Por supuesto que no me moví porque lo urgente era ponerle una sonda para vaciar la vejiga. Le dije que primero era la atención al cuerpo y después al alma. Don Lupe, muy molesto, me regañó diciendo que el pobre hombre se iría al infierno si no se aplicaba con prontitud la ceremonia referida.

Ya no le respondí y me apliqué a colocarle la sonda. En el momento que logré alcanzar la vejiga salió por la sonda un chorro a gran presión de una orina purulenta y sanguinolenta de un olor terrible que me chorreó por la cara y mi camisa. Imaginen la cara de satisfacción de don Lupe al verme en esa condición; yo salí corriendo

a meterme en el arroyo, me quité la camisa y me lavé como pude, mientras tanto, don Lupe terminó su ceremonia. El *pinche* cura, muerto de risa, subió a su caballo despidiéndose de mí con una mala seña. ¡No le menté la madre porque soy muy decente!

320

ANÉCDOTAS DE UN MÉDICO NAVAL

Luis Martín-Abreu

321

Por los años 60, en la época en que era secretario de marina el almirante Antonio Vázquez del Mercado; yo, siendo capitán de corbeta, encargado de las actividades de educación médica del Centro Médico Naval, tuve la oportunidad de participar en actividades de las que tengo varias anécdotas que ahora recuerdo con regocijo y nostalgia.

Siendo yo médico civil, jefe del departamento de educación médica del Hospital General de México, fui requerido por las autoridades médicas de la Secretaría de Marina para encargarme de esa área en el Centro Médico Naval que habría de ser inaugurado próximamente. Durante esos años en que tuve oportunidad de estar en contacto con actividades propias de la vida militar, me ocurrieron varios sucesos que, pensar en ellos, algunos, me hacen sonreír y otros me hacen lagrimear. Puedo ahora recordar varias graciosas anécdotas, a las que para definir las le he puesto un título:

I. La ignorancia

En el año de 1965 fue inaugurado por el C. presidente de la República Gustavo Díaz Ordaz el Centro Médico Naval en la Ciudad de México. Para ese acto fuimos citados debidamente uniformados todo el personal. Debo aclarar que de todo el equipo médico sólo dos eran egresados de la Escuela Médico Militar el resto, todos civiles y, excepto algunos, —la mayoría— éramos de recién ingreso que por supuesto, no teníamos experiencias de la vida castrense.

Para esa ocasión se nos citó muy temprano por la mañana, uniformados con el uniforme negro, (sólo teníamos exigencia de vestir el uniforme en ceremonias formales, no en la actividad diaria) pues, se esperaba al presidente para la ceremonia a las ocho horas. Esta se llevaría a efecto en el patio al pie de la bandera. Estuvimos parados más de una hora antes, y durante ese tiempo platicábamos en pequeños grupos. De pronto se dio el aviso por radioteléfono desde la guardia de la entrada que el Sr. presidente había llegado. Inmediatamente un oficial de la infantería de marina, jefe del equipo de guardia del hospital gritó: ¡A formar! Pero los médicos no nos dimos por enterados y repitió el grito dos o tres veces más y, como no le hacíamos caso, se dirigió al director del hospital, el contralmirante Alejandro Marcín: —señor, los médicos no me hacen caso! Entonces el Dr. Marcín, con mucha mesura, nos dijo: “señores doctores, hagan favor de formarse y ponerse derecha la gorra porque ya está entrando el Sr. presidente” (ninguno de nosotros tenía la menor idea del estilo militar para dar órdenes).

II. El temor

El almirante Vázquez del Mercado, en un viaje al puerto de Veracruz para encabezar cierto evento en la Escuela Naval, me permitió viajar con él pues coincidía con mi necesidad de asistir a alguna actividad docente en el Hospital Naval en esa ciudad.

En el aeropuerto de la Ciudad de México, en el hangar de la Secretaría había dos aviones destinados al uso del C. secretario, un pequeño avión *jet* de reciente producción y un bimotor *Douglas* DC3, modelo del que cuya primera aeronave, voló en 1935 y llegó a ser el más famoso aparato de transporte de la aviación comercial.

La aeronave en la que debíamos viajar tenía cuando menos 25 años volando y, preocupado, se me ocurrió decirle al almirante lo conveniente que sería irnos en el moderno *jet*. Me contestó que se sentía más seguro en el DC3. El avión tenía elegantes y cómodas instalaciones adecuadas para el uso al que estaba destinado; nos acomodamos alrededor de una mesa, el almirante dando la espalda a la proa y yo frente a él. En cuanto el avión inició el arranque, el almirante tomó un periódico y se puso a leer. Con el diario en medio yo no podía verle la cara, pero observé cómo temblaba el periódico. No hice ningún comentario, pero el almirante, a medio vuelo, bajó

el periódico y lo noté muy tenso cuando me dijo muy seriamente: "mi querido doctor, a mí me enseñaron a nadar, no a volar".

III. La guerra: operación trébol

Por esos años (ha pasado medio siglo y ya no puedo recordar la fecha exacta) se organizó un simulacro de guerra en el que participaron tanto el ejército nacional como la marina armada. A grandes rasgos, se trataba de un ejército invasor a México representado por la armada y un ejército defensor representado por el ejército. Participaron también elementos de la fuerza aérea, no recuerdo si eran aviones de la armada o del ejército, pero conservo el recuerdo con unas malísimas fotos que tomé yo mismo con mi vieja cámara fotográfica.

No puedo decir el número de participantes de ambos bandos pero sí que eran muchísimos soldados. La aventura de la armada se inició en la base naval de Icacos, en la bahía de Acapulco, donde se concentraron diez o doce barcos de guerra (no recuerdo exactamente cuántos serían) bien pertrechados y llevando un gran número de soldados de la infantería de marina. El barco insignia era el famoso yate presidencial "Sotavento"; en él viajaba el secretario de marina Antonio Vázquez del Mercado y alguna representación importante de la Secretaría de la Defensa Nacional que ahora no recuerdo de quiénes se trataba. Su presencia tenía por objeto la observación de las maniobras.

La invasión sería llevada a cabo en playas cercanas al puerto de Salina Cruz, el ejército nacional no estaría enterado de esa acción hasta avistarse los barcos atacantes ni sabría con exactitud el lugar de desembarco.

Primera parte: La náusea

Fui designado para acompañar al grupo de personas que iría a bordo del yate "Sotavento" con el objeto de prevenir o resolver cualquier problema médico que se presentara entre ellas durante las maniobras, considerando que el personal de la defensa nacional, pudiera no tolerar muy bien el balanceo del barco, puesto que al ser más pequeño se balanceaba más. El primer día, el almirante invitó a los oficiales del barco y a los observadores visitantes a una comida

en el salón-comedor del propio yate, yo estaba incluido. Era una mesa rectangular, acomodada a lo largo del yate, con lo que las claraboyas quedaban a la vista de los comensales; el almirante sentado en la cabecera, a la proa, y todos sentados según el orden de grado. Yo quedé acomodado varios lugares lejos del almirante —entre un capitán de fragata y el jefe de máquinas— teniente de navío.

El barco estaba anclado en el muelle de la base naval. Yo estaba sentado directamente en frente a una claraboya por la que veía cómo el mar subía y bajaba, el yate se balanceaba ligeramente. Apenas se inició la comida yo empecé a marearme y llegó el momento que no puede aguantar más y me dirigí al almirante: —señor, ¿me puedo retirar?—. No me hizo caso y todos en la mesa se me quedaron mirando como reprochando mi actitud. Volví a pedir al almirante permiso para retirarme sin encontrar respuesta. El jefe de máquinas, al verme en esa condición me susurró: —No puedes dirigirte directamente al almirante, debes transmitir tu petición en el orden jerárquico— (condición de la que yo era un ignorante absoluto). No tuve tiempo de iniciar el trámite, estaba ya de color verde, con el vómito en la garganta. El almirante se dio cuenta y, sonriendo, me ordenó salir del comedor. Apenas tuve tiempo de salir y cerrar la puerta, para vomitar en el piso de la antesala. Por supuesto ya de vergüenza no regresé a terminar mi comida.

¡Me habían enviado como médico a cuidar a la concurrencia y fue el médico el único que se mareó, y todavía ni siquiera navegábamos!

Segunda parte: la invasión

Levamos anclas esa misma tarde tomando rumbo hacia el sureste. Ya en camino se nos informó de que el punto de llegada sería alguna playa del puerto de Salina Cruz antes del amanecer para evitar la luz de frente, ya que tendríamos el sol por delante, lo que no era conveniente para nosotros pues seríamos más fácilmente visibles.

La mar estaba en una calma chicha; la tarde era muy clara y después tuvimos oportunidad de ver una hermosa puesta de sol; en la madrugada llegamos a la Bahía de Salina Cruz y nuestros barcos iniciaron el cañoneo sobre la costa con objeto de proteger el desembarco de las tropas.

Simultáneamente vimos que de la parte alta de la ciudad nos cañonearon una sola ocasión. Después nos enteramos que se había utilizado un gran cañón antiguo que la ciudad tenía colocado en

una glorieta como monumento, recuerdo de la época en que debían defenderse de piratas. El cañón hizo una explosión tan potente que los vidrios de muchas casas aledañas se tronaron.

Los infantes de marina habrían de desembarcar en las lanchas especiales para el efecto, en una playa que tenía al fondo un terraplén de unos ocho metros de altura, donde estaban parapetados soldados del ejército nacional. Al lado de cada soldado había un niño con pequeñas bolsas de cal que tiraba sobre los atacantes a la vez que disparaba el soldado, así que todos aquellos atacantes que quedaban manchados con la cal se consideraban enemigos eliminados. Lo gracioso del asunto era que el comandante de la plaza, que observaba la acción desde lo alto, cuando veía que un infante de marina estaba manchado de cal, continuaba atacando y le gritaba: ¡tú te sales, ya estás muerto!

EL VALOR DE UNA SONRISA

Jesús Martínez Reding

327

Más o menos por el año 1985, un cardiólogo que laboraba en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez, se preparaba mentalmente, el domingo por la tarde, para la visita médica que tenía que realizar el día siguiente y ofrecer a los pacientes hospitalizados a su cargo la mejor estrategia de diagnóstico y tratamiento. También le proporcionaba un cierto escozor agradable el imaginar el reto del diagnóstico ante los pacientes de nuevo ingreso que encontraría en su sector. La visita médica de ese lunes transcurrió como era lo habitual, interrogando, explorando a cada enfermo y propiciando que los médicos residentes que rotaban con él aprovecharan su experiencia. Al final de la visita se dirigió a conocer a los enfermos de nuevo ingreso y le informaron que únicamente tenía uno y que se encontraba en un cuarto aislado debido a su gravedad.

Se dirigió a revisar al nuevo paciente, una adolescente. El impacto que recibió al verla fue tremendo, pues encontró a una enferma muy desnutrida, en posición fetal, poco colaboradora y en términos de aspecto físico, muy, muy desagradable.

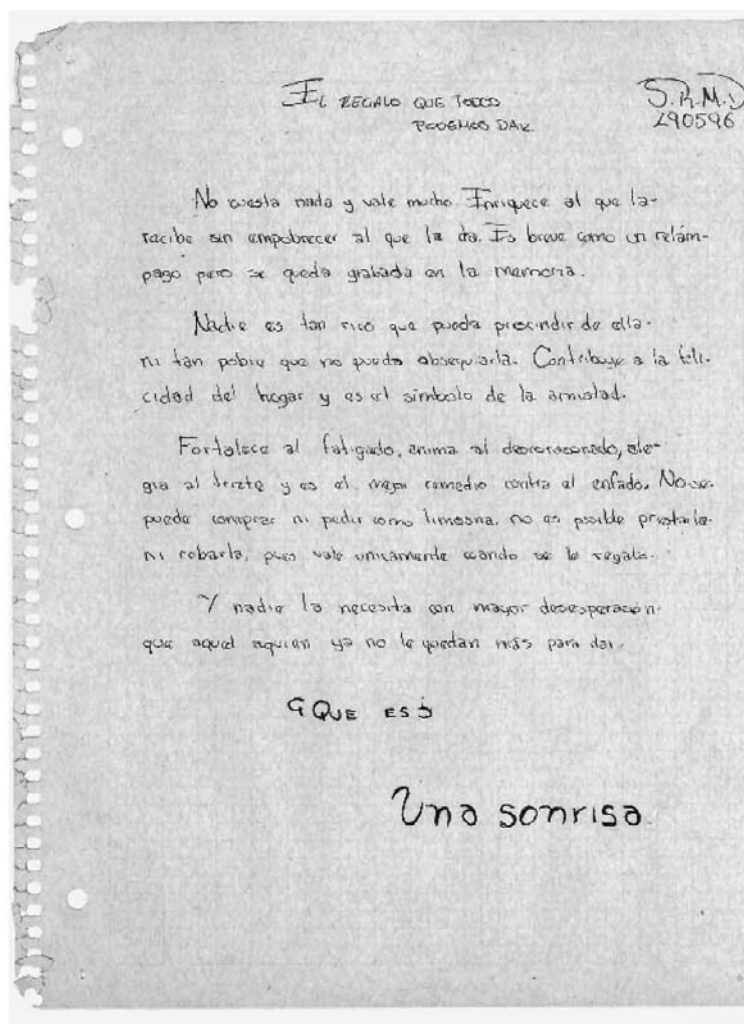
A pesar de lo repugnante de este primer encuentro, lo primero que le pasó por la cabeza fue enseñar a sus residentes la forma en cómo debían de tratar a la paciente y explorarla adecuadamente, pues no lo habían hecho por la repulsión física que les representaba. Le pidió a la paciente que quería que lo viera cara a cara para preguntarle acerca de su enfermedad y cuando ella se volvió a verlo, él le prodigó la mejor de las sonrisas, la interrogó y pudo explorarla eficientemente. El diagnóstico fue de una enfermedad valvular. Los días siguientes el médico la trató con más cariño y dedicación sin

perder la sonrisa que le mostró en un principio y lo hizo evidente ante sus residentes. Después de un mes de permanecer internada, la paciente mejoró su nutrición y se le pudo someter a un cambio valvular. Egresó en excelentes condiciones. A su salida, le dejó a este médico una hoja escrita a mano que tituló: el valor de una sonrisa.

La joven regresó a visitarlo un año después y le comentó que trabajaba en computación a nivel de la subdirección en una compañía transnacional. Desde entonces no la ha vuelto a ver.

(ANEXO LA COPIA DE LA CARTA QUE DEJÓ)

328



LA VERSATILIDAD DEL MÉDICO Y SU MÍSTICA DE SERVICIO

Marcelo Páramo Díaz

329

En un relato publicado en *Medicina Basada en Cuentos*, (tomo 2, editorial Palabras y Plumas) se relata la historia de un médico de gran prestigio y posición social que como invitado especial, visitaba una hacienda muy rica y resolvió el problema de salud de un toro semental, cuya lesión era de fácil diagnóstico y tratamiento, sólo bastaba agacharse un poco y desbridar un absceso balano prepuccial del animal, este hecho causó gran alboroto y el médico fue muy elogiado, puesto que el eminente galeno se dignó realizar una maniobra quirúrgica en un animal. ¡Muy loable!

El hecho verídico que a continuación se relata, puede ser una paradoja o antítesis del anterior, ya que se trata de un humilde médico de pueblo y de un pasante de medicina que realizaba su servicio social en un poblado situado en uno de los estados más pobres de México a principio de los años sesenta. Tampoco se trata de una rica y fastuosa hacienda, sino de una sencilla y pobre unión ganadera que con grandes esfuerzos compró a crédito un semental destinado a cargar vacas lecheras y producir leche suficiente para el consumo de la región y por supuesto, con un seguro obligatorio con muchos requisitos, exclusiones y obligaciones, como siempre, en "letra chiquita".

El toro semental en cuestión pesaba más de 800 kg y el veterinario más destacado del estado le diagnosticó litiasis vesical (piedras en la vejiga) que estaba provocando retención urinaria, reflujo urinario hacia los riñones, y por lo tanto, insuficiencia renal. El veterinario de marras no era cirujano y no podía o no quería resolver el problema. Aunado a esto, la compañía de seguros no pagaba el siniestro si no era tratada debidamente la enfermedad del semental.

El médico del pueblo vivía y ejercía su profesión en ese lugar desde hacía más de veinte años. Era una persona excepcional; querido, admirado y respetado por toda la población y sus alrededores, siempre dispuesto a servir de la mejor manera posible sin pedir remuneración alguna, cada quien pagaba lo que podía o no pagaba o bien, como era la costumbre, ofrecía al médico modestos obsequios, pollos, gallinas, marranitos, tamales, etc., para agradecer sus servicios. Vale la pena comentar que el médico atendía las veinticuatro horas de los 365 días del año partos complicados o no, cesáreas, recién nacidos y niños de todas las edades; realizaba cirugía general, traumatología y hasta neurología básica; era además, el médico forense del municipio y realizaba las autopsias en un rincón del panteón del pueblo, sólo para detectar macroscópicamente los órganos lesionados y la posible causa de muerte, no había más recursos. Ejercía o practicaba algo más que la medicina general. Es difícil encontrar el término exacto para describirlo, podría ser: “médico integral”. Organizaba cursos para parteras empíricas, para auxiliares de enfermería, de primeros auxilios e higiene; estos cursos los impartía en la escuelita del pueblo, en la sala de su casa, en la iglesia, en bancas del jardín o en la casa de algún político altruista, ya que no contaba con ningún apoyo oficial. En todas estas actividades colaboraba el pasante de medicina del servicio social en turno. Tenía además, una pequeña farmacia en la que se vendían los medicamentos al costo o con una mínima ganancia y en muchas ocasiones los regalaba. Para esto hizo amistad con agentes de laboratorios, invitándolos a desayunar o a tomar un café y obtenía un buen acopio de muestras médicas para obsequiar a sus pacientes.

Los representantes de la unión ganadera solicitaron la intervención de este médico, primero para que los orientara en la conducta a seguir y, segundo, para ver si era posible que él mismo interviniera al semental y de esta manera cubrir el requisito que exigía la compañía de seguros.

El médico pensó en la solución, llamó al pasante de medicina que escasamente tendría veinte años y le dijo: —¿Estarías dispuesto a ayudarme a operar a un toro?— el pasante, sorprendido, contestó: doctor, lo que usted me diga lo haré con gusto. “Te tienes que poner unas botas de bombero, un mandil de carnicero, un sombrero de paja cubierto con hule para no echarlo a perder y tienes que estar dispuesto a bañarte con los orines del toro. Manos a la obra”.

El semental se encontraba semiconsciente por la intoxicación de amonio, aun así se mantenía en cuatro patas, puesto que se sabe

que si un animal de ese peso se echa, se muere en pocas horas porque es imposible ponerlo de nuevo en pie. El toro estaba amarrado por el frente a través de una argolla en la nariz, con una cuerda atada a un poste y cada una de las cuatro patas con una cadena para mantenerlo quieto. No se requería anestesia de ningún tipo por la mencionada intoxicación. Tanto el médico como el pasante se tiraron al piso de espaldas (decúbito dorsal), con peligro de que el animal se desplomara sobre ellos y, con un filoso cuchillo de cocina, realizaron una incisión en la gran vejiga del toro que sobresalía monstruosamente. Al realizar el corte brotaron, como cascada, orina y piedras de todos tamaños, arena y lodo que bañaron a los cirujanos como si estuvieran en una regadera, los cegaron a pesar de que les habían ofrecido para los ojos unos protectores rudimentarios de tipo soldador o tornero. La evacuación de la vejiga tardó varios minutos, el médico introdujo su mano para limpiar por dentro la vejiga, que era como una olla, el toro ni chistó, no se movió ni reaccionó para nada. La reparación de la vejiga fue laboriosa, se hizo en un solo plano con una aguja de canevá y no se pudo utilizar porta agujas, únicamente los dedos del cirujano y del ayudante. Se emplearon tres catguts entrelazados del mayor calibre que encontraron a la mano, no hubo ninguna hemorragia. Por supuesto se exigió la presencia testimonial de un representante de la compañía de seguros.

Desenlace

El toro semental murió en las siguientes cuarenta y ocho horas. La compañía de seguros cubrió el daño y se evitó la quiebra de la unión ganadera. Ni el médico ni el pasante de medicina cobraron ningún honorario. Cuando el seguro pagó la prima, tanto los directivos de la unión ganadera como los ganaderos de la región que se beneficiaban de las vacas que producían la leche, organizaron una barbacoa para festejar a los médicos a la cual asistió gran parte de la población.

Este es un ejemplo de la versatilidad, capacidad y talento que tiene un médico integral para servir a su comunidad en cualquier situación, aplicando sus conocimientos, su cultura e inclusive su inspiración; echando mano de improvisaciones e ideas originales e inéditas. Seguramente habrá muchos casos semejantes o quizá de mayor trascendencia individual, social o comunitaria que nunca son conocidos ni divulgados.

UN DÍA HIPERTENSO, O DOS

Marco Antonio Peña Duque

333

¿Oye, y qué sientes? Le había preguntado a un joven de dieciocho años que no conocía. Después de varios años como cardiólogo de adultos, era poco común que estuviera atendiendo por hipertensión arterial a un muchacho. Pues nada, un poco de dolor de cabeza, mareos, sudoración y palpitaciones, me dijo.

José, de pelo muy negro que contrastaba con el azul de unos ojos con ligero epicanto contestaba las preguntas de una manera desenfadada. Efectivamente, al utilizar el esfigmomanómetro las cifras eran altas. ¿A esta edad? lo más lógico sería pensar en una hipertensión secundaria. Al palpar los pulsos arteriales, se descartó una coartación aórtica, y la búsqueda intencionada de un soplo abdominal fue infructuosa.

Cuando propuse la hospitalización, la madre me miró con preocupación, pero convencida de que era necesaria; ella, a sus cuarenta y tres años y mirada triste, tenía una actitud de interés, pero también de cierta complicidad con su hijo, y negó firmemente que hubiera observado cualquier actitud extraña de José en los últimos meses. Este a su vez se mostró aliviado y esbozó una sonrisa. Parecía que el pasar un par de días en el hospital lo protegería de algo o de alguien.

Las siguientes horas en el hospital fueron de una intensidad casi frenética: muestras de sangre, orina, complejos estudios de hormonas, ultrasonido renal, gamagrafías, tomografías y por supuesto, telemetría continua. Estaba en un piso con cardiólogos, no podía ser de otra forma.

La información se generaba de manera instantánea con un expediente cada vez más abultado al igual que la cuenta hospitalaria.

Recibí varias llamadas de los médicos residentes comentando los resultados de los exámenes, todos querían encontrar una rareza y mostraban interés en José.

Al segundo día conocí al padre. Cuando entré a la habitación él estaba sentado y revisaba unos formatos del seguro de gastos médicos. Era un hombre de mediana edad, de gesto adusto, pelo entrecano y ligero sobrepeso. Cuando comenté que todos los estudios eran necesarios, asintió con la cabeza y no dijo más de tres palabras: “Sí, está bien”. Mientras tanto, José parecía tranquilo en la cama, jugando con su celular y con aparente indiferencia; sin embargo, cuando me despedí de él, sentí sus manos frías y sudorosas.

Esa primera noche no pude dormir pensando en la hipertensión arterial de un joven de dieciocho años. Estaba seguro de que había elegido la estrategia adecuada: una buena exploración física complementada con estudios de sangre y de imagen, con eso bastaba; no obstante, algo me tenía inquieto y con cierta molestia, quizá, me estaba faltando más información en el interrogatorio.

Había que volver a lo básico, a lo esencial, ahí donde todo comienza en la relación médico-paciente. Pero ¿a quién preguntar? ¿Al padre de pocas palabras? ¿A José que contestaba con cierto desenfado? Sólo quedaba la madre.

Horas después, al conversar con ella me confesó con ojos llorosos que José tenía serios problemas escolares, que había reprobado varias asignaturas y que lo más probable era que perdiera el semestre. El padre, al enterarse, había reaccionado violentamente, agravando la situación. Curiosamente, las peleas con el padre coincidían con la aparición de los síntomas. Al revisar toda la información médica no encontré ninguna anormalidad para fortuna de José y para desencanto de los jóvenes residentes.

Después de dos días, finalmente, pude entrar en el entorno del muchacho. ¿Qué me había faltado? ¿Por qué no me había ganado totalmente su confianza para decirme todo lo que le estaba pasando? Seguramente no había hecho las preguntas correctas. Hay que volver a lo básico, me repetí varias veces. José me había dicho lo que sentía, pero no lo que lo trajo al hospital, eso es diferente. No cabe duda que nunca se termina de aprender. Hay cosas que no puedes leer en libros.

Estaba pensando en recomendar un psicólogo de mi confianza, cuando el teléfono sonó. La secretaria me dijo: doctor, ¿le puedo pasar al siguiente paciente? Sí, que pase por favor, contesté.

CONVENIO PARA EL CONTROL DEL TABACO. UN TESTIMONIO

Horacio Rubio

Fue en la década de los años noventa y principios de este siglo que se realizaron esfuerzos importantes en todo el mundo debido al grave problema de salud que representaba el tabaquismo; algunos especialistas lo consideraron como “La epidemia del siglo” pues, en ese entonces el tabaco mataba a 4.9 millones de personas por año y se consideró que era de gran trascendencia reunir a un grupo de trabajo con representantes de los países miembros de la OMS y llevar a cabo un convenio mundial.

Sin embargo, no fue sino hasta 1999 cuando se iniciaron las negociaciones efectivas, un año después de que la entonces directora general de la OMS, Dra. Gro Harlem Brundtland, hiciera una prioridad de la OMS el control mundial del tabaco. El proceso de negociación pasó por diferentes fases hasta que en 2003 concluyó la labor sobre este tratado. Entró en vigencia en febrero de 2005, y con ello comprometió a los países del mundo a incluir cambios en sus legislaciones.

En ese entonces, en nuestro país, existían trece millones de adultos y casi un millón de adolescentes fumadores; la Secretaría de Salud había impulsado desde hacía algunos años acciones encaminadas a sensibilizar a la población sobre los riesgos de fumar; entre estas se encontraban el establecimiento de los reglamentos de Control Sanitario de Productos y Servicios (1999), las Normas Oficiales Mexicanas del Expediente Clínico (1999) y para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (1999) además, el reglamento sobre Consumo de Tabaco (2000). No obstante, faltaba más camino por recorrer, no existía el suficiente impacto por lo que

el hecho de que asistiera una delegación mexicana a la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS, y participara en la firma de tan valioso documento, representó la oportunidad de unificar esfuerzos y establecer políticas que de manera obligatoria debieran cumplirse.

En mi experiencia como médico especialista en neumología y otorrinolaringología, había asistido a muchos pacientes que presentaron cuadros de enfermedades relacionadas con el consumo del tabaco tales como: bronquitis aguda, crónica recidivante, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), diversos tipos de cáncer broncopulmonar (epidermoide, adenocarcinoma, indiferenciado, etc.), cardiopatías, etc.; el sufrimiento que algunos padecieron y la desafortunada muerte de otros, provocaron en mí la preocupación por reforzar acciones que incidieran en la prevención de esta terrible adicción. Tuve la oportunidad de impulsar acciones importantes desde la dirección del INER (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias), entre las que destacan: el impulso del programa contra el tabaquismo, el establecimiento de la primera clínica contra el tabaquismo en nuestro país, la participación del comité editorial de la revista *Tobacco Control*, primera publicación mundial sobre el control del tabaco, etc. De igual manera se pusieron en marcha acciones en el Hospital Manuel Gea González. Posteriormente, al colaborar como vocal ejecutivo contra el tabaquismo en el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), tuve el gran honor de ser designado para integrar la delegación mexicana y asistir a la 56 Asamblea Mundial de la OMS, que se realizó del 14 al 28 de febrero de 2003 en Ginebra, Suiza.

Fue así como iniciamos esta gran experiencia. La delegación fue conformada por los doctores Julio Frenk Mora, secretario de salud; Guido Belsasso, comisionado del Consejo Nacional contra las Adicciones; Horacio Rubio Monteverde, vocal ejecutivo y Rafael Camacho, vocal adjunto contra el tabaquismo del mismo Consejo. El embajador era el Lic. Antonio de Icaza y personal del servicio diplomático que fueron de gran apoyo para realizar tan distinguida labor.

Al inicio de los trabajos del Convenio Marco tuve el agrado de encontrar a varios amigos y, de conocer a la Dra. Gro Harlem Brundlandt, directora de la Organización Mundial de la Salud. Nos hizo el favor el Dr. Julio Frenk de presentarnos con esta distinguida líder contra el tabaquismo quien también fue primera ministra de Noruega en tres ocasiones; de hecho, fue la primera mujer en ocupar esos cargos. Sin duda su presencia y liderazgo fue definitivo para ratificar el texto por los ministros de Salud.

He de mencionar que es una mujer inteligente, sencilla, de trato amable y que al dirigir su alocución, al inicio de los trabajos, nos inspiró a continuar trabajando en contra del tabaquismo. He aquí algunas de sus palabras:

Un Convenio Marco eficaz nos obliga a todos, inspira medidas y, establece objetivos claros que los países pueden importar y utilizar para impulsar las actividades nacionales que de forma permanente habrá que acometer en adelante [...] Estamos todos ante una oportunidad histórica única en su género. Estemos a la altura de la importancia del momento y encontremos durante los días venideros las soluciones que necesitamos para salvar a nuestros pueblos de la muerte y de los sufrimientos causados por el tabaco.

Entre los asistentes también se encontraba el Dr. José Ramón Calvo con quien, de manera conjunta, organizamos el congreso internacional celebrado en Las Palmas de Gran Canaria, España, con la Organización Panamericana de la Salud que fue considerado un éxito y en el cual participaron personalidades distinguidas como el Dr. Jorge Pilheu, Diego Perazo, la Lic. Mirta Molinari de Argentina; de Brasil, la Dra. Vera Luiza Dacosta y se generó un intercambio de ideas interesantes en torno a la reunión.

Iniciados los cometidos, cada país dividió a sus representantes en distintas mesas de trabajo y laboramos durante una semana en forma intensa. Nos dimos cuenta de que existía resistencia por parte de algunos países en donde había participado o participaba la industria tabacalera.

Fuera de los auditorios de la sede de la OMS, donde se discutió el Convenio Marco, existía el denominado “Reloj de la muerte” que contaba el número de defunciones asociadas al tabaco cada minuto. Ahí se apreciaban personajes destacados que han muerto a causa del cigarro, figuraban las fotografías de conocidos actores, entre otros: John Wayne, Humphrey Bogart, Steve Mc Queen, Nat King Cole, Paul Newman, etc. Con tristeza, reflexionamos que quienes nos dieron tanta diversión en alguna época, finalizaran su vida víctimas del tabaquismo. Irónico resultó saber que tres de los actores que interpretaron al vaquero de los cigarros, murieron de cáncer pulmonar.

Fueron muchas horas de espera para escuchar el veredicto final, para que aflorara el convenio, recuerdo estar en compañía del Dr. Calvo. Eran las tres de la mañana y había inquietud general, todos

teníamos esperanza del triunfo en contra de las tabacaleras. Nos llamaron y corroboraron nuestro deseo y el inicio de un paso importante de un sueño acariciado por muchos años. El convenio fue aprobado por unanimidad por los países participantes, se trató de un evento histórico para la medicina mundial.

Tengo el orgullo de que nuestro país, México, fue el primero de América en refrendar este valioso Convenio, hecho que mereció el reconocimiento de la Organización Panamericana de la Salud y fue ratificado por decisión unánime en la cámara de senadores el 12 de agosto de 2003, y publicado en el *Diario Oficial de la Federación* en mayo de 2004, obedeciendo a la actualización del mandato constitucional que consagra el derecho a la protección a la salud.

Desde aquel gran logro se han implantado importantes avances como la desaparición de publicidad en radio y televisión; la publicación de la Ley de protección a los no fumadores, la cual obliga a no fumar en lugares públicos y así lograr espacios libres de humo. Se publicó El Acuerdo para la Incorporación de Pictogramas y Leyendas de Advertencias en Cajetillas de Cigarros. Se sigue incrementando el número de clínicas contra el tabaquismo, rebasando por mucho metas establecidas, con el apoyo de Centros de Integración Juvenil, IMSS, ISSSTE, UNAM, INER, INN, como reflejo del compromiso de evitar el aumento del consumo de tabaco que incluye: aumento de los impuestos, prohibiciones generalizadas a la publicidad y promoción del tabaco en lugares públicos y medidas de apoyo al abandono de su uso, y se construyó la Red de Servicios de Atención con los Centros Nueva Vida para incrementar el número de unidades para la atención de adicciones.

Actualmente las estadísticas demuestran una disminución en el consumo del tabaco en adultos; en adolescentes no es así, por lo que representa uno de los problemas de salud pública con mayor arraigo social, cuyos costos, consecuencias sociales y sanitarias afectan al desarrollo de familias y comunidades. Es importante que todos los países que no lo han firmado o ratificado, lo hagan a la brevedad. Aquellos que lo han hecho deben reforzar de inmediato las acciones educativas, curativas, legislativas y de investigación.

Con gran satisfacción he de comentar que esta experiencia transmitida a mi familia, amigos y colaboradores cercanos, logró que la mayoría de los que eran fumadores dejaran de serlo y de hecho, varios de ellos, se han convertido en líderes en contra del tabaco, inclusive, algunos se han motivado para investigar y contribuir con su participación en la prevención del tabaquismo. ¡Qué mayor satisfacción: sigamos adelante!

EL RETO

Elsa Ruvinskis Pérez

Alrededor de las once de la noche escucho desde el cuarto de residentes el timbre del teléfono, estoy de guardia en la sala de psiquiatría de un hospital general. Casi todos los pacientes están dormidos porque la mayoría ya tomaron su pastilla para dormir.

Las enfermeras se encontraban en la sala correspondiente, conversaban entre ellas, actualizaban expedientes, tomaban la colación nocturna que acostumbran traer para despabilar el sueño y estar al pendiente de cualquier situación que se pudiera presentar o responder a alguna llamada de urgencias para alguna interconsulta del médico de guardia.

Una de las enfermeras me llama y me comunica que hay una llamada de terapia intensiva solicitando mi presencia. Me sorprende ya que, generalmente, la interconsulta la piden de urgencias y no de terapia intensiva. En ese momento me encontraba descansando, recostada, leyendo un rato en la cama del cuarto de residentes, parecía que iba a ser una noche tranquila, me había quitado el maquillaje y me había puesto crema.

Rápidamente me incorporé, me puse la bata y avisé al personal que me dirigiría al edificio principal del hospital por si algo se ofrecía.

Entre la sala de psiquiatría y el edificio principal había un tramo largo que recorrer a través de un pasillo rodeado de jardines. Era una noche bastante oscura, no había luna y los postes daban poca luz, el aire me pegaba en la cara; caminé rápido y me encontré con alguno que otro gato que andaba por ahí.

Al llegar al piso de la unidad de terapia intensiva con el médico de guardia, me señaló el cuarto donde se encontraba el paciente

para quien habían solicitado la interconsulta, el doctor me comentó que se trataba de un intento de suicidio; el paciente se había cortado y había perdido mucha sangre. Fue transfundido y hacía como dos horas había despertado y se encontraba muy enojado porque no logró su cometido. Además, estaba muy ansioso exigiendo que lo dejaran fumar por lo que me solicitaron que hablara con él y le diera algo para calmarlo.

Me acerqué a la cama y me presenté, le dije: —Soy la Dra. Manevich—. No me contesta. Solamente me pide que le dé un cigarro. Es un hombre de mediana edad muy delgado y con expresión triste y enojada y que además, tiene mucho dolor.

Le ordeno un tranquilizante por vía intravenosa, se empieza a calmar poco a poco, pero insiste en que quiere fumar.

Le aclaro nuevamente que en el hospital está prohibido fumar, más aún en terapia intensiva, aunque —le digo— si acepta ser trasladado a la unidad de psiquiatría, allá podrá fumar en algunas áreas. Se quedó pensativo y me respondió —Usted se ve muy joven, pero creo que me está dando cierta confianza; si va a ser usted quien me atienda tal vez acepte ir para allá—. Me despedí y le dije que nos veríamos al día siguiente. Antes de salir, me insistió en que le consiguiera un cigarro. Sonríe y le contesto de nuevo que no es posible fumar en esa parte del hospital.

Antes de retirarme reviso el expediente: tiene cincuenta y dos años, casado, y me entero que aparte del intento de suicidio, tiene amputada la pierna izquierda de la rodilla para abajo, y el dolor del cual se estaba quejando es lo que se llama dolor fantasma que a pesar de no tener el miembro, él siente dolor como si la pierna aún fuera parte de su cuerpo. Prefiero esperar al día siguiente para conocer más en detalle cómo y por qué se quiso suicidar.

En la entrega de guardia al día siguiente reporté el caso de la interconsulta e hice hincapié en que debería trasladarse a la unidad de psiquiatría dado que el intento de suicidio podría repetirse. Además, como era socio del hospital, el costo no sería mayor problema; añadí que me parecía una persona con un carácter difícil porque seguramente se encontraba deprimido, aparte de haber intentado suicidarse y no haberlo logrado amén de que tenía adicción al tabaco y dolor fantasma intenso.

El jefe del departamento me comentó que le pareció que manejé bien el caso y que si deseaba, podía seguirlo atendiendo ya que al parecer, él había iniciado una buena relación conmigo y esto sería bajo la supervisión de uno de los adscritos.

Durante la mañana pasé a verlo. —Buenos días, don Rodrigo, ¿cómo se siente?

—Mal, necesito fumar. Además, me duele mucho la pierna que no tengo— y agregó que un primo suyo que era médico, en una ocasión, le recetó una inyección que le quitaba el dolor pero, como es un derivado de morfina, se fue haciendo adicto y necesitaba ponerla más seguido porque cada vez le hacía menos efecto. En el expediente anoté que le aplicaran la inyección, pero disminuyéndola poco a poco y mezclada con agua destilada para ir quitando la dependencia.

Me senté en un sillón junto a su cama, se veía mejor que la noche anterior. —Si sigue así, le dije, tal vez ya se le pueda trasladar al pabellón de psiquiatría. ¿Cómo se siente? —Llevo mucho tiempo deprimido: ¿quién va a querer vivir mutilado, sin una pierna? Además, me adelgacé tanto, que ni la prótesis me puedo poner. Su expresión era seria. Lo escuché sin decir nada.

En ese momento llegaron su esposa y una de sus hijas, ya que la otra vivía en España; se presentaron conmigo. Adela se llamaba la madre e Irene, la hija.

Me animé a hacer la pregunta: —don Rodrigo, ¿qué pasó? ¿Por qué se quería morir?— La esposa se adelanta y contesta: —Fue horrible: lo encontramos casi desangrado, a punto de morir. La hija también intervino: —doctora, es un milagro que esté vivo—. En ese momento él empezó a hablar:

—Estaba desesperado, deprimido, los médicos insistían en que fue el problema circulatorio lo que me llevó a que me cortaran la pierna y estos problemas los relacionan a mi adicción al tabaco, pero no puedo dejar de fumar, es lo único que siento que me gusta en la vida, aparte de ese dolor tan terrible que me atormenta todo el tiempo, y únicamente se me quita por un rato con la droga que además de carísima, ya casi no me hace efecto, por eso me quería morir, porque si sigo fumando, al rato me van a cortar la otra pierna. Efectivamente, lo planeé desde hace varias semanas, ya no quería seguir siendo una carga para mi esposa y mis hijas por lo que decidí que ese día que las dos asistirían a su clase de pintura, y yo me quedaba en casa, partiría de este mundo. Le pedí a Lupita, la empleada, que me preparara unos chilaquiles verdes, que le quedan muy ricos. Me quise despedir hasta de la comida, ya que hacía tanto que nada me apetecía y cada día estaba más flaco: ni la ropa ni la prótesis me quedaban. Le comenté a Lupe que me iba a recostar después de la comida que por favor, no me despertara. En el sofá del

estudio, coloqué un plástico para no manchar la tapicería, encima acomodé una colcha, entonces, me tomé un Rohypnol. Ya tenía lista la carta de despedida que dejé sobre la mesa del estudio. Cuando empecé a sentir el efecto somnífero del medicamento tomé una *gillette*, me recosté y me corté a los lados de las ingles, buscando la arteria femoral para desangrarme y no recuerdo nada más, sólo que no entendía, cuando desperté, qué hacía en una cama de hospital ¿qué había fallado?

La hija interrumpió: —no te tocaba, papá—, y se dirigió a mí diciendo: —Doctora, fue un milagro, realmente un milagro, porque sí se cortó las arterias femorales y la sangre empezó a correr tan aprisa que fue desprendiendo trombos que afortunadamente, no se alojaron en el pulmón o en el corazón, sino que taponaron las cortadas y por eso, no se desangró completamente. Cuando llegamos lo encontramos inconsciente, llamamos una ambulancia y lo trajimos al hospital.

—Ya ve, don Rodrigo, Dios lo quiere tener más tiempo en este mundo, creo que lo mejor para usted sería trasladarlo a la unidad de psiquiatría; allí le podremos atender de su depresión, ayudarle para que pueda dejar de fumar e ir quitando poco a poco su adicción a la inyección que utiliza para el dolor—. Si así lo considera, acepto, pero espero que usted sea quien me trate y que me permitan fumar. —Por ahora podrá fumar en lugares abiertos, pero es una adicción muy severa con la que hay que trabajar.

Una vez terminados los trámites correspondientes se pidió su traslado a la sala de psiquiatría. Ya en casa comenté con mi esposo del caso. ¿Sería posible que dejara de fumar? El riesgo de que le amputaran la otra pierna era muy alto, la depresión se empezaría a tratar con antidepresivos y psicoterapia, pero su carácter era difícil, se enojaba fácilmente, le costaba obedecer las reglas, de todo se quejaba, de la comida, de las enfermeras con quienes trataba de discutir. Yo pasaba a verlo dos veces al día y cuando me quedaba de guardia conversábamos un rato largo.

Poco a poco los antidepresivos empezaron a hacer efecto y su actitud también fue cambiando: menos agresivo y más tolerante, y un día me comentó: —Ya sé que no me está indicando el analgésico, sino agua destilada, mejor que ya no me piquen: ya casi no me duele la pierna. Nos reímos y quedamos de acuerdo.

Hablaba de su trabajo en una empresa importante, era contador, pero por el problema de la pierna había decidido jubilarse, recibía su pensión y además, un primo le había regalado un auto que lo adaptaron para que pudiera manejar, pero se sentía inútil, aburrido,

no le encontraba el sentido a la vida. En una ocasión intentó pedir ayuda en psiquiatría. El doctor que lo atendió le mandó antidepresivos y le dio una cita, pero no sintió empatía con él, no compró los medicamentos y se fue deprimiendo cada vez más.

Aunque disminuyó un poco el consumo de tabaco, seguía fumando entre ocho y diez cigarros al día. Su humor mejoró, la ideación suicida desapareció y comenzaba a tener algunos planes para cuando saliera del hospital. En ocasiones recordaba momentos de su vida, de su infancia que no había sido fácil. Refugiados de la guerra civil española llegaron a México sus padres, él y tres hermanos más, entonces, tenía diez años; antes vivían en Barcelona. Venían a su mente los estragos de la guerra, haber visto morir a algunos de los amigos de sus padres, el miedo cuando explotaban las bombas; muchas veces no tener qué comer así que la hospitalidad que México les brindó la llevaba en el corazón.

Tuvo la oportunidad de estudiar y recibirse de contador. Igualmente, sus hermanos tenían carreras universitarias; su vida en México transcurría sin mayores contratiempos. Casado desde los veintiséis años y con la alegría de sus dos hijas, hasta que los síntomas de insuficiencia circulatoria aparecieron, con la insistente recomendación de sus médicos de que dejara de fumar y su dificultad para hacerlo. Al hablar de su vida le brotaron algunas lágrimas; qué distinto era todo antes de que le fuera amputada la pierna y después de jubilarse y cómo, poco a poco, se fue deprimiendo hasta el punto de que nada le interesaba y lo único que anhelaba era morir. Ahora empezaba a ver una luz en el horizonte, su ánimo mejoraba día con día, discutía menos con su esposa y con el personal de enfermería, lo único que no podía dejar totalmente era el cigarro.

Cuando estaba pensando en darlo de alta, amaneció con un intenso dolor en la pierna sana, por lo que fue necesario su traslado a la unidad de cuidados intermedios del hospital. Al parecer se le atendió a tiempo y se logró su recuperación, pero bajo la advertencia del doctor de que si no dejaba de fumar, lo más probable era que la otra pierna también fuera amputada. Después de una semana regresó a la unidad de psiquiatría, con una nota en el expediente que resaltaba lo importante que era para su recuperación que el paciente dejara de fumar. Él trataba de dejar su adicción, pero la ansiedad era más fuerte y, aunque partía el cigarro en dos y daba solamente dos inhalaciones, no lo podía dejar del todo.

Revisando el caso con mi jefe llegamos a la conclusión que de la depresión ya había mejorado bastante; había desaparecido la

ideación suicida. Aunque aún fumaba intentaba hacerlo lo menos posible, por lo que se decidió su alta del hospital recomendándole continuara un tiempo más con los antidepresivos y ansiolíticos, deseándole que ojalá pudiera dejar de fumar ya que él conocía perfectamente el porqué, y se le dio cita en un mes.

No podía dejar de pensar en este caso: el milagro de que continuara vivo, su apego al tratamiento, la buena relación médico-paciente, pero seguía latente mi preocupación, de regreso a casa era fácil volver a caer en la desesperación y fumar como antes, el riesgo de perder la otra pierna y la posibilidad de intentar de nuevo suicidarse en algún momento de desesperación, solamente quedaba esperar cuál sería su actitud fuera del hospital.

Pasaron tres meses y el paciente no regresó, se dejaron mensajes en su casa, recordándole su cita sin que él viniera a consulta. Después de cuatro meses, un día, ¡¿a quién voy viendo en la sala de espera? Nada más y nada menos que a don Rodrigo! Me dio mucho gusto, se veía más repuesto y caminando con su prótesis. —¿Qué tal, cómo se ha sentido? —Muy bien, gracias a usted y al apoyo que me brindaron en el hospital. He tenido muchos compromisos y estoy trabajando, por eso no había venido a verla. De repente observé un *pin* en su solapa y con curiosidad le pregunté —¿Y eso qué significa? Es una sorpresa que quiero darle: me metí a un grupo de apoyo para personas que desean dejar de fumar. Ya lo logré. Me faltaba un empujoncito, ver el mismo problema en los demás y ahora estoy encargado de otro grupo para ayudarles a que dejen la adicción y les cuento mi historia para que vean que, aunque parezca imposible, con tenacidad, amor y ganas de vivir todo se puede lograr, así que solamente venía a darle las gracias por su invaluable ayuda, igualmente al resto del personal y compañeros de esta unidad. Sin este gran apoyo creo que nunca lo habría logrado. No hay duda que la psiquiatría es una especialidad que aunque se enfrenta a retos difíciles, también deja grandes satisfacciones.

BAUTIZO DE FUEGO

Beatriz Salazar Vázquez

Te presentaste al hospital vestida impecablemente: pantalón, blusa, bata y zapatos immaculados; en el negro cabello un listón blanco completaba el conjunto.

Aunque era tu primer día, y tu padre el director del servicio de urgencias, no te permitiste llegar tarde. Hubiera sido un abuso. Ya de por sí te lo parecía el hecho de que te permitieran estar en entrenamiento desde el primer semestre de medicina.

El turno avanzó sin novedad hasta que llegó la hora del desayuno:

—Bien, ¿quién va a ir por los refrescos?— dijo la jefa de enfermeras.

—Aquí se acostumbra que vaya el de menor jerarquía... y esa ieres tú! —dijo tu padre.

Sin protestar tomaste algunos envases de donde te dijeron y saliste al largo pasillo de acceso a la clínica. Ningún problema —pensabas— ahí si les llega “algo” a ver qué hacen sin mí.

A la entrada del hospital te pareció escuchar un alboroto, y gritos a los que no prestaste atención ni a eso ni a la señora que bajó del autobús y se apoyó jadeante en la reja:

—¡Ya viene, ya viene, no llego... un doctor!

Ensimismada en tu importante encomienda de llevar los refrescos, no reparabas en el milagro cotidiano que acontecía a unos metros de ti pero, entonces un hombre te jaló la manga de la bata y te dijo casi a gritos:

—¡Mire *dotorcita*, la seño ya se va liviar!

Lo que ocurrió luego es como un sueño. Te dirigiste a la mujer, y bajo su falda levantada, de entre sus piernas, alcanzaste a ver una

pequeña cabecita que emergía mojada. Escuchas el grito lejano de tu padre que se acerca corriendo por el pasillo:

—¡Cáchalo hija, agárralo!— Sin saber cómo, te agachas y alcanzas a detener al niño, lo sientes resbaloso, húmedo, cálido, llorón, tus delgadas y finas manos tiemblan, y de pronto, como un prodigio, toman fuerza y sostienen al bebé con firmeza: las manos de tu padre están bajo las tuyas apoyándolas.

Casi enseguida llega el personal de enfermería, camillero, camilla, mantas limpias; se llevan a la mujer adentro y tú ves cómo tu padre y su equipo se van a atender a la mamá y al niño; todavía de rodillas, ves tu bata y tus manos húmedas, llenas de sangre de placenta, de llanto de recién nacido, de tu propio miedo y de unas ansias enormes de llegar a ser un día *idoctora!*

Seguiste asistiendo al hospital durante toda la carrera. Eso sí, nunca más volviste a salir por los refrescos... con la bata puesta.

(De la vida real. Hace veinticinco años, en el pasillo de acceso a urgencias del ISSSTE).

DE LA VIDA, LOS SUEÑOS Y ALGO MÁS

Gerardo Torres Corzo

Había pensado iniciar este relato con la conocida frase “Érase una vez un joven...”, sin embargo, como no es un cuento de hadas sino una historia de vida, simplemente la contaré como tal.

Al final de los años ochenta, me titulé como neurocirujano y para ese entonces tenía en mi haber además del título una esposa, dos hermosos hijos y muchos años lejos de mi ciudad natal y mi gran familia, así que con mis seres queridos, mi gran equipaje y mis sueños a cuestas, regresé.

Desde que decidí estudiar medicina, mi mayor deseo era regresar a mi tierra natal y con mis “grandes” conocimientos me preparaba a ayudar a mi gente y utilizar mis recién adquiridas habilidades para sanar cualquier patología que sus cerebros padecieran. Tal vez es innato en mí o tal vez me lo inculcaron mis padres, ambos médicos, no lo sé, pero siempre he tenido una necesidad casi compulsiva de saber más. Leo una cantidad más que razonable de artículos científicos, y aun desde antes de graduarme, asisto por lo menos tres veces por año a congresos. Es una necesidad insaciable de aprender y aunque sé que nunca es suficiente, trato de absorber e integrar en mi mente la magia de la ciencia y de la vida, aspirando a ser mejor neurocirujano y ser humano.

Pronto fui aceptado en el hospital donde me formé, pensé en ese tiempo que mis sueños empezaban a realizarse. Lo genial y terrible de nuestra humana naturaleza es que nos permite hacernos ilusiones y en un santiamén, sin darnos cuenta, nos encontramos en un oscuro rincón de nuestra alma, plantándole la cara a la muerte y tirando golpes para que deje ir a tu paciente y ese padre, madre,

hermano o amigo, pueda volver a dar y sentir el amor de aquellos que forman parte de su existencia. El paradigma de todo esto es la esperanza y aunque pierdes algunas batallas, cada día de tu vida llevas a cabo tu empresa, continúas dando golpes y elaborando estrategias, de forma que tus manos, y las herramientas que posees al final, te permitan ganar la guerra.

La neurocirugía en aquellos años se puede equiparar a un decatón, te enfrentabas en una contienda donde la preparación física y mental eran no sólo necesarias, sino absolutamente indispensables. Largas y fatigosas horas duraba nuestra lucha, como en campo de batalla, acometíamos contra el enemigo una y otra vez, tratando de arrebatarse a sus prisioneros, abriendo, resecaando, extirpando, las manos acalambradas de tanto obligar a las pinzas a morder y arrancar, sentir las piernas flaquear y el espíritu obligar a continuar; nuestras fuerzas minar a la par de las de nuestro paciente, morder nuestros labios para evitar gritar, los ojos resecaos cansados de mirar por el microscopio y por último, la gran ironía, el paciente moría y nosotros, exhaustos, teníamos que ver y operar al siguiente.

Algunos creyentes afirman que nuestra mente nos hace el camino, nos conduce por veredas para nosotros desconocidas y de alguna manera, nos coloca en la senda que habremos de seguir. Así, un día tan especial como cualquier otro, mientras merodeaba por entre los puestos de una exhibición durante un congreso, un hombre me ofreció un instrumento al que llamó: “endoscopio cerebral flexible”, el cual se encontraba casi escondido. Para ese entonces, se llevaba a cabo ese tipo de cirugía de mínima invasión para padecimientos gástricos con buenos resultados, pero: ¿endoscopia cerebral?, ¿penetrar en el cerebro, el órgano rector de nuestra vida y funciones? ¡Una locura! pensé para mis adentros, pero la curiosidad es característica de un cirujano y un poco dubitativo, pregunté más sobre el extraño aparato. El vendedor amablemente me dio todas las explicaciones requeridas, no está mal, pensé, mas cuando escuché el precio, exorbitante, para un joven neurocirujano con una familia que mantener, la curiosidad se derrumbó, di las gracias y continué mi camino.

Un año después, en otro congreso, por increíble que parezca, el endoscopio seguía en el mismo puesto, aún en espera de quien lo habría de adquirir y utilizar. Mi cabeza empezó a dar vueltas y yo también alrededor del sitio que empezaba a tener una extraña influencia en mi ánimo. Mis pasos fueron acortando la distancia hasta que me encontré frente a frente con el vendedor, me sonrió de

forma por demás amable y me preguntó si lo compraría, toda vez que el precio había bajado por la poca demanda y me podría dar algunas facilidades.

Al poco rato iba yo de regreso a las conferencias llevando en mis manos como un tesoro recién encontrado aquel endoscopio. No pasó mucho tiempo para que cayera en la cuenta de que ni siquiera sabía qué haría con semejante artefacto, pero el trato estaba hecho y “a rajarse a su tierra”, pensé. No me quedaba más que descubrir las bondades de mi adquisición.

De regreso en casa, me encontré con que no solamente era yo quien no sabía cómo utilizarlo, no encontré en mi búsqueda ninguna información al respecto y la temeridad, como dijo un amigo neurocirujano del Japón, salió a mi encuentro y decidí que mi instrumento debería demostrar su valía.

La idea de emplear esta mágica herramienta no me dejaba en paz y giraba en mi cabeza al compás de un estribillo:

En la intimidad del cerebro, tú puedes navegar
y todos sus secretos se te han de revelar
más... cómo hacerlo mi mente se cuestiona,
si este instrumento no sé cómo funciona.

Sin meditarlo más, me atreví a usarlo y esa primera vez, aunque difícil, fue reveladora. Estaba presente el miedo, he de reconocerlo, ¿lastimaría el cerebro de mi paciente?, ¿por dónde iba?, ¿cuál ruta era segura? Todo era incierto. Pensando y haciendo, tenía que saber, resolví realizar una endoscopia, no en quirófano, sino en la sala de rayos X, inyectaría medio de contraste hidrosoluble a través del endoscopio y tal vez, con suerte, se me revelaría la ruta correcta; vano es decir que nos enfrentamos a todas las dificultades posibles y rompimos todas las reglas expresadas en letra y con palabras. Todos los participantes en esta cirugía recibimos dosis de radiación suficientes para toda una vida, pero la recibiría cien veces más por tener tan sorprendente experiencia. Descubrir el pulso cerebral que hace fluir el líquido cefalorraquídeo, su sentido y dirección, ver hacerse manifiestos los ventrículos bajo la influencia de la tinción, sentir tu piel erizarse de miedo y emoción, hizo que todo valiera la pena.

No estábamos preparados para la magnificencia que se desplegó ante nuestros ojos.

Se revelaron de forma impactante las estructuras del cerebro que solamente conocíamos por cortes realizados en cadáver o en

cirugías abiertas. Recorrimos sus canales, nuestros corazones latieron al unísono de las arterias que maravillados observábamos. Nos adentramos en un mundo fantástico al estilo de Julio Verne. Presenciamos la vida en cada estructura, tejido y vía. Nuestra percepción y conocimiento del cerebro cambió de manera radical. A partir de ese momento, nada sería igual.

En esos años, nuestro hospital recibía una gran cantidad de pacientes con neurocisticercosis, azote de los países llamados, sutilmente, en vías de desarrollo. El procedimiento habitual era la colocación de sistemas derivativos. Los pacientes eran operados una, otra y hasta una veintena de veces porque el parásito tapaba el catéter y la hidrocefalia volvía. Era tiempo de probar las virtudes de mi herramienta.

Con emoción y esperanza realizamos la primera endoscopia cerebral flexible en un paciente con cisticercos, aprovechando la pinza los extrajimos, cerramos y condujimos a nuestro paciente a su cama. Al día siguiente, para nuestra sorpresa, seguía vivo y empezaba a mejorar. Como prisioneros en celda de castigo, comenzamos a pintar una raya en su expediente por cada día que seguía con vida. Una, dos, tres y el paciente mejoraba cada vez más hasta su completa recuperación.

Ciertamente la vida nos lleva a veces por áridos caminos donde sólo unos cuantos se atreven. Quiso la fortuna y quizás mi pasión por mi profesión que lo recorriera, y que de tal manera los sueños de aquel joven neurocirujano que volvió a casa para cumplir la promesa que se hizo a sí mismo mucho tiempo atrás, encontrara su destino.

Y aunque en este punto escribo la palabra FIN, esta historia no termina aquí, al igual que la vida, sigue, sigue y sigue.

350

$\frac{VJZ-SALUD}{H2O} = > SOBREVIDA$

VADEMÉCUM HÍDRICO

Alejandro Treviño Becerra

351

Conforme transcurren los años, los sexenios y las décadas, las personas presentan una serie de trastornos involutivos que pueden llegar a causar verdaderos estragos a la salud o bien, iniciar la aparición de los síntomas de las llamadas enfermedades crónico-degenerativas con múltiples manifestaciones invalidantes, progresivas y mortales. Todo esto corresponde a la etapa de la vida que ahora recibe variados y elegantes nombres, pero que ni más ni menos, es la vejez.

También hay innumerables exámenes de laboratorio, imagenología, genómica, chequeos, monitoreos ultramodernos; etc. para detectar oportunamente los padecimientos crónico-degenerativos, así como notables recursos terapéuticos con probados resultados, pero no infalibles; otros son considerados panaceas y algunos más ya no surten efecto en las etapas muy avanzadas de la vida, lo que ahora se conoce como senectud frágil.

Desde el origen de la humanidad se ha tratado de encontrar la llamada “fuente de la juventud” y sería interminable enumerar los diferentes enfoques de esta inútil búsqueda. Lo cierto es que cada vez es mayor la expectativa mundial de vida al nacer, y en algunas regiones del mundo es mayor que en otras; también se ha tratado de encontrar factores fisiológicos, ambientales, nutricionales, laborales y alimenticios al respecto.

Volviendo al tema de la “fuente de la eterna juventud”, como toda fuente, se alimenta de agua que entre otras cualidades y características tiene sus propiedades terapéuticas. Así, en este breve ensayo se enumeran algunos de los atributos del agua que podría ser un “vademécum hídrico” de ahí el subtítulo de este texto.

Sin entrar a comentar los laberintos de los compartimentos líquidos del organismo, los conceptos del equilibrio hidroeléctrico, lo complejo del mecanismo de retención de líquidos, formación de edema, generación de hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal y la aplicación de los diferentes tratamientos de diálisis (un paciente consume de 56 a 270 litros de líquido de diálisis por semana).

Relato lo que me comentó un paciente, amigo mío, que se adentra a la vejez y quien, además de llevar dieta, que entre otros componentes, es fija en 1500 mililitros de líquido en veinticuatro horas, dos terceras partes de agua e incluye 30 cc (de bebida alcohólica) y la que ingiere con trece medicamentos que le prescriben sus diferentes médicos para conjuntar el arsenal terapéutico y contrarrestar los padecimientos del envejecimiento. Con su equilibrio hídrico produce y elimina en veinticuatro horas en micciones cada dos a cuatro horas (día y noche), al menos un mililitro de orina por minuto (1440 ml en 24 horas) y además, se pesa cotidianamente en una moderna báscula que mide los componentes magros de grasa y los líquidos corporales que se fijan en la composición hídrica de su excremento. Le he recomendado que en situaciones anormales como fiebre, alta temperatura ambiental, alguna pequeña infección urinaria, intestinal, respiratoria o alguna actividad física exagerada que lo podría llevar a la deshidratación y, para evitarla o contrarrestarla, agregue en su ingesta diaria una de esas apetecibles bebidas a base de agua y que contienen electrolitos pero no energizantes. Por sus padecimientos y comorbilidades acude a otros especialistas quienes le han recetado lo siguiente:

- 1.- Gotas oftálmicas de dos tipos, una de las cuales tiene “lágrimas artificiales” (agua).
- 2.- Lavados nasales con un fármaco novedoso, es como agua de mar, por su alto contenido en sal.
- 3.- Una o dos veces al día realizar colutorios, preferentemente con agua bicarbonatada o un antiséptico bucal.
- 4.- En las noches para eliminar la inflamación de las hemorroides unos baños de asiento de diez a quince minutos con agua fría.
- 5.- El urólogo le ha recomendado también baños de asiento, pero con agua tibia una o dos veces al día, lo cual le va a aliviar la persistente inflamación prostática benigna.
- 6.- Recientemente sufrió un pequeño esguince maleolar y el connotado y fino ortopedista de cabecera (porque ya ha sufrido otros problemas esqueléticos) le recomendó enérgicamente aplicarse

hielo en la región afectada durante quince minutos de dos a tres veces al día, y en la noche los llamados baños de contraste, que no es otra cosa que alternar agua caliente con agua fría para desterrar la dolencia intermitente del dedo gordo y con ello ayudar a la prescripción del alopurinol.

7.- Mi enfermo tiene desde hace años divertículos en el colon, y cuando se propasa con ciertos alimentos o incluso bebidas alcohólicas, sufre de diverticulitis transitorias, que no llegan a mayores porque trata de poner en reposo a su intestino con dieta blanda, medicamentos y sobre todo aplicaciones de la bolsa de hule con agua caliente en la religión dolorosa del abdomen bajo. Sesiones de diez a quince minutos dos veces al día.

8.- Cuando se baña se da un masaje diariamente con agua bien caliente y que le caiga el chorro en la espalda por varios minutos, y con ello disminuir las molestias secundarias a la hernia de disco incompleta.

9.- Resulta que el enfermo, en la noche, toma laxante disuelto en medio vaso de agua y luego otro vaso de agua. Ese simple remedio terapéutico le permite evacuar el intestino regularmente, protege los divertículos y no daña sus hemorroides.

10.- Ya para concluir me hizo la siguiente observación —como usted habrá notado tengo hipoacusia senil, resulta que uso un aparato auditivo, el cual ocasiona que se forme y acumule el cerumen, para lo cual hay que hacer lavados a presión periódicamente con agua tibia, y en caso de que se desarrolle una pequeña infección en el conducto auditivo externo, para evitarlo, me aplico dos veces al día unas gotas de antibiótico disueltas en un poco de agua durante una semana.

En fin, no menos de diez de los tratamientos recomendados son con agua, por lo que podría decirse que son diferentes maniobras hidroterapéuticas.

“El agua es la mejor medicina”

Siung – Tse. Discípulo de Confucio (Siglo III. A. C.)

Secundo la afirmación que hizo un pensador confuciano de que el agua es la mejor terapia, máxime cuando con los años los achaques se acumulan, los remedios son más y, el consumo de agua por diferentes vías y aplicaciones, también se acumula. ¿Qué haría mi sufrido enfermo si se agota el agua? no podrá recurrir a todos los “remedios” que me ha relatado. Lo anterior me lleva a formular la siguiente ecuación:

De donde $v_{jz}(\text{vejez}) H_2O \dots \text{agua} > \dots \text{mayor sobrevida}$

LA REALIDAD SUPERA A LA FICCIÓN

Jaime Villalba Caloca

355

La Academia Nacional de Medicina de México nos convoca a un ejercicio inusual: nos pide salir del texto científico médico, más aún, del texto autobiográfico, y en un acto de audacia e irreverencia, nos invita a soltar amarras, sentarnos frente a la página en blanco y dar cuerda a la creación literaria.

La primera reacción que tuve ante semejante desafío fue negarme rotundamente con la seguridad de que la literatura de ficción no es para nosotros, pero luego apareció en algún lugar de mi organismo, una vena desconocida en el aparato circulatorio que transporta esa materia llamada vulgarmente inspiración. Fue así como tomé el reto en mis manos y de buenas a primeras, llegaron a mi memoria algunas historias de la vida real que definitivamente superan a la ficción y que vale la pena relatar para que no se pierdan en el olvido. De todas ellas aprendí que el médico es un hombre de carne y hueso no un Dios sobre la tierra, un hombre tan común y corriente que es capaz de reírse de sí mismo ante las tremendas eventualidades que le toca atender para transitar en el espacio y en el tiempo de la salud y de la enfermedad.

El ruletero

En los años cuarenta se fundó la Cruz Verde Mexicana, una institución hospitalaria de emergencias médicas que marcó directrices importantes en sus numerosos puestos de socorro instalados en distintos lugares de la Ciudad de México. Uno de esos puestos

de socorro estaba ubicado en la bella Colonia Mixcoac, entre las calles que en aquellos años, enseñaban la huella de casas porfirianas construidas por la oligarquía como lugares campestres de veraneo. Ahí están los muros de los antiguos ranchos y de las haciendas señoriales como la de Mixcoac que todavía hoy conserva el portentoso casco. Ahí estaba una hacienda textilera en cuyo casco se encuentra actualmente el campus México de la Universidad Panamericana.

Las calles en los años cuarenta eran tranquilas, pocos coches, muchos árboles, y una atmósfera pueblerina en los rincones, las tienditas y los parques que miraban a las parejas de novios y a los paseantes. En 1926 iniciaron su asistencia los puestos de socorro, en una calle llamada Las Verdes, (por eso su nombre de Cruz Verde) y en 1943 abre sus puertas el Hospital Rubén Leñero. El primer puesto de socorro se encontraba en la esquina de la calle Victoria y Revillagigedo, y entre el cuerpo médico, estaba el Dr. Gracia García, que hizo gran prestigio y que por aquellos años “introdujo la técnica de explorar la cavidad abdominal o torácica con una larga pinza que portaba una gasa y la introducía y observaba la cantidad de sangre que se adhería a la gasa”.

En el puesto de socorro de Mixcoac, de cuando en cuando, la sirena de la ambulancia de la Cruz Verde irrumpía en medio de esa tranquilidad. Cada vez que se abría el portón se juntaban varios mirrones para saciar su morbo.

Un día llegó la ambulancia con el ruletero Tomás Rodríguez; un hombre de mediana estatura que gritaba quejándose de un dolor en el costado izquierdo...

—¡Me acuchillaron! —decía.

—¡Me navajearon!

—¡Méndigos *jijos* de su madre!

—¡Me dieron una puñalada!

El puesto de socorro tenía un consultorio con sus paredes blancas, su báscula y su mesa de auscultación; una máquina de escribir Remington, un perchero, y una pequeña vitrina desde donde se asomaban algunos instrumentos médicos y medicinas de primeros auxilios. También contaba con un flamante quirófano.

Cuando llegó Tomás Rodríguez al Puesto de Socorro, don Indalecio Benítez, el médico responsable en ese turno, se había quedado solamente con una enfermera ya que la auxiliar había pedido permiso para irse a su casa; también se encontraba Lalo Pascual, el policía, que además de cuidar la puerta del dispensario, cargar a los enfermos que llegaban con todo tipo de traumatismos, y hacer las

veces de camillero, entre otras cosas, se acomodaba a practicar todo lo que se le pidiera.

El ruletero Tomás Rodríguez fue llevado directamente al quirófano. La herida era grande y goteaba sangre en el pasillo cada vez que respiraba. Era necesario y urgente cuantificar el traumatismo y en su caso, operarlo.

Imaginemos la angustia del médico con casi nadie que le echara una mano, sobre todo para la necesaria anestesia del ruletero que no paraba de gritar:

—¡Me acuchillaron!

—¡*Jijos* de su madre!

—¡Me voy a morir!

Fue así que don Indalecio ni tardo ni perezoso instruyó a Lalo a ponerse una batita blanca que se encontraba colgada en el perchero, con la encomienda de ejercer de anestésista. Ahí el embudo y el éter disponibles que con manos temblorosas, después de haber dado la vuelta a su visera azul marino que nunca se quitaba de la cabeza, Lalo los dejó caer en la boca del ruletero hasta dejarlo profundamente anestesiado.

El Dr. Benítez recurrió a la maniobra del Dr. Gracia García y diagnosticó hemorragia interna en el hemitórax izquierdo, colocó una sonda endopleural, cerró la herida punzo cortante y a unas cuantas horas lo envió al Hospital Rubén Leñero, donde se hizo el diagnóstico de hemoneumotórax traumático, se insertó una nueva sonda intrapleural que se conectó a sello de agua y a succión. En los días que siguieron, el enfermo presentó deterioro de su estado general, fiebre de tipo continua y drenaje de material hematopurulento, por lo que se decidió hacer exploración del hemitórax y, lamentablemente, durante el transoperatorio se encontró una gasa en el seno costo-diafragmático. Se hizo limpieza de la cavidad, se colocaron dos sondas conectadas a sello de agua y a succión. El enfermo continuó con fiebre y drenando material purulento por lo que a los ocho días se reintervino por un neumólogo de reconocido prestigio, y como por maldición se volvió a “dejar” una gasa. Nuevamente se lavó la cavidad, se colocaron dos sondas a sello de agua y a succión. En el transoperatorio de esta última operación el pulmón se encontraba fibrótico y colapsado con resistencias al flujo de aire, ya que costaba trabajo “inflarlo” y que quedara el contenido al continente, lo que se llama “pulmón carnificado”.

Desgraciadamente por estas condiciones funcionales del pulmón izquierdo, provocadas por las semanas que estuvo infectada la

cavidad hemitorácica izquierda, la paquipleuritis que generalmente se produce por estas condiciones, originó que el pulmón izquierdo se fibrosara y se atelectasiara por lo que se decidió realizar neumonectomía izquierda.

Este es el relato de un caso que estando en manos experimentadas se complicó por algo que no debe pasar, pero que pasa desafortunadamente.

El café con leche

Parecería paradójico, pero la tuberculosis pulmonar nos enseñó gran parte de lo que conocemos acerca del pulmón: función respiratoria, colapso pulmonar reversible e irreversible (neumotórax intrapleural, diferentes tipos de toracoplastia, resección segmentaria, lobar o total, cavernostomías, aspiración de Monaldi, Eloesser, etc.) Gracias a este terrible padecimiento de tiempos inmemoriales, la ciencia médica tuvo que desarrollar una profunda investigación sobre este órgano del cuerpo humano.

En el Hospital Rubén Leñero había un médico al que le decían el chofer porque era un verdadero salvaje; fantochaba por los pasillos diciendo que él podía quitar una vesícula con un pedazo de vidrio y dos horquillas para el pelo.

En aquella época quien operaba una herida en el corazón exitosamente era nombrado héroe nacional en la prensa y hasta en la televisión.

El chofer llegaba de algodón y sombrero de charro, a veces, con la compañía de su novia y sin pudor alguno se metían en el cuartito para descansar.

Un domingo llegó un hombre con un balazo en el cuello arriba de la clavícula izquierda; eran como las diez de la noche y después de realizar una radiografía de tórax, decidimos ponerle una sonda para que drenara la sangre que tenía en la cavidad pleural. Estuvo drenando en el frasco sello de agua, y asimismo drenaba un poquito de aire, pero como el paciente estaba bien de sus signos vitales, pensamos observarlo toda la noche y tomar una decisión al día siguiente. Como a las 8:00 ó 9:00 de la mañana, que salíamos de la guardia fuimos a pasar visita y le preguntamos: —¿cómo te sientes?— y el paciente contestó que se sentía bien y que tenía mucha hambre, entonces le pedimos a la enfermera que le llevara su desayuno. Al poco rato llegó el desayuno en que venían pan y café con leche.

El paciente comenzó a comer y observamos que por la sonda intrapleural descendía al sello de agua un líquido cafésoso. Comentamos que no era posible que por las horas de estancia hospitalaria fuese un empiema. Le pedimos al enfermo que tomara más café con leche y el signo fue exactamente igual en cada trago: la salida por la sonda intrapleural del líquido cafésoso.

El paciente se veía bien y mientras hacíamos estas observaciones le hicimos plática: que nos contara de su familia, de su trabajo, de su casa.

Se insinuó que podía existir una comunicación del esófago a la cavidad pleural izquierda por la situación del traumatismo por arma de fuego.

Para estar completamente seguros de que era el café con leche, ese líquido que veíamos, pensamos en entintar un vaso de agua con azul de metileno, pero no contábamos en ese momento con el azul de metileno. Apareció el chofer muy descansado y dijo: pónganle una gotita de tinta de mi pluma fuente que para el caso, da igual. Pues dicho y hecho, igual que el café con leche, vimos salir de la sonda el agua azulada y depositarse en el sello de agua, con lo que sin lugar a dudas, ratificamos la comunicación entre esófago y cavidad pleural. Desgraciadamente estos cuerpos extraños en mediastino producen infecciones muy severas, y en este pobre paciente hizo mediastinitis y empiema de la cavidad torácica izquierda.

La mediastinitis es un padecimiento muy grave ya que tiene una alta mortalidad en la mayoría de los casos; se debe drenar perfectamente esta cavidad así como también la cavidad pleural por el empiema. Después de dos o tres semanas, el cuadro infeccioso cedió y en ese entonces el jefe del servicio de tórax del Hospital Rubén Leñero era un excelente cirujano del Instituto Nacional de Cardiología, que resolvió la fístula esófago–pleural y el caso que viví de pe a pa se solucionó para fortuna de todos y del paciente.

El amor es ciego

El Hospital Rubén Leñero fundado en 1943 debe su nombre a un reconocido traumatólogo que diez años antes había propuesto la creación de un Hospital Municipal de Emergencias en la Ciudad de México.

En los años en que yo ingresé, este era un hospital escuela. Ahí nos formamos muchos de los colegas de mi generación y acrecen-

tamos nuestro conocimiento en relación con los traumatismos de tórax. Uno de sus directores, el Dr. Guillermo Solórzano, tuvo la enorme virtud de conjuntar a un equipo de extraordinarios especialistas torácicos que dejaron las bases para hacer de este nosocomio un verdadero hospital general. Médicos de la talla de Alejandro Celis, Carlos Pacheco, Fernando Quijano P., Manuel de la Llata, entre otros, atendían a los enfermos accidentados con diferentes tipos de traumatismos torácicos, ocasionados por la violencia en ciertas zonas de la Ciudad.

A los jóvenes que recién habíamos ingresado y que habíamos terminado nuestra especialidad como neumólogos cirujanos, nos tocó verlo crecer, al mismo tiempo que consolidábamos nuestra formación.

El casco de Santo Tomás, donde estaba situado el Hospital Rubén Leñero, fue nuestro territorio durante algunos años de juventud; era un barrio estudiantil, lleno de jóvenes que acudían al Instituto Politécnico Nacional. Ahí estaba el Centro de Estudios Científicos y Tecnológicos Wilfrido Massieu y la Escuela Nacional de Ciencias Biológicas donde el antropólogo Othón de Mendizábal impulsó la cátedra de Antropología Médica con el objeto de cumplir con uno de los sueños cardenistas que consistía en formar médicos rurales con estudiantes que vinieran de las regiones indígenas de México; la idea era que estos estudiantes regresaran a sus comunidades para ejercer la medicina.

Un día llegó la ambulancia del Rubén Leñero con un paciente ciego con una herida punzo cortante en el hipocondrio izquierdo. A alguien se le ocurrió, quién sabe a quién, ponerle una sonda de hule uno o dos centímetros arriba de la herida punzo cortante y se hospitalizó en el servicio de gastroenterología del hospital.

Al otro día de su ingreso se pidió consulta al servicio de tórax y en el momento que vimos al invidente, tenía un vientre agudo y en la tele de tórax se veía la punta de la sonda dentro de la cavidad hemitorácica izquierda, con el cuadro clínico de abdomen agudo, y previo consentimiento del paciente, se decidió llevarlo al quirófano para explorar tanto la cavidad abdominal como la torácica.

El ciego que se llamaba Arnulfo Nieto de la Barrera, en el trayecto al quirófano estaba consternado, realmente enfurecido.

Resulta que en la Colonia Santa María de la Rivera en uno de los multifamiliares construidos en aquellos años, se había organizado un taller de apreciación literaria para ciegos que leyeran poesía con el método braille. Se celebraba ya el último día del taller y Arnulfo

Nieto se había enamorado de una cieguita dulce y cariñosa llamada Margarita que siempre se sentaba junto a él; pero ese día sucedió el incidente, Arnulfo ya había notado que José Valencia, otro cieguito que se sentaba siempre al otro lado de ella, la molestaba, le decía piropos impertinentes, le pedía prestado su libro braille y hasta la toqueteaba.

Margarita había llevado un pastel de tres leches para celebrar el fin del curso con un cuchillo para cortarlo y lo había colocado en el escritorio del profesor. En un momento climático cuando leían “Dónde estará la Guillermina” del poeta chileno Pablo Neruda, las yemas de los dedos de Margarita se toparon con una palabra que le era difícil entender “coleóptero”, decía el bello poema.

—No entiendo esta palabra —comentó Margarita.

En ese instante, la mano de José Valencia, se abalanzó al libro de su compañera de banca, al tiempo que Arnulfo hacía lo mismo; ahí empezó la guerra a producir estragos, ambos jalaban el libro de poemas con tanta fuerza que las hojas cayeron descuadernadas, la tensión fue tan grande que todos los cieguitos se levantaron de sus pupitres tratando de mirar con la pericia de sus bastones que tropezaban con la pared y con el escritorio del maestro que coordinaba la lectura. En un momento inesperado para Arnulfo, José se topó con el cuchillo del pastel y lo atravesó con toda su fuerza en el abdomen.

Se le realizó a Arnulfo una toraco-laparotomía, una operación muy extensa. Tenía roto el diafragma por el arma punzo cortante o por la irresponsabilidad y desconocimiento de quien le puso la sonda. Probablemente se caigan de espaldas quienes en el 2013, lean la práctica de la toraco-laparotomía, pues en la actualidad, con el avance de la tecnología, es posible llevar a cabo operaciones grandes con incisiones muy pequeñas.

La operación fue exitosa y después de varios días, Arnulfo Nieto, fue dado de alta. Dicen que la herida que jamás pudo cerrar fue la de Margarita, quién después del traumático acontecimiento, huyó con su familia al Estado de México y nunca se volvió a saber de ella.

UN RELATO PARA EL ANECDOTARIO: CONFRONTACIONES AZAROSAS

José de Jesús Villalpando Casas

363

Verano de 1964 en la majestuosa Ciudad de los Palacios, la región más transparente del aire, donde el águila devoró a la serpiente; en las lomas donde habitan abundantes ortópteros insectos, llamados chapulines, en un rincón donde deambulan los espíritus de los vi- rreyes de la Nueva España; por una ventana entreabierta y, entre gruesas cortinas, un rayo de sol se filtra de súbito sobre el rostro de un joven como saeta mensajera, enviada por su amada, que a una legua de distancia, anhelante, espera que ese día se cumpla para ellos una cita con el destino.

El rayo de sol se ensancha velozmente y con su brillantez y calor impacta en los ojos soñolientos del joven que en duermevela, ha pasado la noche estudiando en libros, revistas, fichas y apuntes de clases todo lo que a su entender, y con la guía de un temario y un dejo de ingenuidad, debe revisar y pulir sus conocimientos de medicina en la víspera de ser examinado por un jurado de severos catedráticos para titularse de Médico Cirujano.

Afanoso, dedicó la noche previa a repasar sus conocimientos. Uno de los temas del catálogo de fichas, dispuestas para propósitos del examen trataba sobre los “tumores de mama”, ciertamente importante, por ser una de las causas de muerte más frecuente entre las mujeres y cuyo diagnóstico temprano puede ayudar a salvar innumerables vidas empero, lo intrincado del tema, principalmente de la morfología linfática de la región y la estratificación anatómo- patológica del cáncer, resistía las tozudas acometidas de su estudio y esa fue la última ficha que revisó el joven examinando, quien re- consideraba que tratar de aprender en unos minutos, lo que debió

haber sabido desde tiempo atrás no es lo mejor. ¡Oh, si tan sólo hubiera dedicado mayores esfuerzos y aprovechado mejor las oportunidades de aprendizaje que tuvo durante sus años de estudiante! Cavilaba el joven, ¡si tan sólo hubiera aprovechado la mitad del tiempo perdido en la vorágine de su vida!

¿Perdido? ¡No!, ¡no fue tiempo perdido! más bien fue dedicado a aprender a vivir en esa turbulencia de intereses y pasiones de la juventud y, de ese vórtice fue rescatado amorosamente por una musa venida del Helicón, que después habría de ser la compañera de su vida, casualmente, de su misma vocación quien sabedora de la importancia del paso que se iba a dar, lo apoyaba de corazón y lo ayudaba también, corrigiendo sus manuscritos y escribiendo a máquina la tesis que habría de presentar y acreditar como requisito para ser examinado.

El joven deja sus ensoñaciones, despierta totalmente y, con angustia, escucha el reloj que con siete campanadas indica la hora de la mañana y da gracias al cielo por ese rayo de sol que lo levantó;. Enseguida abre por completo la ventana y aspira profundamente el aire del bosque que lleno de vida está frente a él.

Dispone escasamente de una hora para presentarse en el recinto de la Facultad, que se yergue airosa entre peñas volcánicas al sur de la ciudad, ahí lo espera para que cumpla con su cita y alcance su destino. Después de apresuradas abluciones y de un ligero desayuno, viste su mejor atuendo, anuda su corbata y, en el bolsillo del saco, coloca el volante con el citatorio a tan magno evento. Rápido monta en el auto, enciende su motor, y veloz parte hacia la nueva vialidad conocida como el Anillo Periférico que lo llevará a Ciudad Universitaria, a la Facultad para cumplir con su destino.

La vía rápida está desierta y pisa a fondo el acelerador del vehículo... a la vuelta de una curva, un motociclista acecha a la caza de un incauto desmañado e imprudente conductor; sin advertirlo, el joven pasa raudo frente a él, no se percató de su presencia hasta que escucha el ulular amenazante de una sirena, y en el espejo retrovisor mira a un agente de tránsito que lo alcanza y marca el alto —tan temprano y ya depredando— piensa el joven y se detiene; lo invade la seguridad de no llegar a tiempo al examen. El oficial con autoridad parsimonia se dirige a él preguntándole:

—¿A dónde con tanta prisa?

—Voy a la Universidad—, le responde con firmeza.

—Y por eso la prisa, ¡ini que fueras a recibirte!, le dice con tono burlón.

—Pues sí, efectivamente, voy a mi examen profesional y ya se hizo tarde, le contestó mostrándole el preciado citatorio.

El agente lo lee con atención y enseguida consulta su reloj, constatando el retraso. Voltea a ver al joven y le regresa el papel de la cita y con diferente tono de voz le dice: —¡sígueme!—, monta su motocicleta, enciende la sirena y arranca por delante.

El joven queda estupefacto, no da crédito a lo que sucede... un agente de tránsito le está ayudando. Enciende el motor del auto y acelera, el velocímetro avanza con rapidez; pronto alcanza 80 km por hora, después 100 y luego, 120. ¡Ya se avizora Ciudad Universitaria!

El joven cree que lo va a dejar en la entrada, y con sorpresa aprecia que no, que el agente toma el circuito escolar, ¿cómo?: ¿un policía invadiendo la Universidad?!

El joven lo sigue y sin dar crédito ve que toma la curva a cuya vuelta está la Facultad; avanzan en fila hasta el gran Auditorio Raoul Fournier y llegan por el camino que otrora permitía circularlo, pasan por debajo del puente peatonal y ahí se detienen; el motociclista apaga la sirena y, con gesto displicente y amplia sonrisa, le dice adiós deseándole buena suerte. El joven desciende presuroso y cada quien parte al encuentro de su destino. Ya se sobrepasó el tiempo fijado en el citatorio, el joven llegará tarde a su examen. ¡No hay remedio!

Rápido, en dos o tres zancadas sube la escalinata y se dirige a los elevadores, debe llegar al sexto piso, ojalá se excuse su retraso. ¡Sorpresa!, en sus puertas, un ominoso letrero: “Fuera de servicio”. ¡Vaya sólo esto le faltaba!, ¿dónde están las escaleras?, habrá que subir corriendo, son seis pisos, adelante pues. ¡Por ahí!, por el depósito de cadáveres se llega a las escaleras, le aconseja uno de los mozos que hacían la limpieza preparando el plantel para la llegada cotidiana de la turba de ruidosos estudiantes y a quien el joven le había pedido orientación.

Hasta aquí el relato testimonial, ahora que sea el propio joven quien narre lo que vivió en su siguiente encuentro:

“Corriendo entré por un pasillo que llevaba al citado depósito, recordando aquellos versos de Manuel Acuña, infausto poeta y frustrado estudiante de medicina, quien inspirado compuso”:

“Ante un cadáver” de Manuel Acuña y a cuya obra fui introducido por mi padre que lo admiraba:

*¡Y bien! Aquí estás ya... sobre la plancha
donde el gran horizonte de la ciencia
la extensión de sus límites ensancha*

*Aquí donde la rígida experiencia
viene a dictar las leyes superiores
a que está sometida la existencia*

*Aquí donde la fábula enmudece
y la voz de los hechos se levanta
y la superstición se desvanece*

En aquel repositorio, ciertamente esperaba ver cuerpos humanos, seres cuyo destino había sido convertirse al final de su vida en fuente para el aprendizaje de nuevos médicos, conforme a la visión de preclaros anatomistas que nos hicieron transitar del oscurantismo a la luminosidad del Renacimiento y que Rembrandt inmortalizó en su admirado lienzo: *Una lección de anatomía*. ¡Pero no! Lo que vi fue una miseria: despojos de cuerpos que alguna vez merecieron el respeto a su dignidad cuando fueron humanos, ahora se les negaba tal condición, y flotaban al garete chocando entre sí en medio de sustancias químicas para preservarlos y cuyos vapores de penetrante olor lastimaban la nariz e irritaban los ojos; los cuerpos inermes aguardaban a ser halados para colgar en ganchos y escurrirse, en espera de ser conducidos a las salas de disección, donde los estudiantes aprendían a reconocer sus componentes anatómicos y los disecaban con habilidad creciente, para demostrar a sus profesores y compañeros el dominio de su conocimiento.

*¡Miseria y nada más! dirán al verte
los que creen que el imperio de la vida
acaba donde empieza el de la muerte
y suponiendo tu misión cumplida
se acercarán a ti, y en su mirada
te mandarán su eterna despedida*

(Manuel Acuña)

Horrorizado de ese espectáculo emprendí la huida, y con nuevas zancadas me alejé de tan tétrico y lamentable espectáculo; no podía aceptar tal deshumanización. En mis oídos, que percibían

fuertes latidos, resonaban otros versos, ahora del granadino Federico García Lorca que dolorosamente expresó en su perenne llanto a la muerte del famoso diestro Sánchez Mejías, cuando un burel asesino le quitó la vida en una memorable faena inacabada, a las icinco de la tarde! y al ver su sangre derramada en la arena del ruedo, a las icinco de la tarde! lanza un quejido lastimero:

*¡Que no quiero verla!
¡Que no quiero verla!*

*¿Qué dicen? Un silencio con hedores reposa
estamos presentes con un cuerpo que se esfuma,
con una forma clara que tuvo ruiseñores,
y la vemos llenarse de agujeros sin fondo*

Zancada tras zancada reanudo mi carrera, voy escalando piso tras piso y finalmente llego jadeante, donde el *ujier* del evento, al verme, se dirige a mí. Verifica mi citatorio y me tranquiliza diciendo: —Hay tiempo suficiente, tiene usted el tercer lugar en el orden con su jurado, ahora están examinando al segundo según el orden alfabético, dado que mi apellido empieza con “V” me tranquilizo.

Con gran expectación tomo asiento, colocado de lado a pocos metros del jurado y con espanto escucho, cómo a mi predecesor, lo regresaban a prepararse mejor y lo instaban a presentarse de nuevo, supe enseguida que igual habían hecho con el anterior candidato; cuando hecho un manojo de nervios escucho que me llaman por mi nombre, me levanto con pies de plomo, me dirijo ante el secretario de la Facultad el maestro José Iturbide Alvarez quien, con seriedad, gira una tómbola que contenía un grupo de esferas con el número de las fichas del examen y al azar libera una de ellas, la tomo y con azoro veo que se trataba de... claro está: “tumores de mama”. Los hados me son favorables pues domino el tema, no en vano lo había estudiado tanto esa víspera y lo tenía fresco en mi mente.

Ahora sí, ligero y con seguridad, dirijo mis pasos a la mesa del jurado, a quienes veo leyendo y comentando el contenido de mi expediente escolar, me quedo de pie frente a ellos, con la esfera en mi mano, indiferentes ni siquiera voltean a verme. Temo lo peor. El jurado lo compone un trío de prestigiados profesores de la Facultad entre quienes reconozco al maestro Norberto Treviño Zapata, que presidía Demetrio Mayoral Pardo, secretario, y si mal

no recuerdo, Gustavo Azcárraga, quien además de médico, era General del ejército.

—Siéntese compañero—, con una leve sonrisa me dice el presidente. Al momento obedezco y gustoso le entrego la esfera que atestigua mi tema —ya lo saben—: “Tumores de mama”.

Los jurados pasean su vista inquisitiva sobre mí, parece que debo tomar la iniciativa, saludo cortésmente y sin más preámbulo inició con orden lógico lineal mi disertación, rápido y vehemente: “Los tumores de mama se clasifican en benignos y malignos, empiezo por los malignos por tratarse de padecimientos que por su crecimiento desordenado y virulento, pronto originan metástasis y causan la muerte de las pacientes, siendo una de las principales causas de mortalidad general entre las mujeres, por lo que se convierte en un grave problema de salud pública.

—Eh, eh, pare su carro compañero, me dice el presidente del jurado —cortando de súbito mi parlamento—, nosotros le vamos a preguntar, *espeta*.

—Dígame, entre qué edades es más frecuente el cáncer de mama.

Con presteza le contesto: —En el grupo de treinta y cinco a cuarenta y cinco años y hasta los cincuenta años, sin descartar que puede presentarse aún a menores edades o mayores.

Sorprendido por la sencillez de la pregunta. Otro de los maestros me interroga sobre los datos clínicos característicos de estos tumores, a lo que yo respondo con exactitud. Finalmente, y así fue, el tercer jurado me plantea el caso hipotético de una joven de dieciocho años que percibe en una de sus mamas un nódulo y me pregunta cómo le exploraría yo.

Rápidamente evoqué mis excelentes lecciones de propedéutica médica recibidas en el Hospital General de México e impartidas por el maestro Alfonso Guadalajara, sagaz clínico, caballero y hombre culto, que nos enseñó a explorar bien a los pacientes después de una anamnesis completa; aguzando los sentidos para ver más allá de lo que se mira; sentir más allá de lo que se palpa, escuchar más allá de lo que se oye y a actuar con profesionalismo respetando la dignidad del paciente, su confort y pudor. ¡Qué mejor ocasión de hacer gala de lo aprendido! Procedí a describir una sala de exploración, bien iluminada, templada de clima, sentada cómodamente la paciente, descubierta por completo la zona a explorar, el médico situado frente a ella para observar comparativamente las mamas; apreciar su volumen y observar si existía alguna deformidad entre ambas; también mirar la situación de los pezones, juzgar la superficie areolar, su regularidad y

tersura de piel; posteriormente palpar comparativamente las características de ambas mamas, apreciar su consistencia superficial y profunda, buscando palpar tejido glandular y buscar intencionalmente la existencia de nodulaciones para estimar su tamaño y consistencia y, en su caso, señalar su ubicación haciendo uso de cuadrantes. Después, en el decúbito dorsal repetir la palpación con esmero y explorar además las axilas de los dos lados en busca de algún crecimiento ganglionar, al que también habría que describir.

El jurado que hizo la pregunta quedó satisfecho, empero, sus compañeros lo veían con insistencia y uno de ellos, con franca sonrisa y una discreta carcajada, le dice: “¿Qué te parece como este imberbe exploró a tu hija?”.

Yo, me sonrojo y los miro disfrutar su gracejada. —Está bien, es suficiente, está usted aprobado—, y llaman al *ujier* pidiendo el libro de actas, al llegar este me dicen: —Firme aquí colega— y enseguida con aire festivo lo firman también.

Pocos minutos después el maestro Iturbide Alvarez convoca a los concurrentes y uno a uno nos llama y entrega el acta aprobatoria del examen profesional. En mi turno extendiendo la mano izquierda para recibir el documento, rescoldo de mi formación preparatoria en un plantel militar de cierta alcurnia, a fin de dejar la mano derecha libre para empuñar un arma, lo que no ocurre en la vida civil, donde las buenas maneras obligan a recibir documentos u objetos diversos con esa mano, y así se condujo el Maestro, llamándome la atención y con voz grave me dijo: —Con la mano derecha que ya es usted médico—. En ese momento tomé consciencia de la ubicación que en la sociedad tienen los médicos, y la responsabilidad que se asume al convertirse en figuras respetadas, producto de la educación superior y como muchos esperan, modelos de conducta que algunos quieren imitar.

Acto seguido, se leyó el *Juramento de Hipócrates* que todos a coro repetimos llenos de auténtica emoción y compromiso con nuestros semejantes: “Juro por Apolo médico, por Esculapio, Higia y Panacea, por todos los dioses y todas las diosas, tomándolos como testigos, que cumpliré fielmente, según mi leal saber y entender...”.

Y así, viví una cita con mi destino, en un día pleno de experiencias inolvidables que me confrontaron, al azar, con lo profundo de mis sentimientos, con lo inesperado de la relación humana, con la deshumanización de los sistemas, con la vocación misma y también de los rituales que dejan honda huella en nuestra manera de ser. Así somos los médicos.

*NARRATIVA MÉDICA EN LOS 150 AÑOS
DE LA ACADEMIA NACIONAL
DE MEDICINA DE MÉXICO*

Volumen 1

se terminó de imprimir en
mayo de 2014

en los talleres de Impresos Garoli,
con domicilio en Calle Otomías # 100
en la Ciudad de México.

El tiraje fue de 1000 ejemplares
más sobrantes para reposición.

