
Manuel Ramiro H.**Francisco González Crussí*****Remedios de antaño. Episodios de historia de la medicina***

Fondo de Cultura Económica

México, 2012

Un nuevo libro del Dr. González Crussí, escrito con el ingenio, sabiduría y con la impresionante facilidad literaria que siempre le caracterizan. Parece que está escrito originalmente en español y en un español espléndido.

De manera deliciosa y siempre con un retintín burlón nos habla de algunos de los remedios usados de manera ancestral, en algunos casos llevándolos hasta su práctica actual.

En la sección del cuerpo humano como medicamento, nos relata el uso del polvo de momia como recurso terapéutico, cómo se daban a su administración explicaciones fabulosas, de cómo llegó a abusarse de su prescripción, de tal manera que se propició la falsificación de las momias y las auténticas llegaron a tener precios estratosféricos, llama a esto la antropofagia como terapia, desarrolla y analiza el uso de otros recursos como la urinoterapia, que hasta hace no mucho aparecía en publicaciones como posibilidad terapéutica y termina con el trasplante de órganos y tejidos, como ejemplo actual de recurso terapéutico del cuerpo humano.

La sección en que trata el enema como recurso terapéutico es muy detallada y recorre cómo a lo largo del tiempo se ha utilizado siempre en un afán de limpieza y desintoxicación, nos relata cómo muy diversas culturas lo han

empleado de forma amplia y siempre con el pensamiento mágico de obtener soluciones a problemas muy diferentes. Nos explica cómo hasta la actualidad se emplea de forma muy amplia y no siempre justificada. Existen todavía en el vademécum actual enemas para uso terapéutico.

La sección de Triacas y Mitridiatos es sumamente interesante. Es un recurso ampliamente utilizado durante muchos años con el que se trataba de evitar los envenenamientos y las intoxicaciones, un método que intentaba crear una especie de sensibilización que las evitará, en una época en que los envenenamientos eran tan frecuentes, parecía un recurso indispensable. Ahora parece un desatino cómo eran fabricados, reuniendo una cantidad interminable de sustancias. Existen evidencias de cómo se realizaban y cómo se utilizaban y resulta increíble cómo se creía que pudieran ser útiles. Este remedio sí parece totalmente abandonado en la actualidad,

El capítulo de la sangría es el más amplio y detallado, como todo el libro cuenta con el más amplio apoyo histórico y bibliográfico y nos enteramos cómo la sangría llegó a utilizarse ante los más disímiles problemas, quizá lo que resulta más disparatado es su uso ante las hemorragias, aduciendo que la sangría evitaba la hemorragia. A pesar de que se diseñaron diversos artefactos para realizar la sangría, no parecen haberse desarrollado ni las habilidades ni los instrumentos para ser realmente exitosos en los deseos de sangrar a los enfermos; por ello se inició el uso de sanguijuelas y cómo el mercadeo de ellas llegó a condicionar montos extraordinarios y métodos realmente estrambóticos. Nos relata cómo una vez que algunos médicos empezaron a sospechar la inutilidad y lo nocivo de las sangrías siguió utilizándose desprestigiándose a los que se oponían a ello. Épocas oscuras de la terapéutica nos son relatadas con detalle en esta sección.

www.nietoeditores.com.mx

La quinina y su uso son tratadas en otra de las secciones, nos describe cómo se fue descubriendo su utilidad en el tratamiento del paludismo, aunque se utilizó, en general, para la fiebre. Es curioso cómo inicialmente se descubrió en el Perú y cómo se abandonó y luego regresó a América muchos años después una vez que se utilizó en Europa.

La última de las secciones es la de la electricidad. Es curioso cómo su posible aplicación terapéutica ayudó al descubrimiento y uso de la electricidad en otras áreas y termina describiendo cómo en la actualidad es un recurso perfectamente válido y probado

en el tratamiento de algunos trastornos del timo y en la depresión.

Se publica el libro en el Fondo de Cultura Económica y quizá con ello se consiga una distribución mayor de la obra; sin embargo, la edición es muy modesta, los valiosos grabados y figuras que contiene no son realmente destacados. Las publicaciones de la obra de González Crussí por la Universidad Veracruzana, la Universidad Autónoma Metropolitana y la Universidad Autónoma de Puebla a través de Verde halago, aunque con un tiraje menor (Remedios de antaño consta de 3,000 ejemplares) están hechas en ediciones mucho más cuidadosas.

Alberto Lifshitz

Germán Fajardo Dolci, Enrique Graue Wiechers, David Kershenobich, Pelayo Vilar Puig
Desarrollo de las especialidades médicas en México
 Secretaría de Salud, UNAM, Academia Nacional de Medicina

Editorial Alfil
 México, 2012

Este texto constituye una recopilación de los escritos que distinguidos especialistas y profesores aportaron en relación con su propia especialidad, atendiendo a una invitación de los editores-compiladores, vale decir de la Secretaría de Salud, la Academia Nacional de Medicina y la Universidad Nacional Autónoma de México, en la que se sugerían ciertos lineamientos. La edición de este libro es contemporánea con las reuniones de trabajo en las que los miembros de los comités académicos correspondientes y algunos invitados realizaron reflexiones colectivas en torno a su especialidad, de modo que reuniones y libro se nutrieron recíprocamente. Aunque en la invitación se señalaron algunas políticas, lo cierto es que los autores tuvieron libertad para diseñar sus escritos, con lo cual quedó un mosaico de enfoques, en el que se pueden identificar algunos factores comunes.

Todos los capítulos tienen un enfoque predominantemente histórico, una descripción del estado actual y una prospección más o menos condensada. Sin embargo,

algunos capítulos son breves y otros largos, algunos ilustrados y otros no, algunos se centran en los individuos y otros en los acontecimientos, algunos en los programas académicos y otros en los servicios, algunos rinden culto a las personas y otros a las ideas. En todo ello se refleja no tanto las características de las especialidades aludidas sino las de los autores del capítulo. Todo trabajo colectivo es, casi por definición, heterogéneo, aunque en ello puede radicar su riqueza.

El libro consta de 445 páginas, en tamaño carta, papel bond, y está producido por Editorial Alfil. Consta de 46 capítulos que corresponden a otras tantas especialidades, además de una presentación, un prólogo y una introducción.

Como se menciona en los escritos iniciales del libro, tiene su antecedente en el texto de 1988 que mostraba el estado que entonces guardaba la especialización médica en México. La comparación de los dos textos ilustra la evolución que han tenido las especialidades en nuestro país. El resultado es, efectivamente, un mosaico que ofrece una rica visión sobre cómo se aprecian las especialidades hoy en día en la versión de los profesores, y más que concretar propuestas representa un testimonio de la época. Pueden verse las diferencias de criterio cuando en 1988 la bioquímica, la fisiología y la microbiología eran especialidades y no se reseñaban la geriatría o la medicina del enfermo en estado crítico.

Como fue el espíritu que animó en su momento al PUEM, este libro involucra a la Universidad, la Secretaría de Salud y la Academia Nacional de Medicina, que son las instituciones convocantes y compiladoras. Detrás de ellas, no obstante, se encuentran las demás facultades y escuelas de medicina, las otras instituciones de salud y los consejos de especialidad, por lo menos.

La especialidad se ha convertido en la puerta de entrada al mercado de trabajo médico; es una aspiración de los egresados de licenciatura que complementa la formación como médicos generales. Se puede ver cómo un campo de conocimiento y un área de investigación, pero también cómo una responsabilidad profesional concreta, una forma de dividir el trabajo, aunque finalmente resulta además un territorio que se defiende, una jerarquía, un dominio y un poder.

Aunque la especialización debería tener su sustento en la medicina general, se ha caído en algunos casos en considerar a ésta más bien un requisito y no un fundamento. En esos casos, con la especialidad se inicia un nuevo campo de estudio y no siempre representa una profundización del campo previo. También tiene el riesgo de privilegiar lo técnico y marginar lo humanístico, de enfocarse a lo práctico y soslayar lo básico, y de separar los componentes de la formación del especialista de manera reduccionista, sin integración y unidad.

Algo que sí es muy notable es el avance que ha alcanzado la especialización en nuestro país, y eso lo ilustra muy bien el libro que, por algo, incluye en su título la palabra “desarrollo”; la mayoría de los capítulos contrastan el presente con el pasado reciente, con el referente de 88 o con la época previa al auge de la especialización, y aunque las necesidades de especialistas no se han resuelto para las instituciones públicas se empiezan a identificar las correlaciones entre la formación y las necesidades y se ha perfeccionado el diálogo entre formadores y empleadores.

Algo que puede enorgullecer a nuestras instituciones formadoras es que los egresados de los programas de especialización son verdaderamente competitivos a nivel internacional; tal vez no lo son todavía en el terreno de la investigación, pero sí en el de la atención médica. En el campo de la docencia, entonces, los cursos de especialización han sido realmente exitosos, aunque no

siempre los docentes tienen consciencia de los caminos pedagógicos que han conducido a este éxito. Una parte del éxito, efectivamente, tiene que ver con el plan curricular de la especialidad, con los programas académicos y operativos sustentados en el PUEM y acordados con los Consejos de Pares. Pero lo demás está vinculado con el proceder cotidiano de las comunidades morales que conforman hospitales y escuelas. Los alumnos aprenden haciendo, no supeditan la práctica a la teoría, cuentan con suficientes modelos y ejemplos, su aprendizaje es supervisado, al menos, en una proporción de casos, reciben retroinformación de sus avances y rezagos, se desenvuelven en un ambiente académico en el que se puede disentir y argumentar, se acechan los avances y se centraliza el aprendizaje en los pacientes y no en el conocimiento por sí mismo. Sus vínculos con la investigación, si bien no han producido una masa crítica de investigadores profesionales, sí han generado, en muchos de los egresados, habilidades deseables en un buen especialista como: la observación, la crítica, la necesidad de profundizar en el conocimiento, el escepticismo razonable, el rigor, el cuestionamiento respetuoso de lo establecido, la discusión razonada de los argumentos, la capacidad de llegar a consensos.

Desde luego que faltan muchas cosas por hacer, varias de las cuales se vislumbran en este libro: armonizar el número de especialistas formados con la capacidad de las instituciones, ajustar los programas a las necesidades sociales, mejorar el compromiso de muchos profesores, dotar a las sedes de las condiciones idóneas para la educación, mejorar el diálogo entre instituciones educativas y de salud, perfeccionar los procedimientos de evaluación, sustentar decisiones en investigación educativa, modernizar las estrategias educativas, generar en los egresados la metodología y la actitud para una actualización permanente, propiciar que trabajen por el progreso de su especialidad, y desarrollen la capacidad de vincularse con madurez con la medicina general.

Queda, pues, este libro *Desarrollo de las especialidades médicas en México* como aportación de la generación contemporánea de profesores y especialistas, testimonio de la época, espacio de reflexión, análisis de congruencia, preocupación de futuro, consideración de fronteras, ubicación profesional y pertinencia social.

Liz Hamui Sutton

Herlinda Dabbah, Alberto Lifshitz***La otra historia clínica***

Palabras y Plumas Editores

México, 2012

*Las narrativas como vehículo de la
experiencia del padecer*

La experiencia de enfermar es inherente a los vivos y los seres humanos no somos la excepción. Las alteraciones biológicas afectan no sólo la fisiología corporal, sino los estados anímicos y las relaciones sociales de las personas. Estamos inmersos en un entramado cultural donde los actos adquieren sentido y las respuestas ante los acontecimientos, entre ellos los relacionados con la salud y la enfermedad, son variadas. Las subjetividades se construyen en lo social, por lo que reflexionar sobre la subjetividad social nos lleva a los pensamientos y las acciones que emergen de manera espontánea, pero no se producen en un vacío de sentido, de ahí que estén ligadas contextos culturales en coordenadas espacio temporales específicas. Estudiar la subjetividad humana supone sumergirse en la complejidad de sentidos y significados que se asocian a ella (Lindón).

Una de las formas en que se transmite el sufrimiento y sus significados personales y sociales ante la pérdida de la salud es a través de la narración, crear una narrativa o escucharla, es un proceso activo y constructivo que depende de recursos individuales y culturales. Las narrativas son medios poderosos para aprender y avanzar en el entendimiento de los semejantes al propiciar contextos para la comprensión de lo que no ha experimentado uno mismo. Para quienes escuchan, conocer una historia, pone en movimiento una búsqueda de significados entre muchos posibles (Bruner 1986: 139-55) y surge un relato co-construido entre el mundo de la historia y la historia del mundo en que es narrado. Narrar es una manera fundamentalmente humana de dar significado a la experiencia. Tanto al expresar como al interpretar la experiencia, las narrativas median entre, por un lado, el mundo interno de los pensamientos y sentimientos, y por otro, el mundo externo de las acciones observables y el estado de las situaciones (Iser 1978:36).

Explorar las narrativas como un constructo teórico provee de un amplio contexto al considerar lo que sucede en los relatos particulares, como las nosografías que se presentan en esta obra. Las narrativas son modalidades del pensamiento y permiten ordenar la experiencia en una realidad dinámica que trata con intenciones, ideas, acciones, vicisitudes y consecuencia que marcan su curso.

Un relato construye dos escenarios, uno en la acción y otro en la consciencia. El primero se enfoca en lo que hacen los sujetos en situaciones particulares, el segundo alude a lo que se sabe, se piensa, se siente o no se sabe, no se piensa y no se siente. Los dos escenarios son imprescindibles y distintos; entender el hilo conductor de una historia significa tener noción de los cambios en los esquemas mentales de los sujetos al mismo tiempo que se expresan en los eventos externos. El significado que se atribuye a los eventos en un relato refleja las expectativas y el entendimiento que se logra en la participación de un mundo social y moral específico. Los relatos del padecer se inscriben en ese universo de significaciones sociales específicas que le atribuyen sentido a las acciones de los sujetos en situaciones concretas.

Las narrativas median en la emergencia de las construcciones de la realidad y son vehículos poderosos en la socialización de valores y visiones del mundo entre quienes comparten un espacio sociocultural (Capps y Ochs 1995: 13). No obstante, no son relatos cerrados, están abiertos a interpretaciones alternativas, que se conectan con saberes previos, creencias, afectos y sentimientos. Cuando una historia no encuentra referente en una estructura cultural significativa no tiene sentido contarla (Mattingly y Garro 1994; 38: 74-77). Aunque en las ciencias sociales y culturales los investigadores han manejado una gran diversidad de relatos de sus informantes, no siempre han prestado atención explícitamente a las formas narrativas de su material. La compleja relación entre los esquemas explicativos, las narraciones performativas y los contenidos referenciales es cada vez más relevante en los estudios cualitativos.

Al analizar los relatos personales y culturales, los estudiosos de las ciencias sociales han introducido constructos de la lingüística, la teoría literaria, la historia, la

psicología cognitiva y la filosofía, entre otras disciplinas, para investigar las relaciones entre las formas narrativas y los contenidos, entre un relato individual de experiencias personales y los conocimientos culturales, o la historia como acto comunicativo. Esta diversidad ha despertado preocupación acerca de lo que se puede hacer con los relatos y la carga retórica de las narrativas. Una narrativa coherente tiene un gran poder persuasivo, particularmente en reconstrucciones aptas que logran llenar la distancia entre eventos aparentemente no relacionados, dándole sentido al sinsentido. Una historia bien construida posee un tipo de “verdad” narrativa real e inmediata con una carga de significación importante en los cambios durante el proceso terapéutico.

La importancia de que un paciente asuma una narrativa coherente de sí mismo en concordancia con su contexto es un componente crítico para el proceso de curación. La co-construcción de recuentos entre el paciente y el médico es una parte importante de la atención clínica. Como refiere Eisenberg (1981;22: 239-48), la decisión de buscar una consulta médica es una petición de interpretación. El paciente y el doctor juntos reconstruyen el significado de los eventos en una mitopoiesis compartida. Una vez que las cosas se colocan en su lugar, la experiencia y la interpretación parecen coincidir, el paciente adquiere una explicación “coherente” que lo deja sin el sentimiento de sentirse víctima de lo inexplicable o lo incontrolable, y los síntomas por lo general desaparecen.

El proceso narrativo en las interacciones terapéuticas de contar y recontar las experiencias, las nosobiografías como refieren los editores del libro, da la oportunidad de establecer una colaboración estrecha entre el terapeuta y el paciente. En estas interacciones se desarrollan versiones alternativas de los relatos que crean nuevas formas de entendimiento al mismo tiempo que conllevan una visión revisada del yo y los otros, que no solo reformulan el pasado sino crean nuevos caminos hacia el futuro (Capps y Ochs 1995: 179). A pesar del reconocimiento de la importancia de las narrativas en especialidades clínicas como la psiquiatría, la medicina occidental puede ser descrita como hostil a los discursos connotativos (Kleinman 1988:2). No obstante, las experiencias constantes que aparecen en el mundo de la clínica, han hecho de las narrativas una alternativa en los modos de representación más apropiados.

A la pregunta de ¿qué es lo que ha llevado a la comunidad clínica a las narrativas?, se podría responder que las

narrativas están en el primer plano de los dramas humanos que rodean las enfermedades. En el modelo biomédico tradicional, la historia clínica se centra en la patología y no en el ser humano que sufre. El texto de Linda Dabbah es un buen ejemplo de la distancia entre la mirada objetiva del médico y la subjetiva de quien lo experimenta y me gustaría leer su colaboración que da cuenta de este hecho.

Como refiere Oliver Sacks (1984:viii) las historias médicas son una forma de historia natural, pero no nos dicen nada sobre el individuo y su experiencia, no conllevan nada de las personas y sus luchas por sobrevivir a su padecimiento. No hay “sujeto” sólo existen frases compactas. En el relato de Sofía G. Buzzali se plasma el sufrimiento de su padre, un paciente diabético en su etapa terminal. Su historia muestra la perspectiva del acompañante, aquel que está y comparte el dolor, que se cuestiona y se pregunta por su responsabilidad ante el otro. A continuación leeré fragmentos de este conmovedor texto que captura la profundidad y complejidad de las relaciones humanas:

Los discursos permiten enfocar a la persona y su manera particular de experimentar la enfermedad, colocan al ser humano en el centro, con sus aflicciones, sufrimientos y luchas en las dimensiones psicológica, física y sociocultural. Los relatos son un recurso privilegiado para llegar a las experiencias relacionadas con los padecimientos, de ahí la reorientación de la práctica médica que distingue entre la enfermedad (*disease*) como fenómeno visto desde la perspectiva del médico (desde fuera), y el padecimiento (*illness*) como fenómeno visto desde la perspectiva de quien lo sufre (desde dentro). La pérdida de la salud, resulta una experiencia existencial profunda que obliga a reflexionar sobre el tiempo, agudizando la conciencia de la vulnerabilidad y la certeza de la muerte. Las reflexiones de Arnoldo Kraus sobre el abismo ante la inminencia de la muerte son significativas al respecto y se relacionan con la esperanza a pesar de la pérdida, de la inminencia del abismo.

En el libro hay muchas otras historias, la de la joven July que padeció leucemia y luchó por su vida con el apoyo de su familia, la de los médicos enfermos de cáncer que no fueron capaces de enfrentar su padecimiento según lo relata el Dr. Jinich, la de la relación de la famosa y exótica Malena con su médico, la de el Sr. Somé y la Sra. Sá cuya relación marital se transformó a raíz de la pérdida de la memoria del primero. Encontramos también experiencias afectivas de médicos que perdieron a sus seres queridos

como aquel que operó a la hija de Chayito, su amor de juventud y murió en el quirófano; o la de dos compañeros de la carrera de Medicina que se perdieron de vista por un tiempo y uno se enteró de la muerte del otro cuando participó en la repartición de sus órganos para ser donados.

En fin....el libro está repleto de nosobiografías, nosografías y biografías que narran historias de quienes padecen, quienes acompañan el sufrimiento de otros y de aquellos cuya vocación de aliviar el dolor ajeno se convierte en actividad profesional. No tengo duda en recomendar su lectura pues considero que todos, desde una posición u otra estamos expuestos a la experiencia de enfermar y morir, y la angustia existencial que deriva de la conciencia de la finitud de la vida provoca innumerables narrativas que buscan explicar lo inexplicable, que intentan lidiar con los sucesos y acontecimientos biológicos dándoles significados socio-culturales que permitan comprender la experiencia y volverla más manejable.

Entonces surge la pregunta ¿hay algo en la vida humana que no sea un relato?, ¿siempre estamos experimentando historias? Como se puede apreciar en los relatos de este volumen, las narraciones parecen ofrecer cierta manera fundamental de darle sentido a la experiencia. La estructura básica de lo que llamamos “relato” está por debajo de la extensa variabilidad de todo tipo de historias y situaciones, existe un núcleo compartido, una cualidad retórica que subyace a toda historia particular. Sin embargo, no hay un solo modelo formal o noción de los relatos, ni una estructura narrativa precisa, como hemos visto, éstos se conectan con el quehacer humano y la interacción social. Las historias son incursiones dramáticas en la vida social y exploran los significados de los eventos al vincular los motivos, los actos y las consecuencias. Incluso en este encadenamiento, ofrecen explicaciones causales de los eventos, donde las tramas narrativas constituyen en cierta forma argumentos morales.

Los relatos también aluden a la manera en que los sujetos experimentan y sufren los acontecimientos. A través de las narrativas del libro, nosotros, la audiencia podemos inferir “lo que se siente” estar en el mundo de la historia y darle forma a los sentimientos. De ahí que contar una his-

toria sea un acto relacional que necesariamente implica al otro. Los relatos tienen la intención de evocar y provocar, y el lenguaje, en la mayoría de las ocasiones, está densamente poblado de imágenes connotativas. Seguir una historia, especialmente una rica en metáforas y con fuertes cargas dramáticas, incita experiencias en la audiencia. Seguir una historia creíble no es un asunto abstracto, incluye un viaje imaginario en el mundo relatado que estimula reacciones. Las narrativas constituyen el medio para confrontar contradicciones entre la experiencia individual y las expectativas basadas en modelos psicosociales compartidos acerca de la enfermedad y su atención, contradicciones entre lo que se espera y lo que en realidad sucede.

Los invito a sumergirse en las páginas de esta obra colectiva editada por Herlinda Dabbah y Alberto Lifshitz, que refleja la complejidad humana a través de las nosobiografías que contiene.

BIBLIOGRAFÍA

- Bruner, Edward M. (1986) “Ethnography as narrative”, en V. M. Turner and E. M. Bruner (eds.) *The anthropology of experience*, Urbana: University of Illinois Press.
- Capps, Lisa y Ochs, Elinor (1995) *Constructing panic: The discourse of agoraphobia*. Cambridge, Mass. Harvard University Press.
- Eisenberg, Leon (1981) “The physician as interpreter: Ascribing meaning to the illness experience”, en *Comprehensive Psychiatry*, num. 22, pp. 239 - 48.
- Iser, W. (1978) *The act of reading: A theory of aesthetic response*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Kleinman Arthur (1988). *The illness narratives: Suffering, healing, and the human condition*. New York: Basic Books.
- Lindon, Alicia (1999) “Narrativas Autobiográficas, memoria y mitos: una aproximación a la acción social”, en *Economía, Sociedad y Territorio*, vol. II, num. 6, pp. 295-310.
- Mattingly, C. y Garro L. C. (1994) “Introduction: Narrative representations of illness and healing”, en *Social Science and Medicine*, num. 38, pp. 74 -77.
- Sacks, Oliver (1984) *A leg to stand on*. New York: Summit Books.

Dra. Liz Hamui Sutton

Jefa del Departamento de Investigación Educativa

División de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina. UNAM.

lizhamui@hotmail.com

Herlinda Dabbah Mustri

Herlinda Dabbah, Alberto Lifshitz

La otra historia clínica

Palabras y Plumas Editores

México, 2012

Quiero agradecerles a todos ustedes que nos hayan acompañado a ésta, la cuarta presentación de *La otra historia clínica*. Mi agradecimiento al Dr. Luis Guillermo Ibarra, director de este Instituto por permitarnos ocupar este bellissimo auditorio y, por su apoyo, al Dr. Francisco González Martínez, presidente de la Academia de Educación Médica. Asimismo, quiero hacer público nuestro agradecimiento (el de Alberto y el mío) al Sr. Sebatién Belkhelfa queridísimo amigo nuestro desde hace ya varios años y a la fundación que él encabeza, Renéé Chaufrey, por el generoso patrocinio que otorgaron para la publicación de este libro. A la Dra. Liz Hamui y al Dr. Horacio Senties, coautor de esta obra, amigos ambos, quiero expresarles mi mayor gratitud por su disposición y por sus espléndidos comentarios.

Me permitiré dar una breve explicación de cómo se ideó *La otra historia clínica*: hubo, previo a este libro tres volúmenes de cuentos, relatos, anécdotas y ensayos denominados *Medicina Basada en Cuentos* en los que médicos o estudiosos de la medicina plasmaron sus experiencias y su creatividad.

Estos tres volúmenes, insisto, fueron escritos exclusivamente por médicos o por estudiosos de la medicina. La visión que se propuso, entonces, era la del clínico que atiende pacientes o la del historiador de la medicina que relataba biografías o asuntos relacionados con la práctica de los médicos. Era esto, sin duda, una novedad ya que no existe hasta ahora ningún libro en el que se hubiese reunido narrativa médica de destacados médicos mexicanos. Algunos de ellos incursionaban en este tipo de escritura por primera vez y claro que también, en estos libros, hubo textos de reconocidos escritores-médicos con un haber literario y publicado auestas. Entre otros, puedo mencionar a los doctores: Antonio de la Torre, Bruno Estañol, Antonio Cabral, Arnoldo Kraus, Samuel Ponce de León, Horacio Senties, Norberto Treviño, Enrique Ruelas y el ya fallecido Vicente Guarner a quien por cierto, está dedicado el libro que hoy se presenta.

La narrativa médica de estos tres volúmenes que he mencionado, tendría como propósito difundirse en el ámbito de la medicina y servir de divertimento o bien de espejo o reflejo a otros colegas.

Esta visión prolífica y apetecible, la del médico, quedaba, sin embargo, desprovista de la otra mirada, de la mirada del otro. El otro, así con la “O” desproporcionada que en el diseño de la portada del libro se puede apreciar. El “otro”, vocablo que se define partiendo de lo que “yo no soy”.

El proyecto de *La otra historia clínica* se articuló al formular varias interrogantes:

Ante la salud, la enfermedad y la muerte ¿qué piensan, qué sienten los pacientes, sus familiares y amigos, cómo experimentan sus enfermedades los propios médicos, las de sus familiares y amigos y las muertes de éstos?

Estas preguntas fueron cardinales para concebir *La otra historia clínica* y así fue que se pensó en invitar en su creación tanto a clínicos como a pacientes-escritores, en el derrotero de que todos, alguna vez, hemos padecido una enfermedad, y a que narraran la forma en que han experimentado la enfermedad: la propia y la ajena, la de amigos y familiares con sus consecuencias físicas y emocionales. Esto permitiría también ver cómo los pacientes perciben a la medicina y a los médicos: la confianza o desconfianza que les provocan.

El título que se pensó para este libro en un inicio fue “Patografías”, vocablo, por cierto, grotesco, por lo que se desechó. Después se optó por el de Nosobiografías pero, cuando se empezaron a recibir los textos que formarían el volumen vimos que el término nosobiografías había sido interpretado por los autores de distintas maneras pero que, en realidad, todas encajaban en el proyecto. Así fue que el libro se estructuró en cuatro apartados: nosobiografías, nosografías, biografías y un capítulo de nosobiografías póstumas *In honorem*. Finalmente, el título por el que se optó, fue el de *La otra historia clínica* y que hace referencia no a la historia clínica tradicional, la que todos los días, en su práctica, los médicos escriben sino, a esa otra historia que no se registra, que “no se debe hacer”, que no se toma en cuenta, que se esquivo, que se niega, pero que existe, que es real y visible en los rostros de los enfermos,

y que habla del sufrimiento, del dolor, de los temores, de la angustia, de la frustración, del rechazo, del abandono, del desamor, de la indiferencia, de la incertidumbre, de la incompreensión, pero también; de la esperanza, de la ilusión, de la alegría, de la compasión, del amor, de la comprensión, de la empatía.

La otra historia clínica hace alusión a la otra mirada, a la otra mirada tanto de médicos como de pacientes.

Así como el propósito de los primeros libros mencionados *Medicina Basada en Cuentos* era que, en el entorno de la atención a la salud y la enfermedad, sirvieran de esparcimiento o bien de espejo y reflejo para los propios doctores, *La otra historia clínica* se propone para el público en general; para entablar, en la relación médico-paciente, un diálogo permanente con el “otro”. “El otro” visto como paciente, “el otro” visto como médico que, también, cuando se encuentra del otro lado, sin dejar de ser médico, se convierte en ser sufriente.

El “otro” o la alteridad es llanamente la condición de ser “otro”. En su etimología *alter* se refiere al “otro” desde la perspectiva del yo. El concepto de alteridad, por tanto, se utiliza en sentido filosófico para nombrar al descubrimiento de la concepción del mundo y de los intereses de “otro”. El “otro” tiene una historia de vida, un sistema de valores, una cultura, una intimidad, reflexiones, conocimientos, experiencias y representaciones diferentes a las del “yo”. La alteridad implica ponerse en el lugar del otro, alternando la perspectiva propia con la ajena. Esto quiere decir que la alteridad representa una voluntad de entendimiento que implica sostener un diálogo y, en el caso que nos ocupa, propicia la relación (empatía) médico-paciente.

Durante la consulta médica, la alteridad es imperativa para entender y aceptar las diferencias entre ambos. Si, en cambio, se suscita una escasa o nula alteridad, la relación médico-paciente será imposible ya que las dos visiones del mundo solo chocarán entre sí y no habría espacio para el entendimiento. Tanto el médico como el paciente poseen entre sí sus propias percepciones: así como el médico con su “ojo clínico” es capaz de diagnosticar al paciente sin explorarlo; el paciente también es capaz de percibir –sin preguntar directamente– si hay en el médico verdad, firmeza, disposición o no de ayu-

darlo; si le suscita dudas y desconfianza su ignorancia, su rechazo, su impaciencia o su lejanía.

En el plano de la filosofía contemporánea, Georg Gadamer¹ afirma que la alteridad puede ser comprendida en un nivel más amplio. Si hay interés de lograr alteridad, la integración podrá converger, ya que el horizonte del intérprete puede ensancharse hasta su fusión con el horizonte del objeto que se desea comprender.

Por su parte, Emmanuel Levinas², filósofo lituano, rompe con el esquema sujeto-objeto que había sostenido la metafísica de la filosofía occidental, y construye un nuevo esquema: yo:otro, en el que hay una descentralización del yo y de la conciencia en cuanto a que “yo” me debo al “otro” y es el “otro” quien constituye “mi yo”.

Se abre así la posibilidad de acceso a una verdadera trascendencia. Trascendencia que significa no el dominio del otro (el médico que ordena y el paciente que ejecuta las ordenes) sino el respeto al otro, donde el punto de partida para pensar no es ya el “ser” sino el “otro”.

Esta concepción del “yo:otro” concuerda con una de las ideas fundamentales que inspiró este libro y que fue el pensamiento humanista del Dr. Fernando Martínez Cortés³ quien en sus escritos orienta que el enfermo no sea visto como organismo enfermo sino como un sujeto humano que requiere de empatía, que es cercanía, comprensión y compasión que es con-padecer, padecer con. La enfermedad dice Martínez Cortés deben entablarla médico y paciente como cogidos de la mano.

Finalmente, *La otra historia clínica* propone este acercamiento médico-paciente, paciente-médico en que, ambos, asidos de la mano recorran el vasto y extraordinario terreno de lo humano con todos los pliegues que tienen la salud, la enfermedad y la muerte. Yo los invito a que adquieran y lean en *La otra historia clínica* estas historias que sin duda, cambiarán la forma de percibir la relación médico-paciente y paciente- médico.

REFERENCIAS

- ¹ Georg Gadamer. Verdad y método. Salamanca: Ediciones Sígueme, 1993. Hermeneia 7.
- ² Emmanuel Levinas. La huella del otro. México: Taurus, 2000.
- ³ Fernando Martínez Cortés. El médico, el enfermo y su enfermedad. México: Edición de autor, 1991.