



Facultad de Medicina



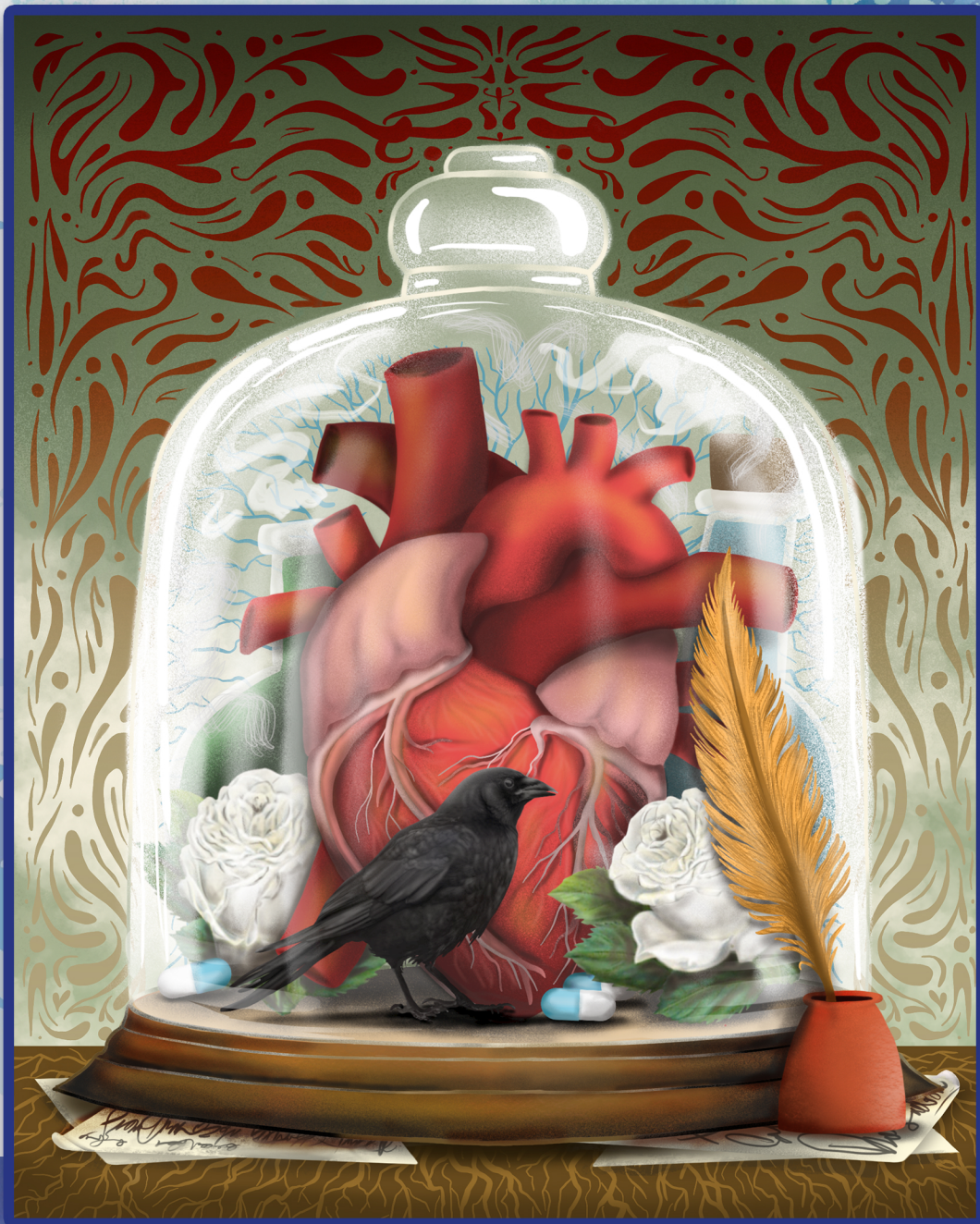
División
de Estudios
de Posgrado
Facultad de Medicina, UNAM

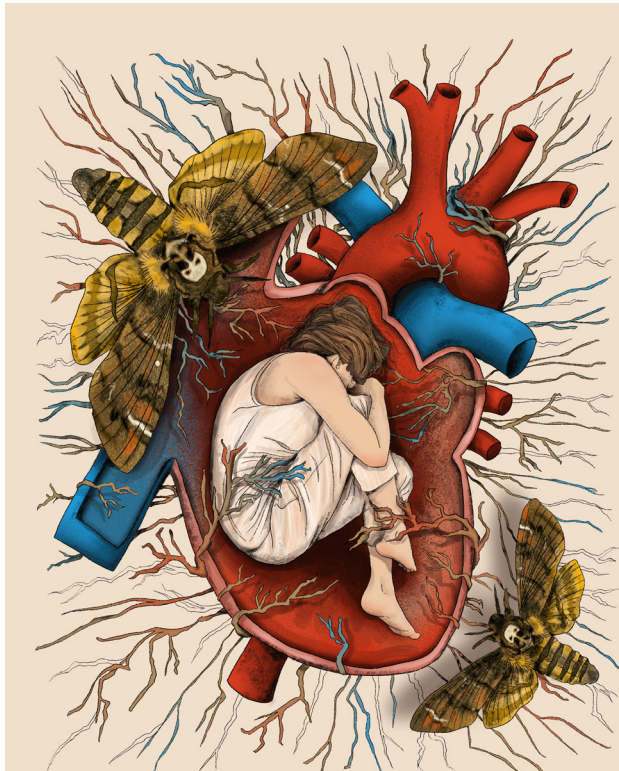
Revista digital de la División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, UNAM

Medicina y Cultura

Septiembre 2023

Vol. 1 No. 2





La cultura de la enfermedad crónica

2023 Vol. 1 No. 2

<https://doi.org/10.22201/fm.medicinaycultura.2023.1.2.15>

Alberto Lifshitz

Vivir en el desorden,
el caos, las contradicciones,
los celos, las traiciones,
las luchas, los socavos,
es, no obstante, vivir.
Hacerlo entre enfermedades,
desilusiones, agresiones,
es, no obstante, vivir.
Salud y enfermedad
conforman un conjunto
de la reserva a la discapacidad.
Todos vivimos enfermos,
el caso es dominar el mal,
domarlo, domesticarlo;
no vencerlo, pero sí llegar a un arreglo.

Editorial

Una de las acepciones de “cultura” comprende ciertas características de una determinada colectividad humana, como costumbres, tradiciones, reglas y hasta la forma de pensarse a sí misma, de comunicarse, proceder y construir una comunidad. Por mucho tiempo, la cultura prevalente para la atención médica ha sido guiada por el modelo de la enfermedad aguda, como si todos los casos fueran de esta índole. Consiste en que el paciente solicita una consulta porque algo le molesta o le preocupa, entonces el médico lo examina sumariamente, realiza un diagnóstico y prescribe un tratamiento. El paciente se cura y con ello termina el proceso, hasta que eventualmente sufre una nueva enfermedad aguda. Los elementos clave de este modelo son:

1. La iniciativa es del paciente
2. La participación del médico es reactiva
3. El médico le hace algo al enfermo (le prescribe, lo manipula)
4. El paciente lo permite, su participación es pasiva
5. La atención es esporádica
6. La enfermedad se limita (se cura, se complica o acaba con el enfermo)

Pero hoy vivimos la era de las enfermedades crónicas, aunque existan muchas enfermedades agudas. Se suelen usar calificativos adicionales como crónicas degenerativas, no transmisibles, incurables o terminales. Sin embargo, para concentrarse en el concepto de enfermedades “crónicas”, que implican larga duración y sin curación espontánea, se deben abstraer dichos adjetivos. Se habla de una epidemia mundial de enfermedades “crónicas” como la diabetes, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, dislipidemias, enfermedad

pulmonar obstructiva, obesidad y sobrepeso, cáncer, enfermedad articular degenerativa y otras.

El arraigo en el modelo de la enfermedad aguda, el cual se privilegia en la educación médica y en la expectativa de los pacientes, ha provocado que las enfermedades crónicas se pretendan atender como si fueran agudas que se prolongaron. Esto es porque se suelen emplear procedimientos propios de ese modelo: esperar a que el paciente lo solicite, suponer que con una o dos consultas se resuelve la enfermedad, pensar que el enfermo sólo tiene que permitir las acciones del médico y obedecer sus órdenes.

Las diferencias entre enfermedades agudas y crónicas van más allá del tiempo de duración, aun cuando eso las define. Más aún, el calificativo de aguda o crónica para una cierta enfermedad muchas veces hace pensar que se trata de entidades diferentes: dolor agudo y crónico, leucemia, pancreatitis, hepatitis, urticaria, etcétera, parecen problemas distintos y no simples fases de un mismo trastorno.

Reconocer que son distintas requiere tal vez de un cambio cultural tanto en los médicos como en la sociedad; aceptar que no son curables (al menos en el sentido en que lo son las enfermedades agudas), que acompañarán a los pacientes por el resto de sus vidas, que deben aprender a convivir con ellas, y saber cómo actuar en situaciones inéditas para ellos, dado que el médico no puede vigilarlos o acompañarlos de forma permanente. La enfermedad crónica se distingue por el tiempo de evolución y los desenlaces, así como por el tipo de intervenciones que requiere, la participación del médico, la del paciente y la familia, el patrón de utilización de los servicios y los objetivos de la terapéutica.

En suma, el modelo de enfermedad crónica, además de la duración y la irreversibilidad, tiene las siguientes características:

1. El paciente convive con su enfermedad por el resto de su vida en mayor o menor grado
2. Debe saber contender con las eventualidades cotidianas, muchas veces inéditas

3. La participación del médico es educativa, y no tanto prescriptiva
4. Muchas veces el paciente comprende mejor su enfermedad que el médico y siempre tiene algo que aportar en la planeación de su manejo
5. La comorbilidad es frecuente
6. La enfermedad interactúa con los procesos de desarrollo y de envejecimiento del paciente
7. Más que la vigilancia directa de los pacientes, es necesario que el médico realice un monitoreo de los indicadores
8. En vista de que todo paciente que ingresa al conjunto (*pool*) de casos permanece dentro de él (a diferencia de los enfermos agudos que salen del conjunto cuando se resuelve la enfermedad), el conjunto de pacientes crónicos aumenta porque estos sólo entran y no salen, y ello da la apariencia de un comportamiento epidémico
9. Los efectos psicológicos y sociales son diferentes de los de la enfermedad aguda

Los pacientes con enfermedad crónica tienen que aprender a ser enfermos, hacer su vida a pesar de ello, ilustrarse sobre su enfermedad e incluso estar al acecho de innovaciones, tomar decisiones y hacerse cargo de la disciplina que implica vivir así. Como lo dijo un paciente con diabetes: “Gracias a la enfermedad me volví ordenado”.

Lecturas recomendadas

- Grady P.A. & Lucio-Gough L. El automanejo de las enfermedades crónicas: un método integral de atención. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37(3), 187–194. 10.2105/AJPH.2014.302041s
- Lifshitz A. (2010). El papel del paciente en la atención de las enfermedades. *Medicina Interna de México*, 26(1), 1-4.
- OPS-OMS. (2006). Detener la epidemia mundial de enfermedades crónicas.
- Shamah-Levy T., Rivera-Dommarco J., Bertozzi S. (2020). Encuesta nacional de salud y nutrición 2018-19: análisis de sus principales resultados. *Salud Pública de México*, 62(6), 614-17.

Sugerencia de citación:

Lifshitz, A. (2023). La cultura de la enfermedad crónica. *Medicina y Cultura*, 1(2), mc23a-15. <https://doi.org/10.22201/fm.medicinaycultura.2023.1.2.15>

La muerte y yo no somos amigas

2023 Vol. 1 No. 2

<https://doi.org/10.22201/fm.medicinaycultura.2023.1.2.16>

Xóchitl Alondra Herrera Matías

La muerte y yo no somos viejas amigas, pero sin duda sí somos conocidas. Alguna vez ha percibido mi alma. Estoy segura de que la reconoce en su incesante rondín nocturno y en mis largas veladas en turno. Estoy segura de que nos hemos visto y, aunque en ocasiones me ha sorprendido dispersa y otras muchas cabeceando de sueño, hemos compartido por segundos toda nuestra atención en una misma alma, en una misma persona.

He pensado en todas las veces que me ha observado de cerca, ignorando mi presencia y en atenta vigilia a quienes he acompañado en su lecho de muerte, buscando el momento exacto y preciso para escapar con ellas. Hemos sido cercanas, en un último instante le he entregado a personas a mi cuidado, almas cansadas, enfermas, débiles. Admito las veces que me ha dejado atónita cuando aparece de repente, sin previo aviso, en un segundo; tan tajante, tan fugaz, tan inexplicable, tan muerte.

La muerte y yo nos reconocemos...

Puedo recordar perfectamente cuando apareció la inquietud de mis letras; fue una noche, mi primera guardia al cuidado de Laura (Laurita), a las ocho de la noche en punto. Cuando entré a su casa noté que el tiempo se había detenido dentro: los muebles de fina madera rívida, rústica, cubiertos por una delgada capa de polvo; elegantes detalles en dorado, telas con estampados florales en marrón rojizo; una lámpara de piso con base de metal que alumbraba el pasillo; una puerta entreabierta. Ahí estaba ella, postrada en cama con un gesto que asemejaba una sonrisa, la calidez en sus ojos cansados, sus manos juntas sobre el pecho reflejando una enorme paz que contrastaba con el silencio de la habitación. Mi primera impresión fue que se trataba de una adulta, su tierna belleza no reflejaba los 66 años plasmados en su expediente. El diagnóstico era certero: cáncer en etapa terminal. Por lo tanto, necesitaba recibir cuidados paliativos. Ahí empezaba mi trabajo y la razón por la que me encontraba ahí. Soy enfermera.

Las noches transcurrían tranquilas. Desgraciadamente, no había muchas medidas curativas que tomar. Mi objetivo principal era mantenerla cómoda, sin dolor, sin molestias. Laurita era de pocas palabras, sus ojos permanecían cerrados la mayor parte del tiempo, su cuerpo rívido. No se quejaba mucho. En más de una ocasión percibí que aun con dolor permanecía callada, inmóvil, imperturbable. En los momentos de alivio, lo que salía de su boca eran gestos de agradecimiento.

Rápidamente aprendió mi nombre y así se dirigía hacia mí. Me hacía sentir especial entre tanta gente entrando y saliendo: especialistas, enfermeras, curas de la iglesia, familiares y amigos, ese gesto me hacía sentir especial.

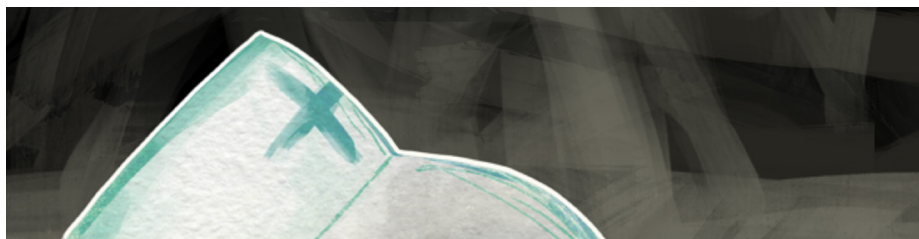
Cuando me hablaba, entreabría los ojos haciéndome notar que en ese momento yo tenía toda su atención. Era muy educada, sutil y amable. Su tono de voz era tenue y tranquilo. Conforme pasaban las horas y los días, la confianza fue floreciendo entre las dos. Cada vez hablábamos un poco más: yo intentaba no incomodar, permitir que descansara, pero ella, con sus últimas fuerzas, no estaba dispuesta a malgastar los días.

De Laurita aprendí muchas cosas. Tenía una rutina muy particular: todas las noches, antes de tomar su medicación para dormir, me pedía asistencia para usar su teléfono celular y les llamaba a cada uno de sus hermanos, a quienes les agradecía y daba las buenas noches. Siempre me decía que no estaba segura de cómo sería la velada o, más aún, si habría para ella un

Y todo eso por lo que estaba pasando sin duda nadie lo merece, y menos ella.

Por un momento llegué a renegar de la situación, hubiera deseado que la historia de Laurita fuera como aquellas en las que el protagonista de repente experimenta un milagro, se cura o encuentra un lado sumamente positivo en su partida. Pero su realidad no era así. Laurita se estaba muriendo y ni yo ni nadie podíamos hacer nada al respecto. Lo único posible era acompañarla, cuidarla y llenarla de cariño para que su despedida fuera digna y amena.

Una noche que estaba cuidando a Laurita un frío recorrió mi cuerpo y en algún momento me sentí observada. Evidentemente no había nadie más en la habitación, solo éramos ella y yo, y la sensación de incertidumbre ante su muerte, que podría suceder en



mañana, y por ello prefería despedirse cada noche. A eso, ella le llamaba abandonarse, permitirse un descanso profundo de cuerpo, alma y mente y dejarse ir, así fuera la última consecuencia.

Los días seguían pasando y aparecían cada vez más molestias. Particularmente, recuerdo una noche en la que Laurita no dijo ni una palabra, pero su semblante lo decía todo: tenía mucho malestar, la fiebre no disminuía y yo solo podía aliviarla y acompañarla en el dolor. Entonces ella tomó su celular e hizo lo de siempre, pero esta vez puso música de fondo: Mul Mantra, en la oscuridad, a la tenue luz de una pequeña lámpara de mesa. Asemejaba más a una escena de despedida, de abandono final. No pude evitar sentir una profunda pena, yo quería ayudarla más. Me pregunté más de una vez si había algo que pudiera hacer por ella, me parecía increíble que un ser humano tan consciente, amable, amoroso y apacible estuviera en esa situación. Era una persona tan buena.

cualquier momento. Entonces fui consciente de algo que venía pasando desde hacía tiempo: la muerte y yo nos encontrábamos en la misma habitación, cuidando y acechando a una misma alma. Éramos las tres: Laurita, la muerte y yo. Yo, sentada en el reposet, en medio de la oscuridad, luchando con todas mis fuerzas para no cerrar los ojos, velando por su sueño y por su respiración entrecortada. Ella, en medio de la noche, buscando el momento exacto, impredecible, para llevar a Laurita al descanso eterno.

Es entonces cuando afirmo: la muerte y yo no somos viejas amigas, pero sí somos conocidas. Hemos compartido toda nuestra atención en una misma alma, en una misma persona. Yo quería que Laurita descansara, pero no quería que se fuera. Y ahora, en su último sueño profundo y tranquilo, advierto cómo en un instante, en un último suspiro.

Una vez más, la muerte se salió con la suya.

Sugerencia de citación:

Herrera-Matías, X. A. (2023). La muerte y yo no somos amigas. *Medicina y Cultura*, 1(2), mc23a-16. <https://doi.org/10.22201/fm.medicinaycultura.2023.1.2.16>

El bordado de Luz

2023 Vol. 1 No. 2

<https://doi.org/10.22201/fm.medicinaycultura.2023.1.2.17>

Itza Nahomy Fonseca

A Lucky

Rosario abrazaba con sus manos las de Luz, con esa seda que la amistad había hilvanado con los años. La piel, como tela de cebolla, resaltaba todavía más sus dedos huesudos y largos; despertaban del engarrotamiento cuando otra mano, como la de Rosario ahora, acariciaba la palma y los devolvía a su largueza original. A pesar de ello, Luz jamás permitía la falta de una buena manicura: la cutícula debidamente recortada, las uñas limadas casi al borde de la yema para evitar rasguñarse. El trabajo terminaba con la elección correcta del barniz: cobre, rojo vino o rojo encendido, y solía rematar pintando las uñas con esmero.

Quizá la manicura se piense como una vanidad inútil si ya ella no podía moverse ni presumirla, pero para Luz la higiene y el arreglo personal diarios no eran negociables. Ella elegía su vestimenta, zapatos, accesorios, perfume y colores para el maquillaje. ¡Cuidado de no ejecutar las indicaciones!, porque entonces se corría el riesgo de recibir al menos una patada o un pisotón con el tacón, que eran las formas de amonestar a la persona poco avisada.

El asunto del cabello fue un paso mayor. Si antes jugaba con los diferentes largos, los peinados y los colores de los tintes, el resultado no lograba convencerla desde que comenzó a depender de alguien más para hacer los rulos, el secado, las cepilladas para alcanzar la altura debida del crepé y el fleco correspondiente. Por ello, su decisión fue recortarlo para apenas descubrir las orejas. Ese fue el cambio que menos afectó el esmero diario de Luz por verse coqueta. El nuevo corte implicaba un cepillado ligero sin necesidad de usar la secadora, invertir tiempo ni provocarle enojos.

Rebasada toda frontera, la enfermedad había ocupado todo el cuerpo de Luz, antes activo, antes vivo, antes pleno. Su mente, en cambio, guardaba todo el esplendor de lucidez, sentimientos y memoria. De eso, Rosario era testigo y por ese motivo ella era la portadora de los últimos deseos de Luz: “Quiero liberarme de la cárcel que es este cuerpo. Mi cabeza es libre, pero yo estoy en una prisión”.

Palabras clave: cuento, acompañamiento



En ocasiones, desde su silla de ruedas y con la cabeza baja, porque tampoco podía sostener por mucho tiempo el cuello, Luz mantenía la mirada fija en algún punto. Quizá era entonces cuando sus pensamientos revoloteaban como pájaros o mariposas alrededor de su cabeza, le regalaban esa libertad que lo físico le prohibía. Tal vez eran esos momentos cuando su mente imaginaba viajes tan apartados de esas cuatro paredes, cuando le regresaba el movimiento, como el aire o la fuerza del mar al que siempre le tuvo miedo. Es probable que esas mariposas se convirtieran en los monos araña con los que jugó de niña, que se colgara y brincara de rama en rama por todos los árboles. Al volver la vista, encontraba que ella era su propia cárcel.

La condena era ya de trece años y quizá podría extenderse “hasta que el corazón o los pulmones se detengan”. Así sentenció el neurólogo la vida de Luz. Su dictamen arbitró esclerosis lateral amiotrófica. Él fue la última parada de un viacrucis entre terapeutas, internistas, cardiólogos, curanderos, chamanes, brujas, tarotistas y resonancias magnéticas para encontrar un diagnóstico. Todos creían acertar en su fallo. Incluso hubo algún facultativo que aseguró haber encontrado la cura a su enfermedad y fingió una innovación de la ciencia médica: extraer sangre de una de sus nalgas para reincorporarla en alguna de las venas del cuello. Al salir de su consultorio, la energía y fuerza de Luz cobraban vida y se prolongaban por quince días. El costo de la consulta valía la pena si ella retomaba sus actividades.

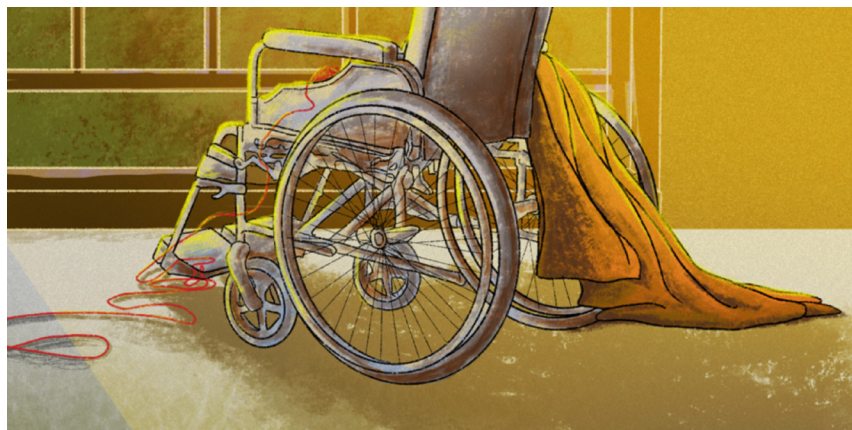
Luego se supo que el galeno aquel era todo un mercenario de la salud: inyectaba microdosis de cocaína en lugar de sangre.

La máquina de coser de Luz despilfarraba taca-taca-taca-taca durante las noches mientras extendía los lienzos de lo que serían las cortinas para su casa. En el día, con las especias, en una alquimia de sabor, hechizaba el pollo o la carne que convertía en placer de los comensales.

No se diga en su consultorio. Con la pulcritud de la atención de Luz aquellas bocas, antes cuevas inexplorables, se transformaban en espejos donde la belleza recuperaba cierta posición.

Un día, después de la visita al neurólogo, Luz y sus hijos pensaron que la enfermedad se instalaba en ella como un huésped incidental y fugaz. Era extraña su presencia, no respondía a ninguna de las preguntas sobre su comportamiento. Por un lapso, la enfermedad estuvo como ausente, sin causar molestia ni reparo, como oruga en la trama de su capullo. Indiferente a los otros. ¿Por qué habrían de importarle?

Sin embargo, con urgencia, ocupó el lugar de soberana, de monarca absoluta en su pequeño reino con tres esclavos, Luz y sus dos hijos, a quienes subordinó. Como dictadora, jamás respondió las dudas de sus vasallos, los sometió sin miramientos. La destreza que Luz urdía en su consultorio dental y en su afición por la costura, cedió a las puntadas irreversibles de la enfermedad para coser un nuevo patrón de vida. Ella no volvería a trabajar como profesional. Sus hijos, Iñaki y Uxua, se convirtieron en los padres de su propia madre: cuando su adolescencia todavía brotaba, la vida adulta pronto germinó en ellos.



El bordado de luz

Sus horas de estudio se alinearon a la urgencia del trabajo, de tal forma que Ñaki y Uxua fueron los nuevos proveedores económicos, en la medida en que a los trece y dieciséis años se puede serlo, y los feudatarios de una tirana.

En los siguientes meses, los movimientos de Luz se agotaban con los pocos pasos firmes que alcanzaba a dar. Y a cada paso, un desplome, lo cual se convirtió en ley.

Sus caídas frecuentes se tradujeron en moretones, descalabradas, férulas... La soberana urdía un telar de visitas al hospital y exigía un tributo cada vez más alto. La condición de Luz regresaba a sus primeras etapas de la vida: la duchaban, la aseaban después de ir al baño, le lavaban los dientes, la peinaban, la arreglaban tan coqueta como a ella le gustaba, le daban de comer pequeños bocados para no ahogarla.

Ya en una silla de ruedas, Luz observaba e intentaba rebelarse contra el yugo, pero su enfermedad ajustaba cada uno de sus intentos al minar toda actividad.

Luz daba indicaciones a sus hijos de cómo actuar ante la emergencia, para llenarlos de fortaleza ante el declive.

Si bien la sombra de la enfermedad se izaba como la gran carpa de un circo, cubriendo cada rincón y personaje que asistiera a él, Luz logró coser relámpagos de esperanza en ese lienzo, con destellos de bromas y sarcasmos sobre sí misma. ¿Una reconciliación con el verdugo? Es posible. De cualquier forma, se bordaban escenas de complicidad, quizá una partida nueva donde se sabe que no hay cura, pero existe la sed de exprimir cada momento de vida.

Fue necesario insertar una aguja de dolor porque así obtendría puntadas de fortaleza, y Luz supo el momento y la forma de hacerlo. Así, el miedo se convirtió en aceptación, como torero dispuesto a enfrentar a la bestia, ya fuera con un estoque para vencer o morir hasta el final.

De a poco —no sin ira, dolor como maraña, amargura y temor—, como hijos pródigos, Luz y sus hijos encontraron una ruta: volverse camaleones ante cada nuevo escollo.

El hilo de la vida diaria logró un tejido nuevo de amor entre risas, señas y mímica como el lenguaje para entender a Luz. El habla cesó cuando la traqueostomía reemplazó la respiración natural, pero jamás la lucidez e inteligencia se perdieron. Al circo hospitalario ya existente en casa, se unieron un ventilador y un aspirador portátiles que requirieron de la acrobacia de Ñaki y Uxua para practicar al menos tres procedimientos al día. Hacían malabares con los horarios para el trabajo, el cuidado, la escuela, los dineros. Pero el acto mayor era el de Luz al soportar la introducción de la sonda a través de la tráquea como espada cruzando la garganta, tantas veces como las flemas se acumularan.

En un acto de rebeldía a su enfermedad, Luz dejó de usar collares y dijes para sustituirlos con mascadas que resaltaran su cuello. Si estaba dispuesta a acabar con ella, Luz la enfrentaría de cara, ya sin el recelo del primer encuentro.

Rosario transitaba en épocas como una cuidadora más o como agua de azahar para aliviar la tensión del nudo de la enfermedad. Desentrañaba un poco el enredo cotidiano de aquellos tres para formar una nueva madeja que continuara la confección de la tela del cuidado, el respeto, el amor y la paciencia. Su tarea no era fácil y menos cuando el zurcido de la vida de Luz se adivinaba más delgado. Por eso, cuando logró hacer entender que era necesario cortar el oxígeno que la unía a ese telar, finalizar el tapiz que ilustraba trece años de sufrimiento, Rosario se abrigó de compasión y humanidad. Luz, con los ojos colmados de agradecimiento, asintió ante el movimiento de Rosario sobre la válvula del tanque. Luego, se sentó en la cama junto a ella. El hilo de la vida se desvanecía. Rosario abrazó con sus manos las de Luz, con la seda que la amistad había bordado con los años.

Luz iniciaba un encaje nuevo, ahora con estrellas y mar. Ya sin miedo.

Sugerencia de citación:

Fonseca, I. N. (2023). El bordado de Luz. *Medicina y Cultura*, 1(2), mc23a-17. <https://doi.org/10.22201/fm.medicinaycultura.2023.1.2.17>

El regreso de B

2023 Vol. 1 No. 2

<https://doi.org/10.22201/fm.medicinaycultura.2023.1.2.18>

Zoila Trujillo De Los Santos

Alcanzo a ver a una paciente femenina que está postrada en una cama: pelo rubio y lacio, cara delgada, con cicatrices de acné. En la interconsulta que nos han enviado dice: “Paciente masculino de 31 años, seropositivo (HIV), con lesión cerebral extensa (infarto cerebral, meningitis tuberculosa), en estupor (inconsciente, con mínima respuesta a los estímulos, expresados como sonidos guturales o movimientos incoordinados de extremidades), mínimas probabilidades de sobrevivir. Requerimos ayuda para entrevista familiar, darles a conocer el mal pronóstico y la posibilidad de suspender o no emprender intervenciones mayores (limitar esfuerzo terapéutico)”.

Reviso la tabla de enfermería, donde se registran los signos vitales del paciente, las indicaciones médicas, los cuidados y los procedimientos. En efecto, está escrito: “paciente masculino”. Le pregunto a la enfermera de turno si la paciente femenina que veo corresponde al nombre escrito en la tabla.

—Sí, es él, pero es ella. Bueno, en realidad el nombre por el que se hace llamar es... B. Viene a la visita médica con su amiga, la cual viene con ropa masculina y pelo recogido para evitar que los vigilantes le impidan la entrada, porque en su identificación aparecen su foto y nombre verdaderos. Su amiga nos ha contado cómo la encontraron y la trajó aquí. Localizamos a Margot, nos identificamos como parte del equipo de cuidados paliativos y le hicimos saber que fuimos requeridos como parte del protocolo para la intervención familiar en casos graves o terminales. En este caso, no han localizado a ningún familiar y solo aparece el nombre de Margot como responsable pues ella trajo a B al hospital y firmó como tal.

Efectivamente, Margot acude vestida con ropa masculina de mezclilla y el pelo recogido. Nos presentamos con “ella” y, antes de confirmarnos su nombre, nos dice:

—Déjenme les explico. Me visto con ropa de hombre, pero con mi ropa de siempre soy más linda —y nos sonrío de manera descarada—. Los vigilantes de la entrada piden identificación y como en la credencial de elector dice que soy hombre y mi foto también lo confirma, pues no me dejan pasar si no me visto así —suelta una carcajada, aunque no sin un dejo de pesar, y

Palabras clave: narrativa, LGBTTTI

Medicina y Cultura

agrega—: Esta p... sociedad tan mocha, pero si vieran cómo nos buscan los clientes, nos prefieren a nosotros que a las “normalitas”. No, bueno... Pero volvamos a lo que quieren saber. Sí, yo la traje, porque es nuestra compañera de trabajo. Es, somos transgénero, no travestis. Mmm. Les explico en qué consisten todas estas letras: LGBT más TTI, ¿cierto? ¡Uf!

—Sí —asiento con un poco de pena por no tener muy claro el significado de esas siglas—Adelante, por favor.

—Bueno, las primeras. La L es de lésbico, para las mujeres lesbianas, mujeres que aman a mujeres, ¿no? La G es de gays, para los hombres homosexuales. Y la B es para los bisexuales, que se explica por sí solo, ¿no? Y a quienes nos gusta el género que preferimos, o sea, podemos cambiar nuestro aspecto, pero conservando nuestras partes masculinas o femeninas, uno nunca sabe, ¿no? Esos somos T, de transgénero. Todo eso significa LGBT.

—Sí, Margot, pero también he visto y leído otras letras que se han agregado, como TTI, que mencionaste al principio.

—Ah, claro. La primera I corresponde a intersexuales; la otra T a transexuales. Pero eso ya es más complicado. Regresando con B —continúa Margot—, sé muy poco de dónde venía, pero al parecer de Tamaulipas o tal vez del sur, no sé bien. Ella trabajaba como sexo servidora independiente. Chico travesti para algunos; transgénero para otros. Entre el grupo sabíamos que había terminado la prepa, estaba afiliada al Seguro Popular y contaba con CURP, pero no sabemos dónde quedaron sus papeles. Primero rentaba cuartos de hotel, pero al parecer en los últimos cuatro meses ya no tenía ingresos, dormía en la calle y acudía a comedores comunitarios. Mal, muy mal. Supimos también que en 2013 fue diagnosticada en la clínica Condesa con VIH, pero no tuvo apego al tratamiento y así anduvo trabajando. El 17 de enero la encontraron en la calle, temblando de frío, con dolor de cabeza y muy mal. Nos avisaron otras compañeras. Y como yo la conocía y tenía cierta amistad con ella, pues me hice cargo de llevarla junto con otras amigas a la Clínica Condesa. Ahí nos dijeron que parecía que tenía una infección en el cerebro y que era mejor trasladarla a un hospital especializado en problemas

neurológicos. Así fue como la trajimos. Todavía no sabemos nada de su familia, pero nos estamos organizando para ver si los podemos encontrar. Nos han dicho que ya está muy grave, que ya no hay esperanza de salvarla, y pues haremos lo posible para encontrar a sus padres o a la familia que tenga. Es muy feo morir sin nadie que te reconozca, sin alguien que te recuerde —concluye.

Después de la conversación, nos despedimos de Margot con la esperanza de que encuentren a la familia de B. Detrás de su fachada alegre y despreocupada, deja entrever un gran sentido de solidaridad.

En la entrevista inicial con Trabajo Social y a lo largo de otras pláticas con ella, nos comentó que pertenece al grupo transgénero, que tiene treinta y siete años de edad y desde hace dieciocho asumió la identidad de mujer. Vive en unión libre (no especificó con quién), cuenta con escolaridad primaria básica y es sexo servidora independiente. Desde hace diez años es activista en la comunidad transgénero y se coordina con el CAIT (Centro de Apoyo a las Identidades “Trans”), del cual probablemente recibe apoyo para los gastos hospitalarios de B.

Con estos antecedentes, la trabajadora social considera que procede incluir a B dentro del grupo de población vulnerable, exento de pago, y derivarlo a la Fundación (la estancia dentro del hospital para permanencia de familiares o responsables de pacientes graves, en urgencias o terapia intensiva). Ello facilitará que sus compañeras permanezcan en el hospital. En caso de deceso, a falta de familiares, se le informaría a su amiga Margot o a alguna otra compañera.

Una semana después nos llama Margot y nos dice: —¡Encontré a sus papás! ¿Los pueden recibir? Van llegando.

—Por supuesto —respondemos.

—¿Pueden venir hoy o mañana? —Se apresura a preguntar Margot—. Hoy vamos a decirles lo que nos han dicho los médicos sobre su estado de salud y a lo mejor por la noche les permiten ver a B.

Los padres de B vienen a verla esta mañana, un día después de haber llegado. El estado clínico de B se ha deteriorado mucho, prácticamente ha entrado en coma. Nos apremian a darles la mala noticia.

—Señora, ¿es usted la mamá de B? —le pregunto.

El regreso de B

—Sí, soy la mamá de mi L —responde de inmediato—. Bueno, de mi hija, como ella me pidió que la llamara un día, para que yo lo supiera. Me dijo: “Mamá, usted no lo sabe, pero ya no quiero seguir escondiendo lo que me gusta ser. No me gusta ser hombre, me gusta ser mujer, pero ya no quiero vivir aquí en el pueblo... A veces alguien se da cuenta y me empieza a decir de cosas. No quiero que me insulten ni que ustedes lo sepan por ellos”. Y yo le dije: “Pero, hijo, termina la prepa y luego pues ya decides. Yo te quiero igual que siempre, me da mucha preocupación que te vayas lejos. Tienes que decírselo a tu papá”.

—Señor... —me dirijo al padre de B.

—Sí, soy el papá de L —confirma—. El día que me lo dijo, no podía creerlo. Mi único hijo varón, mi muchacho. No, no podía ser cierto. Yo le dije: “Hijo, piénsalo bien, a lo mejor pronto se te pasa y luego ya te encuentras una muchacha que te guste y olvidas todo”. Y me respondió: “No, papá, soy así y no quiero cambiar. Me voy para que usted no se avergüence y no se burlen”. Mi mujer lloraba, me pedía: “Viejo, no te enojas, no es tu culpa ni de él. A veces salen así, pero es nuestro hijo o hija, como ella quiere”. Mire, doctora. Yo soy campesino y tal vez no entienda muchas cosas, pero al fin y al cabo mi muchacho es mi sangre y si él decidió cambiar, pues así es y ya. Yo tenía que aceptarlo y apoyar a mi mujer porque ella sufriría mucho cuando él se fuera. Ni modo, así sucedieron las cosas.

La madre de B interviene:

—Mire, sí sufrí y lloré mucho porque L se tuvo que ir, como me lo anunció. Le dije: “Cuídate mucho, avísame siempre dónde andas. Si te falta algo, yo veo cómo te lo hago llegar” —y continuó—: Los primeros años me llamaba por teléfono casi cada mes. Me decía: “Mamá, estoy en San Luis Potosí, estoy bien, no se preocupen”. Después me llamó de Tamaulipas, de Puebla y de otros lugares. Pero desde hace cinco años dejó de llamarme. Sí, creo que del último lugar fue de Puebla. Estaba bien, no le oí ninguna preocupación. Yo me volvía loca por no saber de él, así que empecé a buscarlo. Primero fui al puerto de Veracruz. Mire, nosotros somos de un pueblo en el estado de Campeche. Mi esposo es campesino y yo hacía trabajos pequeños. Como terminé la secundaria, un tiempo fui coordinadora de pláticas de salud en la

comunidad para prevenir enfermedades contagiosas —un largo suspiro interrumpe su plática y dice—: ¡Cómo le fue a pasar a mi L esto del VIH! —después, continúa su relato—. En el puerto se me hacía más fácil moverme o tener noticias y su papá me mandaba dinero. Así fui conociendo lugares donde la gente me decía que había mujeres que no eran mujeres, pero que las buscaban los hombres, y así trabajaban. En esa búsqueda conocí también a muchas madres, hermanos, padres y otros familiares que desde hace años buscan a sus hijos o a sus esposos. Muchas muchachitas desaparecidas. ¡Qué dolor y qué pena! Y pues platicábamos. Me contaron muchas historias de desaparecidos o secuestrados en casi todo el país. En medio de mi dolor, me compadecía y pensaba: *Si estas madres o padres han dejado todo por buscar a sus hijos o familiares, y ya llevan mucho tiempo y no se rinden, yo también voy a seguir buscando a mi L. No perderé la esperanza y la voy a encontrar.* Fui a muchos lugares, consolé a muchas personas y también recibí palabras de aliento: “Vas a encontrar a tu hija”. Pero no. Apenas hace tres días mi viejo llegó pálido, y temblando me entregó un papel que le dio su compadre. Le dijo que estaba en la cantina cuando vio en la tele que se buscaban a familiares de un joven. Él y otro conocido dijeron que se parecía mucho al hijo de su compadre, al que por cierto hace mucho no veían en el pueblo. Salieron a buscar a su compadre, o sea, a mi viejo, y le entregaron el papel donde anotaron el nombre del hospital en la Ciudad de México. En el papel estaban escritos los datos de mi L que encontraron en su identificación. Y pues aquí estamos. ¡Ya la encontré!

El llanto aflora, incontenible, en esa madre tan fuerte para buscar a su hija y tan sensible para comprenderla. Su esposo la abraza en silencio, las lágrimas resbalan por sus mejillas.

Permitimos que expresen su pena. Aunque la noche anterior les notificaron acerca de la gravedad de la condición de su hija y de la nula posibilidad de que sobreviva, nos damos a la tarea de preguntarles qué tan bien comprendieron la información. Les preguntamos cómo podemos ayudarlos. Los abrazamos, sabiendo que el consuelo llegará después.

Al fin, la madre se tranquiliza y dice:



—Me duele mucho haberla encontrado así, ya muriendo. Pero pude abrazarla y decirle que nunca dejé de pensar en ella y de encontrarla. Le dije que su papá está aquí también, que la quiere mucho. Que ya los tres nos vamos a regresar a la casa, que siempre va a estar con nosotros. Ahora no dejo de pensar en tantas madres, padres y hermanos que no tendrán ese consuelo hasta no encontrar a su familiar o saber qué le pasó. Siempre le lloraré, pero tendré el consuelo de saber en dónde está.

Veinticuatro horas después de la llegada de sus padres, L fallece. Unos minutos antes de su muerte les avisaron para que la abrazaran y se despidieran. Las enfermeras la arreglaron para que su delgada cara luciera apacible y limpia.

Volvemos a encontrarnos con Margot y le preguntamos cómo dieron con los padres de L.

—Como les dije, solo habíamos visto su CURP y con eso identificamos las iniciales de su nombre, así como el año y lugar de nacimiento. Una del grupo que le sabe al internet se dedicó a buscarla por nombre y estado. Buscó y buscó hasta que encontró cinco nombres y ciudades. Puso anuncios y, como ya saben, el último lugar correspondió al estado de Campeche. En cuanto sus padres lo supieron, nos hablaron y les confirmamos que era su hija la que estaba hospitalizada. Y, bueno, pues ya los reunimos.

Margot lo dice con un dejo de orgullo, pero su cara y actitud son de pesar, como fruta agridulce. Tal vez

pensaba cuál sería su propio destino o el de alguna otra compañera.

En la central de autobuses del Sur, la mamá de L pide tres boletos para viajar a su pueblo en Campeche. Se sube al autobús con su esposo. Junto a ella coloca la caja que contiene la urna de madera con las cenizas de L, su hija.

Antes de iniciar el viaje, el chofer echa una mirada al pasaje. Al notar la caja junto a la señora, le dice:

—Señora, las cajas o bultos van arriba. Mejor deje el asiento para el señor que está al lado, parece que no va cómodo.

Antes de que el chofer prosiga con su alegato, ella lo mira fijamente. Con un tono dulce, voltea a ver la caja y le contesta:

—Señor, esta cajita encierra nuestra alegría, nuestro aliento. Aquí está quien solo quiso ser lo que siempre debió ser: nuestra hija. Su papá está a mi lado, los tres vamos de regreso.

Lecturas recomendadas

Ahumada, A., Wozny, M., Grzona, S.C. y Zúñiga, M.J. (2018). Narrativas de construcción identitaria de mujeres trans. *Millcayac-Revista Digital de Ciencias Sociales*, Vol. V(9). 227-225.

Lopez, C.M. (2018). *Diversidad Sexual y Derechos Humanos*. CNDH. México.13-18.

Ruiz, U. y Evangelista, G. (2022). Resistencias LGBT en universidades de Chiapas, México: más allá de la víctima pasiva LGBT. *LiminaR Estudios Sociales y Humanísticos*, 20(2). 1-15. Consultado en <https://doi.org/10.29043/liminar.v20i2.908>

Sugerencia de citación:

Trujillo-De Los Santos, Z. (2023). El regreso de B. *Medicina y Cultura*, 1(2), mc23a-18. <https://doi.org/10.22201/fm.medicinaycultura.2023.1.2.18>

Dolocausto

2023 Vol. 1 No. 2

<https://doi.org/10.22201/fm.medicinaycultura.2023.1.2.19>

Norberto C. Chavez Tapia

Alan llevaba siete días en la sala de tortura. En cuanto lo capturaron se encargaron de modificar el código fuente de su disipador de dolor y a partir de este momento le administraban dosis de dolor cada vez más altas. Iniciaron con un pie y luego con una mano, pero ante su negativa aumentaron los impulsos nerviosos hacia su cerebro, hasta que le doliera como si no tuviera un solo hueso sano. Al poco tiempo se dieron cuenta de que no lograrían mucho, así que comenzaron a estimular las zonas cerebrales que correspondían a piernas, brazos, espalda y abdomen. Ya no quedaba ni una parte del cuerpo de Alan sin un dolor equivalente a ser golpeado por una banda de pandilleros y ser lanzado desde un tercer piso. Todo ese tormento en un cuerpo íntegro, listo para recibir más y más dosis de horror.

Al principio Alan gritaba, aullaba, lloraba y gemía; pidiendo que detuvieran la tortura, pero a partir del cuarto día, al terminar las sesiones, quedaba inconsciente, apenas arrastrándose entre su propia mierda y orines.

–¡Detengan los estímulos del disipador de dolor! Llevamos días así y no logramos nada –dijo Margaret.

Alan parecía muerto. Pero los monitores indicaban que, aunque estaba muy afectado por siete días ininterrumpidos de martirio, aún era viable continuar. Margaret tomó un tubo de acero y abrió la puerta de la sala, donde la pestilencia era intolerable. Apenas se inmutó y se acercó muy tranquilamente a la mesa de concreto donde Alan yacía amarrado. Rodeó un par de veces la estructura de cemento, siempre mirando fijamente el cuerpo tendido, como buscando una aguja en un pajar. Antes de rodearlo por tercera vez, y para sorpresa de los técnicos en la sala de control, tomó el tubo con ambas manos, lo levantó y comenzó a golpear furiosa la mano y el brazo derecho de Alan.



Palabras clave: cuento; ciencia ficción; distopía

Medicina y Cultura

Al principio los huesos resistieron, pero tras varios embates de Margaret fueron cediendo uno a uno, hasta que el brazo derecho de Alan quedó totalmente deformado, el tubo bañado en sangre y Margaret empapada en sudor. Tiró el arma ensangrentada a sus pies y gritó al vacío de la habitación.

–Despiértenlo, hagan lo que sea necesario. Lo quiero despierto ahora.

El cuerpo de Alan parecía inerte y tan solo un sutil movimiento del tórax indicaba que estaba vivo. Entraron un par de personas a la sala con una serie de medicamentos. Tras deliberar en voz baja le inyectaron algo en la vena del brazo izquierdo, mientras Margaret los observaba en todo momento, con impaciencia.

A los pocos segundos la respiración de Alan se volvió más agitada. Él intentó decir algo, pero en realidad profirió pequeños gemidos que poco a poco se tornaron en gritos. Margaret rasgó un pedazo de tela del pantalón raído de Alan: lo cortó con sus propias manos sin importarle que la orina y las heces la ensuciaran mientras lo hacía jirones. Después hizo ovillo la tela, abrió la boca de Alan y la introdujo hasta el fondo de su garganta.

–¿Verdad que este dolor se siente diferente, Alan? –dijo Margaret con voz apacible–. Aunque ese gran invento tuyo sirve para la mayoría de las personas, hay tipos duros como tú que requieren métodos más tradicionales. Lo único malo es que por lo general mueren sin decirnos lo que queremos saber o inventan historias fantásticas para que los dejemos en paz. ¿Pero tú sí vas a decir la verdad, Alan? ¿O quieres morir a palos como todos los demás que te precedieron?

Alan se limitó a cerrar los ojos y derramar un par de lágrimas. Margaret lo sacó de su sufrimiento al propinarle un golpe, esta vez en la pierna derecha. El trapo en la boca no lo dejaba gritar y casi no podía respirar, pero se movía y se revolcaba de dolor. Margaret estaba agitada y sudorosa. Tras algunos minutos se detuvo y admiró la pierna deformada y ensangrentada de su víctima.

Pasó un rato antes de que Margaret retomara la compostura. Alan no paraba de gemir y retorcerse sobre la mesa.

–¿Ves, querido Alan? Eres solo un pedazo de mierda, ahora te das cuenta de que tu inventito ese para disipar el dolor no es nada en comparación con la realidad. Y, a pesar de eso, no dejas de ser el asesino

más grande de la historia y el responsable de que todo el mundo se haya venido abajo.

Alan negaba con la cabeza. Cuando se tranquilizó, Margaret tomó un extremo del trozo de tela dentro de su boca y lo jaló con tanta fuerza que se desprendieron un par de dientes. La boca de Alan comenzó a sangrar, inundando de manera intermitente el fondo de su garganta, ocasionando accesos de tos sangrienta. Margaret tomó el tubo con la mano derecha y lo colocó en la entrepierna de Alan.

–¡Ya, por favor! –suplicaba Alan, asfixiándose.

Margaret lo observó por unos segundos. Después le jaló el cabello, ocasionando que su cuerpo temblara. Acercó su cara a la de Alan y le dijo algo apenas audible. Alan abrió los ojos, asintió con la cabeza y volvió a cerrarlos inundando su cara de lágrimas que limpiaban la sangre.

–Veo que has entrado en razón, querido Alan. Ahora tú y yo tenemos algo en común. Sabemos que no es el dinero, el poder o el sexo lo que mueve el mundo. Es el dolor.

Enseguida, Margaret comenzó a desatar las amarras y volteó hacia la sala de control. Todos ahí comprendieron lo que eso significaba. Entonces entraron dos personas. Una de ellas cargaba una silla que colocó al lado de la mesa, muy cerca del brazo y la pierna destrozados de Alan. La otra dejó una especie de grabadora antigua al lado de la silla. Margaret tiró el tubo y al caer el sonido metálico resonó en la habitación. Se limpió el sudor con la mano y luego la secó con su ropa. Finalmente, se sentó.

–Tengo que confesarte, querido Alan, que al principio pensamos que eras uno más de los cientos de presos en los centros de seguridad. Y paradójicamente tu gran invento te delató. Nos sorprendió ver los registros de tu disipador de dolor. Al escanearlos y distinguir quién eras brincamos de nuestros asientos: eres una maldita celebridad. Tú inventaste la tecnología de dolor distribuido, saboteaste tu propio proyecto y te cargaste millones de vidas en unos cuantos segundos.

Alan se mostraba temeroso. Intentó alejarse de Margaret y quedó al borde de la mesa, a punto de caerse.

–Tranquilo, Alan. Tenemos un trato y no vamos a hacerte nada, pero no nos culpes. Eres la persona más famosa de la historia. Frente a ti, Hitler parece un *boy scout*.

Dolocausto

Alan despegó con dificultad sus labios ensangrentados y respondió.

–Hitler y yo somos muy diferentes.

Sonriendo, Margaret soltó una carcajada.

–Por supuesto que son diferentes. Tú fuiste la persona del año, la más influyente: ganaste el Premio Nobel de Medicina por el desarrollo del dolor distribuido con tan solo treinta años de edad, y también ganaste la Medalla Fields. Eras una celebridad.

–Jamás me consideré como tal, no hice mayor cosa –dijo con un hilo de voz a punto de quebrarse–. Ya llevábamos muchos años demostrando que el poder de cómputo con el que contábamos en ese momento permitía distribuir tareas titánicas, divididas en miles o millones de pequeños procesos. Y desde hace mucho tiempo recibíamos y almacenábamos información sobre todas las personas del mundo, señales eléctricas que guardábamos y nos informaban desde los gustos musicales hasta los datos de la respiración y los latidos del corazón de cada individuo. Lo único diferente fue diseñar un difusor de dolor que transmitiera la señal eléctrica del sitio afectado a un receptor, y así, en lugar de que la señal llegara al cerebro y ocasionara dolor, la podíamos manipular y dividir en decenas o centenas de nano dolores todo el dolor de un paciente terminal a quien un tumor le devoraba el páncreas. La calidad de vida, o la calidad de muerte, mejoró muchísimo.

–Recuerdo esa revolución, Alan. La crisis de los opioides fue cosa del pasado. Mientras las acciones de las farmacéuticas que producían e investigaban analgésicos caían en picada, las de la industria de la tecnología de disipación de dolor se fueron al cielo.

–Ese fue el principio del fin. Cuando desarrollé esta tecnología los primeros ensayos clínicos fueron para pacientes terminales, donde amigos y familiares se ofrecían como voluntarios para distribuir el dolor de su paciente y así aligerar el proceso final.

–¿En serio? No lo puedo creer. Eso no tiene nada que ver con los usos que me tocó presenciar.

–Sí, así fue. Poco a poco se ampliaron las indicaciones médicas, se siguió con la aflicción lumbar, lo que redujo la discapacidad laboral y ahorró millones de dólares a las empresas.

–Pero eso no parece ser el principio del fin, ¿no crees, Alan?

–El problema surgió cuando ya no había suficientes voluntarios y las empresas deseaban

seguir manteniendo activos a sus empleados. Y tras una presión mundial sin precedentes, se autorizó la administración del dolor distribuido recompensado: las personas recibían una microdosis de dolor y a cambio recibían un pago. En realidad, también era un micropago.

–Los famosos *painers*, los asalariados del dolor. Entiendo que tuvieron grandes discusiones éticas, pero se formuló una reglamentación estricta que limitaba cuánto dolor distribuido podía recibir un *painer*.

Alan no pudo evitar esbozar una malograda sonrisa.

–¿En qué año naciste, niña? –preguntó Alan.

–Cinco años después del dolocausto, cuando el sistema económico se vino abajo y nació la recesión mundial que seguimos atravesando. ¿En serio no sabías que algo así iba a pasar, Alan?

–Por eso no entiendes nada, niña. Al autorizar el uso de *painers* todos sabíamos que algo iba a salir mal. Con treinta por ciento de la población con dolor crónico, se necesitaba muchísima gente alquilándose para recibirlo de forma distribuida. Así nacieron los “paraísos del dolor”, el nombre más estúpido para granjas localizadas en países con leyes extremadamente laxas, y casi siempre extremadamente pobres. Los *painers* de estos paraísos laboraban, por así decirlo, dieciocho horas diarias. Solo los liberaban del dolor para dormir seis horas. Por supuesto, recibían entre cinco o seis veces la dosis máxima permitida de dolor distribuido. Prácticamente eran prisioneros. Niñas y niños, mujeres embarazadas, ancianos y, paradójicamente, gente enferma, se mantenían recluidos por unos cuantos dólares al día. Una vez asegurada la mano de obra barata, el dolor distribuido se volvió popular incluso entre los deportistas. El espectáculo alcanzó niveles que rayaban en la fantasía: los futbolistas golpeaban el casco cada vez con más fuerza, la violencia de las peleas de box era inimaginable, los ciclistas se levantaban frescos después de quince días destrozándose las piernas. No había límites, creamos el mundo sin dolor. Al menos una pequeña parte del mundo, ya que el número de personas que experimentaba dolor crónico pasó de la tercera parte de la población a casi dos tercios. La mayoría era residente de países pobres, aunque la precarización ayudó a impulsar el desarrollo de *painers* en países

mejor desarrollados. Jamás se había experimentado tanto dolor en el mundo.

–¿Pero no intentase hacer algo? Pudiste advertir a la gente sobre lo que pasaba. Seguro te habrían escuchado. Pertenecías a los consejos directivos de las empresas tecnológicas más importantes del mundo.

–Efectivamente. Cuando les mostré los documentos sobre los paraísos del dolor me despidieron. Al intentar hacer públicas las evidencias amenazaron con meterme a la cárcel. Ni siquiera esperaron a que cumpliera mis amenazas. Primero comenzaron a intimidarme, pero pronto pasaron a cosas más serias. Un día me secuestraron y me implantaron un disipador, amenazando con activarlo si seguía dando problemas.

–Y seguiste dando problemas, Alan. Según se cuenta, pediste un rescate multimillonario para no activar un código malicioso que integraste en el *firmware* de todos los disipadores.

Alan soltó una carcajada acompañada de un gemido.

–Por supuesto que no, nunca existió un código malicioso. Sencillamente existían códigos de seguridad. Esa historia la inventaron después del dolocausto porque necesitaban un chivo expiatorio.

–Entonces, no entiendo. ¿Cómo murieron millones de personas en cuestión de horas?

–Eso fue un evento adverso inesperado, por llamarlo así. Todos sabían de la existencia de códigos de seguridad en los disipadores. Pero cuando se masificó el uso del dolor distribuido, se sobrepasaron los límites teóricos que permitía el disipador y no se observó ningún efecto, y entonces no les importó seguir administrando dolor a los *painers*. En un momento pensé que había calculado erróneamente los límites que soportaba la red de distribución de dolor. La idea de los códigos de seguridad fue precisamente mantener estable la red de distribución.

–Hasta el siete de junio –intervino Margaret.

–Hasta el siete de junio –repitió en voz baja Alan–. Ese día pasó lo que nadie esperaba, pero que todos presentíamos. Aunque nunca tuvimos una idea precisa de qué pasaría si superábamos los límites de la distribución del dolor. Los más optimistas pensaban que al llegar a ese límite habría una disfunción masiva de los disipadores y las personas que pagaban para no experimentarlo volverían a percibirlo en su totalidad.

–Lo que claramente no pasó, ¿verdad?

–No, la red se sobrecargó y cayó en un bucle que amplificó las señales del dolor que recibían los *painers* a nivel mundial. Intentaron apagar la red de distribución, pero los ciclos se repetían tautológicamente de manera local en cada disipador. En cuestión de minutos las señales de dolor se multiplicaron decenas de veces, y fue en ese momento cuando los *painers* comenzaron a suicidarse masivamente porque no era posible tolerar tal cantidad de dolor. Murió cerca de la mitad de los *painers*, millones de personas. Las escenas eran dantescas, gente lanzándose de edificios, golpeándose, arrancándose la piel, arrojándose a los arroyos vehiculares, cualquier forma era válida para dejar de sentir el suplicio.

–¿Y cómo sobreviviste, Alan?

–Mi difusor estaba apagado. También sobrevivieron aquellos con dosis seguras de dolor distribuido, lo que evitó una catástrofe mayor. Los días siguientes al desastre nadie sabía muy bien que había pasado, nadie tenía idea de qué hacer con millones de cadáveres, nadie esperó las consecuencias económicas del dolocausto.

–Mis padres me narraron algo similar: el caos en el mundo. Y este caos siempre venía acompañado de tu nombre: se rumoraba que hackeaste la red de distribución y que interviniste las redes de seguridad de los principales sistemas financieros. Eso fue lo que tumbó las más grandes economías del mundo.

–Al principio del dolocausto se intentaron minimizar sus alcances. Se sabía que la sobrecarga ocasionó la muerte masiva de millones de personas, pero no se podía aceptar, al menos no públicamente, que los países ricos abusaron de la red de disipación de dolor y eran responsables de los daños ocasionados. Pero desde décadas atrás ya tenían experiencia en el desvío de sus responsabilidades, la deforestación voraz del Amazonas, el exterminio de habitantes de pueblos originarios, la esclavitud práctica de personas para la confección de ropa y equipo de cómputo, hasta los genocidios cometidos por la industria de los metales preciosos. Todo esto cobró millones de vidas y empobreció a los países afectados. Pero quienes se beneficiaban se mantenían cómodamente alejados de esa realidad. Lo que pasó fue algo inesperado, la crisis fue tan inmediata que en pocas semanas se notaron los indicios de lo que se avecinaba. Lo primero fue la

Dolocausto



quiebra de la gran mayoría de los países pobres que permitieron el uso indiscriminado de *painers* y paraísos de dolor, lo cual hubiese bastado para estrangular el sistema financiero. Y antes de que se propusiera un programa de salvamento económico, brincaron las alarmas de todas las cadenas de producción en los países industrializados: en pocas semanas se terminó la mano de obra barata que producía miles de componentes elementales, hasta llegar al desabasto de productos de consumo básico. Por primera vez en la historia de la humanidad se abolió la explotación, pero lejos de ser una consecuencia del bienestar global, fue debido a la pérdida de los explotados, una materia prima que se creía inagotable.

–Mis padres me contaron que la situación era inadmisibles. La gente se mataba por un pedazo de pan que llevar a su casa. Todos, excepto los millonarios, se enfrascaron en guerrillas para conseguir apenas lo indispensable para vivir. Solo unos pocos miles de personas mantuvieron una condición de vida similar a la que tenían antes del dolocausto. Para el resto de la humanidad las condiciones de vida retrocedieron un siglo.

–Y las cosas pudieron ser aun más graves. La cooperación internacional dejó de existir y

estuvimos muy cerca de que estallara otra guerra mundial. Aunque debo aceptar que fue un acierto transformarme en su chivo expiatorio, el responsable de la peor crisis mundial. Eso mantuvo unidos los frágiles hilos que frenaron la escalada bélica.

–Pero no pudo frenar la crisis mundial. En menos de una década perdimos lo que ganamos en los últimos cien años. Mira que la hemos pasado mal, Alan. Lo bueno es que podrás ayudarme a tener una mejor vida.

Alan tenía la mirada perdida, pero volteó a ver a Margaret al escuchar sus palabras. Entrecerró los ojos tratando de entender qué quería decir y al aguzar la mirada se dio cuenta de que entre las ropas de Margaret se asomaba el cañón de una pistola. Antes de que pudiera pensar en algo más, Alan recibió dos disparos certeros que terminaron con su vida.

Tras unos breves minutos, en los que Margaret veía cómo se desangraba el cuerpo y al confirmar que su corazón exangüe se había detenido, sacó de su bolsa un pedazo de papel con la foto de Alan donde se anunciaba la recompensa por su cabeza. Después sacó un afilado cuchillo y se acercó para tomar la cabeza de Alan por el pelo.

–Como te dije, querido Alan. Voy a ser justa contigo y esto no te va a doler.

Sugerencia de citación:

Chavez-Tapia, N. C. (2023). Dolocausto. *Medicina y Cultura*, 1(2), mc23a-19. <https://doi.org/10.22201/fm.medicinaycultura.2023.1.2.19>

Ojo clínico: cuando la literatura enseña neurociencia

2023 Vol. 1 No. 2

<https://doi.org/10.22201/fm.medicinaycultura.2023.1.2.20>

Raúl Medina Rioja

El cerebro humano es uno de los órganos más populares de todos los tiempos. Y no es de sorprender pues gracias a él, hemos alcanzado logros incontables como especie. La fascinación por este órgano no solo surge al entender su funcionamiento, sino también a partir de la transformación que sufre un individuo cuando se encuentra enfermo.

Este interés ha sido compartido por muchos clínicos que han relatado sus experiencias al enfrentarse a pacientes cuyos signos y síntomas resultan desconcertantes. Entre algunos de los más famosos a nivel mundial son Oliver Sacks y Alexander Luria. En México, Jesús Ramírez Bermúdez es uno de los grandes exponentes de la narración clínica contemporánea. Sin embargo, no son los únicos.

El infarto cerebral, las alteraciones del movimiento, el deterioro cognitivo, las crisis epilépticas y demás enfermedades neurológicas (y sus consecuencias para quienes las padecen) han sido mencionadas en numerosas novelas y cuentos a través de los siglos. La siguiente colección de fragmentos (elegidos únicamente por preferencia personal) es un ejemplo del vasto catálogo de descripciones clínicas que encontramos en la literatura. De ninguna manera son las únicas y sin duda no serán las últimas.

Gustav Meyrink, el Gólem y las crisis epilépticas

Escrita a principios del siglo XX (1915) en esta novela Meyrink nos relata la historia de Athanasius Pernath, joyero habitante de Praga, quien junto con los extraños personajes que también habitan en su gueto, sufre de las influencias de una entidad conocida como “el Gólem”. Esta obra es famosa por ser una de las más importantes dentro del género fantástico y entre sus páginas leemos el siguiente fragmento:

¡De epilepsia! –Ponga mucha atención y no se olvide de nada. Ahora mire: primero se produce mucha saliva en la boca –hinchó las mejillas y las removió como quien se enjuaga la boca– seguidamente, la baba sale de la boca, ¿ve? –Yo veía, aquella representación era de una exactitud repugnante–. Luego, todos los dedos retorcidos. Luego, los ojos retorcidos. Después, los

ojos salidos –bizqueaba espantosamente– y luego, esto es un poco más difícil –hay que lanzar gritos de tipo estrangulado–. ¿Se da cuenta?... Así: ber...ber... ber... y al mismo tiempo se deja caer, tieso –Cayó, con un golpe que hizo temblar al edificio, y dijo al levantarse–: Esta es una epilepsia natural tal como nos la enseñó el bienaventurado doctor Hulbert. (Meyrink, 2018)

Esta es una descripción bastante aparatosa de lo que parece ser un fenómeno hipermotor. Si bien se realiza con lenguaje coloquial, el texto incluye palabras que ilustran la semiología del evento. Grito ictal, postura tónica, pérdida de interacción con el medio: todos estos son datos que analizamos cuando nos encontramos ante un paciente con sospecha de probable crisis epiléptica.

Julio Verne, Fritt-Flacc y nociones de localización neurológica

Publicado en la segunda mitad del siglo XIX (1884), en este relato corto, Verne cuenta los últimos sucesos en la vida del doctor Trifulgas, médico caracterizado por su codicia y su renuencia a tratar enfermos a menos que haya dinero de por medio. En este cuento, encontramos una referencia bastante sutil al ejercicio clínico que se realiza cotidianamente en la neurología: la localización.

¡El moribundo no es el hornero Vort Kartif...! ¡Es el doctor Trifulgas...! Es él mismo, atacado de congestión: ¡él mismo! Una apoplejía cerebral, con brusca acumulación de serosidades en las cavidades del cerebro, con parálisis del cuerpo en el lado opuesto a aquel en que se encuentra la lesión. (Verne, 2019)

La localización es un método desarrollado por el padre de la neurología moderna Jean-Martin Charcot, en una época en la que la única manera de acceder a los misterios del cerebro era la autopsia,

el estudio histopatológico y su correlación clínica. La localización se basa en el análisis de los síntomas y signos del paciente para deducir la zona del sistema nervioso donde se encuentra el problema.

Por lo visto, Julio Verne no era ajeno a los avances científicos de su época y quizá tenía conocimiento de neuroanatomía básica (seguramente por la gran fama que gozaba Charcot en toda Europa) pues era consciente de que una lesión intracraneal, supratentorial con involucramiento de la vía piramidal, puede provocar debilidad contralateral al sitio afectado.



Juan Rulfo, Anacleto Morones y la sífilis ocular-terciaria

En 1953, Juan Rulfo publicó la que sería una de sus obras más famosas: *El llano en llamas*. En ésta antología de narraciones, el autor presenta diferentes personajes que parecen vivir los estragos que dejó a su paso la Revolución Mexicana. En el cuento “Anacleto Morones” se mencionan y describen los síntomas neurológicos que presentan los pacientes con infección por *Treponema pallidum*:

—Tú no has hecho ningún milagro. El curó a mi marido. A mí me consta. ¿Acaso tú has curado a alguien de la sífilis?

—No, ni la conozco.

—Es algo así como la gangrena. Él se puso amoratado y con el cuerpo lleno de sabañones. Ya no dormía. Decía que todo lo veía colorado como si estuviera asomándose a la puerta del infierno. Y luego sentía ardores que lo hacían brincar de dolor. Entonces fuimos a ver al Niño Anacleto y él lo curó. Lo quemó con un carrizo ardiendo y le untó de su saliva en las heridas y, sácatelas, se le acabaron sus males. Dime si eso no fue un milagro. (Rulfo, 2016)

Las manifestaciones cutáneas que se detallan en el cuento tal vez correspondan a las que presentan los

Ojo clínico

pacientes con sífilis secundaria; los cambios en el ciclo sueño-vigilia orientan a un cuadro encefalopático; las alteraciones visuales con disrupción de la percepción cromática (particularmente el problema con el color rojo) son frecuentes en casos de neuropatía óptica (¿infecciosa?); y finalmente, los “ardores” sugieren una afección medular (¿tabes dorsal?). El espectro clínico de los síntomas y signos de la sífilis es amplio y variado.

Horacio Quiroga: La meningitis y su sombra. ¿Amor post-infeccioso?

Conocido como el “Poe” latinoamericano, Horacio Quiroga es famoso por sus relatos en los que las principales temáticas son el horror y la naturaleza. En la “La meningitis y su sombra” (1917) nos presenta un personaje llamado María Elvira Funes, quien es víctima de una meningitis. Su enfermedad le origina ideas delirantes que cambiarán la vida de ella y de Carlos Durán:

Cuatro o cinco noches antes, al concluir un recibo en su propia casa, María Elvira se había sentido mal —cuestión de un baño demasiado frío esa tarde, según opinión de la madre. Lo cierto es que había pasado la noche fatigada, y con un buen dolor de cabeza. A la mañana siguiente, mayor quebranto, fiebre; y a la noche, una meningitis, con todo su cortejo. El delirio, sobre todo, franco y prolongado a más no pedir. Concomitantemente, una ansiedad angustiosa, imposible de calmar. Las proyecciones psicológicas del delirio, por decirlo así, se erigieron y giraron desde la primera noche alrededor de un solo asunto, uno solo, pero que absorbe su vida entera. Es una obsesión —prosiguió Ayestarain—, una sencilla obsesión a 42°. (Quiroga, 2022)

Fiebre, cefalea, alteración del estado mental; todos estos son síntomas clásicos asociados al síndrome de meningismo. No obstante, la presencia de ideas delirantes y los cambios de comportamiento que se mencionan hacen pensar que la inflamación presente en María, abarcaba más allá de las meninges y se extendía al parénquima cerebral.

Yo tengo alguna idea, como todo hombre, de lo que son dos ojos que nos aman, cuando uno se va

acercando mucho a ellos. Pero la luz de aquellos ojos, la felicidad en que se iban anegando mientras me acercaba, el mareado relampagueo de dicha, hasta el estrabismo, cuando me incliné sobre ellos, jamás en un amor normal a 37° los volveré a hallar. (Quiroga, 2022)

Los “delirios” de María juegan un papel fundamental en la trama. Si bien inicialmente son de contenido romántico, su naturaleza transitoria da pie a situaciones en las que María y Carlos cuestionarán si en realidad sus sentimientos fueron consecuencia de una enfermedad o si en realidad existe entre ellos algo más que ambos todavía ignoran.

Conclusión: la narrativa como una ventana a la clínica

En esta selección de fragmentos encontramos ejemplos de descripciones hechas por personas que no pertenecían al mundo médico. Sin embargo, gracias a su capacidad de observación, nos regalaron su propia perspectiva e interpretación de distintos fenómenos patológicos.

Ellos y muchos otros personajes dejan claro que no es necesario ser un investigador con años de experiencia para entender un fenómeno; la curiosidad, que nace a partir del intento de explicar el mundo que nos rodea, es una facultad que nos pertenece a todos los seres humanos.

Al realizar observaciones, se puede llegar a plantear una hipótesis, y con el conocimiento adecuado, idear formas de ponerlas a prueba. De esta manera se pueden lograr avances no sólo en la medicina, sino también en otras disciplinas científicas.

Referencias

- Meyrink, G. (2018). *El Golem* (5a ed.). Plutón Ediciones.
- Quiroga, H. (2022). *La Meningitis y su Sombra*. En *Cuentos de Amor, de Locura y de Muerte* (1a ed., 91-98). DeBolsillo Editores.
- Rulfo, J. (2016). *Anacleto Morones*. En *El Llano en Llamas* (1a ed., 131-139). Cátedra editorial.
- Verne, J. (2019). *Fritt-Flacc*. En M. Armiño (Ed.), *Morir de Miedo* (1a ed., 89-112). Siruela Editores.

Sugerencia de citación:

Medina-Rioja, R. (2023). Ojo clínico: cuando la literatura enseña neurociencia. *Medicina y Cultura*, 1(2), mc23a-20. <https://doi.org/10.22201/fm.medicinaycultura.2023.1.2.20>

La salud también es mental

2023 Vol. 1 No. 2

<https://doi.org/10.22201/fm.medicinaycultura.2023.1.2.21>

María del Rosario Corona Vázquez

El 20 de diciembre de 2020 mi esposo y yo fuimos al médico. A él le diagnosticaron COVID y comenzó con su tratamiento. A mí, el doctor me dijo que reposara, pero no me recetó nada.

–Tú no tienes COVID –me dijo.

El 21 de diciembre amanecí cansada y por la tarde empecé con algo de diarrea. Perdí el apetito, algo raro en mí. Decidí tomar un paracetamol, me dio sueño y por fin descansé un poco.

Al día siguiente tenía una sensación de ahogo y de falta de oxígeno. Mi mente se negaba a reconocer el contagio. Nos comunicamos con el médico tratante, quien me revisó en la parte posterior de mi vehículo debido a la urgencia y me dijo:

–Estás saturando muy bajo, andas entre 56 y 65.

El médico falló en su diagnóstico inicial al descartar COVID y simplemente me recetó descansar. Sin embargo, esa segunda vez que me revisó me preguntó:

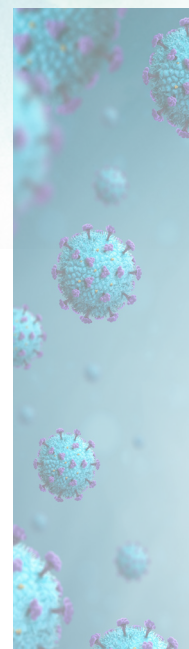
–¿Por qué hasta ahorita? Tienes neumonía y debes ser hospitalizada inmediatamente.

El mundo se cerró ante mí... ¿Hospitalizada? ¿Dónde? ¿Y si no vuelvo a salir de ahí? Fueron momentos de terror, impotencia e incertidumbre. Al instante, mi hijo, mi esposo y mi nieto me trasladaron al Hospital Regional del ISSEMYM, que era el único que aceptaba pacientes COVID.

Al llegar vimos a mucha gente esperando a ser atendida. Algunos llegaban en silla de ruedas, en bicicleta o incluso cargando a su familiar ya inconsciente. Nos dijeron que la espera era de dos horas.

Poco tiempo después se abrió la puerta y mi hijo me empujó para aprovechar el momento y entrar. Solo había un médico que revisaba los pulmones y la saturación de los pacientes, y me ordenó conectarme al oxígeno. Mientras mi temor crecía, pasé a otra sala en la que no había sillas ni camillas, solo cuatro enfermeras que iban y venían.

Había gente vomitando y quejándose. Afuera, algunos familiares de otros pacientes gritaban e insultaban al personal desesperados pidiendo que los atendieran.



A continuación, alguien gritó mi nombre y preguntó:

–¿Puede caminar?

–Sí –contesté.

–Pues venga.

Me sacaron una tomografía y me trasladaron a urgencias.

En ese momento pensaba mucho si lograría salir bien librada de la enfermedad. Cuando lo analizaba, por momentos sentía que no, así que decidí dormir para olvidar el miedo.

De esta manera pasé parte de la noche del 27 al 28 de diciembre. Al amanecer, escuché que ya había una cama para mí y me dio un poco de tranquilidad pues había librado la intubación y la terapia intensiva.

Ese mismo día entró un médico con una vestimenta diferente y me dijo:

–Rosario, nos vamos al INER (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias). Sus familiares han firmado el alta voluntaria.

En ese instante me invadieron dos sentimientos con gran fuerza: incertidumbre y esperanza.

A continuación, el médico vestido de blanco puso su mano en mi corazón, y dijo:

–Usted saldrá usted bien librada de esto.

Me bajaron en una camilla y al llegar a una puerta protegida con enormes plásticos, vi a mi hijo y a mi nieto. Me costó trabajo reconocerlos.

Después me colocaron en una camilla con cápsula de aislamiento, como esas que tantas veces vi en la televisión. Me subieron a la ambulancia contratada para el traslado y me invadió el miedo. Le llamé a mi hijo:

–¿Vienes conmigo?

–Sí, ma, no te preocupes.

El conductor encendió la sirena y las luces perimetrales que parecían estar conectadas a mi corazón porque todo latía fuertemente. Del camino solamente recuerdo *flashazos*.

Llegamos al INER y de inmediato me realizaron

una tomografía y varias radiografías. Mientras me canalizaban mi hijo contestaba las preguntas sobre mis datos. Entonces escuché:

–En caso de fallecimiento, ¿usted es el responsable?

Noté el temor en la voz de mi hijo, quien respondió con decisión:

–Sí, yo soy el responsable.

Yo solo pude pensar: ¿Cómo saldré de aquí? ¿Viva o en un cajón?

Después me llevaron a mi habitación: la número 409, para dos pacientes. Mi compañero era un caballero que estaba internado desde octubre. Al entrar observé sus pies totalmente rígidos y un tubo saliendo de su garganta; requería atención constante y emitía ruidos de dolor y desesperación.

Así llegué a la que sería mi cama durante los siguientes nueve días. Estaba cerca de la ventana con vista al jardín y la entrada a la habitación estaba frente a mí: era una puerta cóncava de acrílico.

Cuando volteé hacia la puerta tuve una visión: vi claramente a mi papá, quien falleció 23 años atrás. Ahí estaba. Abrió la puerta, pero no entró. Solo levantó el dedo índice y lo movió para decirme “no”.

Esta señal me indicó que no era tiempo de irme con él. Recordé a mi mamá y a mi hermana, fallecidas también, y dije:

–Aún no. Les quiero, les extraño, pero no quiero estar con ustedes todavía, me faltan cosas por hacer.

Cambié el *chip* y comencé a pensar en cosas positivas.

Recorrí mis memorias. Recordé mi niñez, visité la antigua casa de mis padres. Viajé a mi primaria, la vi, la olí, recordé el nombre de mis maestros y maestras y así me entretuve, aunque nunca logré recordar el nombre de mi maestra de cuarto grado.

Pensé en mis amigas y amigos. Continué con la ciudad de León, Guanajuato, donde pasaba las fiestas decembrinas en familia. Recorrí la casa de los abuelos recordando a tíos,



tías, primos y primas. Las memorias mantenían mi mente ocupada y hasta cierto punto sana.

En momentos no podía recordar nombres ni lugares debido al cansancio y a la misma enfermedad, la cual no solo afecta los pulmones, sino que también maltrata la mente. Empecé a tener lagunas mentales profundas, pero no me rendí.

Para recuperar mi sentido y mi memoria se me ocurrió irme a lo más fácil o, en este caso, lo menos difícil: buscar palabras que comenzaran con letras de la A a la Z, pasando por nombres, platillos, apellidos o ciudades. Eso hice, recordando las veces que jugué al “basta” con mis nietos. *Esta enfermedad no me quitará los recuerdos*, afirmé.

Por otra parte, en cuanto a mi tratamiento, me mantuvieron “pronada” (recostada boca abajo) tres días sin alimento ni agua. No podía comer hasta que los doctores descartaran la intubación.

El jueves alrededor del mediodía llegó mi primer alimento. Me puse muy feliz y lloré mucho, pues sabía que eso significaba que me había librado de la intubación.

Los días y las noches pasaban con entradas y salidas de médicos, enfermeras y demás personal. Todos los días me sacaban sangre de la vena, la arteria y el dedo, o me inyectaban en el estómago. Todo era muy doloroso, pero siempre pensaba en mejorar.

Llegó el 31 de diciembre y me dieron una bolsita con nueces y almendras, adornada con un pequeño listón morado. Reconozco la labor de los trabajadores y las trabajadoras del INER que siempre mostraron un alto nivel de valor humano, un trato amable y cariñoso que definitivamente ayudó en mi mejoría.

El lunes 4 de enero ya lograba saturar a 90 con puntas de alto flujo y el doctor pidió que las cambiaran por unas de bajo flujo. Me dijeron que si podía conservar una saturación adecuada, entonces ya podríamos considerar el alta médica.

Recuerdo que esa noche el médico en turno me visitó, revisó los monitores y me dijo:

–Rosario, ¿es usted creyente?

–Claro, doctor –respondí.

Y me preguntó:

–Dígame, ¿en qué cree? Porque su recuperación es asombrosa y, sí sus familiares consiguen oxígeno para traslado, podrá irse a casa el miércoles.

Esta noticia me produjo un inmenso gusto y no podía parar de llorar de la alegría. El doctor tomó mi mano y me felicitó:

–Muy buen trabajo, Rosario.

Llegó el miércoles 6 de enero y la hora de mi baño, que disfrutaba mucho porque me refrescaba. En la visita médica, el doctor me preguntó:

–Rosario, ¿está lista para dejarnos?

–Más que lista, doctor –respondí.

Apareció un camillero muy alto y dijo:

–Nos vamos, Rosario. Ya están aquí sus familiares.

Me cargó y me sentó sobre una silla de ruedas.

Tuve tiempo para despedirme entre lágrimas de mi “vecino”, quien fue dado de alta a los dos días.

Mientras avanzaba por los pasillos camino hacia el estacionamiento, aparecieron frente a nosotros enfermeras, médicos y personal y comenzaron a aplaudirme. Fue un momento muy especial, yo tenía las emociones a tope y quise agradecerles a todos y todas. *Qué maravilloso equipo*, pensé. Pero hay ocasiones en que las palabras no alcanzan, y ésta fue una de ellas.

Al llegar al estacionamiento vi a mis hijos con lágrimas, observando todo lo que pasaba. Me trasladaron a casa y así inicié una nueva etapa, una recuperación que continúa hasta el día de hoy.

Existe poca información sobre el daño que este virus ocasiona a nuestra salud mental. Al salir tuve dificultades para conciliar el sueño debido a las pesadillas y los recuerdos que afectaron mi mente.

Es verdad, la salud también es mental. Las personas que afortunadamente sobreviven a esta enfermedad sufren de una recuperación difícil, e incluso llegan a experimentar estrés postraumático.

Sugerencia de citación:

Corona-Vázquez, M. R. (2023). La salud también es mental. *Medicina y Cultura*, 1(2), mc23a-21. <https://doi.org/10.22201/fm.medicinaycultura.2023.1.2.21>

El “elíxir de amor” y el efecto placebo

2023 Vol. 1 No. 2

<https://doi.org/10.22201/fm.medicinaycultura.2023.1.2.22>

Alberto Lifshitz

La ópera *El elíxir de amor* (*L'elisir d'amore*) de Gaetano Donizetti es una de las más representadas y populares del repertorio operístico (la número 12 a nivel mundial), en parte porque es ligera (es una ópera *buffa*, cómica), no es cansada o fatigosa (como lo son muchas óperas para los no muy amantes del género), y porque incluye al menos una de las arias consentidas del público (“Una furtiva lágrima”).* Además, para los espectadores es relativamente fácil identificarse con los personajes principales y vivir la trama (aunque hoy parece ciertamente ingenua).

El protagonista, Nemorino, sufre “mal de amores” porque no se siente correspondido por la mujer que ama, una terrateniente llamada Adina. Dulcamara, un falso doctor y más bien un comerciante charlatán, le brinda la oportunidad de resolver su problema al ofrecerle un “elíxir de amor” que, gracias a sus propiedades mágicas, provocará que su amada caiga rendida a sus pies. El elíxir no es más que un vino de Burdeos revestido de la ampulosa publicidad de la época, por el cual Nemorino paga todo el dinero que posee y hasta compromete su futuro por conseguir más. Coincidentemente, un tío de Nemorino muere y le hereda una buena cantidad de dinero, aunque él ignora el hecho. Las doncellas del pueblo sí se enteran del legado y empiezan a coquetearle con descaro (el verdadero elíxir de amor parece ser el dinero de la herencia). Nemorino se siente bien, adquiere más confianza en sí mismo y, finalmente, después de varias peripecias Adina reconoce su amor por el fiel pretendiente.

Esta trama, aquí simplificada, sencilla y candorosa, evoca diversos escenarios de la medicina clínica contemporánea: la influencia de la propaganda, la publicidad mentirosa, la proclividad a creer en lo que uno quisiera que fuera cierto y cómo los pacientes y algunos médicos caen en esta ilusión, la búsqueda de remedios milagrosos, los charlatanes que ofrecen panaceas. Y también hace referencia al mágico y omnipresente efecto placebo.

Palabras clave: ópera, placebo, elíxir, Donizetti

Medicina y Cultura



La medicina le debe mucho al efecto placebo (Kaptchuk & Miller, 2015). Por milenios en que los remedios verdaderamente eficaces eran escasos, la profesión se mantuvo viva gracias al efecto placebo y a otra condición, no menos mágica: la tendencia de las enfermedades a curarse solas (que también se ha vinculado al placebo). Es enorme la deuda que la medicina alternativa y las empresas farmacéuticas tienen con el efecto placebo. Aunque aún no se conoce por completo la compleja estructura del placebo ni los cambios fisiológicos que produce, los estudios de neuroimagen han mostrado las zonas del cerebro involucradas en dicho efecto, las vías neurológicas que participan en él y los neurotransmisores que parecen mediarlo (Benedetti, et ál., 2005). También, diversos estudios han profundizado en los aspectos genéticos de la respuesta al placebo e incluso se habla del “placeboma” (Hall, et ál., 2015) es decir, la predisposición a percibir o no tal efecto.

Pero el efecto placebo es un fenómeno más sofisticado que una simple sugestión porque, además de los aspectos neurobiológicos, participan en él muchas condiciones psicosociales, entre ellas la expectativa del consumidor ante el remedio. La eficacia del placebo también está vinculada con rituales, símbolos e interacciones (la parafernalia que usa Dulcamara con todo su circo), con el contexto en que se emplea, la predisposición del enfermo, así como su confianza y su inclinación a creer. Un placebo puede eliminar el dolor o producirlo, elevar la presión arterial o disminuirla, simular el efecto farmacológico de la sustancia que está siendo probada para que el sujeto que lo recibe lo perciba de forma idéntica al medicamento real, o bien propiciar que experimente los mismos efectos adversos. Por eso los ensayos clínicos controlados incluyen grupos de pacientes con placebo como comparación.

Para los observadores del siglo XXI no sorprende que Nemorino haya percibido los efectos favorables

del elíxir en su intento de acercarse a Adina, aunque la respuesta de ella es más difícil de explicar por el efecto placebo del elíxir. Se ha propuesto que la oxitocina y la vasopresina son los neurotransmisores que median las relaciones amorosas, al grado que la primera ha sido llamada la “hormona del amor” ya que se dice que ayuda al cerebro a sentir cariño. No obstante, el tema está cargado de “mitos, metáforas y misterios” (Carter, 2022). Se puede plantear la hipótesis de que el cuerpo de Nemorino liberó oxitocina por el efecto placebo del elíxir.

Por supuesto, al ofrecer el falso elíxir al afectado del mal de amores, Dulcamara no intentaba curarlo ni explorar el posible efecto placebo del vino de Burdeos, sino solo estafarlo aprovechando su falta de malicia. Por eso, y para tener tiempo de escapar, le dijo a Nemorino que sentiría el efecto hasta el día siguiente. Dulcamara no es más que un merolico, un vendedor itinerante de todo tipo de chucherías, hábil en el discurso engañoso, grandilocuente e histriónico, con aires de autoridad y autonombado doctor. Pero Nemorino tenía una fe absoluta en el remedio y estaba tan seguro de que funcionaría que incluso se endeudó para adquirir una suficiente cantidad del mismo. También es obvio que el milagro no lo provocó el elíxir, aunque en efecto le ayudó a mejorar su autoestima y a tener más confianza en sí mismo. El milagro sucedió gracias al cariño entre los jóvenes, a pesar de que Adina estuvo coqueteando y a punto de casarse con el Sargento Belcore, en parte para llamar la atención de Nemorino y propiciar que este se animara a confesarle su amor. Quizá haya contribuido al milagro la fortuna heredada por Nemorino, pues el dinero siempre ha sido un potente afrodisiaco. El héroe de la historia resultó ser el malvado Dulcamara, quien actuó como cupido involuntario. Pero, tal vez, el protagonista real sea el placebo.

Sugerencia de citación:

Lifshitz, A. (2023). El “elíxir de amor” y el efecto placebo. *Medicina y Cultura*, 1(2), mc23a-22. <https://doi.org/10.22201/fm.medicinaycultura.2023.1.2.22>



La fascinante historia del parto con fórceps

2023 Vol. 1 No. 2

<https://doi.org/10.22201/fm.medicinaycultura.2023.1.2.23>

**Leopoldo Santiago Sanabria,
Luz del Carmen Sanabria Villegas,
Angélica Almanza Mackintoy**

La obstetricia, el arte de partear

La obstetricia es una disciplina de la medicina encargada de los cuidados del embarazo, parto y puerperio. Etimológicamente, “obstetricia” deriva del verbo en latín *obstare*, que significa “estar allí a la espera”. El término apareció en la lengua castellana hasta 1728, en un ensayo de Benito Jerónimo Feijoo titulado “Teatro crítico universal”, en el que la describe como el “arte de partear”. Sin duda, la obstetricia ha estado plasmada en el arte de las diversas civilizaciones e incluso podemos apreciarla en esculturas que datan del periodo prehispánico de nuestro país.

Uno de los grandes hitos de la obstetricia, cuya historia es maravillosa, es la invención del fórceps. En un principio fue utilizado para la extracción de fetos muertos, pero se fue perfeccionando para salvar miles de vidas maternas y fetales. Desde su creación, guarda un misticismo que nos invita a investigar sus orígenes y adentrarnos en las raíces de su fascinante historia.

Los orígenes del parto instrumentado

Es difícil establecer el momento histórico en que se creó el parto instrumentado. Los primeros indicios de su utilización datan del año 3 000 a.C y están plasmados en el relieve del templo egipcio de Kom Ombo (*ver figura 1*). En una de las paredes del templo se aprecian diferentes instrumentales utilizados en la práctica de la medicina. Entre ellos, hay un instrumento parecido a un gancho con cucharas ovoides, similar a un fórceps, que posiblemente era utilizado para acomodar la cabeza del feto con el fin de facilitar su extracción del útero, ya fuera vivo o muerto. (*ver figura 1*).

Sin embargo, fue hasta la época hipocrática que por primera vez se hizo referencia al fórceps como instrumento obstétrico. Hipócrates (460-377 a.C.) describió su utilización como facilitador del parto para comprimir la cabeza de un feto sin vida.

En Italia existió un bajorrelieve donde se apreciaba la atención de un parto en el que se empleaba una herramienta parecida a unas pinzas o fórceps (*ver figura 2*). Hibbard lo describe en su libro *The Obstetrician's Armamentarium: Historical Obstetric Instruments and their Inventors*. El bajorrelieve fue destruido, por lo que su autenticidad es cuestionada.

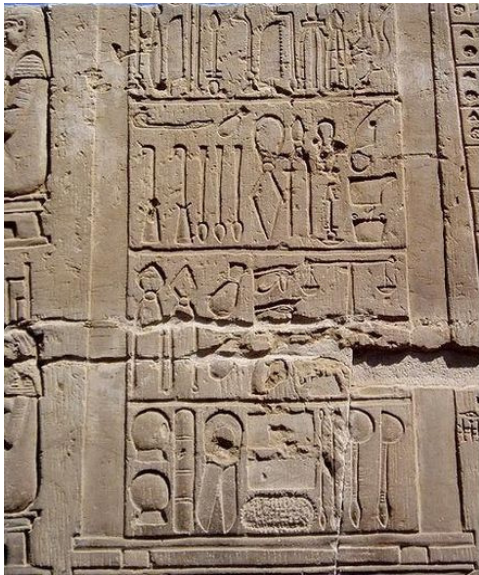


Figura 1. Relieve del templo egipcio de Kom Ombo, aquí se aprecian unos fórceps dentro del instrumental médico, año 3 000 a. C. <http://xsierrav.blogspot.com/2020/10/el-instrumental-medico-de-kom-ombo.html>



Figura 2. Bajorrelieve en donde se aprecia la atención de un parto con un instrumento similar a un fórceps. (<https://tomascabacas.com/2014/01/01/historia-del-forceps-de-obstetricia/>)

Posteriormente hubo otras reseñas del uso de dispositivos similares al fórceps. Avicena (980-1037) hizo referencia a la utilización de pinzas para la extracción de fetos, pero no dio detalles exactos del mecanismo y no especificó si se trataba de fetos vivos o muertos. Abulcasis (936-1013) describió unas tenazas dentadas, cuyo fin era reducir la cabeza de los fetos muertos y extraerlos. En el siglo XVI, Ambroise Paré empleaba unas pinzas con dientes puntiagudos para extirpar fetos muertos y ganchos romos para la extracción de fetos vivos.

Probablemente, la primera persona que documentó la utilización de un fórceps en un feto vivo fue Jacques Jacob Rueff, en su libro *De conceptu et generatione hominis*, publicado en 1554 en Zúrich. En la obra no se describen las características del instrumento, sino que sólo se hace alusión a él. También en el siglo XVI, Pietro Franco, un cirujano de Provenza, describió una herramienta compuesta por tres valvas que se abría sobre la cabeza del feto y, una vez colocada correctamente, se cerraba y se jalaba hacia el exterior. Se denominó tira cabezas o *speculum matricis*. El pronóstico de su uso no era muy favorable, ya que el parto casi siempre terminaba con el fallecimiento de la madre o del bebé.

La familia Chamberlen

El reconocido cirujano francés William Chamberlen tuvo dos hijos: Peter, el Viejo (1560-1631) (ver figura 3), y Peter, el Joven (1572-1626). Tras varios siglos de completo olvido de los primeros instrumentos obstétricos, hacia finales del siglo XVI, en 1598, Peter, el Viejo, y su familia revolucionaron la obstetricia con la invención del fórceps similar al que hoy conocemos.

Por cuestiones religiosas, hacia 1569 William y su familia emigraron de París, Francia, a Southampton, Inglaterra. La familia era bien conocida por la profesión del padre, quien era barbero cirujano y también partero. En 1596, ya establecidos en Londres, Peter, el Viejo, llegó a ser el cirujano y partero de la Reina Ana, quien era esposa del Rey James I de Inglaterra. Posteriormente, en 1600, su hermano lo siguió y también se mudó a Londres. Ambos fundaron la Barber Surgeons Company, pero tuvieron que enfrentar diversos conflictos con el Colegio de Médicos por prescribir medicamentos fuera de las reglas. Incluso Peter, el Viejo, fue tomado preso y la Reina Ana tuvo que intervenir para que fuera liberado.

La invención y el desarrollo del fórceps se le atribuye a cuatro generaciones de la familia Chamberlen: lo creó Peter, el Viejo, y posteriormente lo modificaron diferentes miembros de la familia que eran cirujanos y

Parto con fórceps

parteros. Su existencia se mantuvo en absoluto secreto por más de cien años (ver figura 4).

La familia solía asistir a domicilio a las mujeres en el trabajo de parto. Dos personas debían cargar y transportar una caja de madera con grandes decorados y tallados dorados, en la cual se transportaba el instrumento secreto. La habitación debía ser desalojada y sólo podían permanecer dentro, la familia Chamberlen y la mujer encinta, a quien le vendaban los ojos. Durante el parto, los acompañantes que esperaban afuera de la habitación únicamente escuchaban gritos, campanillas y sonidos metálicos. El proceso concluía con el llanto del recién nacido.

Peter, el Joven, tuvo un hijo homónimo, pero la historia lo recuerda como Doctor Peter (1601-1683). Doctor Peter tuvo tres hijos que se dedicaron a la obstetricia y mantuvieron en secreto su artefacto, continuando la tradición familiar. Uno de los hijos fue Hugh Chamberlen (1630-1720), quien ofreció venderlo por 10 mil libras a otro de los grandes maestros de la obstetricia, François Mauriceau, quien era el médico personal del rey de Francia. Mauriceau decidió comprobar el dispositivo previo a la compra, por lo que solicitó utilizarlo en el parto de una mujer de 38 años con una severa deformación pelviana. Después de tres horas de intentos, la mujer falleció y François Mauriceau decidió no comprarlo.

Posteriormente, fue vendido a Roger Roonhuyze en Ámsterdam. Roonhuyze lo ofreció al Colegio Médico-Farmacéutico y lo difundió entre algunos pocos obstetras de la época, a cambio de importantes sumas de dinero. El secreto se mantuvo por seis años más, cuando uno de aquellos obstetras diseñó su propia versión del instrumento, el cual constaba de una sola rama.

Hugh Chamberlen también tuvo un hijo homónimo (1664-1728), quien continuó con el secreto de la familia. No tuvo hijos varones a quien transmitir los conocimientos y la experiencia de todas las generaciones, pero se cree que poco antes de morir liberó el secreto familiar al dominio público. A partir de ese momento, el fórceps tuvo diversas modificaciones según las necesidades de cada obstetra.

La era del fórceps posterior a la familia Chamberlen

En los siglos XVII y XVIII floreció la Ilustración en

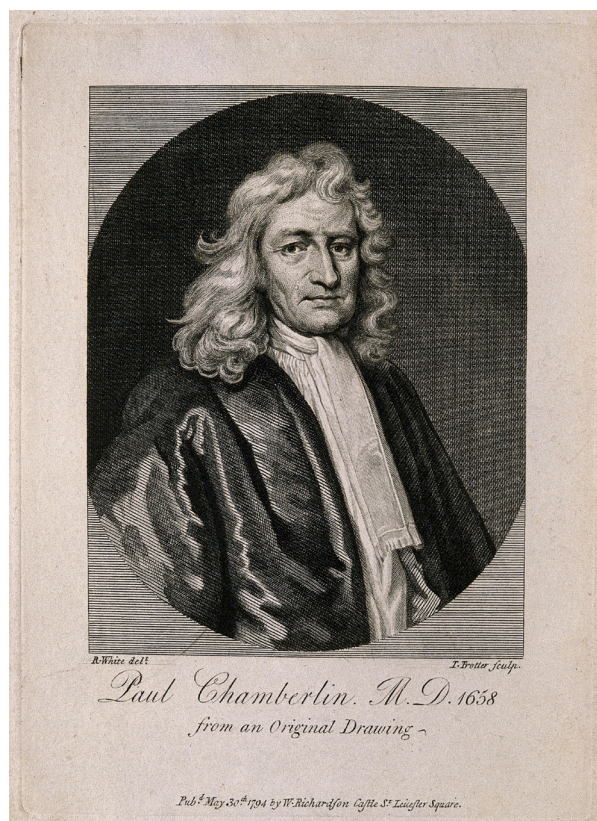


Figura 3. Peter Chamberlen, padre del parto instrumentado. (<https://www.alamy.es/foto-peter-chamberlen-m-d-1794-anos-164350307.html>)

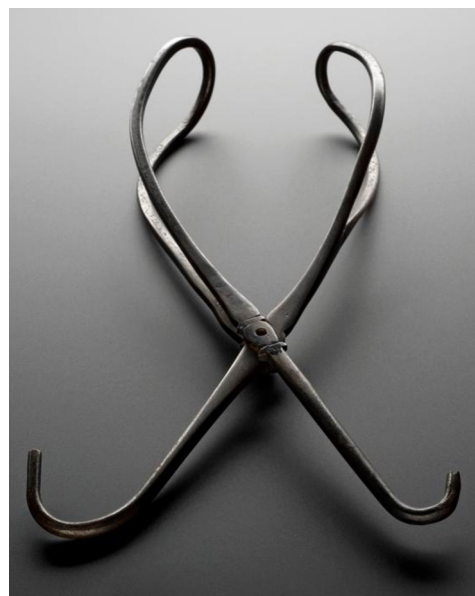


Figura 4. Modelo de fórceps creado por la familia Chamberlen. <https://collection.sciencemuseumgroup.org.uk/objects/co96246/copy-of-chamberlen-obstetric-forceps-obstetrical-forceps>



Figura 5. Marie-Louise LaChapelle, una mujer revolucionaria en la docencia de la atención del parto, considerada la madre de la obstetricia moderna.

<https://mujeresconciencia.com/2022/09/28/marie-louise-lachapelle-la-madre-de-la-obstetricia-moderna/>

Europa y se dio gran prioridad a la investigación científica en obstetricia. En la Haya, Hendrik van Deventer (1651-1727) escribió sobre las deformidades de la pelvis femenina y las dificultades que estas presentan para lograr un parto exitoso. En Ámsterdam, Hendrik van Roonhuyse (1622-1672) destacó la necesidad de la operación cesárea ante los casos de desproporción cefalopélvica (es decir, la situación en la que la cabeza del feto es mayor a los diámetros de la pelvis materna), aunque en Francia había gran oposición a la intervención quirúrgica debido a los altos índices de mortalidad.

Jean Palfyn (1650-1730) protagonizó un momento curioso del parto instrumentado. Muchos obstetras de la época se cuestionaban si Palfyn se había enterado del gran secreto de la familia Chamberlen antes que todos. Durante su vida se maravilló tanto por el innovador y misterioso dispositivo, que empezó a rediseñar su propio fórceps. Su aportación consistió en un instrumento compuesto por dos cucharas no articuladas, agregando una cuchara a la palanca o *vectis* de la familia Chamberlen. Al final de su vida, Jean Palfyn se trasladó a París para entregar a la

Academia de Medicina de París su invención, la cual fue antecesora de las actuales espátulas de Thierry.

Posteriormente, en 1706 se empezó a concebir la idea de un nuevo artefacto que se sirviera de la creación de vacío para la extracción del feto. James Yonge (1647-1721) fue el pionero en idear una copa de succión colocada sobre el cuero cabelludo del feto en casos de extracciones difíciles. Sin embargo, este utensilio no prosperó. En 1849, la idea fue retomada por James Young Simpson (1811-1870), quien diseñó una copa de caucho para la succión que estaba conectada a una bomba aspiradora, pero al ser pesada y de difícil traslado para la atención del parto, cayó en desuso.

André Levret (1703-1780) en Francia y William Smellie (1697-1763) en Inglaterra modificaron el instrumento introduciendo la curvatura pélvica, lo que permitía seguir la curvatura del canal óseo y realizar aplicaciones más altas (es decir, la aplicación de fórceps más lejanas al introito vaginal). Esto derivó en grandes problemas de mala praxis y en el desprestigio del dispositivo. En Alemania, Franz Karl Naegele (1778-1851) rediseñó su propio fórceps tomando en cuenta las experiencias de Levret. Este fórceps contaba con hojas más cortas y aletas para la tracción con los dedos índice y medio, lo cual aportaba mayor seguridad en el procedimiento.

En 1792 se definió un tiempo estándar de seis horas para el periodo de expulsión del feto, durante el cual no se debía realizar ninguna intervención (Ley de Denman). Al superar este tiempo, Osborne, otro obstetra de la época, recomendaba la utilización de fórceps. En 1818, Richard Crof, quien era yerno de Denman, atendió el parto de la princesa Charlotte. Tras un alumbramiento de 24 horas, finalmente murieron la madre y el bebé. Los obstetras de esa época afirmaron que si se hubiera utilizado un fórceps se habría salvado la vida de ambos. Tras el lamentable hecho y debido a la falta de un heredero, la Reina Victoria fue coronada.

La valiosa aportación de la mujer en la instrucción del parto con fórceps

Una de las grandes aportaciones de la mujer en la obstetricia se dio en 1821 en París por Marie-Louise Lachapelle, mejor conocida como Madame Lachapelle (ver figura 5), quien era una partera francesa muy

Parto con fórceps

habilitosa. Con tan solo once años asistió su primer parto y a los quince años ya era capaz de atender partos complicados. En 1795 fue nombrada directora de la sala de obstetricia del Hôtel-Dieu (Hotel de Dios), el único hospital para mujeres embarazadas y parturientas. Dedicó parte de su vida a la formación de matronas en el Hospice de la Maternité (Hospicio de la Maternidad). Escribió un libro con tres tomos, *Pratique des accouchements (Práctica de partos)*, en el cual plasmó sus observaciones recogidas en 40 mil partos. Madame Lachapelle ideó una maniobra para rotar la cabeza del feto con una sola rama del fórceps, la cual lleva su mismo nombre y actualmente sigue vigente. Es considerada la madre de la obstetricia moderna.

Los fórceps, la herencia de la obstetricia moderna

En 1840, James Young Simpson, un profesor de partería y médico de cabecera de la Reina Victoria, rediseñó la herramienta y creó su propio fórceps, el cual es de los más utilizados hoy. Simpson recomendaba utilizar el fórceps para evitar los periodos expulsivos prolongados, a los cuales les atribuía la alta mortalidad materna y perinatal. También fue de los pioneros en la anestesia obstétrica con cloroformo y éter.

El periodo comprendido entre 1750 y 1880 se define como el “siglo del fórceps” en el que se diseñaron cerca de 1200 tipos diferentes, los cuales llevaban el nombre de su creador en su afán de sobresalir científicamente.

En 1877, la medicina empezó a innovar en las funciones del fórceps, ya que se contaba con un conocimiento más científico de la fisiología del trabajo de parto y de la anatomía del canal del parto. Etienne Stéphane Tarnier (1828-1897) tuvo el primer gran avance real en cien años. Diseñó un fórceps que contaba con un sistema de tracción e introdujo la tracción axial, que significa ejercer tracción anatómica en la cabeza fetal y en la pelvis materna. En 1916, Christian Kjelland (1887-1941), un obstetra noruego, diseñó un fórceps cuya principal función era la rotación cefálica para los fetos que se encontraran en una variedad de posiciones incorrectas.

Otro gran avance en la obstetricia moderna fue el fórceps profiláctico propuesto por Joseph De Lee (1869-1942) en 1921. De Lee destacaba que el fórceps terapéutico era utilizado de manera tardía,

cuando ya existía un estado patológico materno y/o fetal. Al optar por el fórceps profiláctico, se lograba un máximo beneficio y a la vez permitía la enseñanza continua a los médicos obstetras en formación. De Lee es considerado el padre de la obstetricia moderna.

El legado de los fórceps en el parto instrumentado de nuestra era

En 1950, E. Thierry planteó la posibilidad de reemplazar el fórceps por las “espátulas de Thierry” (ver figura 6). Este instrumento, conocido como “manos de hierro”, retomaba la idea de Palfyn 230 años después. Se trataba de un dispositivo no articulado, no fenestrado, en el cual los puntos de apoyo eran los tejidos del canal del parto y no el cráneo fetal. Con esta invención, E. Thierry buscaba reemplazar los instrumentos de la antigua escuela anglosajona con un utensilio paralelo y recto.

México ha realizado aportaciones al desarrollo del parto instrumentado. En 1974 se crearon el fórceps divergente de Salinas y en 1988 el fórceps Salas (ver figura 7). Entre las cualidades de ambos fórceps destacan las siguientes: 1. son más livianos, lo cual genera menor traumatismo fetal; 2. ejercen mayor tracción soportable por el feto; 3. su diseño no fenestrado evita las “marcas del fórceps”. Además, los fórceps de Salas ejercen una tracción axial con una sola mano gracias a su mango tractor, por lo que no requiere mayor tracción. Estos dos han sido los últimos modelos de fórceps y gracias a sus destacadas cualidades, siguen siendo ampliamente utilizados en nuestro país hasta el día de hoy.

El fórceps, un instrumento vigente

La historia del parto instrumentado es muy antigua, ya que tiene sus orígenes en las civilizaciones egipcias y romanas. Sin embargo, los fórceps se encuentran vigentes en el arte de la obstetricia. Gracias a la invención del fórceps, por la familia Chamberlen, se han salvado millones de vidas alrededor del mundo. Esta herramienta es sumamente preciada ya que dio paso al desarrollo de otras, como las espátulas de Thierry y el Vacuum Extractor.

A mediados del siglo pasado aumentaron las demandas médicas por mala praxis alrededor del mundo en el uso de este tipo de instrumentos durante el parto, debido a lesiones menores que, si



Figura 6. Espátulas de Thierry.
https://www.chospab.es/miradorclinico/index.php?option=com_content&view=article&id=537%3Aespatulas&catid=333%3Aaparato&Itemid=389&lang=es

bien se resuelven espontáneamente, pueden generar equimosis, erosiones y marcas en la piel. Por este motivo, disminuyó la enseñanza sobre el parto instrumentado. Afortunadamente, en la última década se ha experimentado un fuerte incremento en el empleo y enseñanza de estas herramientas, ya que han demostrado ser grandes aliadas durante partos difíciles. Por ello, se debe seguir promoviendo entre los futuros ginecoobstetras. Sin duda, la invención del fórceps tiene un lugar muy especial en la historia de la obstetricia y la medicina porque ha dado lugar a nuevos dispositivos que permiten la resolución exitosa de situaciones complicadas en la sala de expulsión.

Lecturas recomendadas

- Álvarez Sánchez, A. Z., Lugo Sánchez, A. M., y Álvarez Ponce, V. A. (2019). Experiencias adquiridas por los residentes de Ginecología y Obstetricia en la instrumentación obstétrica del parto. *Educación Médica Superior*, 33(1). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412019000100004&lang=es
- Lattus Olmos, J. (2008). El fórceps, su exótica e interesante historia. *Revista Obstetricia y Ginecología Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tinsé Brousse*, 3(2), 155–168. http://www.revistaobgin.cl/files/pdf/2008_vol3_2_155a1680.pdf
- Manuel, L., Cecilia, M., & Rodrigo, M. (2014). Reseña histórica e hitos de la obstetricia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(6). 866–873.

Sugerencia de citación:

- Sanabria-Santiago, L., Sanabria-Villegas, L. C. & Almanza-Mackintoy, A. (2023). La fascinante historia del parto con fórceps. *Medicina y Cultura*, 1(2), mc23a-23. <https://doi.org/10.22201/fm.medicinaycultura.2023.1.2.23>



Figura 7. Fórceps Salinas, la gran aportación mexicana en la historia del parto instrumentado. Actualmente, continúan siendo ampliamente utilizados.
<https://www.forcepsalinas.com.mx/forceps/>

- Merl, T., Medical, B., Centre, H., Healthcare, R., Medical, B., Centre, H., Hospital, R. B., & Service, N. H. (2010). *Obstetric Forceps*. 1–11.
- Rose, K., Kwan, L., Pluym, I. D., Zhang, H., Han, C. S., & Afshar, Y. (2021). Forceps-assisted vaginal delivery: the landscape of obstetrics and gynecology resident training. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 34(18). 3039–3045. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1677593>
- Sereno-Coló, J. A., Fernández-del Castillo, C., Salas-Ceniceros, S., Rodríguez-Argüelles, J., & Espinosa-de los Reyes, V. M. (1997). Uso del fórceps en la obstetricia moderna. *Gaceta Médica de México*, 133(5). 413–430.
- Shakarami, A., Mirghafourvand, M., Abdolalipour, S., Jafarabadi, M. A., & Iravani, M. (2021). How do pregnant women's perceptions of obstetric forceps change according to their demographic background: a cross sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04114-8>
- Sotero, G., Sosa, C., Laborde, A., Domínguez, Á., & Cuadro, J. (2002). Parto instrumental en la Obstetricia Moderna. Experiencia y Revisión Sistemática. *Ginecol Obstet Perú*, 48(2). 111–117.
- Young, R. L. (2011). Obstetrical Forceps : History, Mystery, and Morality. *Houston History of Medicine Lectures*. 13.

¿Qué es el conducto cervical estrecho? Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento

2023 Vol. 1 No. 2

<https://doi.org/10.22201/fm.medicinaycultura.2023.1.2.24>

Juan Carlos Gómez Ríos
Alejandro Reyes Sánchez
Carla Lisette García Ramos
David Eduardo Ayala Guardaño
Fernanda Ramírez Perea

Introducción

El conducto cervical estrecho (CcE) es una enfermedad caracterizada por la aparición de síntomas en los brazos como dolor, debilidad, y /o entumecimiento debido a la compresión de las raíces nerviosas o de la médula espinal. El término “espondilosis” define la presencia de características degenerativas, consistentes en el desgaste de las vértebras involucradas en el proceso de estrechamiento del conducto espinal cervical, por lo que se considera uno de los factores desencadenantes más importantes del CcE. En la espondilosis cervical degenerativa, la radiculopatía y mielopatía, que son las afecciones de las raíces nerviosas y la médula espinal, tienen un origen y manifestaciones clínicas diferentes. La espondilosis cervical es una lesión relacionada con la edad e incluso la edad se define como un factor de riesgo no modificable para la aparición de esta condición. Sin embargo, estudios recientes concluyen que la tendencia de la afectación se inclina hacia los jóvenes y adultos. A medida que las personas envejecen, pueden presentar cambios degenerativos en las radiografías, como el deterioro de los componentes óseos y de cartílago, pero no todos estos cambios producirán síntomas y los pacientes que sí los presentan incluso pueden mejorar sin tratamiento quirúrgico. De acuerdo con lo reportado en la literatura médica internacional, aproximadamente 80 a 90% de las personas con 50 años tendrán evidencia de degeneración discal en imágenes de resonancia magnética (IRM).

Palabras clave: estenosis espinal, enfermedad degenerativa cervical, espondilosis, radiculopatía, mielopatía, revisión de la literatura

Medicina y Cultura

Debido a la compresión de la raíz nerviosa que provoca el conducto cervical estrecho, los pacientes suelen presentar radiculopatía cervical, que se refiere a la sensación de adormecimiento, hormigueo, dolor de tipo ardoroso (parestias, disestesias) y debilidad muscular en los brazos, que suelen seguir el curso de un área donde un nervio ejerce su función. Por otro lado, la mielopatía es un padecimiento menos frecuente, pero de peor presentación y pronóstico, habitualmente crónico, generalizado y con afección importante en la funcionalidad y la calidad de vida. Puede causar la pérdida de destreza y alterar la marcha y el equilibrio. Las complicaciones graves, como la incontinencia urinaria o fecal, son el resultado de la compresión de la médula espinal en cualquier nivel. La cirugía es un tema controvertido y puede ser indicada en pacientes con disfunción neurológica importante o con inestabilidad progresiva.

En México, la enfermedad degenerativa de la columna cervical predomina en el sexo femenino, y el rango de edad en el que se presenta es de 46 a 55 años, siendo más frecuente en la población menor de 50 años y menos habitual en pacientes mayores de 60 años. El nivel cervical C5-C6 se reporta como el que tiene más alteraciones, y en segundo lugar el C4-C5. Ambos representan 70% de todos los niveles afectados.

Factores de riesgo

La estrechez del conducto raquídeo desde el nacimiento, los traumatismos significativos y ciertos tipos de deportes de contacto físico son factores que se asocian con progresión de la enfermedad. Las lesiones sintomáticas o asintomáticas son otro factor de riesgo asociado a un estado de inflamación persistente que ocasiona daño directo a los mecanismos de formación y destrucción del hueso. Se ha sugerido que incluso los eventos traumáticos menores, que conducen a movimientos significativos de la cabeza y el cuello, pueden precipitar el deterioro neurológico en los pacientes con degeneración de la columna cervical,

aunque no presenten ningún síntoma. La etnia, el peso y la ocupación del paciente no se han asociado como factores de riesgo.

En múltiples estudios, el sexo femenino no se encontró como factor de riesgo, pero se ha reportado que el diámetro del conducto medular es menor en mujeres y adultos mayores.

Mecanismos de formación

Los cambios degenerativos asociados con la edad, relacionados con las estructuras que comprenden a la columna cervical y que contribuyen a la lesión de las raíces nerviosas y la compresión de la médula espinal, son los siguientes:

1. El compromiso de los ligamentos, que incluye hipertrofia (crecimiento excesivo) y calcificación-osisificación (normalmente estas estructuras no se calcifican);
2. Alteraciones en la alineación de la

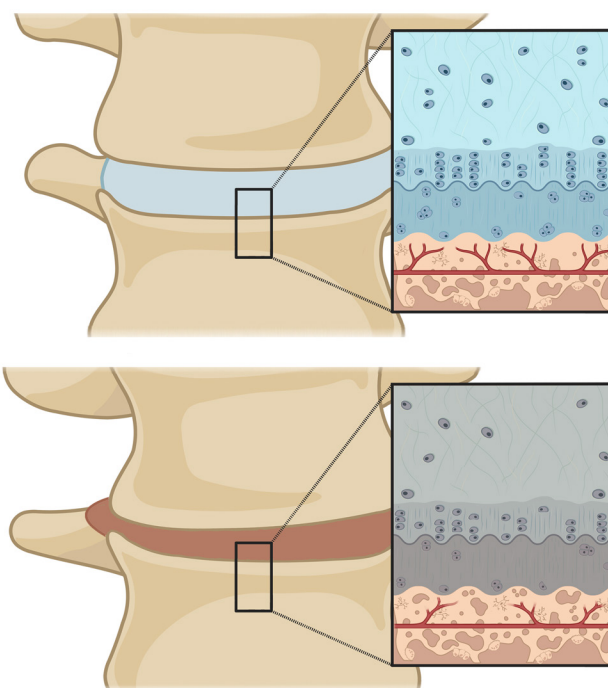


Figura 1. La disminución en el intercambio de oxígeno y nutrientes afecta al condrocito y a las células similares al cartílago de la sustancia gelatinosa y fomenta un proceso degenerativo con pérdida de morfología y funcionalidad (disminución de la altura axial debido a la pérdida de propiedades elásticas, fragilidad y ruptura del anillo fibroso, exteriorización de la sustancia del núcleo pulposo y hernia).

Ilustrada por Fernanda Ramírez Perea, 2023.

Conducto cervical estrecho

columna cervical; 3. La reducción del diámetro del conducto espinal cervical, situación crucial que impide el funcionamiento normal de la médula espinal; y, 4. La desnutrición de los discos intervertebrales, lo cual favorece la formación de una hernia discal.

Los discos intervertebrales son estructuras que brindan sostén a la columna vertebral y amortiguan el impacto que generan los movimientos del día a día. Son estructuras anatómicas que no cuentan con aporte sanguíneo y se nutren por difusión a través de pequeños vasos que alimentan a las vértebras adyacentes, principalmente. Por ello, el aumento de la carga mecánica en la columna reduce aún más el proceso de intercambio de oxígeno y nutrientes, dañando así las estructuras que mantienen el

disco en su lugar (ver figura IIA). Este aumento de requerimientos físicos en el núcleo pulposo del disco (que asemeja a una gelatina), provoca que se debilite el anillo fibroso, cuya finalidad es contener al núcleo pulposo en su sitio. Este debilitamiento deriva en la fisuración del anillo y la subsiguiente salida del núcleo (herniación) hacia el conducto medular y la compresión de la médula espinal o la raíz nerviosa (ver figura IIB). Así, la compresión directa de la médula y/o raíces nerviosas es la principal causa de los síntomas de esta enfermedad.

Además, la formación de osteofitos (tejido óseo en sitios no anatómicos) en el cuerpo de las vértebras añade una mayor compresión en la médula espinal y desencadena síntomas de mielopatía. La misma situación puede ocurrir alrededor del orificio por el

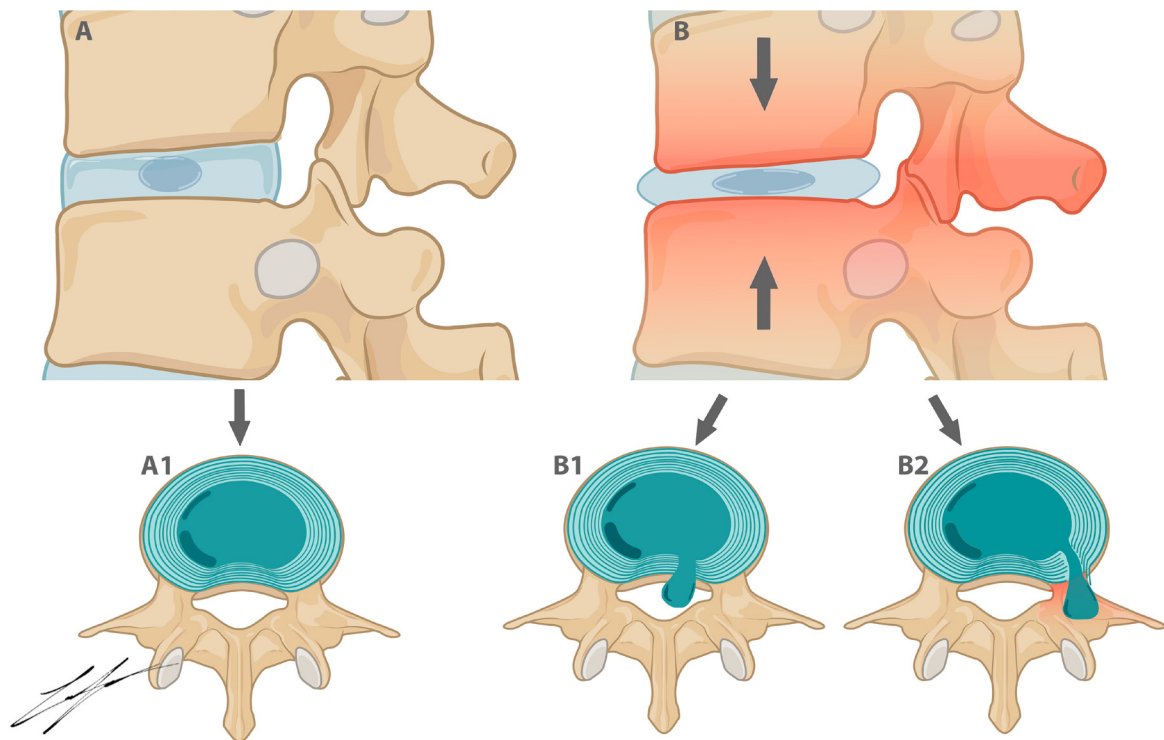


Figura II. (A) Vista lateral de las estructuras vertebrales. Un disco intervertebral saludable sin abultamiento o desplazamiento de las estructuras. (B) Vista lateral del espacio intervertebral con disminución de la distancia en el eje axial debido a la compresión del disco intervertebral, produciendo un aumento en su diámetro anteroposterior, estrechando el espacio foraminal y/o el conducto espinal. (B1) Presencia de un disco herniado en el conducto medular, pueden estar presentes signos de mielopatía. (B2) Núcleo pulposo y fibras del anillo hacia el foramen, causando signos clínicos de radiculopatía.

Ilustrada por Juan Carlos Gómez Ríos, 2023.

que las raíces nerviosas salen del conducto medular (agujero intervertebral) y se dirigen hacia distintas partes del cuerpo, lo cual provoca la reducción de dichos conductos y se manifiesta como dolor y/o parálisis por la compresión de los nervios.

También puede darse un proceso degenerativo de las articulaciones que existen entre las vértebras, con o sin degeneración del disco intervertebral. El estrechamiento del agujero intervertebral y la reducción de la movilidad del cuello provocan dolor. Las articulaciones vertebrales y los discos intervertebrales contienen fibras nerviosas que son responsables del dolor, a través de las sustancias conocidas como neurotransmisores, que envían información al sistema nervioso central acerca del dolor. En determinadas circunstancias, como la inflamación, los estímulos mecánicos generan una respuesta amplificada denominada sensibilización periférica. Se ha demostrado que algunos receptores sensitivos se activan ante la presión mecánica y pueden volverse más sensibles a los estímulos en las articulaciones inflamadas.

La activación de los mecanorreceptores (estructuras microscópicas que detectan presión, vibración, tacto y temperatura) en la enfermedad del disco intervertebral en la región cervical, causada por la inflamación y la atrofia muscular, también se incrementa. Ello provoca la producción de señales erróneas, las cuales aumentan la actividad de los músculos del cuello, generando así tensión muscular y cambios en las vías de señalización del dolor. En diversos estudios internacionales se encuentra descrito que existe un patrón cíclico donde el desequilibrio de estas señales nerviosas produce contracturas y espasmos de los músculos cervicales y contribuye a la presencia de dolor de cuello, además de colaborar en la atrofia muscular por un desbalance de la fuerza muscular, poniendo en riesgo las articulaciones en caso de golpes o lesiones.

Síntomas

El espectro es tan amplio que puede ir desde una forma relativamente benigna hasta un deterioro neurológico grave e incapacitante sin signos de mejoría. Hasta 75% de los pacientes sufre un deterioro irreversible. La compresión de una o varias localizaciones de la médula espinal definirá la sintomatología neurológica

y dará lugar a diversos grados variables de afectación.

La radiculopatía cervical es la manifestación clínica más frecuente en esta patología. Se caracteriza por síntomas de tipo mecánico con irradiación a hombros, cabeza, tórax o espalda. También involucra hormigueo, dolor de cabeza, entumecimiento o debilidad.

La afectación degenerativa de la médula espinal es menos común, pero confiere una peor presentación clínica y un pronóstico desfavorable, siendo la causa más habitual de parálisis no asociadas a lesiones. La presentación de síntomas va desde leves o atípicos, como pérdida del equilibrio y mareos, hasta los más severos, que incluyen parálisis de las extremidades inferiores e incontinencia urinaria y/o fecal.

Ante la presencia de alguno de estos síntomas es importante consultar a un médico especialista en ortopedia o cirugía de columna para su valoración.

Estudios de imagen

Los estudios de imagen permiten el diagnóstico preciso de la enfermedad y orientan al médico para decidir el tratamiento de la radiculopatía cervical. Inicialmente, estos pacientes son elegidos para un estudio radiográfico, que es una evaluación económica y de fácil acceso. Las radiografías se pueden ordenar fácilmente y guían el diagnóstico. Las proyecciones dinámicas o estáticas pueden mostrar signos de inestabilidad, limitación del movimiento o fusión de los segmentos cervicales adyacentes.

Los datos sugestivos de mielopatía deben evaluarse con resonancia magnética (RM), ya que es un estudio ideal para observar todas las estructuras con mayor precisión, incluyendo el diámetro del conducto espinal, la médula espinal, el disco intervertebral y los tejidos blandos vertebrales.

Tratamiento

Existen numerosos procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos disponibles, pero la controversia sobre el tratamiento óptimo obliga a individualizar cada caso. El objetivo principal de la cirugía es aumentar el diámetro del conducto espinal, aliviando la presión sobre la médula espinal o las raíces nerviosas mediante diversas técnicas.

La mayoría de los pacientes con radiculopatía cervical mejora con un tratamiento conservador.

Conducto cervical estrecho

La decisión sobre el tratamiento quirúrgico para la descompresión nerviosa depende de la progresión del déficit neurológico y de la sintomatología. El tratamiento quirúrgico puede estar indicado en los pacientes con mielopatía grave, incapacitante, persistente o progresiva, y la decisión final debe establecerse por los síntomas, no por la edad ni los estudios de imagen.

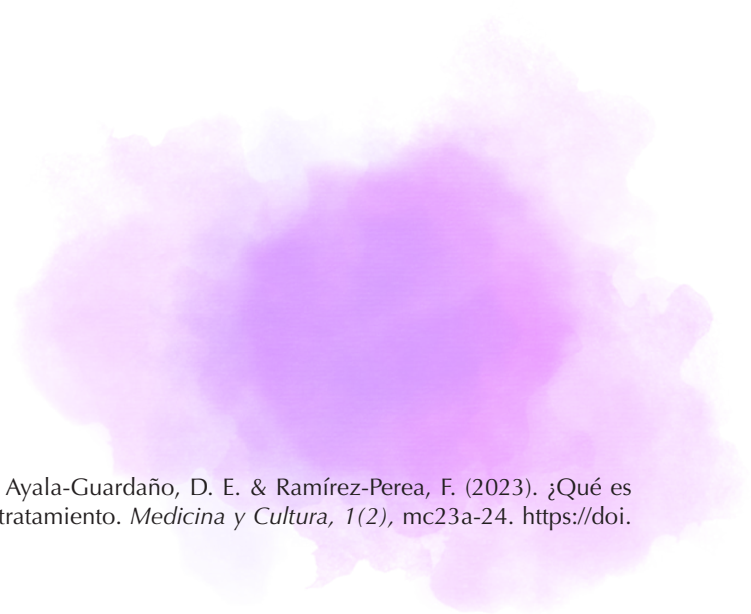
Los pacientes con síntomas autolimitados o leves se manejan de forma conservadora con analgésicos y fisioterapia. Es importante explicarles los síntomas asociados con la mielopatía, sugerirles que asistan a una reevaluación clínica y que se asesoren sobre las actividades de alto riesgo o impacto en la columna vertebral que pueden empeorar los síntomas y promover la progresión de la enfermedad.

Ante la aparición de síntomas de mielopatía en los pacientes que no mejoren con tratamiento conservador o cuyo cuadro empeore, se debe solicitar repetición de imagen y considerar la intervención quirúrgica para la descompresión de la médula espinal o del nervio.

El pronóstico depende de la severidad de la incapacidad funcional, la edad y la duración del déficit neurológico al momento de la cirugía, así como de la presencia de comorbilidades que también interfieren en un pronóstico menos favorable, como el sobrepeso.

Sugerencia de citación:

Gómez-Ríos, J. C., Reyes-Sánchez, A., García-Ramos, C. L., Ayala-Guardaño, D. E. & Ramírez-Perea, F. (2023). ¿Qué es el conducto cervical estrecho? Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. *Medicina y Cultura*, 1(2), mc23a-24. <https://doi.org/10.22201/fm.medicinaycultura.2023.1.2.24>



Doña Emilia Pardo Bazán: una feminista

2023 Vol. 1 No. 2

<https://doi.org/10.22201/fm.medicinaycultura.2023.1.2.25>

Manuel Ramiro Hernández



Emilia Pardo Bazán fue una escritora absolutamente disruptiva y revolucionaria para su época. Nació en Galicia en 1851, en el seno de una familia pudiente y culta. Desde muy pequeña fue procurada por su padre, quien fomentó sus estudios y lecturas, gracias a ello, pronto se convirtió en una adolescente culta que empezó a escribir y a expresarse con gran facilidad.

Emilia se casó muy joven, a los dieciséis años, con un estudiante de Derecho de diecinueve, también estudioso, lector y de familia acaudalada. Tuvieron tres hijos y después de unos años de unión matrimonial decidieron separarse de manera muy pacífica. Él siempre admiró el trabajo de su exesposa y se preocupó por su bienestar. Emilia completó su formación gracias a la participación de diversos instructores privados, toda vez que en las escuelas femeninas no podían obtener el tipo de formación que ella y su padre buscaban. Pronto empezó a publicar. Primero, en un periódico local publicaba crónicas sobre sus viajes con su marido y algunas veces con su padre; en 1876 publicó un ensayo sobre un intelectual local y en 1879 escribió su primera novela *Pascual López, autobiografía de un estudiante de medicina*. Así continuó con su extensa obra que abarca todos los géneros. Tuvo un enorme éxito como escritora, periodista, tertuliana y conferencista, lo que le permitía (independientemente de su buena condición económica heredada) vivir de su trabajo, algo muy poco frecuente entre los escritores de su época.

Ramiro Hernández M.

Su obra es muy vasta y diversa. *Los pazos de Ulloa* y su continuación, *Madre naturaleza*, son consideradas sus más destacadas novelas, pero muchas otras son excelentes. *La sirena negra* (1908) me parece una obra muy elaborada, que presenta a un personaje muy complejo al tiempo que describe situaciones sociales, geográficas y paisajísticas de Galicia.

Debido a que pertenece a la corriente naturalista, sus obras son muy detalladas. Mientras que aborda con amplitud, profundidad y precisión a sus personajes, también describe diversas situaciones. Una de ellas está relacionada con la medicina, las enfermedades y los enfermos, en especial se refiere a la tuberculosis y a la diabetes, a la cual llama una enfermedad nueva. La depresión y la angustia están presentes en muchos de sus personajes. En su obra, la neurosis, la angustia y la histeria aparecen como

enfermedades de las mujeres. Sin embargo, sus personajes tanto femeninos como masculinos sufren depresión. En sus historias se adivina el origen inicial de un sistema de asistencia médica, aunque sólo en las clases sociales y económicas elevadas. Existen varios libros respecto a este tema y uno magnífico es el de Asunción Domenech.

Destaco dos de sus obras entre aquellas que tienen un matiz absolutamente feminista, que difunden conductas y actitudes absolutamente inusitadas para su época. En *Insolación* (1889) plantea la posibilidad y la justificación de que una mujer desee a un hombre y tenga relaciones sexuales con él, sin necesidad de albergar sentimientos amorosos ni planes matrimoniales. Fue un bombazo que le valió la crítica de algunos seguidores y admiradores, como *Clarín*.



En su extraordinario cuento *El encaje roto*, doña Emilia imprime su feminismo más profundo, sumamente avanzado para su época, en la búsqueda de la igualdad de la mujer y su liberación de la égida masculina. Escrito en tercera persona, una amiga de una mujer, el personaje principal, narra que ésta iba a contraer matrimonio con un destacado miembro de una poderosa familia de la comunidad, mientras que ella pertenecía a otra familia igual. La narradora no pudo asistir a la boda, pero se enteró de que la novia, ya en el altar, no aceptó casarse. Cuenta que fue un gran escándalo, un suceso ampliamente comentado. La narradora no había visto a su amiga, hasta que coincidieron en un balneario y le preguntó por qué rechazó a su novio. Su amiga le relató que poco antes de partir hacia la iglesia, su futura suegra le pidió que en la ceremonia nupcial usara un chal que su madre había portado en su boda. La novia aceptó, pero mientras se lo ponía se rompió (seguramente por viejo). La futura suegra no le dio importancia y colocó un trozo del encaje del chal sobre el hombro de la novia, pero ella observó la profunda expresión de rabia en su futuro esposo. Por ello, camino al altar decidió no casarse con un hombre iracundo y probablemente violento. Aunque está escrito en 1897, señala la importancia y la responsabilidad de las mujeres en detectar, evitar y nunca tolerar las agresiones de la pareja. Las adolescentes y jóvenes de hoy deben leerlo para evitar los malos tratos desde el noviazgo.

Emilia Pardo Bazán fue una promotora de la participación de las mujeres en actividades culturales. Su ingreso a la Real Academia de la Lengua Española fue rechazado tres veces, seguramente por su condición de mujer revolucionaria, inquieta, innovadora y disruptiva, pero el tiempo se ha encargado de demostrar que todos los académicos que votaron en contra se equivocaron. Fue la primera mujer en ser admitida en el Ateneo Español y llegó

a presidirlo. Una vez dentro, se dedicó a promover el ingreso de muchas mujeres. Fue ministra de Cultura durante un breve lapso. Siempre encontraba el tiempo para diversificar sus actividades, y nunca dejó de escribir.

Emilia Pardo fue muy criticada por su vida personal. Una vez que se divorció, y sobre todo cuando falleció su exmarido, sostuvo sin recato muchos amoríos. El más sonado fue su largo romance con Benito Pérez Galdós, que pasó de ser una admiración profesional mutua a una larga relación que duró más de 20 años. Las *Cartas a Galdós* son una muestra de ello y al parecer, también existen cartas escritas por Galdós a doña Emilia, pero no se han publicado ya que los herederos de don Benito no lo han permitido. Algún día se publicarán. Las relaciones, los viajes, las participaciones académicas, políticas y sobre todo literarias de Emilia confirman que tenía tiempo para todo. Falleció en 1921 a los 69 años de edad, víctima de las complicaciones de su diabetes.

Lecturas recomendadas

- Domenech, A. (2000). *Medicina y enfermedad en las novelas de Emilia Pardo Bazán*. Centro Francisco Tomás y Valiente. UNED Alzira.
- Fernández, C. (2001). *Emilia Pardo Bazán*. Vidas literarias. Ediciones Omega.
- Pardo, E. (2005). *Cartas a Galdós*. Ediciones Turner.
- Pardo, E. (1902). El encaje roto (1897). *Obras completas*, Tomo XVI. Estudios tipográficos Idamor Moreno. 253-260.
- Pardo, E. (1902). "Insolación" (1889) y "Morriña" (Dos historias amorosas). En *Obras completas*, Tomo XVI. Estudios tipográficos Idamor Moreno. 7-186.

Sugerencia de citación:

Hernández, R. (2023). Doña Emilia Pardo Bazán: una feminista. *Medicina y Cultura*, 1(2), mc23a-25. <https://doi.org/10.22201/fm.medicinaycultura.2023.1.2.25>

Ópera: Donizetti y “la gran imitadora” a escena

2023 Vol. 1 No. 2

<https://doi.org/10.22201/fm.medicinaycultura.2023.1.2.26>

**José Fernando García Hernández,
Sara Edith Mireles Hernández**

<< ¿Estuvo usted ayer en la ópera?
Sí, *La Lucia*, estuvo soberbia >>
(Ana Karenina, León Tolstói)

La ópera es el género musical nacido en Florencia, Italia, en el siglo XVI, en las reuniones de un grupo de músicos, poetas e intelectuales conocido como Camerata Florentina que buscaba retomar el arte dramático de la antigua Grecia. Aunque hoy se sabe que el teatro griego no se interpretaba cantando, los eruditos de aquel tiempo pensaban que sí y por eso dieron origen al bel canto. Orfeo, de Monteverdi, la primera obra de este género, se presentó en 1607 en Mantua, Italia.

Si bien la ópera nos ha transmitido memorables historias, actuaciones e interpretaciones vocales, el motivo de este artículo es recordar a uno de los más grandes compositores del género, Domenico Gaetano María Donizetti, y a uno de sus personajes más icónicos, Lucia Ashton; y establecer los paralelismos que existieron entre ambos, debido a una enfermedad.

Gaetano Donizetti, como fue conocido en el mundo operístico, nació en 1797 en Bérgamo, al norte de Italia. Se destacó como compositor prolífico y fue



Figura 1. Aspecto interior actual del Teatro de San Carlos, Nápoles, Italia

Palabras clave: ópera, Donizetti, neurología, sífilis

autor de 75 óperas y operetas. Entre las más famosas se encuentran *El elixir del amor*, *Don Pasquale*, *La favorita*, *La hija del regimiento* y *Lucia di Lammermoor*. Esta última fue estrenada el 26 de septiembre de 1835, en el Teatro de San Carlos, en Nápoles, Italia (ver figura 1). Es una ópera emblemática del estilo *belcantista*. Históricamente se sitúa en el siglo XVII, en las montañas de Lammermoor en Escocia. La protagonista Lucia Ashton es obligada por su

hermano, Enrico, a casarse por razones políticas con Lord Arturo Bucklaw, a quien ella no ama. En el clímax de la historia, Lucia asesina a puñaladas a su prometido en la noche de bodas y después ingresa al salón de invitados, cubierta de sangre. Fluctuando entre la ternura, la alegría y el terror, recuerda sus encuentros con su verdadero amor, Edgardo, con el aria cumbre de la representación artística de esta obra: "Il dolce suono". Su hermano Enrico se enfurece



Figura 2. María Callas, <<la divina>>, interpretando a Lucia de Lammermoor, 1956. Ópera MET de Nueva York



Figura 3. Gaetano Donizetti a la derecha de la imagen, (afectado por la <<demencia parálitica>> como se conocía en ese momento a la neurosífilis) acompañado de su sobrino. Fotografía tomada en París el 3 de agosto de 1847. Museo Donizettiano, Bérgamo, Italia

Ópera: Donizetti y "la gran imitadora"

por la conducta de Lucia, pero pronto advierte que ella ha perdido la cordura. Tras un encuentro confuso y violento con su hermano, Lucia se derrumba (ver figura 2).

Mediante reportes, registrados de 2008 a 2009, neurocientíficos y neurólogos de Viena, Florencia y Nueva York concluyeron que los síntomas clínicos y hallazgos patológicos de su muerte eran compatibles con la neurosífilis. Es decir, que la transición de la protagonista de la razón hacia la locura podría ser una representación vívida y en primera persona del propio sufrimiento mental del autor. Gaetano Donizetti gozó de plena salud hasta los 28 años, pero a partir de esa edad comenzó a presentar fiebres de origen desconocido, cefaleas, crisis convulsivas, así como síntomas neuropsiquiátricos con depresión y alucinaciones. Fue atendido en Francia por 17 médicos y ninguno le proporcionó un diagnóstico certero. Incluso fue internado en el hospital de la Pitié-Salpêtrière (nosocomio icónico en la historia de la neurología). Finalmente regresó a Bérgamo, donde murió el 8 de abril de 1848 (ver figura 3).

Dada la evolución del padecimiento de Donizetti y los hallazgos patológicos de su autopsia, se concluyó que padeció neurosífilis, enfermedad de transmisión sexual con múltiples y variadas presentaciones clínicas (de ahí que también se le conozca en el argot médico como "la gran imitadora"), que en su forma tardía de presentación puede afectar las funciones mentales y provocar cambios de la personalidad y demencia (en aquel momento se trataba con mercurio).

Actualmente, el genio creativo de Donizetti sigue vigente, sus pensamientos y pasiones se impregnaron como pinceladas en sus personajes y sus obras continúan representándose y conmoviendo a quienes asisten a los magníficos teatros de ópera.

Lecturas recomendadas

- Lorusso, L., Franchini, A.F. y Porro, A. (2015). Opera and neuroscience. *Prog Brain Res*, 216, 389-409.
- Matthews, B.R. (2010). Bravo! Neurology at the opera. *Front Neurol Neurosci*, 27, 119-129.
- Sáenz, F. (2022). *Otra historia de la ópera*. Editorial Ma Non Troppo.
- Snowman, D. (2016). *La ópera: una historia social*. Editorial Siruela.

Sugerencia de citación:

García-Hernández, J. F. & Mireles-Hernández, S. E. (2023). Ópera: Donizetti y "la gran imitadora" a escena. *Medicina y Cultura*, 1(2), mc23a-26. <https://doi.org/10.22201/fm.medicinaycultura.2023.1.2.26>

Museos de la Medicina

2023 Vol. 1 No. 2

<https://doi.org/10.22201/fm.medicinaycultura.2023.1.2.27>

El número de marzo de 2023 de la publicación periódica titulada *Boletín de Humanidades Médicas*, publicado en la Universidad Nacional de Tucumán, Argentina, describe e ilustra varios museos de la Medicina en diversos países: Bélgica (Bruselas), Portugal (Lisboa), Argentina (Córdoba, Buenos Aires, Tucumán), España (Madrid), Países Bajos (Boherhaave), Japón (Tokio) Alemania (Berlín), Francia (París) y México (Ciudad de México).

La reseña de los contenidos de los museos y las fotografías que la ilustran se complementan con entrevistas de los directivos o los curadores. Se trata de un paseo fascinante que puntualiza los intereses de diferentes sociedades por distintos aspectos de la historia de la medicina.

En el Museo de la Medicina Mexicana, ubicado en el Palacio de Medicina de Santo Domingo en la Ciudad de México, se destacan la botica Esesarte, el patio central de lo que fue la Escuela de Medicina (después de ser la sede del tribunal de la Inquisición en la Nueva España), la sala de Anatomía y alguna de las muchas figuras de cera que ilustran enfermedades. Para comentar acerca de este recinto, se entrevistó a la maestra Nuria Galland, quien dirige y administra el palacio y el museo.

Vale la pena explorar este número del boletín, no solo por su calidad técnica y artística, y el testimonio sobre el interés por la historia de la Medicina expresado en la exhibición de sus respectivas galerías, sino también para identificar la afinidad de intereses entre el *Boletín de Humanidades Médicas* y nuestra revista, *Medicina y Cultura*.



Fotografía. Palacio de la Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, UNAM
Cortesía de Nuria Galland y Minerva D. Anguiano G.

Sugerencia de citación:

Museos de la Medicina. (2023). *Medicina y Cultura*, 1(2), mc23a-27.

<https://doi.org/10.22201/fm.medicinaycultura.2023.1.2.27>

Medicina y Cultura

Entrevista a Nicolás Echevarría

2023 Vol. 1 No. 2

<https://doi.org/10.22201/fm.medicinaycultura.2023.1.2.28>

Fernanda Solórzano

“El conocimiento no tiene fronteras políticas”

En su trabajo más reciente, *Doctor Fernando Ortiz Monasterio, retrato de un cirujano iconoclasta*, el reconocido documentalista Nicolás Echevarría revela distintas facetas del médico cuya osadía, altruismo y amor por el conocimiento pusieron a México en el mapa mundial de la cirugía reconstructiva. En la siguiente conversación, Echevarría comparte con el lector los orígenes y porqués de un tributo personal.

Tu obra más personal gira alrededor de la cosmogonía indígena de México: sus rituales y su arte. No parece haber un eslabón entre esos documentales y *Doctor Fernando Ortiz Monasterio, retrato de un cirujano iconoclasta*. ¿Cómo nació tu interés por este personaje atípico en tu filmografía?

Filmé mis primeras películas en 16 mm y en 35mm, e intentaba priorizar la imagen sobre las palabras. Pensaba que el hacer entrevistas implicaba “desperdiciar material”, es decir, celuloide, que era muy caro. Tampoco hacía entrevistas porque no quería narradores que “explicaran”, lo que estabas viendo en pantalla. Ni pretendía jugar el papel de antropólogo o de etnólogo, sino el de cineasta. Con el



advenimiento del video digital, cambiaron las cosas, dejé de preocuparme por ahorrar material y empecé a realizar entrevistas; me interesó incursionar en la personalidad, la sabiduría y la experiencia de vida de mis entrevistados. Mis series históricas sobre *La guerra de los Cristeros* (1997), *Maximiliano y Carlota* (2004), *El Memorial del 68* (2007) y *La Conquista de México* (2011) son un ejemplo. Mis trabajos para la televisión tomaron un giro diferente.

Al doctor Ortiz Monasterio lo conocí porque era amigo de sus hijos Patricia y Pablo. Fue en la época en la que estaba realizando *Judea, Semana Santa entre los Coras* (1974). A través de ellos, entré a la casa del doctor, un personaje de difícil acceso. Le gustaba rodearse de gente interesante y a veces pecaba un poco de soberbia. Me costó trabajo acercarme a él. Fue el tenis lo que hizo el milagro. Yo jugaba tenis con Pablo y una vez llegó el doctor a practicar con nosotros. En una ocasión, recibí una llamada suya para preguntarme si quería jugar con él, y eso se convirtió en una práctica que duró más de 25 años. Fue muy interesante para mí, más que por hacer ejercicio, por las conversaciones que teníamos en los descansos. Terminamos siendo buenos amigos. Platicar con él era un lujo, era un ser fuera de serie: libre, sabio, con criterio y cultura muy amplios. Cuando se retiró, le pedí que me concediera grabar unas entrevistas. Recurrí a Mariana Ochoa para que me ayudara —ella es codirectora de este documental—. Después de su muerte, intenté conseguir financiamiento para terminar el documental, pero no lo logré. Diez años después, con motivo de la inauguración de una sala de exposición dedicada a él en la Escuela Nacional de Medicina, la familia Ortiz Monasterio me apoyó para realizar una versión exhibible. Es una película muy austera y ortodoxa. Me interesaba retratar al hombre que yo admiraba, y que era mi amigo. Todas las ilustraciones e imágenes que aparecen en la película provienen de su archivo personal o de su computadora.

Aun así, varias veces me pareció ver tu sello como director. Por ejemplo, hiciste una división en segmentos que llevan el nombre de distintas técnicas quirúrgicas —con excepción del primero. Ese lo titulaste “Tagliacozzi” que es el apellido del cirujano boloñés del siglo XVI a quien se considera el padre de la cirugía plástica. El doctor cuenta que

tuvo un “encuentro” con él en uno de sus viajes a Italia. Lo narra con mucho humor, pero suena a una experiencia mística.

Y eso parece ser una contradicción porque, en el epílogo del documental él afirma que es 100% ateo. Uno puede juzgar esa experiencia como una especie de borrachera —él admite haberse tomado quien sabe cuántas botellas de vino...

Y también haber comido hongos alucinógenos... Quizá estoy forzando la asociación, pero la mención de una experiencia inducida por hongos es algo que remite a tus documentales previos.

Yo lo entiendo como una revelación, más que una alucinación. La revelación de que estaba destinado a seguir los pasos de Tagliacozzi, de ser cirujano plástico. Fue una decisión que le llevó mucho tiempo tomar. Empieza hablando de por qué se dedicó a ser médico: “en esos tiempos no existían muchas otras opciones”. Cuando habla de su paso por la Facultad de Medicina, describe sus deficiencias como estudiante y cómo eso lo llevó a realizar su posgrado en Estados Unidos. Fue hasta entonces que decidió su especialidad.

La primera secuencia muestra a una mujer de bajos recursos cargando a un bebé con malformaciones que ponen en riesgo su vida. Ella escucha al doctor Ortiz Monasterio y a su equipo hablar de las intervenciones quirúrgicas a las que habría que someterlo. La escena condensa mucho de lo que veremos después, pero también es muy dura y llena de asimetrías sociales. ¿Por qué la elegiste para abrir el documental?

No quería empezar con la frase: “Yo nací en tal lugar...”, sino mostrar alguna acción del doctor que definiera su profesión y despertara interés. Aunque es una pequeña introducción, describe un cirujano que, además de ser famoso por operar narices, senos y nalgas, invertía el dinero que ganaba en ayudar a personas con pocos recursos. Llevaba una especie de doble vida: en cierta manera era un aristócrata, pero tenía ese otro lado muy interesante, y que es el que más disfrutaba: reunir médicos de distintas especialidades que lo ayudaran a solucionar problemas gravísimos, para incursionar en campos de la cirugía que nadie había explorado en México. Ese fue otro de sus méritos y por eso cita a Marco Polo y a otros descubridores

que descubrieron para occidente mundos donde nadie había penetrado, con todos los riesgos que eso implica.

Como ya dijiste, eres un director al que no le gusta “explicar”. Por ejemplo, no traduces las conversaciones en lenguas indígenas que sostienen los personajes en tus documentales. En la escena mencionada de la mujer y los médicos, ellos se comunican usando una terminología incomprensible para la mayoría. Alguien que vio el documental conmigo dijo: “No hay una comunicación de los médicos hacia ella”. Uno pensaría que esto es angustiante, pero la imagen deja ver que la madre confía plenamente en ellos.

Y es que hablamos de casos casi perdidos. En mi película *Niño Fidencio, el taumaturgo de Espinazo* (1980), lo que puede ser interpretado como “fanatismo”, se trata más bien de comportamientos de personas que viven una grave crisis de salud, o que están al borde del desastre. Esto los lleva a hacer cosas que parecerían incomprensibles para nosotros. La “fe” se desborda en fanatismo. La fe ciega en la ciencia como último recurso te lleva a tener confianza total en tu doctor.

¿Qué criterio seguiste para incluir o dejar fuera una escena?

Dejé muchísimo material fuera. Filmé cuatro o cinco horas de entrevista que no tienen desperdicio. Uno de los retos, fue documentar en un tiempo limitado, la vida, los milagros y las nuevas aportaciones a la cirugía estética del cirujano. Yo no hubiera

hecho este documental si no estuviera convencido de que el doctor era un gran comunicador: ameno, inteligente y con gran sentido del humor; además de sus técnicas como cirujano, describe los instrumentos que inventó para realizar ese propósito, y cómo los puso al alcance de sus pacientes con pocos recursos. Sustituyó aparatos carísimos con fierros y tornillos que se compraban en las ferreterías, y usaba Kola Loka y pintura de uñas para marcar en los instrumentos donde los padres tenían que hacer ajustes durante los tratamientos que se seguían en casa.



Dr. Fernando Ortiz Monasterio. Por Nicole Holmes

Y de esa forma te transporta a las casas de las familias de los niños operados. A lo largo del documental siempre sientes que te habla de personas, no de “casos”.

Y era muy autocrítico. Sobre una de las operaciones dice: “Aquí no tomamos en cuenta el código genético. Teníamos que volver a operar porque lo que habíamos hecho no fue suficiente”. Esa autocrítica te hace pensar no solo en sus logros, sino en las personas cuyas operaciones no fueron exitosas y se convirtieron en mártires de la ciencia. El doctor tenía una sangre fría tremenda para experimentar nuevos métodos. ¿Te acuerdas del último capítulo de *Andréi*

Rublev, la película de Tarkovski? Aparecen unos funcionarios que llegan a encargar la construcción de una campana monumental y los recibe un joven que dice: “Mi padre, el constructor de las campanas ya murió, pero él me heredó la fórmula para realizar las campanas”. Los funcionarios aceptan el reto, pero le advierten: “Más vale que sepas la fórmula, porque va tu vida en garantía”. El joven pone manos a la obra: busca el lugar adecuado para la fundición,

contrata cientos de trabajadores. Después de meses de trabajo, llega la hora de probar la eficacia de la campana: el badajo comienza a moverse y antes de tocar la campana, esta ya vibra emitiendo un sonido maravilloso. El joven se arroja al suelo, y llora. El pintor Andréi Rublev le pregunta por qué llora si todo ha sido un éxito. “Porque mentí”, contesta el joven. “No conocía la fórmula, mi padre jamás me la heredó”. Hay algo que cuenta el doctor que me recuerda esa escena. Describe una operación especialmente arriesgada y cómo, al terminar, el neurocirujano lo felicita y le pregunta por qué nunca había publicado algo sobre el milagro que acababa de realizar. “Porque nunca lo había hecho”, le contestó el doctor.

¿Qué hace un documentalista responsable para evitar que una imagen genere morbo?

Vuelvo al ejemplo de *Niño Fidencio*. Busqué privilegiar la fe y la esperanza de las personas que acuden a Espinazo esperando un milagro, antes de definirlos como “fanáticos”. Pienso que con el documental sobre el doctor sucede lo mismo. Creo que contagia esa cuestión de “fe”, de confianza del paciente en su cirujano, la esperanza de la ciencia para curarse. Entre más grave el caso, más terrible nos parece la imagen. Pero también es mayor la recompensa. El doctor mismo lo dice: “Este pobre no podía salir ni a la calle [refiriéndose a alguien con una grave malformación], y ahora ya forma parte de un equipo de beisbol”. Siempre está presente la esperanza de que, por más difíciles que sean los casos, la intervención va a ser exitosa.

Cuando el documental se estrenó en la Escuela Nacional de Medicina, el comentario que más se escuchaba después de la proyección era que “ya no hay personas como Ortiz Monasterio”, refiriéndose a que integraba a su profesión todos sus intereses, experiencias y curiosidad del mundo. ¿Lo atribuyes a un asunto de temperamento o a que actualmente no se les da a los científicos los recursos necesarios para expandir sus universos?

Estamos viviendo una crisis que tiene mucho que ver con eso. Por ejemplo, la crisis de reducir apoyos a la ciencia y suspender becas para estudiar en el extranjero. La película empieza con el doctor enriqueciendo su formación en los Estados Unidos. Él mismo dice: “Yo no hubiera nunca aprendido a escribir sobre mis proyectos en un lenguaje científico si no lo hubiera aprendido allá”. Si no se apoya a la educación, a la ciencia, a las universidades para facilitar becas al extranjero, ya no va a haber Ortiz Monasterios. Es imposible que alguien pueda desarrollarse como lo hizo él si no hubiera tenido contacto con los doctores que en esa época eran los mejores del mundo. Él aprendió y operó con ellos, pero también, con el tiempo, sus profesores vinieron a México para operar y aprender de él. El caso más sonado es el de Paul Tessier, especialista en cirugía craneofacial. Ortiz Monasterio primero aprendió de él, y luego Tessier vino a México a aprender de quien fue su alumno. Ese intercambio es fundamental para la ciencia. Estoy totalmente en desacuerdo con eso que llaman “ciencia nacionalista”. El conocimiento no tiene fronteras políticas, y creo que es muy importante, como nunca antes, apoyar a la ciencia y a la cultura en este país.

Sugerencia de citación:

Solórzano, F. (2023). Entrevista a Nicolás Echevarría: “El conocimiento no tiene fronteras políticas”. *Medicina y Cultura*, 1(2), mc23a-28. <https://doi.org/10.22201/fm.medicinaycultura.2023.1.2.28>

El fantasma de la medicina

2023 Vol. 1 No. 2

<https://doi.org/10.22201/fm.medicinaycultura.2023.1.2.29>

Jesús Ramírez Bermúdez
Teresita Corona Vázquez

*Palinuro nació bajo el signo de la desmesura:
todo en él es hipérbole, exceso, colmo y demasía.*

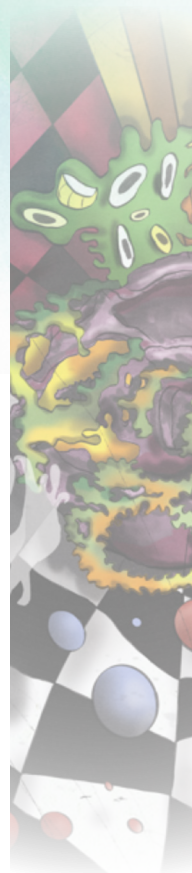
Fernando del Paso

PALINURO DE MÉXICO

Analizar la relación entre *Palinuro de México* y la Medicina es un motivo de interés y alegría, incluso tras el duelo por la muerte de Fernando del Paso, porque la novela significa el triunfo de la literatura sobre el desencanto y la apatía. Si los alcances literarios de *José Trigo* y *Noticias del imperio* son indiscutibles, *Palinuro* es una lectura especialmente significativa para quienes nos dedicamos a la Medicina. Al leer esa primera frase de la novela, según la cual el fantasma de la Medicina acompañó siempre a Palinuro, muchos de nosotros no sabíamos que entregaríamos nuestras vidas a esta disciplina.

La literatura nos da una visión simbólica, pero certera, acerca del lugar de la Medicina en el mundo contemporáneo, y así sucede en el territorio de nuestro país, México. Más allá de los casos reales de médicos escritores, como Mariano Azuela o Elías Nandino, la Medicina aparece con toda su fuerza metafórica en la obra de Fernando del Paso. La ciencia médica es una manera de explorar las posibilidades de lo real en *El disparo de Argón*, de Juan Villoro. Esas claves nos muestran la posibilidad de construir una Medicina dispuesta a realizar una alianza íntima con la literatura, que se hace imprescindible para quienes se van a dedicar a este binomio ciencia-humanismo.

Fernando del Paso, un pesimista con sentido del humor, ateo, obsesionado por el lenguaje y la historia, aficionado a la astrofísica, la zoología y la arquitectura, declaró en forma repetida su amor por la Medicina. Es bien sabido que antes de estudiar la carrera de Economía,



deseaba estudiar en la Escuela Militar de Medicina, una de las más prestigiadas de su época y en ese, como en muchos otros sentidos, *Palinuro de México* puede concebirse como un ejercicio de introspección para el conocimiento de la personalidad, un taller creativo dispuesto para generar transformaciones de la persona, como lo es, en cierta forma, toda narrativa de ficción. Todos sabemos que Palinuro es un estudiante de Medicina durante el movimiento estudiantil de 1968. Pero más allá de la dimensión política del libro, que ha sido motivo de múltiples lecturas, me parece también que el afecto personal del escritor hacia la historia de la Medicina, tan cercana a su talento barroco y erudito, es el origen de una investigación fecunda sobre la relación entre el cuerpo y las palabras. La anatomía, entendida como el análisis de la estructura corporal, requiere el recurso lingüístico, la infinita variedad de palabras para generar representaciones estables y formatos adecuados para la semántica. El acto de nombrar, que emparenta la literatura con tradiciones tan diversas como la cábala, la astronomía, la geografía y la química, encuentra en la anatomopatología un caso especial: en el mundo clínico se forma una articulación epistemológica entre los conocimientos adquiridos mediante la visión y el tacto, y la capacidad del lenguaje para estabilizar y formar conceptos, incluyendo los que son relevantes para entender la relación entre el médico y su paciente. Al abrir algunos cadáveres —como dijo Michel Foucault en *El nacimiento de la clínica*— los objetos y tejidos previamente ocultos deben nombrarse con el recurso de la analogía, que emparenta a la poesía con la anatomía humana. El cingulo, el tálamo, el

hipocampo, la amígdala, el cuerpo caloso, son algunas palabras de anatomía del sistema nervioso. El análisis de estas palabras muestra el sentido figurado de los términos. Las metáforas sirven como auxiliares para la conceptualización científica.

En el punto de convergencia entre la descripción y la conceptualización anatómica, mediante el recurso del lenguaje aparece la proliferación literaria descomunal de Fernando del Paso. Al inicio de la novela, en el capítulo titulado “La gran ilusión”, Palinuro revela a través del tío Esteban claves pictóricas de su relación con la historia de la Medicina. Dice Palinuro: “Fueron tantas... Las ilustraciones y las láminas que pasaron por sus manos, desde las danzas de la muerte de Holbein de Basilea que inspiraron a Saint-Saëns y a Glazunov, hasta los Apestandos de Jaffa del Barón Gros, pasando por todos los estropeados de El Bosco, los dentistas de Van Ostade, los poseídos de Van Noort, los barberos cirujanos de Teniers, los pestíferos de Poussin, los leprosos de Hans Burgkmair, los ciegos de Brueghel y los tiñosos de Giovanni della Robbia, que el tío Esteban... llegó a pensar y a actuar como un médico de verdad”.

El elemento autobiográfico, sublimado mediante los recursos literarios, es mostrado por el autor en un acto de honestidad intelectual, como en aquella frase que hemos escuchado en alguna cinta de Almodóvar: uno es más auténtico mientras más se parece a lo que quiere ser. “Yo no participé en el movimiento de 1968, pero para mí fue muy fuerte. Yo no era un estudiante, tenía ya más de 30 años, pero Palinuro sí podía estar ahí y así lo decidió: muere inmolado en el



El fantasma de la medicina

Zócalo. Lo que yo decidí fue el lugar de su muerte”, ha dicho Fernando del Paso. El desdoblamiento de identidades, dado por Palinuro y el tío Esteban, permite la exploración de aficiones indecentes, obscenidades, formas interminables de degradación de las buenas costumbres, pero Del Paso fabrica una celebración donde caben por igual las glorias y las miserias del cuerpo, como diría Francisco González Crussí. Al hablar del amor por la Medicina y del asco de Estefanía por las secreciones y los líquidos corporales, dice Palinuro: “Y tampoco, comiendo o no, se le podía hablar de saliva, materias fecales o líquidos cefalorraquídeos, sin que le dieran náuseas. Esto comenzó a suceder desde que el tío Esteban contó la historia de cómo se pelaban los huesos, y en vista de que ocurrió varias veces, el tío Esteban, resignado, le dijo que ya no volvería a hablar de Medicina —ni de nada que se le pareciera— delante de ella. Estefanía lloró y le preguntó al tío Esteban por qué la castigaba, que ella quería ser doctora y que cuando fuera grande ya no sentiría asco”. Más allá de las emociones básicas descritas por Charles Darwin, el autor explora la experiencia subjetiva donde el contraste entre la fascinación y la vergüenza revela paisajes emocionales inéditos.

Mediante la realización de un espíritu lúdico, Del Paso logra construir una reinterpretación del cuerpo humano, marcada por la tensión dinámica entre el placer de los sentidos y la descomposición de la materialidad humana. Los relatos sobre la flatulencia y otros pormenores del cuerpo se multiplican y combinan con la enumeración de acontecimientos literarios en el terreno amoroso: “Un día la besé en francés. Ella se limitó a bostezar en sueco. Yo la odié un poco en inglés y le hice un ademán obsceno en italiano. Ella fue al baño y dio un portazo en ruso. Cuando salió, yo le guiñé un ojo en chino y ella me sacó la lengua en sánscrito. Acabamos haciendo el amor en esperanto”.

Dice Gaston Bachelard, en *La poética del espacio*, que “la imagen poética nos sitúa en el origen del ser hablante”. La poesía, dice, “pone al lenguaje en estado de emergencia”. Mediante un inmenso juego

literario, es posible decir que Fernando del Paso ha construido una sorprendente poesía de la Medicina, capaz de poner al lenguaje médico en estado de emergencia y de crear pactos entre la materialidad del cuerpo humano y la literatura; ese territorio cargado de reflexiones, ecos, monólogos interiores, sensaciones estremecedoras y de un clima verbal que no puede traducirse a otro medio expresivo. Se trata de un espacio donde cada libro establece sus reglas del juego. En el caso de *Palinuro de México*, sus reglas tienen el poder de penetración suficiente para ponernos en marcha, con otros agentes de la ficción, por el camino que conduce a la Medicina: la vocación que Fernando del Paso realizó en clave narrativa y que podemos aceptar como propia gracias al juego literario que da sentido a la materialidad descompuesta.



Sugerencia de citación:

Ramírez-Bermúdez, J. & Corona-Vázquez, T. (2023). El fantasma de la Medicina. *Medicina y Cultura*, 1(2), mc23a-29. <https://doi.org/10.22201/fm.medicinaycultura.2023.1.2.29>

Medicina y Cultura

Directorio

Vol. 1 No. 2, mc23a.

<https://doi.org/10.22201/fm.medicinaycultura.2023.1.2>

Universidad Nacional Autónoma de México

Dr. Enrique Luis Graue Wiechers
Rector

Dr. Leonardo Lomelí Vanegas
Secretario general

Facultad de Medicina

Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci
Director

División de Estudios de Posgrado

Dra. Teresita Corona Vázquez
Jefa de la División

Dr. Rogelio Chavolla Magaña
Secretario académico

Dr. Gerhard Heinze Martin
Jefe de la Subdivisión de
Especializaciones Médicas

Dr. Javier Santacruz Varela
Jefe de la Subdivisión de Medicina
Familiar

Dr. Julio Cacho Salazar
Jefe de la Subdivisión de Graduados
y Educación Continua

Medicina y Cultura

Dra. Teresita Corona Vázquez
Directora

Dr. Alberto Lifshitz
Editor

Dra. Ana Laura Márquez Alonso
Coeditora

Mtra. Lilia Aurora Arévalo Ramírez
Editora técnica

DG David Cortés Álvarez
Diseñador

DG Fabiola Montserrat Pérez Rubio
Diseño web

Jeremy Monroy
Diseñadora e Ilustradora

Servicio Social

Marisol Guadalupe González Martínez
Diseño

Andrea Abigail Sánchez Rojas
Comunicación

Juan Sebastian Vazquez Reyes
Comunicación

Consejo editorial

Asunción Álvarez del Río

Elena Poniatowska Amor

Iván Trujillo Bolio

Jesús Ramírez Bermúdez

Juan Tonda Mazón

Martha Duhne Backhaus

Patricia Clark

Comité editorial

Alejandro Mohar Betancourt

Amanda de la Garza Mata

Ana Elena Limón Rojas

Ana Luisa Sosa Ortiz

Arturo Abundes Corona

Claudia Díaz Olavarrieta

Diana Vilar Compte

Enrique Ruelas Barajas

Enrique Wolpert Barraza

Fernanda Pérez Gay Juárez

Gina Sabludovsky Kuper

Guillermo García Delgado

Gustavo C. Román

Herlinda Dabah Mustri

Iris Martínez Juárez

Iván Restrepo

José de Jesús Orozco Henríquez

Larisa Enríquez Vázquez

Luz María Castañeda de León

María del Carmen García Peña

Mario Luis Fuentes Alcalá

Michele Brêda Yepes

Nayeli García Sánchez

Nimbe Torres y Torres

Oliva López Arellano

Ricardo Colin Piana

Rosa María Wong Chew

Rosaura Ruiz Gutiérrez

Vicente Quirarte Castañeda



Facultad de Medicina



División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina, UNAM



Medicina y Cultura, Año: 1 Número 2, septiembre 2023. Publicación semestral de acceso abierto, editada por la Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad Universitaria, alcaldía Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México, a través de la División de Estudios de Posgrado de la Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado, edificio G, segundo nivel, Circuito de Posgrados, Centro Cultural Universitario, Ciudad Universitaria, alcaldía Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México. Teléfono: 5556220774, correo electrónico: comunicacion@fmposgrado.unam.mx. Para consultarse en internet: <https://www.revistamedicinaycultura.fmposgrado.unam.mx/> DOI: <https://doi.org/10.22201/fm.medicinaycultura>. Editor responsable: Dr. Alberto Lifshitz. Número de certificado de reserva de derechos al uso exclusivo del título: 04-2023-121911530900-102. ISSN: en trámite, ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor, Certificado de licitud de título: en trámite. Certificado de licitud de contenido: en trámite, otorgado por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación. El contenido de los artículos es responsabilidad de los autores(as) y no refleja el punto de vista del editor de la revista ni de la UNAM. Se autoriza cualquier reproducción parcial o total de los contenidos de la publicación, siempre y cuando sea sin fines de lucro o para usos estrictamente académicos, citando invariablemente la fuente sin alteración del contenido y dando los créditos autorales. Para otro tipo de reproducción comunicarse con la maestra Lilia Arévalo Ramírez 55 56 23 72 74. Medicina y Cultura no cobra aportaciones a sus autores(as) para publicarse.

Índice de ilustraciones

1



Portada Volumen 1 No. 2
Jeremy Monroy

7



Ojo clínico: cuando la
literatura enseña neurociencia
Jeremy Monroy

2



La cultura de la
enfermedad crónica
Jeremy Monroy

8



La salud también es mental
David Cortés Álvarez

3



La muerte y yo no somos
amigas
Jeremy Monroy

9



El "elíxir de amor"
y el efecto placebo
Jeremy Monroy

4



El bordado de Luz
Jeremy Monroy

10



Doña Emilia Pardo Bazán:
una feminista
Jeremy Monroy

5



El regreso de B
Jeremy Monroy

11



Enfermedad y espacio:
reflexiones arquitectónicas
sobre las epidemias
Jeremy Monroy

6



Dolocausto
David Cortés Álvarez



Facultad de Medicina



**División
de Estudios
de Posgrado**

Facultad de Medicina, UNAM