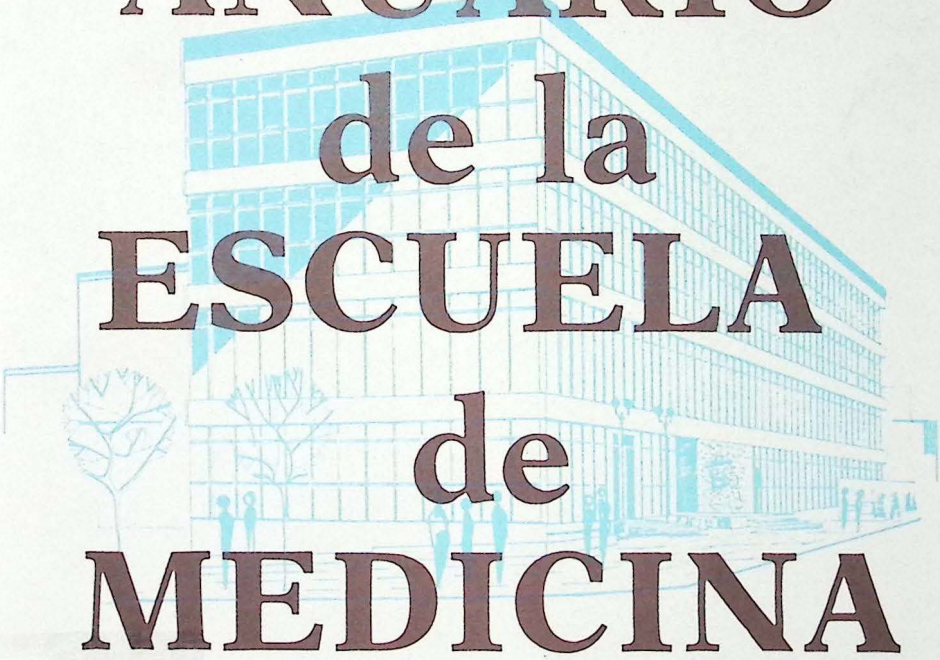
FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO

ANUARIO de la ESCUELA de MEDICINA



Volumen II

1993

Digitación y Computación : - Magaly Demuth B.
- Magaly Henry J.
- Aída Moraga C.
- Mabel Sepúlveda V.

Colaboración : - Patricia Arancibia P.
- Roberto Bastías D.
- Gloria González L.

I N D I C E

PROLOGO

La Segunda Edición de nuestro Anuario se ha caracterizado por la espontaneidad de los autores para colaborar. Destacamos este hecho porque significa que la Primera Edición fué considerada una obra suficientemente valiosa para que nuestros académicos se enorgullezcan publicando sus trabajos en este modesto tomo.

El formato sigue igual, pero hemos agregado una nueva sección para trabajos científicos y así ampliar la cobertura y representatividad de la producción intelectual de nuestra Escuela.

Esperamos que esta Segunda Edición sirva de estímulo para todos los estamentos de nuestra Escuela, no solamente los académicos; así sería realmente representativo de la producción intelectual de todas las personas que la integran, tanto académicos, técnicos, administrativos y alumnos. Los invito para que desde ahora mismo inicien los trabajos para la Tercera Edición 1993.

PROF. DR. KENNETH JONES S.
EDITOR

DISCURSOS

RECEPCION DE LOS MEDICOS DE LOS CURSOS DE ESPECIALIDADES Y ENTREGA DE CERTIFICADOS A LOS GRADUADOS DE ESPECIALISTAS 1992

PROF. DR. DAVID SABAH JAIME
DECANO

En el Ciclo Vital de la existencia en que hay un comienzo y un término, hay también, felizmente, un elemento de continuidad, y es ese el significado de esta ceremonia que nos une hoy día como un rito: despedir a un grupo de jóvenes médicos que, después de tres años de un Curso de Especialización de Postítulo, reciben sus Diplomas que los acreditan como Especialistas y recibir a otro grupo, que completados sus estudios de pregrado de medicina, inician su fase de especialización. Algunos recién egresados de la Escuela, otros,después de haberse desempeñado como médicos generales de zona o integrales.

Ambos grupos tienen el mérito que, sacrificando espectativas económicas o de formar una familia, han decidido continuar la senda del perfeccionamiento.

También tenemos a un grupo de médicos extranjeros, de los países hermanos de la América del Sur, que han confiado en la medicina chilena y en nuestra Facultad, para perfeccionar sus estudios.

La gran complejidad y el progresivo desarrollo del conocimiento de la ciencia médica, la implementación tecnológica, diagnóstica y terapéutica que exigen al médico a circunscribir su campo de acción a una disciplina específica, hace que la especialización sea una realidad en la medicina actual y una sentida aspiración en los jóvenes médicos.

Las Facultades de Medicina han considerado que la formación de postgrado es una función propia, prioritaria, indelegable y exclusiva de ellas y tiene por objeto, la formación de un especialista como médico, con un acabado sentido de responsabilidad y un espíritu de servicio a sus pacientes.

Por ello se propende a que los programas de formación comprendan tanto los contenidos referentes a los conocimientos específicos, la adquisición de habilidades y destrezas que, junto con los aspectos éticos, contribuyan a hacer del especialista un médico con formación integral, capacitado para apreciar, en conjunto, el problema del enfermo como ser humano.

Es por eso que el programa del especialista debe conjugar una sólida formación clínica, firmes bases preclínicas

(Biología, Bioquímica, Fisiopatología, Inmunología, Bioestadística, etc.), que capaciten al especialista, para la investigación y un intenso adiestramiento tecnológico que le permita efectuar los procedimientos más complejos de la especialidad.

Se conjuga, por una parte, la necesidad de entregar los profesionales capacitados que el país necesita y por otra, contar con los recursos humanos y materiales para ello.

No considerábamos justo ni estábamos de acuerdo con la política del autofinanciamiento a que obligó, en años pasados, la reducción de los presupuestos en Salud y Educación.

La reducción de las becas del Ministerio junto al desfinanciamiento de las Facultades de Medicina, determinó estas becas "autofinanciadas", de tal manera que en abril de 1990, la Facultad de Medicina daba formación a 376 "becarios autofinanciados" y solamente a 157 financiados por el Ministerio. Una realidad semejante, proporcional, se veía en nuestra Facultad.

En el último año del gobierno anterior, las becas primarias ofrecidas fueron reducidas progresivamente, hasta llegar a 10 y los cargos de Médicos Generales de Zona se redujeron a alrededor de 60.

En 1991, en un loable esfuerzo, el Ministerio aumentó las Becas Primarias a 56, las de Médicos Integrales a 200, igual número para los Generales de zona, 20 para médicos graduados en el exilio y 45, para programas de formación sin compromiso asistencial, llegándose a una cifra de 521 cupos que, en 1992, ha sido de alrededor de 250.

Lamentablemente, la Universidad de Valparaíso y las Universidades Chilenas no han podido, por escasez de recursos, realizar un esfuerzo similar o aún, mucho menor.

Con gran empeño, hemos conseguido que nuestra Universidad financie 6 becas, con una remuneración que consideramos mínima, y más bien nominal, que es lo único que sus recursos, aparentemente, le han permitido y que además, ha tenido que luchar con trabas burocráticas y administrativas para efectuar los pagos.

Es difícil hacer comprender a las autoridades que estos médicos, alumnos de los cursos de especialización, serán la generación de futuros docentes y de reemplazo para los que estamos al término de nuestra carrera.

Insistimos en que el gasto en que incurre una Universidad, para formar sus médicos, constituye una inversión decisiva y rentable y que su obligación, es contribuir a la solución de los problemas sociales de la comunidad.

No hay duda que el postgrado tiene un costo y que

los que se especialicen tendrán beneficios futuros, en el ejercicio privado de su profesión o un mayor puntaje en los concursos para llenar cargos, es por eso que debe buscarse una solución conjunta en que Ministerio de Salud, Universidades, Instituciones privadas de Salud, Sociedades Científicas, Fundaciones y los propios beneficiarios, contribuyan a que los recursos humanos y materiales para el postgrado, sean dignos y adecuados.

Recordemos las palabras de un prestigioso médico, miembro de nuestra Academia Chilena de Medicina (Doctor Edmundo Ziede A.):

"El médico joven, al especializarse, se convierte en el hombre que, muchas veces, recorta su impulso creador, que es caudalosa y mucho más amplia que ningua carrera, pues ésta, deja frecuentemente, fuera de la órbita de nuestro interés, cosas que nos interesan. Muchas dimensiones del amplio y soñado hacer quedan así, fuera del ámbito de nuestra carrera".

"Por eso, el especialista, en cualquier carrera tan vital, tan admirable, corta muchas veces, las flores ideales del jardín de sus sueños, para dejar espacio a las frutas nutritivas del saber. Su vida se empobrece en muchas áreas, para poder enriquecerse en una sola".

Antes de terminar, deseo rendir un homenaje al Profesor Doctor Carlos Silva Lafrentz, que ha cumplido veinte años al frente de la Oficina de Postgrado de la Escuela de Medicina con tesonera labor y a todos los docentes y asistenciales que, con su esfuerzo, hacen que podamos enorgullecernos de nuestro Programa de Postítulo.

XV CONGRESO CIENTIFICO DE ESTUDIANTES DE MEDICINA DE CHILE

PROF. DR. DAVID SABAH JAIME
DECANO

La Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso se viste de gala, en el día de hoy, para dar la bienvenida a académicos y a todos los estudiantes de las Escuelas de Medicina chilenas, en este XV CONGRESO CIENTIFICO DE ESTUDIANTES DE MEDICINA.

Estos eventos de gran importancia propenden a estimular el interés por la investigación médica, tanto básica como aplicada, promoviendo el intercambio científico que realizan los estudiantes de las distintas Escuelas de Medicina del país.

También es una hermosa oportunidad, para confraternizar, crear lazos de amistad y desarrollar otras actividades sociales y culturales.

Este "alto en el camino" de estudiantes con un apretado currículum, con pruebas, seminarios, exámenes, pero que además, se han dado el tiempo para participar en actividades de investigación sacrificando, probablemente, horas de sueño, días domingos y la oportunidad de compartir vida familiar, demuestra la alta calidad de nuestros estudiantes, sus inquietudes y su espíritu de servicio, que debe caracterizar a la profesión médica y ustedes ya han comenzado a demostrarlo.

Sé que muchos de ustedes han desplegado un enorme esfuerzo para llegar hasta nuestra ciudad, pero que se verá recompensado por la rica jornada que les tocará vivir y el contacto humano que tendrán.

Ustedes serán los médicos del siglo XXI,ya que la mayor parte de su actividad la cumplirán en el tercer milenio.

En Biología y Medicina, se han sucedido rápidamente,en los últimos decenios, una serie de asombrosos descubrimientos con un alcance técnico inmediato, de modo que las posibilidades de prolongar la vida, de hacerla grata antes de nacer, de evitar enfermedades, de ahorrar innumerables sufrimientos, de curar trastornos mentales, de manejar fenómenos inmunitarios, de prevenir los males somáticos y psíquicos, se han abierto ilimitadamente.

La ciencia de hoy tiene una riqueza de conocimientos y técnicas fabulosas.

La concepción bioquímica de los procesos, el avance terapéutico, los cambios genéticos, los trasplantes, no son sino el resultado de un tecnicismo perfeccionado y aplicado al hombre.

Los espectaculares resultados de esta revolución científica, por ahora, son imposibles de cuantificar, pero, sin duda, modificarán la calidad de vida de nuestro planeta.

La investigación básica o clínica que ustedes expondrán, aunque aparentemente modesta, será un aporte al conocimiento de la prevalencia, la epidemiología, los factores pronósticos de las enfermedades que vemos en nuestros hospitales.

Creo por ello, justo, rendir un homenaje al modesto paciente de consultorio o de sala de hospital, siempre bien dispuestos a colaborar y agradecidos.

También a los maestros que encausaron y apoyaron sus trabajos, a los auxiliares, técnicos y personal que anónimamente colabora.

La historia nos ha enseñado que la investigación no es sólo privativa de los países desarrollados y que el camino para lograr el desarrollo es la realización y estímulo de la investigación científica, independientemente del costo que involucra o de la inmediata aplicación que se pueda obtener de sus resultados.

Estimo también, digno de destacarse, la preocupación de los organizadores por incluir en el temario de las conferencias, ponencias que tienen relación con lo que podríamos llamar: "la Agenda Universal", es decir, temas que tienen relación con el futuro de la humanidad y que son problemas de dimensión universal, como los que tienen que ver con la ecología y polución ambiental, daños por radiaciones ultravioletas o disminución de la capa de ozono, desarrollo industrial y carcinógenos químicos y temas de ética y aspectos legales, en relación a los trasplantes, los que serán tratados por distinguidos académicos y que culminarán con la Mesa Redonda del día sábado 1°, sobre "Disposiciones éticas y aspectos legales de la práctica de transplantes".

Toda esta temática refleja el interés de nuestros estudiantes no sólo por lo médico-científico sino, también, por el impacto condicionante del entorno natural y social en el ser humano, buscando para él, una mejor calidad de vida.

Vaya, por último, el reconocimiento profundo al Comité Organizador de estas Jornadas, a la Universidad de Valparaíso, entidades científicas, laboratorios farmacéuticos y empresas que han colaborado a que este evento sea posible.

Les deseo y auguro una muy exitosa jornada

científica y una rica experiencia humana, de manera que este encuentro sea un testimonio más de la pujanza, esfuerzo y espíritu de sacrificio de nuestra juventud universitaria médica.

CEREMONIA DE GRADUACION DE LOS MEDICOS CIRUJANOS

PROMOCION 1986 - 1992

PROF. DRA. ALICIA VERA GANDULFO
DIRECTORA
ESCUELA DE MEDICINA

Sr. Rector, Sr. Prorrector, Sr. Secretario General, Sr. Decano, Sr. Secretario Academico, Profesores, Padres, Alumnos.

Insensiblemente ha llegado el momento para ustedes en que terminan su carrera Universitaria.

Es un hacer de la vida humana fijarse metas.

En nuestra educación tenemos varias etapas, la Primera: los años básicos la cual ocurre sin nuestro consentimiento ni propósito; la Segunda; enseñanza media, constituye una continuación necesaria para terminar con una formación que nos permite acceder a la 3a. etapa; continuar con una educación superior.

Alli se introduce nuestra decisión: que queremos ser y hacer de nuestra vida. Para muchos no esta bien claro, proque la vocación no aparece, es incierta por desconocimiento de los estudios a seguir, cual será su desempeño, etc.

Del médico, saben que es el que atiende enfermos y los trata para que recobren su salud, y eso en verdad, es sólo una parte del quehacer de la medicina.

Ahora ustedes terminaron su carrera llegaron a ese momento deseado y quizás no deseado porque significa enfrentar un futuro incierto, un futuro que se veía tan lejano y que rápidamente se vino encima. Los estudios no han sido fáciles, la vocación, para muchos que no la tenían, se ha ido adentrando insensiblemente porque es una profesión bellisima, pero plena de sacrificios.

Estamos viviendo un mundo que por todos los medios defiende los derechos humanos, el respeto de las personas por las personas, y entre tantos valores que debe tener un médico hay dos sobre los cuales quiero hacerles un breve comentario: las relaciones humanas y la ética. No es nada nuevo para ustedes, y ya lo han oido muchas veces.

Se van a desempeñar en servicios y hospitales

donde existirá un grupo humano con el cual tendrán que compartir en largas horas de trabajo. Un grupo de seres adultos, totalmente heterogeneo, con una diversidad de caracteres, con diferentes criterios en política, moral o religión y tendrán que, en alguna forma, irse engarzando con este grupo, irse compenetrando en sus ideas y alternar con ellos. Verán que hay personas con las cuales no costará entenderse. Pero los seres humanos somos difíciles, unos más, otros menos, opinamos, tratando de imponer nuestro pensamiento, nuestras ideas, cuidado aprendan a escuchar y respetar las ideas de los demás y tener buen juicio.

Las relaciones humanas es uno de los problemas más difíciles de sobrellevar. Siempre habrá discusiones, es lo normal, pero el comportamiento de ustedes como médicos, debe ser ejemplar.

Son profesionales, son una, llamemosla así; elite, que gracias al apoyo de sus padres, de sus familiares y de ustedes mismos han llegado a constituir, pero entre aquellos que los rodearán también habrá otros profesionales, personal administrativo, auxiliares que son personas y por lo tanto son personas y por lo tanto son respetables como nosotros mismos.

Y este tema nos ha llevado poco a poco a lo que es nuestra principal preocupación: el paciente, un ser doliente, enfermo o no, que busca nuestro apoyo.

Se empezará pro escucharlo e irse poco a poco compenetrando de su pensonalidad. Al conocerlo como persona quizás será más fácil hacer el diagnóstico y encaminar un tratamiento.

Allí se nos introduce la ética definida por algunos como "parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre ".

La ética y la educación van de la mano. Por eso, al entrar a una sala de hospital saludamos en general a todos, "buenos días", "tardes" o "noches" y al dirigirnos a cada paciente lo llamamos por su nombre; puede haber preguntas tan simples como "¿Han venido a verlo?", ¿Lo han atendido bien? y así se va ganando su confianza. También es bueno que el enfermo sepa el nombre del médico que lo atiende, el siente un estado de dependencia de su médico y esta temeroso frente a su enfermedad.

Todos sabemos hoy en día del enorme avance cienfífico y tecnológico de la medicina en los últimos 50 años y un ascenso casi vertiginoso en los últimos 10.

¡Que tentación aplicar nuevas técnicas para el diagnóstico o el tratamiento!.

Pero estas nuevas técnicas son invasivas en muchos casos y son costosas, por ello no debe obligarse al enfermo a someterse a ellas si no son estrictamente necesarias. La decisión para aplicarlas no debe ser tomada por el médico en lugar del paciente, pero tampoco por este independientemente del médico. La decisión debe ser por y con el paciente.

Está claro que debemos defender la vida, pero sean cautelosos, honrados, estudiosos y así obtendrán el éxito que les deseo ahora al despedirlos, buena suerte y feliz Navidad.

RECEPCION COMO PROFESOR HONORARIO DE LA FACULTAD DE MEDICINA

AL DOCTOR JORGE KAPLAN MEYER

PROF. DR. DAVID SABAH JAIME
DECANO

La Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso se enorgullece, en este momento, al recibir como **PROFESOR HONORARIO** al **DOCTOR JORGE KAPLAN MEYER.**

Este acto no es sino un reencuentro entre nuestra Escuela de Medicina y el DOCTOR KAPLAN.

Sus primeras armas en la Cirugía, en Valparaíso, las hizo al lado de los fundadores de nuestra Escuela de Medicina, Profesores Pedro Uribe, su primer Director y Svante Törnvall.

Junto a ellos y al Doctor Jorge Aguirre, realizaba Cirugía Experimental en los precarios laboratorios del Hospital de Niños de Valparaíso, cuyas instalaciones costeaban de sus propios bolsillos.

Allí nació el Instituto de Fisiología, dirigido por el Profesor Bruno Günther, que más tarde se convertiría en el Departamento de Ciencias de la Sede Valparaíso de la Universidad de Chile y en el cuerpo docente de la Cátedra de Fisiología del Departamento de Ciencias en 1961, que dictó el Curso al Primer Año de Medicina, junto a Bruno Günther figuraban Enrique Caviedes, Walter Gutmann, Jorge Kaplán, Gaby Díaz, Jorge Aguirre y Oscar Alonso.

Años más tarde, alejado el Profesor Günther, tomó a su cargo la Cátedra de Fisiopatología, con la colaboración de Cirujanos de su servicio en el Hospital Naval, entre ellos los Doctores Elías Bitrán y Jaime Guzmán, ambos Profesores Colaboradores Ad-Honorem de nuestra Escuela de Medicina, en la actualidad.

Posteriormente, ha colaborado en la docencia de Cirugía Cardiovascular y ha estado siempre dispuesto a cooperar con nuestra Escuela, cuando se le solicita.

Jorge Kaplán cumple con el papel del médico destinado a ser un líder dentro de la sociedad, con una responsabilidad de encontrar, de perseguir un significado, un fin más alto para la vida: descubrir, como ser más útil, como servir mejor a la comunidad en que estamos inmersos. Para ser un actor y no un

espectador de lo que sucede a nuestro alrededor.

Sus virtudes profesionales, éticas y cívicas le han merecido el respeto y aprecio de sus colegas.

También demostró su interés por la acción gremial médica ocupando la presidencia del Consejo Regional Valparaíso-Aconcagua del Colegio Médico de Chile, en momentos especialmente difíciles para el país y la profesión médica.

Sus dotes profesionales como Cirujano y Maestro ya han sido destacadas. En este momento, deseo resaltar su calidad humana, sus modestia y su eterna voluntad de servir.

Al concederle su diploma de PROFESOR HONORARIO,no sólo se honra al DOCTOR KAPLAN sino, también, la Facultad de Medicina y la Universidad de Valparaíso se sienten honradas.

CLASE INAUGURAL DE LOS CURSOS DE MEDICINA 1993

PROF. DR. CARLOS ALONSO RABY
DIRECTOR DEPTO. DE MEDICINA

Les corresponde a los Profesores del Departamento de Medicina enseñar y guiar el aprendizaje de los conocimientos, habilidades y destrezas que constituyen la base fundamental, permanente y tradicional del quehacer profesional del médico.

La importancia y trascendencia de estas funciones, que se adquieren en sucesivos cursos y programas de medicina, explican la similitud de nombres que hay entre ellos y las unidades universitarias donde se aprenden, incluyendo la Cátedra, el Departamento, la Escuela y aún, la propia Facultad. Este alcance de nombre vale, además para los Servicios Hospitalarios donde se atienden los enfermos propios de la disciplina.

A través de los sucesivos cursos de medicina los alumnos deben aprender una gran cantidad de conocimientos y procedimientos esenciales para ejercer el arte y la ciencia médicas. Deben aprender, además, a interpretar, analizar y dar adecuada solución a los problemas que cada enfermo plantea. Para ello se requiere de una sólida formación en ciencias básicas y una permanente aplicación integrativa de las mismas con los hechos clínicos, única manera de captar en plenitud la complejidad de las alteraciones del ser humano enfermo. Los conocimientos biológicos, morfológicos, bioquímicos, fisiológicos, etc. constituyen el fundamento científico del quehacer profesional del médico moderno y su permanente integración dan la base al progreso de la medicina.

Por otro lado, los cursos de medicina ponen en contacto permanente a los estudiantes con los enfermos, no sólo para que aprendan de ellos, sino para que los comprendan en toda su complejidad humana, lo que en una profesión de servicio como es la medicina, tiene trascendencia social.

Le corresponde, además, a los cursos de medicina la enseñanza programada y actualizada de la patología prevalente del adolescente, adulto y anciano, que es base y modelo para los otros conocimientos especializados que hay que adquirir durante los estudios de medicina. Estos conocimientos capacitan para dar una solución integral a los problemas de la atención primaria del adulto y permiten planificar los estudios y tratamientos de los enfermos más complejos.

Es necesario, por otro lado, aprender las variaciones y modalidades de trabajo de los distintos niveles y lugares donde se ejerce la medicina, los que condicionan comporta-

mientos y realidades diferentes de acuerdo con los distintos tipos de enfermos que consultan y los recursos disponibles para la atención médica. No es lo mismo trabajar en una UCI que en un Consultorio Externo. Tampoco lo es, la labor que se realiza en una sala de hospitalizados con la atención en el domicilio de un enfermo. Cada nivel de complejidad y cada lugar tienen sus propias características que deben aprenderse dentro del contexto global de la medicina.

Todo lo anterior capacita progresivamente al estudiante para tener una competencia básica en la llamada especialidad clínica del adulto o medicina interna, rama fundamental de la medicina encargada de la atención integral, preventiva y curativa, de las personas, desde la adolescencia hasta la senectud.

Esta labor profesional debe estar alejada desde sus primeros inicios, del lucro y la gloria. Por otro lado debe tener una permanente y clara orientación de servicio a los demás, especialmente cuando están enfermos y necesitan del médico. Estos aspectos humanísticos de la medicina y las normas éticas que los fundamentan, no siempre son enseñados adecuadamente en la Universidad, lo que constituye un vacío trascendente en la formación de los profesionales. En medicina, el humanismo y la ética se aprenden fundamentalmente junto al médico en su trato habitual con los enfermos.

Para encarar el desafío de aprender la Medicina Interna, existen dos modalidades que se complementan: la Medicina Interna General o Clínica y la Medicina Interna Especializada o Tecnológica. La primera representa la línea clásica e integradora, que enfrenta los problemas de salud prevalentes del adulto, responsabilizándose del cuidado integral del enfermo. Para ello utiliza fundamentalmente el arte y la ciencia del propio médico , con los que puede resolver adecuadamente un número importante de problemas que motivan las consultas de los enfermos, derivando con criterios claros y oportunos, cuando la circunstancias lo requieren. La segunda, es fruto del progreso de la medicina moderna. En ella, el trabajo médico se restringe en amplitud y se perfecciona en profundidad. Los resultados buscados son más precisos y habitualmente se objetivan con tecnologías complejas y en permanente progreso. La Medicina Interna se subdivide en aparatos y sistemas, dando origen a las Especialidades, cuyos conocimientos básicos deben aprenderse en los sucesivos cursos de medicina, quedando para los Programas de Postgrado, la profundización y capacitación tecnológica respectivas. El desafío de aprender medicina, con tan complejos y amplios propósitos, no debe producir angustia o incertidumbre en el estudiante, ya que los estudios están estructurados por niveles, en cada uno de los cuales se aplican procedimientos que la experiencia mundial ha demostrado adecuados. Estas instancias formativas están interrelacionadas una a otras y los conocimientos adquiridos en un curso de medicina tienen plena validez para los

siguientes. Llegan al Cerebro para quedarse y quien no logra lo anterior, tiene un futuro profesional incierto y aún peligroso.

Para aprender los conocimientos teóricos de las distintas disciplinas de la Medicina Interna, existen numerosos Textos Clásicos, tales como el Farreras, el Harrinson, el Cecil, el Steim, etc. Son caros y complejos, por lo que resulta difícil iniciar el aprendizaje de la medicina en ellos, si bien tienen plena validez en las consultas de determinados temas que se requiere complementar o perfeccionar. No hay que olvidar, además, que los libros se ponen obsoletos con el crecimiento y avance de la medicina, en proporciones variables según sean las disciplinas que tratan.

Diversas Revistas Médicas nacionales y extranjeras actualizan y aportan los nuevos conocimientos en las diferentes especialidades. Aprender a leerlas, con un espíritu crítico, es parte de la formación que debe recibir todo alumno, especialmente cuando tiene que realizar un trabajo científico sobre un determinado tema, exigencia que se hace efectiva durante el Internado y el Postgrado de los estudios médicos.

En algunas Universidades de Norteamérica se ha desarrollado con éxito el aprendizaje en torno a problemas, metodología centrada en la autoformación del alumno. Su aplicación está condicionada a recursos no disponibles en nuestro medio y a un cambio de mentalidad a nivel de los profesores y estudiantes, que no es fácil de obtener.

En base a lo anterior siguen vigentes en nuestros cursos de medicina, las Clases Teóricas tradicionales, que constituyen un procedimiento irreemplazable para adquirir los conocimientos en forma ordenada, sistematizada, actualizada y adaptada a nuestra realidad. Si bien la reglamentación universitaria permite un porcentaje de ausencias a estas clases, es aconsejable la asistencia a todas ellas por las razones expuestas.

Dentro de esta realidad, los apuntes de clases confeccionados por algunos Profesores facilitan el aprendizaje de las materias y permiten una mejor concentración en las clases respectivas. Desgraciadamente no siempre existen estos apuntes y los alumnos deben tomar sus propias notas con todas las deventajas e inconvenientes que ello tiene. En este aspecto hay que tener siempre presente que los apuntes tomados en clase son habitualmente incompletos y expuestos a errores, por lo que no pueden ser la base exclusiva del aprendizaje de un estudiante.

Paralelamente a las Clases Teóricas, los cursos de medicina consultan la realización de actividades prácticas con enfermos, que permiten el aprendizaje real de las patologías, tal como la sufren las personas. Constribuyen a crear una valiosa experiencia personal, trascendente para la formación de cada estudiante.

Dentro de las actividades prácticas hay que diferenciar las que están a cargo de un Profesor, de aquellas que deben ser realizadas en forma personal por el alumno en base a tareas o acciones encomendadas.

Se incluyen como actividades prácticas tutoriales, los llamados "pasos prácticos" organizados en grupos de 4 a 6 alumnos con un tutor. Duran habitualmente una hora y su objetivo es analizar en conjunto aspectos determinados de un enfermo.

Las "presentaciones de enfermos" reunen a todos los estudiantes del curso con un Profesor para analizar un determinado enfermo cuya patología guarda relación con las materias enseñadas en las Clases Teóricas. Habitualmente se presentan enfermos típicos para grabar la imagen de las diferentes enfermedades. Constituyen una adecuada complementación de la enseñanza teórica, que permiten enfatizar aspectos semiológicos, clínicos, de estudios, terapéuticos, humanos, éticos, sociales, etc. No se debe olvidar que el mejor libro para aprender Medicina es el propio enfermo.

Durante el Internado y en los estudios de Postgrado, estas presentaciones de enfermos dan paso a las Reuniones de Diagnóstico Diferencial con enfermos más complejos y a las Reuniones Clínicas, Anatomoclínicas, de Especialidades, etc. propios de cada Servicio o Unidad asistencial.

Las "Demostraciones Prácticas", sirven para mostrar a grupos de alumnos la realización de determinados exámenes o tecnologías de estudio o tratamiento.

Se incluyen también como actividades prácticas, las "Visitas" a diversas dependencias hospitalarias para ver su funcionamiento habitual.

De todas las actividades prácticas, las más formativas son las que deben realizar los estudiantes en forma personal en base a tareas o acciones encomendadas. Pueden ir desde el interrogatorio o examen físico de un paciente, hasta la confección de una Historia Clínica Completa. Se incluyen, además, las normas dietéticas y terapéuticas fundamentales para el tratamiento de los enfermos. Su realización exige del alumno un esfuerzo activo, personal y directo, que si es bien hecho, graba mejor los conocimientos que los otros procedimientos didácticos. Desgraciadamente, en nuestra idiosincrasia educacional, estas metodologías activas son difíciles de incorporar a los hábitos formativos de los estudiantes, los que se sienten más gratos en las tradicionales actividades pasivas.

Dentro de los cursos de medicina constituyen tareas o acciones encomendadas a realizar personalmente por cada alumno, las siguientes:

a) Interrogar enfermos y escribir los hallazgos

b) Examinar enfermos y describir metodológicamente los resultados.

c) Confeccionar Historias Clínicas completas, con un número determinado de casos por semestre.

d) Realizar tareas sobre alimentos y dietas

e) Realizar tareas sobre medicamentos en uso en el tratamiento de determinados enfermos.

f) Estudiar, tratar y evolucionar enfermos asignados

g) Formular diagnósticos diferenciados y fundamentarlos.

Tanto las Clases Teóricas como las Actividades Prácticas de los cursos de medicina, tienen como objetivo fundamental el APRENDIZAJE de la medicina por el alumno, en las siguientes tres áreas:

1.- La cognoscitiva, en que se adquieren nuevos conocimientos

2.- La de destrezas, en las que se aprende a hacer cosas, repitiéndolas y perfeccionando el quehacer sicomotriz.

3.- La de hábitos y actitudes, en las que se aprenden compotamientos y maneras de actuar en base a buenos ejemplos que resaltan las cualidades más adecuadas para el ejercicio profesional de la medicina.

El centrar las actividades formativas de los cursos de medicina en el aprendizaje del alumno y en el esfuerzo personal del mismo para mejor capacitarse, es fundamental en una medicina que cambia y progresa constantemente. Es muy importante que los estudiantes capten estas ideas desde las primeras clases, ya que son ellos los que deben aprender a través de las distintas opciones de aprendizaje que se les ofrecen y que contribuyen a una formación activa y personal en medicina. A los Profesores les corresponde la facilitación y la guía de los distintos procesos, alejados del lucimiento personal de la clásica clase magistral. En Medicina Interna se fomenta el aprendizaje con la participación de un equipo de Profesores de diferentes especialidades, aunados en un objetivo común que no es otro que el aprendizaje del estudiante.

El aprendizaje de la medicina clínica se hace en función de un ser humano necesitado. Se aprende medicina para ser útil y servir a otros y no para ser erudito en determinados temas. De allí que sea fundamental el adquirir en los cursos de medicina, además de los conocimientos y destrezas propios de la disciplina, las normas y procedimientos que la tradición médica ha considerado adecuados para tomar contacto y

ayudar a los seres humanos enfermos, cuya aplicación da origen al llamado arte médico, labor personal y básica en el ejercicio de la medicina.

Existe una comunicación espontánea entre los seres humanos que no basta para ejercer la medicina y entrevistar a los enfermos. El estudiante de medicina debe aprender a mejorar la calidad de sus métodos comunicativos para contactar con personas desconocidas y afectadas por diversos problemas de salud. Hay que aprender a ponerse en el punto de vista del enfermo. Conocer las conductas humanas y no descalificarlas o juzgarlas. Las comunicaciones se favorecen con la cordialidad, el respeto, la simpatía, la comprensión y el espíritu de ayuda y servicio que el médico tenga ante una persona ansiosa, temerosa, que requiere mejorarse, saber su futuro y aliviarse de sus molestias. "Es un gran privilegio del médico el poder conocer a un ser humano en circunstancias tan especiales" (Dr. Santiago Soto).

Para actuar ante los enfermos se requiere, además, de cualidades propios de una personalidad bien formada, la mayor parte de las cuales se adquieren en el hogar y en el medio en que se vive, siendo difícil enseñarlas en clases. Las normas de educación, de presentación personal y trato, el lenguaje usado, etc. impactan al enfermo desde el inicio de la entrevista. Forman parte del comportamiento no verbal de las relaciones humanas, donde suelen producirse descuidos importantes que pueden obstaculizar los objetivos buscados.

Un papel trascendente de los profesores es mostrar permanentemente estas cualidades a sus alumnos, ya que ellos imitan el modelo. Hay que tener presente que este comportamiento en el quehacer diario, ilumina los conocimientos científicos y los procedimientos tecnológicos del médico.

EL METODO CLINICO: constituye el procedimiento habitual en medicina para contactar al médico con el enfermo. Incluye el Interrogatorio y el Examen Físico de la persona.

Pese a todos los adelantos tecnológicos, el Método Clínico sigue teniendo plena validez en todas las disciplinas médicas y a través de el se puede solucionar un gran número de problemas que afectan a los enfermos. Depende fundamentalmente de la preparación, experiencia y cualidades del médico las que pueden ejercerse en cualquier lugar, sin codicionamientos de horarios o recursos.

El Interrogatorio, cuyos detalles se analizarán posteriormente, constituye un procedimiento inigualable para abordar a los enfermos y que se aplica no sólo en medicina, sino en otras disciplinas y actividades humanas, cada una de las cuales usa un determinado método que la experiencia indica que es útil para los objetivos buscados. Así, por ejemplo, un interrogatorio policial, que busca la verdad en un hecho delictivo, no

es el más adecuado para saber de que está enferma una persona y vice versa.

Para aprender a interrogar en medicina se necesita adquirir una experiencia personal en el método, lo que sólo se logra con un trabajo directo con múltiples y sucesivos enfermos. No hay otra forma de adquirir destrezas en el método del Interrogatorio que no sea interrogando enfermos.

La base de un buen Interrogatorio en medicina está dado por la conversación o diálogo entre dos personas, muchas veces desconocidas. Mientras el enfermo necesita exponer, con su lenguaje y preparación, sus problemas, el médico tiene que captarlos, ordenarlos e intepretarlos de acuerdo con sus conocimientos. Esto no se puede hacer sin oír atentamente al enfermo. Las preguntas y contrapreguntas que el médico, con sus conocimientos y experiencias, deba formular, las debe hacer con tacto, simpatía y responsabilidad, evitando el monólogo, el cuestionamiento agresivo y los gestos no verbales que traduzcan adversión o rechazo a los problemas que expone el enfermo. Al contrario, el médico debe demostrar que tiene interés por lo que el paciente le está constentando. Un buen interrogatorio requiere ser hecho en un lugar adecuado, privado y sin interrupciones, lo que no siempre sucede en nuestro medio.

Complica el interrogatorio la gran diversidad de enfermos que existen, según sea su sexo, edad, educación, estado síquico, etc. No es lo mismo interrogar a un niño que a un adulto, aun analfabeto que un religioso, etc. Cada caso obliga a regular y adaptar el método de acuerdo a las informaciones que se tienen o se capten. El interrogatorio de los médicos enfermos se complica con los conocimientos e interpretaciones que traen de sus molestias, de donde deducen diagnósticos que no siempre corresponden a los verdaderos.

Síntoma: es una molestia subjetiva que percibe el enfermo y que lo lleva a la consulta del médico. En ocasiones, las personas pueden captar varios síntomas simultáneos o sucesivos y los exponen según los recuerdan o de acuerdo a las preguntas que al respecto le pueda formular el médico.

Los síntomas traducen habitualmente trastornos orgánicos y funcionales que las enfermedades producen en determinados órganos o sistemas y que son captados subjetivamente por el paciente. Hay que tener presente que una persona puede no tener molestias y estar sin embargo enferma, lo que es frecuente en las etapas iniciales de enfermedades crónicas.

Por otro lado, los síntomas pueden guardar relación con una enfermedad o con varias. Incluso pueden no tener que ver con un trastorno patológico, sino con un conflicto personal o de otra índole que sufra el consultante. Por tratarse de molestias subjetivas, pueden ser simuladas o desfiguradas, dada la peculiar manera de sentir o de expresar lo que sienten,

que tienen las diversas personas.

Al respecto hay que tener presente las siguientes situaciones:

a) Hay personas retraídas o tímidas que hablan poco y pueden desorientar con su silencio.

b) Por el contrario, otros hablan mucho y pueden confundir sus molestias en el conjunto de ideas que expresan.

c) Algunas molestias pueden ser inventadas, aprendidas y aún impuestas por el propio médico a través de su interrogatorio, especialmente cuando el paciente se siente acosado. No es raro que algunos enfermos, que han sido sometidos a sucesivos interrogatorios,den versiones estereotipadas de sus síntomas.

d) Los trastornos sicológicos pueden generar síntomas diversos que pueden confundirse con enfermedades orgánicas según sea la naturaleza y ubicación de los mismos. No es raro que estas últimas produzcan en las personas reacciones de angustias, de depresión, etc., que complican la sintomatología original.

e) No hay que olvidar que las afecciones siquiátricas tienen sus propios síntomas y que los datos que los enfermos entregan no son confiables.

La función del médico en el interrogatorio no termina con la captación de las molestias del enfermo. Es necesario interpretar el significado fisiopatológico de las mismas y su adecuada relación con la terminología de uso médico, de tal modo que lo que dice el enfermo, según su edad, su nivel cultural y el lenguaje usado, corresponda a lo que la medicina como ciencia interpreta como un síntoma determinado. Conocer e interpretar adecuadamente los numerosos síntomas que pueden presentar los enfermos, es otro de los objetivos de los cursos de medicina.

Obetener un buen interrogatorio dentro de esta compleja realidad no es fácil. Sólo la experiencia de múltiples conversaciones con diversos tipos de enfermos logra superar esta dificultad. Ello explica la diferencia que puede haber entre los datos obtenidos de un enfermo por un médico experimentado y el logrado por un estudiante de medicina.

Aparte del método del Interrogatorio, el médico dispone de otro que le es propio: el Examen Físico. A través de el se puede detectar si el cuerpo del consultante está sano o si hay signos que evidencien alteraciones morfológicas o fisiológicas de sus sistemas, aparatos u órganos. El signo es, por consiguiente una manifestación objetiva que puede ser comprobada por el paciente o cualquiera persona que examine al enfermo.

Para realizar el Examen Físico, el médico aplica sus sentidos a través de los siguientes procedimientos:

a) Vista : inspección
b) Tacto : palpación
c) Oído : auscultación
d) Método mixto : percusión

Es fundamental aprender a interpretar adecuadamente los hallazgos de un Examen Físico, para lo cual es necesario conocer el amplio margen de normalidad que tienen los cuerpos humanos de acuerdo a las edades, sexo, constitución, raza, etc. Muchos hallazgos son variaciones normales sin sentido patológico, mientras otros traducen alteraciones mórbidas que pueden o no guardar relación con las molestias del enfermo. Aprender a interpretar los signos de las distintas enfermedades es otro objetivo de los cursos de medicina.

El examen Físico es una desmostración de la confianza que el enfermo tiene en el médico que debe observar y palpar su cuerpo en busca de hallazgos que faciliten el diagnóstico. Es un acto médico privado que debe ser realizado con respeto y consideración, teniendo presente que todas las personas tienen pudor.

Un Examen Físico normal da gran tranquilidad al enfermo, si bien el médico debe saber que no excluye algunas enfermedades que debe explorar por otras técnicas y exámenes. El manejo de este problema debe ser hecho con inteligencia y responsabilidad para evitar interpretaciones indebidas.

Al terminar de aplicar el Método Clínico del Interrogatorio y del Examen Físico el médico debe tener una visión lo más completa posible del enfermo y de los problemas por los cuales ha consultado. Hay que tener presente que las personas consultan por algo que esperan que el médico les resuelva, lo que incluye:

a) El Diagnóstico de su enfermedad

b) Una ilustración o explicación del padecimiento, acorde con el nivel cultural del enfermo.

c) El pronóstico de la misma, con la trascendencia personal familiar y social de la afección.

d) El alivio de las molestias.

e) La curación de la enfermedad con el tratamiento que corresponda.

f) Los Beneficios Legales y Sociales a que tienen derecho.

g) Medidas diversas de prevención en su medio familiar y de trabajo.

h) Consejos u orientación en diversos aspectos que preocupan al enfermo.

Muchas veces es importante precisar, terminado el Método Clínico, que la persona consultante no está enferma y que por el contrario, goza de buena salud. Esto es importante en consultantes aprehensivos o sugestionados por molestias inexistentes.

Hay que recordar que no todos los consultantes son necesariamente enfermos y que personas sanas pueden recurrir al médico en demanda de algo o por exámenes o chequeos periódicos de salud. En ellas la aplicación integral del método clínico es necesario para confirmar sus situación, teniendo presente que pueden existir enfermedades iniciales, inaparentes y asintomáticas, en determinadas edades, cuyo hallazgo precoz tiene evidente trascendencia para el futuro de la persona.

TECNICAS Y EXAMENES:

Las limitaciones del Interrogatorio y de los sentidos humanos para captar las alteraciones íntimas de muchos procesos, ha estimulado el desarrollo de numerosas técnicas y exámenes de estudios que complementan y perfeccionan el método clínico.

Su adecuada aplicación permite confirmar objetivamente los diagnósticos formulados clínicamente. También permiten descartarlos. Contribuyen a la pesquiza precoz de enfermedades inaparentes y son un valioso aporte al progreso de la medicina actual. Entre ellos podemos mencionar los siguientes:

a) El estudio por imágenes, donde se incluyen los Rayos X, la Ecografía, la Tomografía Computarizada, la Resonancia Nuclear Magnética, etc.

b) El Estudio Microscópico de tejidos y células, el que incluye el uso del microscopio electrónico.

c) La línea Bioquímica con múltiples exámenes de laboratorios de muestras obtenidas de tejidos y líquidos orgánicos.

d) La línea Hematológica que estudia los diversos componentes de la sangre.

e) La línea Biológica, Microbiológica e Inmunológica.

f) Las exploraciones endoscópicas.

Cada técnica o examen tiene un procedimiento, un equipamiento y debe ser hecha con destreza y experiencia para obtener resultados confiables. Están expuestos a errores diversos y sus resultados no son matemáticos. De allí que deban ser siempre solicitados e interpretados a la luz de los hechos clínicos del enfermo.

Las técnicas y exámenes de estudio, complementan y perfeccionan el método clínico, pero no lo reemplazan. Utilizar las tecnologías modernas, que incluyen miles de exámenes, sin una valoración clínica previa, es cara, desorientadora y muchas veces inútil. Introduce al médico en un caos interpretativo. Hay que tener presente que algunas técnicas pueden no ser inocuas para un enfermo y en este sentido hay que valorar bien los pro y los contras de su realización en base al requirimiento clínico previo y bien fundado.

Conocer el exacto valor de estos métodos de estudios instrumentales y tecnológicos, con sus indicaciones, interpretaciones y limitaciones, es otro de los objetivos de los cursos de medicina.

Toda la información obtenida por el médico en base al método clínico y a los exámenes y técnicas de estudios realizadas, debe ser ordenada y escrita en forma adecuada, en un documento llamado Historia Clínica, cuyos detalles aprenderán posteriormente. Este documento es muy útil para el médico, ya que permite el registro de todas las molestias, signos y exámenes realizados para el mejor conocimiento de la enfermedad de una persona. Permite, además, evolucionar las molestias y anotar los resultados de los tratamientos efectuados. Es importante para detectar oportunamente los inicios de alguna complicación y en casos de urgencia, puede ser revisado por otro médico en forma rápida. Tiene importancia para futuros controles y sirve para revisiones y trabajos científicos.

Todo enfermo que se atienda por un médico, sea en forma privada o en instituciones, debe tener una Historia Clínica. No hay que confiar en la memoria que es frágil y puede olvidar o confundir aspectos importantes de un enfermo.

La Historia Clínica es un documento reservado, cuyos datos pertenecen al enfermo, lo que obliga a un adecuado control. Hay que tener presente al iniciar los estudios de medicina, que hay una obligación ética y legal de guardar reserva de todo lo que se vea, oiga y sepa de los enfermos, lo que constituye la base del Secreto Médico. Como norma general, las Historias Clínicas deberían estar regidas en su confección y archivo por las normas del secreto compartido, lo que habitualmente no sucede. De todos modos hay que evitar escribir o mencionar en ellas aspectos que pueden dañar a una persona o cuya difusión puede ser mal interpretada.

El Curso Inicial de Medicina se denomina Semiología y resumiendo sus principales objetivos podemos citar los siguientes:

1.- Aprender a tomar contacto y comunicarse adecuadamente con los enfermos

2.- Aprender a Interrogar

3.- Aprender a Examinar

4.- Aprender a reconocer los síntomas y signos de las principales enfermedades.

5.- Aprender las técnicas y exámenes de estudios de las afecciones

6.- Aprender a ordenar y resumir los aspectos anteriores en una Historia Clínica

7.- Aprender a guardar el Secreto Médico que está involucrado en el método clínico que se aplica a cada enfermo.

Estos aprendizajes son básicos para los siguientes cursos de medicina y para otras disciplinas que se estudian en la Carrera. Son por otro lado la base de todo el trabajo del médico en su vida profesional.

En los sucesivos cursos de medicina, los alumnos deben aprender las enfermedades más frecuentes del adolescente, adulto y anciano, la mayor parte de las cuales se enseñan coordinadas con la Cátedra de Cirugía. Por razones de docencia y no de importancia o frecuencia, las Unidades Temáticas respectivas se ubican en los siguientes cursos:

1.- TERCER AÑO : a) Primer Semestre : -Semiología

b) Segundo Semestre : -Nutrición
-Equilibrio Hidroelectrolítico
-Hematología
-Enfermedades Infecciosas
-Intoxicaciones

2.- CUARTO AÑO : a) Primer Semestre: -Afecciones de Cabeza y Cuello
-Enfermedades Digestivas

b) Segundo Semestre:-Cardiología
-Neumología

3.- QUINTO AÑO : a) Primer Semestre : -Nefrología
-Reumatología e Inmunología Clínica
-Endocrinología y Metabolismo
-Geriatría

El estudiante debe aprender todas las materias con el mismo entusiasmo, ya que el enfermo que consulta puede hacerlo por cualquiera de ellas y no es raro que pueden coexitir varias patologías en una consulta. Sin embargo, no todas las enfermedades se presentan con igual frecuencia y de allí que los estudios se centran en las más prevalentes, dejando las más raras para los estudios especializados posteriores.

Para cada enfermedad se requiere aprender:

1.- Definición y concepto
2.- Importancia y trascendencia
3.- Epidemiología
4.- Causas y patogenia
5.- Alteraciones morfológicas y fisiológicas que producen
6.- Manifestaciones clínicas: síntomas y signos
7.- Métodos de estudio
8.- Fundamentos del diagnóstico
9.- Diagnósticos diferenciales
10.- Pronóstico
11.- Tratamiento : a) Actividad y situación laboral
b) Alimentación e hidratación
c) Supresión o modificación de hábitos
d) Medicamentos Específicos
e) Medicamentos Sintomáticos
f) Sicoterapia y apoyo síquico
g) Cirugía
h) Rehabilitación
12.- Evolución
13.- Beneficios legales
14.- Prevención

Se debe tener presente que no hay enfermedades sino enfermos y que la descripción de cada enfermedad es un resumen estadístico de como se ha presentado en diversos grupos humanos.

Por último hay que recordar que los órganos y visceras no son los que consultan cuando están enfermos. Lo hace una persona que porta estas alteraciones, lo que introduce el factor humano, síquico y ético en todas las actuaciones médicas.

EDUCACION MEDICA

EFECTO DE LOS CAMBIOS PEDAGOGICOS A LA ENSEÑANZA DE LA PARASITOLOGIA EN MEDICINA.

1992.

Prof. Benjamín Subercaseaux S. y Prof. Patricia Neira O.
Cátedra de Parasitología.

INTRODUCCION.

Desde la época de estudiantes, nos inquietaban algunas situaciones en el proceso de enseñanza-aprendizaje que sentíamos como falsas o erróneas al mismo tiempo que ilógicas.

Posteriormente, como docentes, estas apreciaciones se fueron concretando al observar los mismos síntomas desde este otro ángulo. Por ello, nos hemos preocupado, durante este período, de objetivar esos aspectos docentes que consideramos entorpecedores y, al mismo tiempo, fuimos modificando nuestros postulados y métodos pedagógicos para tratar de superar las barreras, por lo menos en la asignatura de Parasitología.

Ha sido un proceso lento e ingrato pues muchas veces ha significado retrocesos en alguna línea de desarrollo que, en esta investigación de ensayos y errores, resultó inadecuada. Y ello, con el agravante de ser simples docentes improvisados y sin una formación pedagógica sólida.

Este trabajo pretende exponer los conceptos y situaciones que han merecido nuestras críticas y los propósitos y objetivos que nos han guiado para intentar corregirlos. Del mismo modo, pretendemos describir las adecuaciones realizadas a la metodología docente de Parasitología. Finalmente, queremos relatar la apreciación de los profesores de la Cátedra y de los estudiantes respecto al resultado que se ha obtenido hasta ahora con dichos cambios metodológicos.

Por muchos años, hemos oído decir, y nosotros habíamos estado en parte de acuerdo, que un mejoramiento de la formación médica solo se lograría con una mayor implementación de recursos humanos y materiales. Sin embargo, creemos que hemos logrado probar y probarnos que, en condiciones restringidas de implementación, no es imposible mejorar substancialmente el rendimiento del producto de esa formación.

---------- o ----------

MATERIAL Y METODO

1) FACTORES CONSIDERADOS COMO TRABAS EN EL PROCESO DE ENSEÑANZA - APRENDIZAJE DE LA EDUCACION MEDICA.

a) El ESQUEMA PATERNALISTA de la docencia, que se arrastra desde la enseñanza básica es, a nuestro modo de ver, el principal impidimento.

- En aras de facilitar el aprendizaje, se entregan las materias preanalizadas y sintetizadas ("pre-digeridas), a la manera de fórmulas o recetas listas para resolver situaciones específicas.

- Ello obliga al estudiante a una actitud pasiva y dependiente y eso, junto con la tendencia natural a la vía del menor efuerzo, lo pone en riesgo de no asumir la responsabilidad que le corresponde en su propia formación.

- En el plano de la relación interpersonal, el estilo paternalista implica, por lo general, una actitud y trato del docente hacia el estudiante que se podría interpretar como si lo considerara un ser intrínsicamente inferior, y por ello, incapaz e irresponsable.

Esa posición es resentida por el alumno en quien se genera una reacción de desconfiaza y pugna que corre el riesgo de desembocar en actitudes deshonestas en función de la sobrevida académica (como por ejemplo el engaño para mejorar las calificaciones). Estas posiciones beligerantes de ruptura, desembocan generalmente en un ambiente de irresponsabilidad académica compartida.

Así, el alumno es impelido a incorporar la información que se le entrega sin criticarla, sin discriminarla ni priorizarla.

Para ello, desarrolla al máximo su capacidad de memoria y relega a un segundo plano el ejercicio del razonamiento. Sus objetivos autoformativos se han reducido a obtener buenas calificaciones más que a lograr conocimiento y destrezas bien fundamentados.

Todo lo anterior va forjando un estudiante que vive a tientas un proceso que siente ajeno, pero que intuye debiera ser propio. El ha decidido, sin presiones (a diferencia de como ocurrió en el colegio), estudiar en la Universidad. Sin embargo, su comportamiento es inconsecuente y contradictorio; incluso intelectualmente suicida en ocaciones.

b) Otra gran dificultad es la FALTA DE OBJETIVOS CURRICULARES claros y precisos. A pesar que en la enseñanza médica el tema ha sido analizado y definido exhaustivamente durante

décadas, no hay al respecto un esquema de trabajo que haga de este proceso algo dinámico en el tiempo y en contínua revisión. Ello es absolutamente necesario puesto que el tipo de producto requerido (el egresado) está cambiando contínuamente en función de las modificaciones (y no necesariamente del aumento) del conocimiento y destrezas, así como de las espectativas del medio laboral y social en que deberá desarrollar sus funciones ese futuro Médico General.

Para tener éxito en un ambiente cambiante, todo sistema requiere de un buen método de evaluación por retroalimentación. En este caso, la retroalimentación de la Educación Médica debería basarse en la apreciación de las características de los egresados vistos por sus empleadores y de la evaluación del proceso de formación, realizada por los propios ex-alumnos.

La vaguedad de los objetivos generales lleva a una deficiente integración de las materias de los diferentes cursos y niveles de la Carrera. De este modo, la falta de vertebración coordinadora del Plan de Estudios, en cuanto a propósitos, conduce a la duplicación de contenidos e incluso a contradicciones en la orientación de las materias, produciendo en el estudiante una importante sobrecarga de esfuerzo inútil y de frustración.

Los objetivos mal planteados, mal entendidos o ausentes, implican para el estudiante, un importante factor de desorientación ya que no le permiten conocer claramente lo que se espera de él. Asimismo, la falta de definición de los mínimos logros esperados implica una gran inseguridad para el alumno al momento de ser evaluado y para el docente a la hora de calificar.

La formación pedagógica de los profesores, por lo general incipiente o impírica, sumada a los objetivos vagos, producen acciones docentes erráticas y, por consiguiente, evaluaciones imprecisas. Si además, durante el proceso de enseñanza - aprendizaje falta un sistema de retroalimentación que nos indique, tanto los progresos del alumno como la eficacia que está teniendo la metodología usada, los resultados de las evaluaciones terminales (generalmente las únicas) se distribuirán estadísticamente siguiendo la típica curva de Gauss. Y ello porque es producto de un proceso que cursó en forma azarosa.

Sin embargo, lo que idealmente cabría esperar es un máximo de éxitos y, en lo posible, ningún fracaso (curva sigmoidea). Pero para ello se requiere actuar sobre el azar para reducir sus efectos.

c) Existe una constelación de OTROS FACTORES que influyen en el rendimiento del proceso de enseñanza-aprendizaje. Entre aquellos que afectan al alumnado, podemos mencionar la falta de objetivos personales claros, el bagaje cultural previo, la influencia y presión social general y de

las tendencias adolecentes de turno, el antagonmismo generacional, la inexperiencia en la organización de los periodos de trabajo y solaz, así como la falta de métodos de estudio personal de buen rendimiento, etc. De ellos, uno de los que más interfieren es la deficiente capacidad de expresión oral y escrita que presentan los estudiantes en general y que se encuentra íntimamente relacionada con su capacidad de análisis, síntesis y aplicación de información.

Si no exitiera la mencionada sobrecarga a la que estan sometidos tanto docentes como estudiantes, los alumnos podrían ser orientados y apoyados en esos aspectos.

2) PROPOSITOS GENERALES QUE HAN GUIADO LOS CAMBIOS EN LA METODOLOGIA DOCENTE DE LA CATEDRA DE PARASITOLOGIA.

a) Desarrollar un conjunto de actividades de apoyo docente en la enseñanza de la Parasitología, con el objeto de que todo alumno logre resultados finales exitosos.

b) Desarrollar en el alumno las destrezas de estudio y aplicación de la información de cualquier materia que requiera capacidad fundamentada de toma de decisiones. En Parasitología, que logre enfrentar y resolver problemas nuevos mediante un apropiado esquema de selección de información útil y un adecuado razonamiento.

c) Hacer del aprendizaje un proceso participativo, agradable y estimulante para el alumno, que le permita disfrutar de su autoformación guiada y asistida por los docentes.

d) Establecer con el estudiante una relación de confianza que facilite su participación y la adquisición de los valores de responsabilidad libre y madura.

e) Capacitar al estudiante para que sea capaz de relacionar y aplicar los conocimientos y destrezas adquiridos, en el contexto de los objetivos del Médico General, actuando en la Atención Primaria, del Servicio Nacional de Salud.

3) ESTRUCTURA Y METODOLOGIA ACTUAL DEL CURSO DE PARASITOLOGIA CLINICA PARA TERCER AÑO DE LA CARRERA DE MEDICINA.

a) CONTENIDOS:

I.- La orientación clínica debería encontrarse ubicada más adelante en el Plan de Estudios pero la falta de integración vertical de las asignaturas nos obligó a incluirla en Tercer Año. A pesar de ello, el objetivo de formar un Médico General en Parasitología se logra sin dificultad.

II.- Si bien es cierto, hasta la fecha, los contenidos solo se han agrupado clínicamente bajo los rubros de Entero, Histo y Ectoparasitosis, persiste el método descriptivo del análisis por parasitosis.

- El próximo paso será agrupar los temas según los diversos sindromes posibles de encontrar en relación con las parasitosis prevalentes en nuestro medio. Esto nos parece el modo más lógico de presentar la materia pues el futuro médico enfrentará dichos sindromes y no una parasitosis predefinida.

III.- Estratégicamente se han colocado temas simples al inicio del Curso para permitir la ambientación del alumno en esta nueva modalidad. También al final se dejan temas fáciles pues, en esa época, el alumnado se encuentra muy sobrecargado por pruebas finales de otros ramos, y sumamente cansados.

b) METODOLOGIA TEORICO-PRACTICA.-

I.- Se ha preparado un conjunto de Apuntes-guía y pautas de estudio, que se encuentra en constante revisión y actualización y que contiene todos los datos biológicos, epidemiológicos, clínicos y de laboratorio que se requieren. El estudiante debe preparar y manejar esta información previamente a las actividades correspondientes.

II.- Se han eliminado las clases expositivas (salvo excepcionalmente para revisar temas extraordinarios como las parasitosis foráneas y otros), reemplazándolas por Prácticas de Grupo, en las que los estudiantes analizan y discuten la resolución de problemas y casos simulados, propuestos por el docente, con la guía y apoyo del profesor y usando la información contenida en los Apuntes-Guía.

-- El adiestramiento pretende desarrollar el espíritu crítico y el análisis lógico, en el razonamiento y aplicación de conocimientos con fines de resolución práctica de situaciones. La asistencia y participación de estas actividades es voluntaria.

- Para lograr un mayor realismo con este "jugar en serio", los estudiantes son designados como "doctores" por el médico tutor quien los lleva a una cuasi teatralización de las intervenciones.

III.- Mediante la asistencia de los Ayudantes Alumnos de la Cátedra y en horario extraprogramático, aunque voluntario, los alumnos pueden asistir a sesiones de recapitulación para aclarar dudas o buscar orientación en la metodología de estudio.

- Si bien es cierto esta oportunidad también la ofrecen los docentes del Curso, al agregar a ello a los Ayudantes se pretende obviar cualquier obstáculo generacional o de otro tipo que pudiera interferir este apoyo.

c) METODOLOGIA PRACTICO-LABORATORIAL.-

I.- El estudiante es adiestrado en la observación y el diagnóstico fundamentado de diversos objetos.

II.- Además aprende a describir y reconocer los elementos parasitarios macroscópicos que deberá diagnosticar como Médico General.

III.- Se le da la oportunidad de visualizar elementos microscópicos y de realizar la toma de muestras y diagnóstico microscópico de exámenes parasitológicos de rutina.

Las actividades I y II son de asistencia obligatoria y la III es voluntaria, pero incluye un factor estimulante de competividad.

d) EVALUACIONES.-

I.- La asistencia (y participación o no) a las Prácticas de Grupo constituye para el estudiante una forma de autoevaluación constante y, para el docente, un modo de ir evaluando estimativamente el desarrollo del método y su rendimiento.

II.- Aparte de estar bien claros los objetivos generales del Curso, en el Programa el alumno encuentra las pautas de evaluación de las interrogaciones y, en ellas, definidos los mínimos logros esperados para el egreso, así como los requisitos para lograr las calificaciones de 1 a 7.

La modalidad de las preguntas es idéntica a la de las prácticas de grupo y del adiestramiento para el diagnóstico macroscópico en cada caso. Todas las evaluaciones son orales.

III.- En la mitad del desarrollo del Curso, el alumno recibe una encuesta de opinión que puede ser respondida anónimamente si se desea y en la que se le pregunta acerca de diversas aspectos del Curso así como otras ideas no incluidas. Este documento debe ser devuelto antes del examen y servirá de complemento a la evaluación final del proceso que los docentes harán al término del Curso. De este análisis surgirán otros eventuales cambios para los siguientes Cursos.

RESULTADOS

La apreciación general, tanto de parte de los estudiantes como de aquella de los docentes, es que las modificaciones que se han ido introduciendo a la estructura y metodología del Curso de Parasitología Clínica han permitido desarrollar un proceso útil, lógico, confiable e incluso agradable.

En las Prácticas de Grupo, los estudiantes reconocen que se les impulsa a utilizar un pensamiento razonado. Esta situación, que muchos descubren asombrados como una novedosa capacidad ignorada hasta ahora, les resulta estimulante cuando, además, se les entrega la responsabilidad (no impuesta ni sancionada por una calificación) de aprender por sí mismos, de equivocarse solos y rectificar mediante un adecuado y completo razonamiento, bajo la guía del docente. Es grato para ellos, ir constatando la adquisición de capacidades resolutivas bien fundamentadas. Les dá confianza el constatar que los docentes no tienen una actitud antagónica ni de competencia, y en cambio los están ayudando y dándoles oportunidades para conseguir el éxito.

Al inicio del Curso, los estudiantes resienten el cambio de metodología pero se adaptan con facilidad y rapidez y comprenden la conveniencia de preparar los temas con antelación a las prácticas de grupo y de participar activamente en ellas. Muchos han expresado que gracias a estas prácticas han logrado vencer la resistencia a hablar en público.

Con las prácticas de grupo, el estudio para las pruebas resulta ser un simple repaso para algunos.

El adiestramiento en las Prácticas de Grupo y en el Laboratorio, junto con las indicaciones contenidas en el programa, permiten a los alumnos conocer con exactitud lo que se espera de ellos en las evaluaciones. La retroalimentación de estas prácticas permite ir reforzando continuamente los aspectos del aprendizaje que quedan débiles y así, mediante reiteraciones o nuevos enfoques de los temas, prepararlos para evaluaciones finales exitosas.

Las calificaciones así obtenidas, se distribuyen estadísticamente siguiendo una curva de tipo sigmoideo.

La evaluación oral tiene la ventaja de que el docente es capaz de advertir factores ajenos a la evaluación, como son las dificultades de expresión del alumno y las interferencias de tipo emocional. También permite destacar y aclarar las dudas del docente frente a respuestas evasivas o engorrosas del alumno que puedan encerrar desconocimiento, usando subpreguntas aclaratorias o complementarias.

Con el tipo de pregunta (caso o situación a resolver) usado, es posible no solo medir la capacidad de memoria del alumno, sino también evaluar las cualidades adquiridas de análisis, síntesis y aplicación.

Dada la gran cantidad de alumnos, hasta hace un año se usó cuestionarios individuales apuntando a un solo tema específico. En la actualidad se formularon las preguntas abriendo el abanico de temas y situaciones al mismo tiempo que se logró afinar la homogeneidad de grados de dificultad y complejidad de ellas con objeto de minimizar el efecto del azar en el sorteo de preguntas.

Se calibró un tiempo holgado de respuesta, eliminando así otro factor de tensión para el alumno.

La pauta de corrección y el enunciado de los mínimos logros esperados permite al alumno reconocer sus aciertos y errores en la evaluación y al docente una base segura y objetiva de calificación.

Finalmente, se logra crear un ambiente amistoso al estudiante, alentándolo a dar sus opiniones en un marco de respeto y de disciplina y no por ello menos espontáneo y agradable.

---------- O ----------

OPCIONES PARA MEJORAS DOCENTES EN NUESTRA ESCUELA DE MEDICINA

PROF. DR. CARLOS SILVA LAFRENTZ
DIRECTOR DE POSTGRADO

La educación médica en las Escuelas de Medicina chilenas, incluída la nuestra, ha ganado y mantiene un justo prestigio en el marco Latinoamericano. A pesar de las severas restricciones presupuestarias que debió soportar la educación superior en el país por 17 años, se logró soslayar con éxito todos los inconvenientes y mantener el alto nivel tradicional de nuestra formación de médicos. Varias son las razones que han contribuído a ello, tanto en la formación de pre como de postgrado. Podemos mencionar: la responsabilidad, entrega y mística de los docentes, la restricción de las matrículas, la selección del alumnado, la programación cuidadosa de las asignaturas, la estrategia tutoral de la enseñanza, la práctica del internado de dos años, la buena relación docente-asistencial entre las instituciones universitarias y hospitalarias. Podemos agregar, a estas causales, la circunstancia que las escuelas tradicionales, son sólo seis, lo que permite establecer una buena y favorable relación entre ellas, y, un intercambio fácil de informaciones y experiencias. La activa Asociación de Decanos (ASOFAMECH), la realización frecuente de eventos académicos, como Congresos y Seminarios de Educación Médica, con representación de docentes de las diversas Escuelas, donde se analizan y discuten variados tópicos de la Educación Médica, son instancias que han contribuído eficazmente al desarrollo de la formación médica. Se puede afirmar sin exageración, que la Educación Médica en Chile, es una preocupación viva y constante de la comunidad universitaria y asistencial, comprometida con la entrega de un eficiente servicio de salud a la población.

Pese a esta situación actual favorable y positiva para el futuro, ningún educador puede estar satisfecho del nivel de calidad alcanzado, y, siempre estará vigente el propósito y el ánimo de mejorar nuestro proceso educativo. En esta oportunidad, nos ha parecido adecuado reflexionar sobre alternativas de progreso en esta materia, en relación a: El Alumno, el Profesor, el Currículo y Aspectos Pedagógicos varios. Analizamos a continuación, algunas probables opciones y las respectivas acciones o procedimientos para llevarlas a cabo.

1° EL ALUMNO:

a) Selección adecuada.

Obviamente la calidad del alumno es de suma

importancia en la formación de un buen médico. En una instancia anterior, hemos tratado de definir cuales son las características o cualidades personales más importantes que capacitan, a priori, a un joven aspirante a la Carrera de Medicina. Resumidamente, a nuestro juicio, ellas son: 1° Capacidad de estudio y aprendizaje, 2° Destrezas de comunicación y habilidades manuales adecuadas, 3° Espíritu de servicio y vocación, 4° Posesión de normas éticas básicas, y 5° Interés por la cultura en general. Ahora bien -de acuerdo o nó con estas cualidades- no es tarea fácil con los procedimientos actuales de selección de estudiantes de medicina mediar objetivamente esas aptitudes. En efecto, con los métodos actuales de selección: antecedentes de la enseñanza media, notas e informes personales, más la P.A.A., se obtiene especialmente información sobre el punto primero señalado; pero, casi nada sobre los otros. De ahí, que exista, con casi consenso entre los educadores, la idea de implementar en las Escuelas, algún tipo de prueba especial que cumpla con el objetivo de explorar y medir esas otras capacidades o aptitudes personales del aspirante. A primera vista, parece una tarea difícil organizar un método o una prueba que investigue y mida cualidades tan diversas. Sin embargo, pensamos que un buen trabajo cooperativo entre pedagogos, psicólogos y médicos especializados, puede dar como resultado un producto adecuado con ese objetivo. Habría que empezar por afrontar la tarea. De hecho, un Comité de nuestra Escuela, ha propuesto, recién, usar una prueba especial, en base a tres procedimientos: Test M.M.P.I. (evaluación de personalidad y descarte de psicopatía), Test de Edwards (perfil de personalidad) y entrevista personal semiestructurada. Este proyecto que implica presupuesto especial, consumo de tiempo, y, mucha experiencia y sacrificio de parte de los examinadores, podría preliminarmente, ser aplicado es escala reducida, como un proyecto de investigación. Sobretodo, para saber si realmente mide lo que se desea medir. A cualquiera, con cierta experiencia en educación médica, no se le escapa que algunas de esas aptitudes no se expresan tempranamente en la vida del estudiante, y, sólo afloran tarde ya en pleno ejercicio profesional. Se conocen excelentes médicos, dotados de óptimos atributos para el ejercicio profesional, que no fueron destacados alumnos en esos mismos. También, puede ocurrir lo contrario. De ahí, que exista cierto grado de duda entre algunos docentes para poner en práctica una prueba especial, y obligatoria como la mencionada. En cualquier caso, como ya se dijo, si la prueba no resulta adecuada, por lo menos, será útil para identificar algunos casos de estudiantes con trastornos de la personalidad o psicopatías incompatibles con la profesión. Repetimos, que como proyecto de investigación, se justifique su ensayo por algunos años; podría resultar útil, también, para saber si los test psicológicos son indispensables o bastaría con la entrevista personal bien planificada.

b) Participación activa del estudiante y la autoformación.

El alumno no puede seguir siendo una persona

pasiva en su formación, que se limita a recibir la información como algo que le viene de afuera; es indispensable interesarlo y estimular su pensamiento, en sus fases de análisis y síntesis, que lo conducen finalmente a la conceptualización. El alumno no puede limitarse a ser un receptor simple, sino un participante alerta, activo, entusiasta en el proceso de enseñanza aprendizaje.

Varios procedimientos pueden contribuír a eliminar este defecto bastante común entre nuestros estudiantes, generado en etapas anteriores de nuestro proceso educacional. Desde luego, la capacidad de comunicación del docente deber ser suficiente para estimular y motivar a la audiencia. Volveremos sobre esto, más adelante, cuando nos refiramos a las técnicas pedagógicas.

Es necesario reducir el número y la longitud excesiva de las clases teóricas. Los alumnos receptores tienen una capacidad limitada de captura de informaciones y los docentes tienen que estar alertas para no sobrepasar ese límite. Las clases no debieran extenderse más allá de los cuarenta minutos. La exposición del docente no puede ser muy densa, acumulando una cantidad excesiva de datos. El tema o los temas de una clase, pocos, deben ser entregados con claridad, precisión y secuencia lógica para no generar cansancio o confusión en el auditorio. Debe reducirse al máximo el uso de diapositivos o transparencias; nunca oscurecer totalmente el local. Estos -si se estiman necesarios- deben ser pocos, con escasos datos o frases y rápidamente legibles. No abusar en ellos de los colores o figuras de adorno que, sólo, distraen la atención e inhiben la comprensión. Los diapositivos y transparencias son especialmente útiles cuando se desea iniciar o terminar una exposición, resumiendo en pocas frases los principales conceptos que se dese fijar en los oyentes.

El profesor no debe leer su clase; la lectura conduce a la monotonía y al sopor; debe mantenerse activo, sin exagerar los movimientos e invitando ocasionalmente al diálogo. Hay que dar tiempo para que el alumno haga sus propias anotaciones. Con frecuencia, en la enseñanza de la medicina, especialmente en los ramos básicos, la exposición de datos puede parecer técnica, fría, árida, es, entonces, cuando el docente debe concurrir al máximo esfuerzo para llegar al alumno, para que fructifique su mensaje y se haga "carne" en su mente. Para que el mensaje del docente cumpla su función de enriquecer al alumno, es necesario que el verdadero educador haga su trabajo con íntima entrega.

En algunas Escuelas de Medicina, especialmente norteamericanas y canadienses, se ha implementado en el último decenio, el sistema de enseñanza por la solución de problemas, reemplazando en parte al sistema de clases, com otro procedimiento para estimular la actividad participativa y el autoaprendizaje estudiantil. Sobre este asunto volveremos,

también, más adelante cuando nos refiramos a los aspectos pedagógicos.

c) Del Trato Humanitario y de la Etica en la Atención.

Pienso que cada día se hace más necesario incrementar en el alumno la formación en las disciplinas señaladas en el epígrafe de este párrafo.

La primera información o señal que capta el paciente consultante es la calidad humana de la persona destinada a resolver su problema de salud. Por eso, el contacto paciente-alumno deber ser favorecido constantemente desde el inicio al término de los estudios. Es claro, que con los nuevos sistemas de atención y con los avances técnicos actuales, una serie de instrumentos y máquinas tienden a separar o distanciar al paciente de su Médico. Por mucho que estos factores se incrementen en el futuro, siempre existirá el encuentro y el diálogo entre las dos personas. Hay que adiestrar al alumno en este juego de dos; para ello, nada mejor que la práctica permanente del binomio en acción, bajo la supervisión de un docente ejemplar.

Más allá de un curso teórico de ética médica es recomendable, a nuestro juicio, la puesta en práctica de ejercicios con ejemplos seleccionados, como una manera de dinamizar la entrega de normas éticas en el actuar médico. Hay innumerables ejemplos para ello, ya que en cualquier acto médico al tomar una decisión, el profesional no sólo debe resolver un problema técnico, sino, también uno de índole moral. Es recomendable seleccionar problemas por áreas, como el aborto, la fertilizaciín in vitro, manipulación genética, transplantes de órganos, eutanasia, etc.

2° EL PROFESOR.

La primera idea que se plantea es el perfeccionamiento de su elección. Ya, en un Seminario reciente, en nuestra Escuela, intentamos definir -así como lo hicimos para el alumno- las principales características y cualidades personales deseables en un docente de Medicina. Estas las agrupábamos en cuatro aspectos principales: conocimientos en su disciplina, capacidades de comunicación, identificación con la Universidad y cultura general. Es necesario pues, implementar un sistema de selección obligatorio que permita valorar con un cierto grado de seguridad esas diferentes cualidades. Creemos que, además del análisis cuidadoso de los antecedentes curriculares del postulante, debe agregarse, por lo menos, los siguientes dos procedimientos: una entrevista manejada y estructurada por profesores del más alto nivel de la disciplina, y, una clase o exposición magistral sobre un tema sorteado.

La capacitación pedagógica del docente debe ser

estimulada cualquiera sea el nivel académico alcanzado. Sin perjuicio, de las iniciativas personales en este sentido, la Escuela debe ofrecer anualmente oportunidades y alternativas de perfeccionamiento, como cursos, seminarios o talleres dirigidos por pedagogos de alto nivel. Un proceso de calificación anual obligatorio, adecuadamente reglamentado y estructurado, permitirá la medición periódica de esa capacidad.

Una ciscunstancia en la cual no se repara frecuentemente, y, donde cada docente tiene su propia experiencia, es el hecho preocupante de la presencia en el grupo docente del llamado profesor dominante. Aquel distinguido y talentoso profesor que cree que lo sabe todo, dogmático, que impone sus ideas -generalmente conservadoras- impidiendo el cambio necesario. La mayor dificultad está en que este docente, generalmente un excelente maestro, goza de gran prestigio y ascendiente entre sus pares. Por supuesto que el talento debe ser privilegiado; pero, cuidado, si esa capacidad positiva no va acompañada con la mesura y un prudente sentido de autocrítica y limitación. Un docente bueno y sabio no debiera jamás olvidar la tan conocida máxima socrática. No es fácil contradecir a un profesor con esas cualidades. El hecho de idenficarlos ya puede constituir un gran avance para su moderación en las diferentes instancias de diálogo del grupo docente.

3° EL CURRICULO:

Habría mucho que comentar respecto a este complejo y estratégico punto. Nos limitaremos a tres o cuatro observaciones.

Existe casi un consenso nacional que éste debe ser reducido racionalmente. No puede seguir incrementándose el número de las asignaturas y la densidad del contenido de ellas, especialmente en los programas de ciencias básicas, ya que no parece posible la ampliación de la carrera más allá de los siete años actuales. Tampoco, como ya lo sabemos, es posible comprimir atiborrando los programas con los avances de cada día en esas disciplinas. Es cierto, que los progresos constantes de la Medicina se generan, en gran medida, en los descubrimientos de las ciencias básicas; sus raíces fecundas, como la biología celular y molecular, la genética, la inmunología, la farmacología, etc., transportan día a día, como sabia enriquecedora, nuevos conocimientos y teconologías a la Medicina Clínica práctica. Si los programas de estas asignaturas ya están sobrecargados, no queda otro camino que eliminar información obsoleta o con escasa proyección hacia la clínica y reemplazarla por aquellos avances realmente significativos e impactantes en la práctica profesional.

También, es motivo de controversia la oportunidad con que se entregan estos conocimientos en ciencias básicas. Pensamos que, en buena medida, éstos deben ser entrenados más

tarde en el currículo; durante la enseñanza y la práctica de los problemas clínicos, y, nó, como se hace ahora en los primeros años, cuando el alumno por falta de madurez no puede apreciar la importancia y la proyección de esos conocimientos. O sea, hay que ir, derechamente, hacia un plan de integración vertical básico clínico. En cierto modo, volver a la enseñanza que se hizo en nuestra Escuela, por allá por el año 1967, cuando se inició el ciclo clínico de los estudios, con un intento preliminar de integración. Seguramente entonces, como sucede a menudo, las Cátedras recién creadas todavía poco consolidadas, permitieron la integración; fórmula que se perdió a medida que cada una de ellas se fue convirtiendo en estanco cada vez más impenetrable, rígido y conservador.

La enseñanza de la cirugía y sus subespecialidades, debiera limitarse, en el pregrado, al período de internado correspondiente y restringida a los aspectos generales de ella. El resto del entrenamiento quirúrgico debiera ser materia de especialización en el postgrado.

Por último, en el currículo debe ponerse énfasis, también, en forma integrada con la clínica, en el fomento y la prevención de la salud, como en los múltiples aspectos de la rehabilitación física y psíquica.

4° ASPECTOS PEDAGOGICOS:

Hay algunas alternativas que es necesario considerar seriamente o adoptar prontamente.

Ya nos hemos referido a la necesidad de iniciar un pronto cambio en las estrategias de comunicación en el proceso educativo, al manifestar nuestra adhesión favorable a la restricción del número de clases y cambios en su forma de entrega. El tiempo ganado debería invertirse en autoformación, con estudio personal en bibliotecas -bien dotadas naturalmente- laboratorios y departamentos, con guías tutores responsables. La dotación de las bibliotecas debe incrementarse, no sólo en libros y revistas, sino en medios audiovisuales como películas, videos cintas, videos discos y, por supuesto, computadoras y toda aquella instrumentación producto de la informática moderna.

Volvemos aquí a lo ya mencionado sobre el sistema de enseñanza basado en la solución de problemas. En pocas palabras, se trata de una metódica que propone a grupos de alumnos, problemas básicos-clínicos, con clara intención integradora, a resolver por sí mismos, con ayuda de pautas de referencia y tutoría de docentes de diversas disciplinas. Sistema que estimula la autoformación, llevando al alumno a pensar por sí mismo, a buscar la información, a establecer diálogos entre los componentes del grupo y los tutores guías. Metódica interesante sin duda; pero, que exige tiempo, mayor

número de docentes con horarios holgados, bibliotecas y departamentos de informática bien dotados, resultando, por lo tanto, un procedimientos caro para nosotros. No parece posible que pueda ser implantado prontamente en nuestra educación; pero, sí podrían iniciarse intentos parciales o ensayos en algunas áreas, ya que el sistema tiene evidentes aspectos positivos y su uso, en algunas universidades extranjeras (EE.UU y Canadá) ha tenido buenos resultados. Nuestra opinión, basada en la realidad chilena, es que debemos continuar, preferentemente, con el sistema tradicional de clases, con las modificaciones ya propuestas, sin perjuicio de iniciar algunos intentos con los nuevos modelos de enseñanza.

No es posible seguir utilizando, casi exclusivamente las salas del Hospital como campos clínicos para la enseñanza y la práctica clínica. De una vez por todas, hay que derivar gran parte de la docencia a los consultorios adosados y los insertos en la comunidad. No es posible que los alumnos sigan contactando, sólo, con enfermos graves, crónicos o terminales, y, carezcan de experiencias en la atención de las enfermedades comunes prevalentes en la población ambulatoria. para ello, será necesario dominar la inercia de muchos docentes, ampliar horarios, y, en especial adoptar por las autoridades firmes medidas de distribución del personal docente de los Departamentos/Cátedras en los diversos niveles de atención de salud ambulatorios. Mudando la docencia de las salas hospitalarias a los Consultorios, se logra que los futuros Médicos se motiven por la atención primaria en salud, y, nó por la especialización precoz como sucede actualmente.

Los principales cambios que estamos proponiendo a las autoridades de nuestra Escuela, más tarde o más temprano, según el caso, podrían ser promovidos por una Oficina de Educación Médica. Ese organismo, existente años atrás en nuestra institución, dejó de funcionar hace ya bastantes tiempo, por razones que desconocemos. Si algunas de estas opciones se estiman adecuadas, podrá ser esa Oficina la que las acoja y las impulse; si esta vía no fuere posible, por razones principalmente presupuestarias u otras, bastaría que los organismos y las autoridades existentes se comprometieran en su puesta en marcha.

RENDIMIENTO ACADEMICO EN EL PRIMER AÑO DE MEDICINA Y SU RELACION CON LAS VARIABLES DE INGRESO

DR. ROBERTO E. GARCIA ORTIZ
CATEDRA DE FARMACOLOGIA

RESUMEN

La selección adecuada de los alumnos que ingresan a sus aulas, constituye un desafío permanente para las universidades. Con el objeto de determinar la influencia de las variables de selección para la carrera de medicina de la Universidad de Valparaíso, en el rendimiento académico de los alumnos en el primer año, se analizaron 92 sujetos (38 o y 54 o) ingresados a ella en los procesos de selección de los años 89 y 90. Los diferentes parámetros de ingreso analizados (Prueba de aptitud matemática [PAM], Prueba de aptitud verbal [PAV], Pruebas específicas de biología [PEB] e historia [PEH] y el promedio de notas de enseñanza media [NEM]) constituyeron las variables independientes y el rendimiento académico en el primer año de la carrera, determinado por la nota promedio de las asignaturas rendidas, la variable dependiente o criterio; para el análisis de correlación múltiple empleado. De los resultados destacan: 1.- El 17% de los alumnos ingresados abandona sus estudios en el primer año. 2.- La variable que mayor valor predictivo tuvo en el rendimiento fue la PAM ($b=0.0055$; $p< 0.005$), seguida por la NEM ($b=0.0033$; $p<0.005$) y por la PEB ($b=0.0030$; $p< 0.05$). La PAV y la PEH no tuvieron relevancia en el criterio (NS). Los coeficientes de correlación múltiple (R) y de determinación (R cuadrado) fueron 0.45 ($p<0.001$) y 0.20, respectivamente. En consecuencia, el conjunto de variables analizadas explican el 20% del rendimiento de los alumnos y la ecuación de regresión obtenida nos permite predecir el rendimiento de los sujetos, en ese período. Según estos resultados y de acuerdo al "peso" de cada variable de ingreso se propone una modificación en su actual ponderación, para la carrera de medicina.

INTRODUCCION

El progreso de un país depende, fundamentalmente, de la formación de su gente. De allí que todas las naciones dediquen parte importante de su producto geográfico bruto a posibilitar el acceso a la educación básica de sus ciudadanos y al perfeccionamiento permanentemente de sus planes de estudio, para hacerlos acorde al progreso científico y tecnológico del mundo contemporáneo. Siendo las universidades la etapa cúlmine del proceso educativo, lo anterior lleva necesariamente, a un número siempre creciente de postulantes que, legítimamente, aspiran a ingresar a sus aulas. Las instituciones de educación superior, por su parte, siempre con recursos limitados y depositarias de la confianza de las naciones y de las sociedades donde están incertas, para la formación de los futuros profesionales, deben cumplir con este cometido en la mejor forma que les sea posible. Para ello, uno de los problemas relevantes que deben enfrentar y solucionar es el de la selección adecuada de sus alumnos, con el fin de minimizar al máximo el número de ellos que, por incapacidad, deban abandonar sus estudios después de algunos semestres o años en la universidad.

En Chile se utiliza, desde 1967, un sistema común de admisión basado en la comparación objetiva de las capacidades de los alumnos para proseguir estudios de nivel superior, un nivel de conocimiento en ciertas áreas (determinado por la Prueba de aptitud matemática [PAM]; la Prueba de aptitud verbal [PAV] y las Pruebas de conocimientos específicos [PCE]) y el resultado de su educación media, medido por el promedio de notas obtenido durante ese período [NEM](1). Estudios realizados, fundamentalmente en las carreras del área de educación - tanto a nivel nacional como internacional - han demostrado que las variables que más relevancia tienen en el rendimiento académico de los alumnos en el primer año de universidad - el que a su vez tiene estrecha relación con el rendimiento académico de los estudiantes en el resto de sus años de estudio (2)- son el NEM y la PAM, mientras que la PAV tiene poca relevancia y otras, como la PEB, tendrían incluso una correlación negativa con este parámetro (3-5). No obstante lo anterior, y al no existir estudios específicos y actualizados al respecto en los postulantes a la carrera de medicina, las Facultades de Medicina continúan utilizando como requisitos de ingreso la PAV y la PEB, con distintas ponderaciones pero, en general, muy similares en todas las Universidades del país (6).

Los objetivos de este trabajo son: 1.- Determinar la influencia de las variables de selección y admisión para la carrera de Medicina de la Universidad de Valparaíso, en el rendimiento académico de los alumnos en el primer año de carrera. 2.- De acuerdo con los resultados, postular cambios en las ponderaciones de los diferentes requisitos de ingreso a la mencionada carrera.

METODO

El presente análisis corresponde a un estudio de investigación aplicada educativa, de tipo descriptivo y eminentemente predictivo (3). La población analizada correspondió a la totalidad de los alumnos (38 mujeres y 54 hombres) que, ingresando a la carrera de medicina de la Universidad de Valparaíso en los procesos de selección y admisión correspondientes a los años 89 y 90, completaron su primer año académico. Se excluyeron, por desconocimiento de las causales verdaderas que motivaron su retiro, 19 alumnos, 8 mujeres y 11 hombres, que habiendo ingresado a la carrera no completaron el primer año. En los sujetos incorporados al estudio, se analizaron los parámetros de ingreso solicitados por la Facultad de Medicina y el rendimiento académico en el primer año de universidad, los que desde el punto de vista estadístico constituyeron las variables independientes y la variable dependiente o criterio (Y), respectivamente. Las variables independientes consignadas fueron: 1.- Puntaje estandarizado de la PAV. 2.- Puntaje estandarizado de la PAM. 3.- El NEM, escala de 1 a 7. 4.- Puntaje estandarizado de la Prueba de conocimientos específicos de Historia (PEH) y 5.- Puntaje estandarizado de la PEB. El rendimiento académico se midió por la nota promedio, escala de 1 a 7, de todas las asignaturas cursadas por los alumnos durante el primer año de carrera. Los datos fueron proporcionados por la Oficina de Selección y Admisión de Alumnos de la Universidad de Valparaíso y la secretaría de estudios de la Facultad de Medicina, respectivamente. Para el proceso estadístico de los mismos se utilizó el análisis de correlación multiple y un computador (PC-IBM compatible), estableciendo un error alfa de un 5%, calculando: los coeficientes de correlación simple (r) y el coeficiente de determinación parcial (r cuadrado) para cada variable independiente, con respecto al criterio; el coeficiente de correlación múltiple (R), el coeficiente de determinación (R cuadrado) y - para determinar el "peso" de cada variable en el rendimiento (y) - los coeficientes de regresión parcial (b). Finalmente, se estableció la ecuacion de regresión, por puntaje, para el modelo estudiado.

RESULTADOS

Del total de alumnos ingresados a primer año, el 17% abandonaron sus estudios por razones desconocidas, rotuladas como "abandono" y/o "retiro". Los promedios obtenidos por el resto de los alumnos en las pruebas de ingreso y su rendimiento promedio durante el primer año, aparecen en la Tabla Nº 1. Las correlaciones simples (r) entre el rendimiento académico y las distintas variables independientes analizadas aparecen en la Tabla Nº 2. De ella, destaca la existencia de una correlación positiva y significativa entre el rendimiento académico y la PAM ($p < 0.05$). El NEM presenta, también, una correlación positiva con el rendimiento, pero no alcanzan significancia estadística, en un análisis estadístico conducido en los 2 sentidos (0.19 para un valor crítico de 0.21). Pero, si se conduce la prueba estadística en un sentido, procedimiento justificado al conocer, por estudios anteriores, el comportamiento de esta variable en el rendimiento, esta alcanza significancia estadística ($p<0.05$).

Los coeficientes de regresión (b) para cada variable considerando el comportamiento global de ellas en el rendimiento académico y sus probabilidades de error aparecen en la Tabla Nº 3. De su análisis se puede deducir que la variable que mayor valor predictivo tiene en el rendimiento académico de los alumnos fue, nuevamente, la PAM apareciendo también como significativamente importantes, en orden decreciente, el NEM y la PEB. Los cooeficientes de correlación múltiple (R) y de determinación (R cuadrado) fueron de 0.45 ($p=0.001$) y 0.20, respectivamente. En consecuencia, el conjunto de variables analizadas explican el 20% del rendimiento de los alumnos. Los r cuadrado parciales de cada variable se consignan en la Tabla Nº3.

La ecuación de regresión para el modelo estudiado fue la siguiente:

$$Y' = 55 \cdot 10^{-4} x_2 + 33 \cdot 10^{-4} x_3 + 30 \cdot 10^{-4} x_4 - 3.71$$

donde Y' = Rendimiento académico calculado para el primer año.
x_2 = Puntaje PAM
x_3 = Puntaje NEM
x_4 = Puntaje PEB

DISCUSION

Del análisis de la Tabla Nº 1, se puede deducir que los alumnos que ingresan a la carrera de Medicina son de un comportamiento académico bastante similar y de primerísima calidad. No obstante lo anterior, el 17% de ellos abandona sus estudios en el primer año y el resto, de un promedio de notas de enseñanza media igual a 6.5, desciende a 4.9. Las explicacion de esto puede estar en el nivel de exigencias, que sin lugar a dudas es diferente en la universidad con respecto a la educación media, pero también pudiese estar traduciendo la conducta de un cuerpo docente demasiado severo en sus calificaciones. Este es un punto importante de considerar y se deberán diseñar otros estudios que permitan un análisis adecuado del problema.

En cuanto a las correlaciones simples, Tabla Nº 2, se confirma lo publicado por otros autores (3-5), en el sentido que la PAM y el NEM son los únicos parámetros que tienen una correlación positiva con el rendimiento académico. De los otros hallazgos, existe una correlación positiva entre la PAV y la PEH, hecho esperable dado el tipo de aptitudes y conocimientos que ambas miden y correlaciones negativas entre la PEH, la PEB y el NEM. De estas últimas, la primera correlación pudiese ser explicada por el tipo de alumno que postula a la carrera de Medicina, supuestamente con mayores inclinaciones y aptitudes por las ciencias que por las letras; pero para lo ocurrido con la PEB, vale decir que aquellos alumnos con mejores resultados en la Prueba específica, presentasen un menor rendimiento en la enseñanza media y vici- versa, se explica sólo como un fenómeno estadístico y no como un hecho de trascendencia real, dado el altísimo rendimiento promedio de los alumnos, en ambos parámetros. Con respecto al análisis de regresión, la PAM y el NEM confirmaron su valor predictivo en el rendimiento académico de los alumnos, durante el primer año, con un 7.2% de influencia cada una en dicho rendimiento El tercer elemento con carácter predictivo fue la PEB, con un 5.5% de influencia en el rendimiento en primer año. Las otras variables, PEH y PAV, no tienen importancia como valor predictivo del rendimiento académico de los alumnos de primer año de Medicina.

La alta significancia estadística encontrada para el coeficiente de correlación múltiple ($p<0.001$), nos permite, además de dar validez a nuestros resultados, decir que: 1.- El conjunto de variables analizadas explican el 20% del rendimiento de los alumnos en su primer año de carrera y 2.- Conociendo los valores de cada una de las variables estudiadas podemos, utilizando la ecuación de regresión obtenida, predecir el rendimiento de cada uno de nuestros alumnos.

La universidad de Valparaíso, al igual que todas las Facultades de Medicina del país, basa su proceso de selección en las variables por nosotros analizadas, las que pondera de la

siguiente manera: PAM, 30%; NEM, 25%; PEB, 20%; PAV, 10% y PEH, 10% (6). Como podemos observar, estas ponderaciones no guardan relación con el valor predictivo que cada una de ellas tiene en el rendimiento académico de los alumnos, según acabamos de demostrar. Por lo tanto, de acuerdo a estos resultados, según el "peso" que cada variable tiene y con el fin de optimizar la selección de los alumnos para la carrera de Medicina de la Universidad de Valparaíso, estimo que estas ponderaciones debieran ser modificadas, según el siguiente esquema: PAM, 35%, NEM, 35%; PEB, 20%; PEH, 5% y PAV, 5%.

REFERENCIAS

1.- Navarrete S. Validez predictiva de los antecedentes utilizados en la selección de los estudiantes de Psicología de la Universidad de Chile entre 1988 y 1972. Instituto de Investigaciones Estadística 1975: 2.

2.- Arvo EJ. Prediction of succesive terms performance in college from test and grades. In Educational Research: readings and focus. Irving I, Lahman-William AM, eds. Holt-Pinehart and Winston, New York 1971: 211-2.

3.- Pizarro R, Larrondo T. Influencia de variables de selección y admisión universitarias en el rendimiento académico de los alumnos de primer año, carreras de pedagogía en inglés y biología, Universidad de Chile de Valparaíso, clase 1976. Tesis de grado Licenciado en Educación, Universidad Católica de Chile, 1979: 19.

4.- Barros R. En Documento de estudio Nº 6, Dilemas para la educación, Javier N Zavalza, Escuela de Educación, Universidad Católica de Chile s.f: 135.

5.- Bloom SB, Frank R. The use of academic prediction scales. The free press of Glancos, Inc, New York 1961: 145.

6.- Universidades Chilenas. Guía de Ingreso a la Universidad 1992, 2da Parte. Documento editado por la Comisión Coordinadora del Proceso de Admisión y Selección a las Universidades Chilenas, 1992.

HISTORIA

ORIGENES REMOTOS DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE VALPARAISO

PROF. DR. CARLOS SILVA LAFRENTZ
DIRECTOR DE POSTGRADO

Para aquellos médicos, entre los cuales me incluyo, que vivieron el tiempo del alba de la Escuela de Medicina que hoy celebra sus 25 años de existencia, asistir y participar en este solemne Acto Académico, es algo tremendamente emotivo. Es hablar de las circunstancias de entonces, que la hicieron posible; es recordar muchos sucesos, anécdotas, y, traer a la memoria a muchas personas algunas ya ausentes; pero presentes en el hoy agradecido.

En la década de 1940 a 1950, la Medicina porteña -vale decir la labor profesional e intelectual de varios centenares de médicos- vivía momentos de gran actividad y pujante progreso. La madura Sociedad Médica de Valparaíso y la joven Fundación Lucas Sierra del Hospital de Viña del Mar, realizaban labores académicas de buena calidad y proyección. Existía una motivación muy fuerte para desarrollar la medicina local. Semana a semana, en los días Miércoles por la tarde a las 19:00 horas, la Sociedad Médica se reunía en el viejo local de la calle Victoria, con excelente asistencia para escuchar comunicaciones de sus socios sobre trabajos clínicos y científicos de buena calidad. Otro tanto, hacía la Fundación Lucas Sierra. Surgieron, entonces (1945), como medios de comunicación las Revistas de la Sociedad Médica de Valparaíso y el Boletín del Hospital de Viña del Mar. Las Jornadas Médicas Anuales de ambas instituciones alcanzaron gran prestigio. Los libros que editó la Fundación Lucas Sierra por alrededor de 10 años, tuvieron gran resonancia nacional, y, aún internacional. Organizados por estas mismas instituciones, se iniciaron por aquellos años numerosos cursos de perfeccionamiento y actualización de conocimientos médicos que tuvieron gran acogida y mucho éxito; en ellos cooperaban muchos docentes de las Universidades de Santiago y Concepción. Profesores extranjeros, argentinos, norteamericanos y europeos concurrían invitados a los eventos de esa época.

A su vez, la labor asistencial hospitalaria se veía progresar gracias a la motivación y al impulso de su personal médico, de enfermería y de colaboración médica.

Por otro lado, en una visión general, más amplia, a partir de esos años, la Medicina globalmente experimenta un explosivo desarrollo con un progreso científico y tecnológico realmente impresionante. Se empieza a imponer la especializa - ción entre los médicos, y, también se hace notoria la escasez de médicos en el país, agravada por una desequilibrada distribución

a lo largo y ancho de nuestro territorio.

Pronto, todas estas circunstancias altamente positivas como promotoras del progreso y el desarrollo de la medicina porteña, convergieron hacia el propósito de crear en la zona nuevas Escuelas Universitarias ampliando el espectro de la educación superior, en esa época, limitado en el área de la salud a dos Escuelas de Enfermería.

En este propicio ambiente, se iniciaron pronto las conversaciones de grupo, las reuniones entre médicos, dentistas y otros profesionales -con el apoyo de los recién creados Colegios Médico y Dental y las Instituciones Médicas ya señaladas- con el propósito de definir aspiraciones y necesidades, y, adoptar estrategias para lograr esos objetivos.

Se toma contacto y se estudian factibilidades con docentes de otras Universidades regionales, nacionales, y, paralelamente se empieza a crear conciencia en la ciudadanía regional que es razonable y necesaria la expansión local de la educación superior. Los parlamentarios locales, las autoridades municipales, la prensa, la radio, en general la comunidad porteña organizada, se interesan y comprometen activamente en la campaña.

A partir de 1950 y hasta 1960, algunos médicos locales, haciendo un esfuerzo muy encomiable, reciben sus títulos de Profesores Extraordinarios de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, en distintas especialidades. Sucesivamente se titulan los siguientes profesores: **DR. CARLOS SILVA LAFRENTZ**, en Medicina Interna, **DR. PEDRO URIBE Y DR. SVANTE TORNVALL**, en Cirugía, **DR. MANUEL RIVERA** en Traumatología y Ortopedia, y finalmente el **DR. MANUEL VOLOCHINSKY** en Cirugía. De esta manera se afianzaba la calidad de la futura docencia y se facilitaba la Acreditación de la proyectada Escuela de parte de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

En esos años ya estaba claro y definido que las nuevas Escuelas se formarían al alero de la Universidad de Chile; quedaba descartada la idea que promovía una Univesidad autónoma para Valparaíso,idea que más adelante volvería a hacerse vigente. En 1951, la Sociedad Médica Local presentó a la Universidad de Chile, el primer proyecto detallado para los dos primeros años de estudio de la Carrera de Medicina; incluía la cooperación de la Universidad Técnica Federico Santa María. En este proyecto se especificaba la nómina de los docentes a cargo de la enseñanza, los laboratorios a usar en ramos básicos y el presupuesto anual necesario. Pero, entonces el fruto no estaba maduro.

A partir de 1954, los parlamentarios de Valparaíso obtuvieron la aprobación de dos Leyes, la 11.575 y la 11.811 para financiar el desarrollo de la Universidad de Chile en la ciudad.

Surge a partir de 1955, el proyecto del Barrio o Campo Universitario de Playa Ancha, de la Universidad de Chile, idea del Rector Don Juan Gómez Millas. Para materializar la idea se constituye en la Sociedad Médica de Valparaíso la Comisión Pro-institutos universitarios con participación de numerosos profesionales porteños de diferentes disciplinas. Asesoraban a esta Comisión Arquitectos docentes de la Universidad de Chile. Presidieron esa Comisión el Dr. Carlos Silva y luego el Dr. Francisco Fadda. Funcionó durante varios años en oficinas gentilmente cedidas por la Dirección Zonal del Servicio Nacional de Salud.

A fines de la década del 50, como producto del trabajo de esa Comisión, se inicia por fin la construcción del primer edificio del proyecto Playa Ancha. Participaron activamente en la ubicación y planificación, el Señor Decano de la Facultad de Arquitectura de la Universidad de Chile, Don Héctor Mardones Restat y su eficiente colaborador arquitecto Señor León Prieto Casanova. En el diseño urbanístico del Campo Universitario, se destaca el arquitecto Señor Enrique Gehbardt. El edificio se inauguró en 1959 como Departamento de Ciencias a cargo de su primer Director, Prof. Bruno Günther. Este acontecimiento fué un hito histórico de gran regocijo para todos aquellos que participaron en el proyecto de expansión de la Universidad de Chile en Valparaíso. Hoy día, todos conocemos y queremos ese local que alberga algunos laboratorios científicos, donde se imparte la docencia en ramos básicos para las carreras del Area de la Salud; en él se cumplieron las primeras de muchas ilusiones relativas al Campo Universitario.

Cambios políticos, académicos, económicos, las variables circunstancias del tiempo, el alto costo del plan, frustraron a la larga el ambicioso plan. Pudo tener, en un momento, financiamiento externo el proyecto de Playa Ancha de parte del BID; pero, como sucede a menudo, no se dieron las condiciones internas en el país para aprovechar la oportunidad.

A partir de 1960, ya era claro para los profesionales de la zona que tendrían que limitar sus sueños, y contentarse con una sede universitaria fragmentada en lo físico, acomodándose las jóvenes Escuelas a sus posibilidades reales.

Finalmente, después de tantos esfuerzos gastados, se inicia, en 1961, la enseñanza del primer año de la Carrera de Medicina, bajo la Dirección del Prof. Dr. Bruno Günther, para 25 alumnos. En 1962, se continuó con el segundo año, y, a partir de 1963 este contingente de alumnos debió seguir sus estudios en Santiago.

En 1964, surgieron nuevas inquietudes al conocerse en Valparaíso que en el seno de la Facultad de Santiago, tomaba fuerza un proyecto de crear una nueva Escuela de Medicina en la capital o ampliar la existente. Aquello era un evidente riesgo para la aspiraciones de la comunidad porteña que luchaba

por sus legítimos deseos de consolidar la situación de la incipiente carrera. Cabe recordar, ahora, los largos estudios y discusiones que se hicieron en esos años en múltiples sesiones de la Facultad en Santiago.

Tuvieron que pasar varios años, hasta 1967, para que la enseñanza de la Medicina desde su tercer año pudiera continuar en los Hospitales de Valparaíso. Siguieron las gestiones del Colegio Médico y la Sociedad Médica de Valparaíso, ante las autoridades de la Universidad de Chile y de su Facultad de Medicina, para lograr esa meta.

Finalmente, por Decreto Supremo N° 6.591, del Ministerio de Educación Pública, de fecha 11 de Julio de 1966, se crea la Escuela de Medicina de Valparaíso, dependiente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, permitiendo con ello, el desarrollo completo en años sucesivos de la docencia en la zona. Su primer Director fué el PROF. DR. PEDRO URIBE. Al año siguiente, en Marzo de 1967 se inicia, por primera vez, el tercer año de la Carrera, en los Hospitales Carlos Van Buren y Hospital Sanatorio de Valparaíso.

Lo que sigue en los años sucesivos, hasta el presente, es historia más o menos conocida. No es materia de este relato.

Al terminar esta somera revisión de los orígenes remotos de esta Escuela; al memorizar sucesos, circunstancias y personas ya casi desdibujadas en el pasado lejano, es adecuado y justo decir algunas palabras sobre lo producido por la Escuela a lo largo de sus 25 años de existencia, o, 30 años, si contabilizamos el período 1961-1966. Más de un mil de médicos y trescientos de ellos con Cursos de Especialización, repartidos a lo largo y ancho del país y en el extranjero, ejerciendo la profesión al servicio de la comunidad. Fomentando, promoviendo, y recuperando Salud. Productos de la investigación en sus laboratorios y servicios clínicos, numerosas comunicaciones en revistas nacionales e internacionales, en Congresos Médicos y Reuniones similares. La consolidación de la estructura física y administrativa de la Escuela se ha alcanzado en este excelente edificio donde nos encontramos. Se ha logrado la formación casi completa de su personal docente y administrativo, entregados con idoneidad y mística a sus labores y con renovado ánimo de proyectarse hacia el futuro a pesar de las dificultades presupuestarias del pasado reciente, bien conocidas por todos nosotros.

Con satisfacción y mesurado orgullo, hoy día se puede afirmar que no se equivocaron aquellos que soñaron fantasías en el pasado, 40 años atrás. No fueron en vano sus esfuerzos y porfías. Se creó un espacio, una instancia, donde se pudo y se puede realizar los anhelos de perfeccionamiento del personal sanitario de la región.

No está demás poner énfasis, al término de esta exposición, que nuestra Escuela fue el resultado de un esfuerzo coordinado de las principales instituciones y organismos de la comunidad porteña. Hermoso ejemplo de genuina y legítima labor creadora, sin interés material, y, sólo como servicio para la salud de la población.

Cuando, hoy, los antiguos y viejos docentes de la Escuela, caminan distraídos, reflexivos o ensimismados, por sus pasillos y escaleras, observando tanta juventud agitada y deseosa de aprender, a ellos les debe palpitar el corazón y alegrar el espíritu.

La realidad existente se hizo pensando en esa juventud. Ojalá cuide con cariño a su Escuela y la proyecte mejorada para el futuro a beneficio de otras generaciones.

SEMBLANZAS DE LA PEDIATRIA PORTEÑA

PROF. DR. FERNANDO GONZALEZ LOPEZ
SECRETARIO FACULTAD

Así he titulado esta charla que me honra, entendiendo que la expresión porteña no involucra exclusivamente al puerto, sino a esta hermosa y gran bahía donde están asentadas las ciudades de Valparaíso y Viña del Mar.

Como dijo Nietsche: "La palabra del pasado es oráculo; no la comprenderán sino los constructores del porvenir y los intérpretes del presente."

La ciencia de la medicina si no quiere ser rebajada al simple rango de un oficio, debe ocuparse de su historia y cuidar de los viejos monumentos, que los pasados tiempos nos legaron. Seguir el desarrollo del espíritu en el tiempo es el papel del historiador, que quiero asumir con humildad, pidiendo que perdoneis mis errores y los olvidos involuntarios de hechos y personas. Es mi segunda incursión en el campo difícil de la historia, donde encontrar la información es como desenterrar ruinas o tumbas pretéritas bajo el polvo de los libros, pero el hallazgo de lo que fué, los actores que los protagonizaron y su trascendencia o semejanza con lo actual, produce una alegría y entusiasmo tal, que uno desea comunicarlo.

I. LA PREHISTORIA DE NUESTRA PEDIATRIA:

Somos iconoclastas sin necesidad. No sólo derribamos prematuramente las imágenes, sino que también las olvidamos, quizás la civilización podría definirse como un constante intento de respetar al hombre y recordar su obra positiva.

Antes que existieran los pediatras, también había niños, aunque nos cueste creerlo y eran los médicos y, en mucho menor grado los cirujanos, los que los atendían cuando enfermaban.

A pesar que médicos nos creemos todos, en los primeros tiempos de la colonia no existían los médicos propiamente tales, ya que los conquistadores generalmente morían guerreando y no de enfermedades, y, por lo tanto, les interesaba más la salud espiritual que los ayudara a bien morir y pasar a la bienaventuranza, por lo cual traían en su comitiva a sacerdotes y no a académicos. Fue así que las personas que se dedicaban a cuidar y atender a enfermos pertenecían a órdenes monásti-

cas, especialmente la de San Juan de Dios, que tenían aquella misión como principal. El Padre Pedro Manuel Chaparro, que tenía estudios de medicina fue el que introdujo la variolización por primera vez en Chile y en América, desarrollaba además actividades de enseñanza de la medicina y optó en varias ocasiones a la Cátedra de Prima Medicina, la que nunca le otorgaron; fué célebre la rivalidad que por estas razones tuvo con José Antonio Ríos, al que le dieron dicha Cátedra usando de malas artes, pero Ríos sólo logró tener un estudiante: el Padre Chaparro, quien consiguió la Cátedra de Filosofía y continuó como examinador de los candidatos a médicos. Este talentoso Padre Chaparro, en 1778, introduce en los Programas de Medicina de la Real Universidad de San Felipe, la enseñanza de enfermedades en el niño, por lo cual podríamos decir que el **Padre Pedro Manuel Chaparro es el precursor de la Pediatría en Chile, hace 200 años atrás.**

El primer Hospital que se construye en Chile, fué el de **"Nuestra Señora del Socorro"**, cuyo fundador fue don Pedro de Valdivia, en 1553, en unos terrenos donados por Don Juan Fernández de Alderete, en la que hoy es la calle Santa Lucía, a los pies del San Cristobal. En él no se hace mención que se hayan hospitalizado niños.

Los niños cuando se atendían por médicos lo hacían en sus hogares, existiendo solamente las Casas de Huérfanos y Expósitos, donde se recibían a los que eran abandonados por sus madres.

El primer Servicio de Pediatría se instala en el Hospital **"San Juan de Dios"**, de Santiago, nombre que reemplazó al de "Nuestra Señora del Socorro" solamente a fines del año 1871; estando a su cargo el Dr. Francisco Javier Tocornal, hijo del Ministro Joaquín Tocornal (del Presidente Prieto) quien decretó la fundación de la Escuela de Medicina, en 1833, mandando a su hijo a estudiar medicina y estimulando también a ello a otros jóvenes de la aristocracia de ese tiempo, con el fin de prestigiar la carrera de médico, que era mirada muy en menos.

Diez años más tarde se crea la Universidad de Chile, en 1843, terminando con la Universidad de San Felipe.

En 1871 se establece en forma oficial, en Cuarto Año de Medicina, la enseñanza de las Enfermedades de Niños, nombrando como primer Profesor de dicha Cátedra al Dr. Francisco Javier Tocornal, quien se desempeñaba anteriormente en la Cátedra de Patología.

Posteriormente, en 1884, se incluye en el programa de estudios de la Escuela de Medicina la Clínica de Niños, junto a la Clínica Interna y Clínica Externa, un paso más que condujo a la verdadera Pediatría.

En 1891, se envía al Dr. Otto Philippi a estudiar Pediatría, en Alemania.

Dejémonos de centralismos y veamos que ocurría en la prehistoria porteña.

Al parecer, en los comienzos de la colonia, en esta olvidada caleta llamada Quintil, a la cual la capital menospreciaba, a pesar de hacer llegar sus límites orientales hasta sus costas, existió un Hospital llamado Valparaíso, que más que un Hospital podría ser un lazareto, donde se enviaban los enfermos de pestes o fiebres y era ocupado en su mayor parte por marinos o soldados.

Solamente es en el año 1786 cuando se inicia la construcción de un Hospital llamado "San Juan de Dios", en un terreno donde los Dominicos tenían un Hospicio ubicado en la Quebrada Elías, Quebrada que al parecer no existía y en esa época sus habitantes llamaban Quebrada Elías al espacio que existía entre los cerros y el mar, desde la punta Curaumilla hasta la punta del Sauce, o sea a toda la ensenada de Valparaíso.

En los registros de hospitalización de este primitivo hospital porteño, se contabilizaban 14 niños.

Los primeros médicos de Valparaíso eran extranjeros que arribaron a nuestro puerto, como médicos de barcos que recalaban en él o que naufragaron en sus costas o bien que emigraban de países más al norte, en busca de mejor suerte o que románticamente encontraron el amor y a sus futuras esposas y se quedaron en Chile.

Posterior a los anteriores se establece en Valparaíso, en 1871, el Dr. Guillermo Murillo Sotomayor, quien durante 40 años fue médico de la Casa de Huérfanos de Valparaíso, falleciendo en 1922, y a quien quizás podríamos considerar como un pionero de la pediatría. La familia Murillo Soffia sigue establecida en la región y hace años le atendí a algunos descendientes menores.

En esta misma época, 1871, suceden hechos pintorescos, pero quizás no tan alejados de ser también una realidad parecida en nuestros días.

La Intendencia de Valparaíso dicta un decreto estableciendo turnos semanales nocturnos desde las 24:00 horas hasta las 07:00 de la mañana, para que sean cumplidos con dos médicos, ésto se determina por quejas del vecindario de lo difícil que era obtener un médico para asistir a enfermos de noche.

Los médicos de Valparaíso solicitan dejar sin efecto este decreto por anticonstitucional y atentatorio contra las garantías individuales, y perjudicial para los enfermos, firmándolo 14 médicos y contando con el apoyo del cuerpo médico de Santiago, con 33 firmas.

Como se ve, existía espíritu de cuerpo y acción

gremial.

Un mes más tarde, se designa el primer turno semanal en el Puerto, el Dr. Peter de Fischer y, en el Almendral, el Dr. Francisco Javier Villanueva. Sin dilación los médicos de la ciudad publican un aviso en el diario, en que dicen que renuncian al ejercicio de su profesión a partir del día que se inicie el turno forzoso.

Tres médicos, los doctores, Birt, Carmona y de Fischer, se ofrecen para efectuar los turnos nocturnos a perpetuidad. Aceptando la Intendencia inmediatamente la oferta.

El Intendente de Valparaíso en esa época, Don Francisco Echaurren, presenta una ordenanza que todo médico está obligado a asistir a los enfermos a cualquier hora del día en que sea llamado, excepto en las horas del turno, bajo la multa de $ 40.- por cada vez que falten a esta disposición.

En esta misma reglamentación, entre otros, se establecen las Boticas de Turno.

Un mes más tarde la Municipalidad de Valparaíso, acuerda destinar $ 10.000.- para contratar a médicos de Europa.

Desgraciadamente no he podido aclarar el epílogo de este conflicto.

II. LA PEDIATRIA PORTEÑA:

Entremos al siglo veinte y ubicados en nuestra zona donde empiezan a perfilarse con más nitidez las sombras del pasado, oyendo nombres que nos suenan familiares.

El primer pediatra que conocí, fue el Dr. Gustavo Fricke, al cual mojé involuntariamente mientras me examinaba, y dijo ¡Ah este niño va a ser bombero cuando grande! chiste alemán que mis padres celebraron, pero no los dejó muy contentos sobre el futuro de su primogénito, según me contaron posteriormente, quizás esto contribuyó a que decidiera ser médico, a pesar que en muchas circunstancias no hay diferencias entre ambos oficios. El Dr. Fricke, fue mi pediatra y todavía mantengo vivos mis agradecimientos por lo que hizo por mí, teniendo la suerte de retribuirle sus atenciones al atender a sus nietos y, en ocasiones, a sus biznietos.

A principios de este siglo continuaron los médicos viendo tanto adultos como niños, como lo hacían en tiempos de la colonia o en los primeros decenios de nuestra vida independiente, pero algunos de ellos atendían más niños que otros y

empezaron a trabajar en los hospitales o servicios infantiles, acumulando experiencia y destrezas clínicas en el examen y tratamiento de los niños, que fueron comunicando a otros jóvenes médicos que ya empezaron a dedicarse a la atención exclusiva infantil. La docencia asistemática al lado del enfermo, en la reunión clínica, la autoformación, las estadías de perfeccionamiento nacionales como internacionales fueron configurando al Especialista en Pediatría, hasta que apareció la docencia de postgrado sistemática que empezó a formar médicos especialistas en 1952, en Santiago, y posteriormente en 1975 en nuestra región habiendo entregado hasta la fecha 50 Especialistas en Pediatría. La Cirugía Infantil se origina y desarrolla en igual forma.

La Pediatría nace y empieza a crecer y desarrollarse en Valparaíso-Viña del Mar en tres centros hospitalarios: El Hospital de Niños de Valparaíso y el Hospital Enrique Deformes, en Valparaíso, y en el Hospital de Niños y Cunas de Viña del Mar.

Se agregan, posteriormente, casi 30 o 40 años después, el Hospital Marcelo Mena de Valparaíso (1948) y el Servicio de Pediatría del Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar (1954).

El Hospital de Niños de Valparaíso, fué el primer hospital en su género en la zona, abriendo sus puertas en 1913, gracias al esfuerzo y tesón de un oculista danés, el Dr. Jean Thierry y su esposa Marie, pareja visionera y deseosa de dar amor y ayuda al hombre en su etapa más desvalida, que es la niñez. Primero dá solamente atención externa y un año después cuando se iniciaba la guerra mundial en 1914, lleva la paz y la esperanza a los más enfermos con salas de hospitalización. En el trabajaban los Drs. Caro, Morelli, Foncea y Calleja. Como Cirujanos los Drs. Lachaise y José García Tello. El Dr. Manríquez, como Otorrino y como Oculista, el Dr. Thierry.

Posteriormente, al aumentar la atención cerrada llegan a trabajar en él, los doctores Félix Valenzuela, Grossi, Reed, Corssen, Barroilet, Betzhold, médicos internistas y cirujanos generales y los doctores Roberto Aldunate, Gustavo Fricke, Juan Espic, Humberto Recchione, Eliecer Lara, Santiago Muzzo y René Pumarino, que se dedicaban especialmente a la atención del niño, así como los cirujanos infantiles, Oscar Tondreau y Miguel Quilodrán, además el Dr. Abelardo de la Rosa, quien posteriormente se convirtió en un gran anátomo-patólogo infantil.

El Dr. Roberto Aldunate Echeverría fué el Jefe de Pediatría por largos y fructíferos años, destacándose por su agudeza diagnóstica y criterio clínico originados de cualidades personales y de gran vocación por el estudio. Fué un ejemplo de esos médicos de principios de siglo, que eran múltiples en el ejercicio de su profesión, obligados por las circunstancias de esa época. Así el Dr. Aldunate no sólo atendía adultos y fué un gran pediatra y contribuyó a formar los primeros médicos que

empezaron paulatinamente a ejercer la especialidad de pediatría y es el primer médico de nuestra región que obtiene el título de Profesor Extraordinario de Pediatría de la Universidad de Chile.

Me permito relatarles a ustedes lo ocurrido en una reunión de compañerismo efectuada en el Hospital de Niños en 1930, que ilustra muy bien lo anteriormente dicho y cuyo orador de turno, el Dr. Hans Betzhold, en uno de los acápites de su discurso expresaba: "Al lado de un encogido domador de carachas y comedones pululan verdaderos especialistas de niños. Figura en el inventario oficial como jefe de bandada, el colega de los lentes de andamio, don Roberto de Aldunate y Echeverría, caballero reposado, de hábitos tranquilos, de glándulas de secreción interna de funcionamiento normal y periódico sin exacerbaciones molestas. Es en pocas palabras un médico feliz, tiene llamados particulares hasta por teléfono. En cuanto a lo que se dice, hagamos un parado".

Es en estos fraternales ágapes que al parecer habían con frecuencia donde se demuestra el espíritu de compañerismo, amistad y humor que existía entre médicos y cirujanos que atendían adultos y niños, algunos más especializados que otros, en la naciente pediatría.

Del Dr. Juan Espic, cuya caballerosidad y bondadosa figura recuerdo con gran cariño, ya que le conocí posteriormente cuando era pediatra del Hospital Deformes, se decía:

"Recordamos a Juanito, para más señor Espic Rodríguez, el patriarcal carabinero tranquilo, a quien se le ha podido confiar, gracias a sus virtudes, un papel señalado en la educación de enfermeras."

En ese grupo de médicos pioneros destacaba un hombre, el Dr. José García Tello, por sus dotes personales de amistad y simpatía, excelente cirujano, que tuvo el coraje en la lucha contra la muerte de efectuar por primera vez operaciones en niños, muchas con éxito. Era además de gran conversador, escritor y poeta. Voy a tratar de recitarles o más bien leerles una poesía que compuso en una de esas alegres reuniones, que se titula:

REZO DE CUCHILLOS

SEÑOR
perdón
virtud
amor
TE ESPERO
mi gavilla es pequeña
y sin granos
perdóname
seré bueno

DA
fe a mi corazón
destreza a mi mano
cuchillos BARD-PARKER
cirujano
ojos de rayo
dedos de gigantes vírgenes
licor de voz sedante
latido firme al mío
cuando un corazón no marche

DADME UN HIJO
bello, noble, justiciero
de mi adorable mujer
chispa divina
para ungir enfermos
NO QUIERO
orgulloso de éxitos
ni sufrimientos de muertos
que bien sé
que eres TU
se asfixien las entrañas
o tiren
los vasos
a la cara
sangre
SERE BUENO
soy DEBIL
MISERABLE
TU sabes bien
no puedo yo decir
"levántese y que ande".

GARCIA TELLO

El Dr. García Tello fué el de la luminosa idea de formar una Fundación con el nombre de su maestro, el Profesor Lucas Sierra.

Muy largo podríamos seguir hablando del Hospital de Niños de Valparaíso, de sus médicos y de sus hazañas en el campo de la pediatría, pero, para eso esta charla tendría que transformarse en curso.

Sólo diremos como epílogo, que el terremoto de 1970, lo dejó en muy malas condiciones, se produjeron además en esa época problemas laborales con el personal auxiliar y a pesar de los enormes esfuerzos desplegados por uno de sus Directores, el Prof. Dr. Pedro Uribe Concha, que luchó denodadamente para que esta valiosa obra construida para los niños, no desapareciera, cerró sus puertas en 1971, anexado por el Servicio Nacional de Salud, y, posteriormente, fusionándose con el Servicio de Pediatría del Hospital Deformes. Después de 66 años de eficaz y noble labor desaparecía el Hospital de Niños de Valparaíso.

El Hospital Enrique Deformes ex San Agustín, se inicia como una Maternidad en 1894 y, por lo tanto, se empieza a atender recién nacidos en un galpón destinado a niños menores de 7 años, así nació modestamente el Servicio de Pediatría del Hospital Deformes; posteriormente se agregan las Secciones de Medicina Interna y Cirugía. En base a una reglamentación interna promulgada en 1923, se reestructuran las tres secciones anteriormente señaladas, designando como Jefe de Medicina Interna al Dr. Jorge Figueroa Castro, que era uno de estos médicos generales que fueron derivando progresivamente hacia el campo de la atención infantil, a su vez se le designó Médico Jefe del Hospital. Formando parte de Medicina como un Servicio estaba la Pediatría, cuya jefatura fue servida temporalmente por la Dra. Celmira Carreón, que está en la nómina de esas valientes mujeres que oponiéndose a las discriminación y tabúes de la época estudiaron medicina y fueron de las primeras en recibirse de médicos. Posteriormente obtiene la Jefatura del Servicio de Pediatría, que pasa a configurar ya una Sección independiente de Medicina Interna, el Dr. Alfredo Calleja Guzmán.

Entre los médicos que trabajaron en este Hospital figura el Dr. Gustavo Fricke, pero al parecer no fue durante mucho tiempo, ya que posteriormente pasa a desempeñarse como Director del Hospital y Hospicio de Viña del Mar.

El Dr. Alfredo Calleja G., se desempeña por largos años como Jefe de Pediatría, ampliándose y mejorando paulatinamente el Servicio hasta llegar a contar con 118 camas distribuidas en 7 Salas: de lactantes, preescolares y escolares, infecciones y cirugía infantil.

Desde 1930 existía, además, un Consultorio Externo llamado Policlínico Tomás Lea, en honor de su benefactor y que le dio la denominación popular con que se conocía a la Sección de Pediatría del Hospital Deformes "El Tomás Lea";en dicho consultorio se inicia el primer esbozo de subespecialización al crear un Consultorio de Sífilis y Fiebre Reumática que atendía el Dr. Urbano Yanes, quien sufría de Acromegalia, que lo llevó a

la muerte en forma prematura. Posteriormente, debido a la gran disminución experimentada por la Lues Infantil, se transformó en un Consultorio de Cardiología Infantil.

La nómina de los médicos que trabajaban en la Sección Niños del Hospital Deformes en 1947, era: Drs. Humberto Recchione y Santiago Muzzo, Subjefes, y Drs. Héctor Pumarino Fuentes, Celmira Carreón, Hernán Muñoz Miranda, Juan de la Rivera, Gastón Valle, Urbano Yanes, Rubén Campos, Oscar Elicer, Gerardo Heitmann, Roberto von Dessauer, Mauricio Feldman.

Además, existía en el Hospital Deformes desde 1945, un Pabellón de Tisiología Infantil llamado "Pabellón Cousiño", en recuerdo de su benefactora la Sra. Olga Cousiño Lyon, con camas de hospitalización y consultorio de tuberculosos. Trabajaron en este pabellón, los Drs. Edmundo Vargas Raposo, el Jefe, el Dr. Adolfo Tannenbaum, un verdadero apóstol de la pediatría, pionero en tratar de implementar el médico familiar y el Dr. Jaime Barros Pérez-Cotapos, el único que vive de los tres, residiendo en Arica actualmente.

En diciembre de 1950 se inaugura la Posta Infantil en el ex Consultorio "Tomás Lea", y, en 1953 se cuenta con gran número de subespecialidades de Medicina Infantil. La primera dotación de médicos de la Posta Infantil estaba compuesto por: su jefe, el Dr. José Bengoa G. y los pediatras, Drs. Sergio de Bonadona B., Rubén Campos, Fernando González L., Rafael Palma E. y Mario Venegas; como cirujanos los Drs. Hans Buhler, Axel Butendieck, Lionel Cooper M., Miguel Quilodrán V. y Sergio Paredes.

El Dr. Alfredo Calleja, Jefe de la Sección de Pediatría del Hospital Deformes, obtuvo el nombramiento de Profesor Extraordinario de Pediatría de la Universidad de Chile, siendo el segundo médico que lo obtenía en esta disciplina en la zona. Era un hombre muy voluminoso, pesaba más de 150 kilos y, por supuesto, era un gourmet y gran comedor, a su llegada al Servicio todas las mañanas la Enfermera le tenía en su Oficina 4 botellas de leche que bebía en el curso de la jornada.

Se contaba con picardía que al efectuar sus visitas a los enfermos, por los cerros de Valparaíso, las gallinas al verlo venir cacareaban Ca-Ca-Ca-lleja, Ca-Ca-Ca-llega, para dar la voz de alarma, ya que en sus honorarios, en ocasiones, se incluía una gallina.

Al Dr. Calleja, alrededor de 1950, sucede en la Jefatura el Dr. Santiago Muzzo Pons y, luego, en 1960, el Dr. Héctor Pumarino Fuentes, hasta 1966 en que, por razones de salud, debe dejar de trabajar en el Hospital.

Junto a ellos es necesario nombrar a dos pediatras también de excepción, el Dr. Humberto Recchiones y el Dr. Elicer Lara, que fueron Jefes de Clínica de los Drs. Muzzo y Pu-

marino, respectivamente, ellos supieron estimularnos en nuestra profesión, nos enseñaron la prudencia del bien hacer, el amor al estudio y el respeto por el paciente y lo hicieron con su ejemplo al lado del enfermo, fueron nuestros verdaderos maestros.

También hubo un mártir en la pediatría porteña, el Dr. Lionel Cooper Mackay, quien falleció de una Polimielitis, a temprana edad, contraida por su abnegada atención en el tratamiento de los niños que sufrían esta dolencia, actualmente desaparecida en nuestro país. En recuerdo y homenaje a su ejercicio profesional ejemplar, su funda la "Fundación Cooper de Ayuda al Niño Lisiado".

Por un período de tiempo tuvimos la suerte, en esa época, de tener junto a nosotros una figura señera de la Pediatría Nacional, el Prof. Dr. Eugenio Cienfuegos, quien al jubilar de la Cátedra del Hospital Arriarán, vino a pasar sus últimos años entre nosotros, como un homenaje a su recuerdo sólo quiero repetir una frase que pronuncié en su despedida final: "Los que estamos aquí, nuevamente junto a él, bien le conocemos y perdone Profesor Cienfuegos las impurezas de mi lenguaje, pero hay hombre para los cuales no puede existir el pretérito y son aquellos como usted que han forjado el presente."

Antes de abandonar este especialmente querido Hospital Deformes, no puedo hacerlo sin decir algo de mi dilecto amigo y compañero de un camino colmado de desafíos, alegrías y desesperanzas, como lo es la Cardiología Infantil, especialmente en esos días que se estaba construyendo, me refiero a un Maestro de la Cirugía Infantil, el Prof. Dr. José Bengoa Galdona, quien entre otras muchas cosas tiene el mérito de haber sido el primero en Chile en operar a un niño con una Tetralogía de Fallot, en el año 1949, y una Coartación de la Aorta, en 1954.

El Hospital de Niños y Cunas de Viña del Mar, nace a través de la constitución de una Sociedad de Beneficiencia de Señoras en 1914, bajo el nombre de "Cunas de Viña del Mar" y y que en sus comienzos estuvo anexa a la antigua Asistencia Pública de Viña del Mar. En el año 1918, se inicia la construcción, gracias a la colaboración de la Familia Braun Carvallo. Terminada en 1920, su objetivo principal de dar hospedaje a hijos de obreras, se fue transformando paulatinamente, por generosos donantes, hasta lo que es hoy en día un Hospital de Niños. Desde 1938 ha sido atendido por religiosas de la congregación alemana "Siervos del Espíritu Santo".

Hasta 1942 estuvo bajo la Dirección del Dr. César Morelli, especialista en niños de la época y que también fue Director del Hospital Deformes, al igual que su sucesor en la Dirección, el Dr. Jorge Figueroa Castro, médico de gran prestigio y un señor de la pediatría, que contribuyó enormemente a unir a la familia pediátrica de esos años, recordando muy gratamente las espléndidas fiestas que organizaba en su casa, con este fin.

Posteriormente, en 1974, asume la Dirección el Dr. Carlos Tondreau del Solar, Cirujano Infantil, que está entre los primeros en esta especialidad en nuestra región. En las numerosas acciones de salud que tuvieron lugar en este Hospital destaca en el decenio del año cincuenta la intensa lucha contra la poliomielitis que clavaba sus garras inmisericordes, en sus últimos intentos, en los niños de nuestra región.

Es necesario recordar entre estos médicos del Hospital de Niños y Cunas de Viña del Mar, a los Drs. Patricio Middleton y Oscar Alonso, jóvenes y muy eficientes colaboradores en la época del Dr. Figueroa Castro.

En 1948 el filántropo porteño Marcelo Mena, funda el Hospital de Niños que llevará su nombre, en uno de los cerros que configuran Valparaíso (Cerro Florida), desarrollando una importante y prestigiosa labor desde su fundación hasta la fecha, bajo la Dirección del destacado Cirujano Infantil, el Dr. Amilcar Radrigán Rocco, quien con sus noventa años de edad continúa siendo el alma señera del establecimiento, mereciendo figurar entre los anales de Guinness.

El Servicio de Pediatría del Hospital Gustavo Fricke fue el último en aparecer (1954); su jefe fue un distinguido pediatra santiaguino que emigró a nuestras costas, el Dr. Marco Maldonado, fallecido hace varios años atrás.

Por último, en esta historia de retazos deshilvanados de la Pediatría Porteña, quiero recordar un hito trascendente, la fundación de la "Sociedad Chilena de Pediatría de Valparaíso", el 27 de julio de 1932, siendo sus fundadores los pediatras: Drs. Juan Espic, Amilcar Radrigán y Humberto Recchione.

Sucede tanto en una historia de casi quinientos años que sólo es posible raspar la corteza en una conferencia hablada, tantos hechos sin relatar, tantas personas sin nombrar, pido perdón por ello, así como por los largos minutos que me habeis escuchado.

Séneca en el diálogo "De la Brevedad de la Vida" responde a Aristóteles que se queja de la cortedad de ésta: "El largo de una vida no se mide por el número de años, ni por el de las ocupaciones o cargos desempeñados, sino por la intensidad de la vida moral. La vida será larga si tú sabes emplearla bien."

Para terminar quiero dejar flotando una pregunta: ¿Puede ser breve la vida para hombres como los que he nombrado y para los que he olvidado? que siempre supieron encontrar fuerzas para aliviar el alma del que sufre, sintiéndola como propia; que tuvieron a flor de labio la palabra cariñosa, el gesto y la mirada cargada de amor, que siempre extendió la mano cálida, llena de ternura, que fueron fuente de fe, esperanza, consuelo; para quienes la medicina fue ciencia que aspira a la verdad y como arte puede llegar a la belleza.

SIR WILLIAM WILDE

Prof. Dr. SERGIO DE TEZANOS PINTO SCH.

Depto. de Medicina.

El Dr. William Wilde merece ser recordado decorando la galería de médicos famosos exhibiendo su bien ganado título de creador de la oftalmología moderna y por los numerosos roles que desempeñó durante su vida: los que siendo de diversas categorías y en areas muy dispares, lo mas adecuado es comenzar por sus rasgos biográficos y luego adentrarse en sus características cualturales, profesionales y su perfil humano.

Nació en Irlanda, en Castlereagh, el año 1815, al decir de watts, el año de la batalla de waterloo. Su padre era médico y seguramente su hijo William siguió la misma profesión obediciendo esos mandatos psicológicos, paternos, que marcan a los hijos por rebeldes que parezcan, lo que se ha comprobado en innumerables ejemplos históricos, como es el caso de Auenbrugger de un gran oído para la música, hijo de un tonelero que comprababa el nivel de lleno de sus barricas por percusión, lo que seguramente despertó especiales resonancias armónicas en su hijo llevándolo a aplicar el método al cuerpo humano y delimitar la extensión de las colecciones líquidas en la cavidad toráxica. O bien el caso de Charles Darwin, que seguramente no habría llegado a enunciar su teoría del origen de las especies, si su abuelo, hombre sabio, no hubiese dejado formulado el concepto en sus anotaciones, que sirvieron a su nieto para reflexionar hasta publicar sus conclusiones que revolucionaron la ciencia y la filosofía: El tercer ejemplo es el corolario que se sigue de la vida privada de este personaje que analizamos.

El Dr. Wilde se tituló de Cirujano a los 22 años, previo efectuar un período de aprendizaje práctico con el famoso Dr. Abraham Coles, recordado por la fractura del extremo inferior del radio, que lleva su nombre. Ya recibido viajó por Asia Menor, Egipto, Grecia, para luego pasar por varios países europeos, estableciéndose finalmente en Viena, donde parece que su alma se impregnó de destellos sentimentales, que analizaremos más adelante y que hacen decir a Laín Entralgo que era un hombre de hábitos desordenados y de moral dudosa.

Su formación fué muy sólifs llegando a ser una de las mayores lumbreras de la Escuela de Medicina de Dublín. Asistío al Park Street Medical School donde enseñaba Graves y asistió a las lecciones del gran cardiólogo William Stokes en el Meath Hospital de Dublin. Pero, su vocación estaba en la Oftalmología, perfeccionándose en Austria donde fué discípulo de Skoda, Rokitansky y de Semmelweiss. Escribió una descripción de este periodo de su vida, que constituye una lectura fascinante.

Por la estrecha relación anatómica y de acuerdo con la época, el Dr. Wilde incursionó en la neuorología y en la Otorrino-laringología. La frecuencia de las mastiditis, que llevaban a la formación de abscesos de la base del cerebro, practicaba la cirujía, desarrollando una técnica, que se hizo clásica y cuya incisión lleva su nombre (incisión de Wilde). Parece que esta preocupación tenía algo de premonitorio por lo que veremos más adelante.

Su preocupación por las afecciones del oído le hizo famoso por su sentencia: "Existen dos formas de sordera. :
- Una se debe al cerumen y es curable.
- La otra no se debe a esta causa y es incurable.

En esa época se empezaba a rescatar esta especilidad de manos de los curanderos.

Su vocación médica lo orientó hacia la oftalmología, lo que le impulsó a fundar un dispensario para enfermedades de la vista en 1841. Tres años después creó en Dublin, el Hospital de Oftalmología de San Marcos y la Revista de Ciencias Médicas de Dublin, siendo su primer Director.

Debemos mencionar que además fué un gran arqueólogo y que sobresalío por sus grandes condiciones de estadístico, ciencia que aplicó a la medicina. Se preocupó también de la Salud Pública por lo cual fué nombrado en 1851 "Census Comissioner" para buscar organizadamente los antecedentes médicos irlandeses. Su preocupación por la Medicina Social lo llevó a publicar en 1854 un tratado sobre las "Condiciones Físicas, Morales y Sociales de los Sordos y Ciegos". También se adentró en otros aspectos, como la Literatura Clásica, Historia y Folklore, sobre lo cual publicó un libro relativo a las supersticiones populares irlandesas. Confeccionó un catálogo de las antiguedades almacenadas en la "Real Academia Irlandesa".

Como arqueólogo incursionó y descubrió los lechos prehistórico de los lagos de las tierras hundidas de Irlanda. Editó un libro sobre esta ciencia titulado: "The Beauties of the Boyne and Blackwater".

Entre sus publicaciones sobre su especialidad oftalmólogica se destacan casos curiosos como la ruptura de la córnea, secundaria a una extracción dental, provocó una fractura del maxilar. Estudió la aplicación de la acupuntura en la remoción de opacidades corneales. Su espíritu crítico riguroso, lo hizo escribir: "No hemos controlado con acuciosidad este método reciente de tratamiento, no somos muy entusiastas sobre la espectativas que ofrece". En 1848 escribió un detallado análisis de las terapias en voga de la "Oftalmía Neonatorum" que terminaba exponiendo la adaptación hecha en el hospital de San Marcos de la ducha de Chassainac usada antes de la era antibiótica. También editó un libro de cirujía del oído.

Fué un clínico por sobre todo, a diferencia de su colega de la especialidad, el Dr. Joseph Toynbee, que era más anatomó-patólogo. Ambos permanecen unidos en la historia por la fama de sus descendientes.

Su carrera como oftalmólogo le proporcionó grandes satisfacciones y logicamente grandes desagrados. En 1863 fué nominado Cirujano Oculista de la Reina de Irlanda. Al año siguiente, Caballero del Conde de Carlisle y la Junta de Trinity College le confirmó el grado Honorable de Doctor en Medicina. También se hizo acreedor a la "Cunningham Gold Medal" de la Academia Irlandesa. El rey de Suecia lo condecoró con la "Orden de la Estrella Polar". Todo esto era suficiente para que la sociedad de Dublin iniciara una trama de comentarios, que trascendieron aún a la historia.

Estos rumores fueron indudablemente descencadenados por la envidia, que siempre persigue y aguijonea al que tiene la capacidad y la valentía de destacarse. Pero, al mismo tiempo es cierto que cuando el río suena es porque piedras trae. El Dr. Wilde al año de regresar de su estada en Viena, comenzó sus primeros lances amorosos en su vida y hubo de reconocer la partenidad del primero de los que serían sus tres hijos ilegítimos. El segundo sería nada menos que Oscar. Oscar Wilde en cuya azarosa, por decir lo menos, tuvo que influir la conducta de su padre, que seguramente le marcó para toda su vida, demostrando una displicencia absoluta e increíble por las buenas costumbres, que se refleja en la frase que dirijió a los jueces que lo condenaron por sus hábitos desviados, al decirles "no sabeis que os perdeis lo mejor que tiene esta vida".

Por lo que dice relación al Dr. Wilde, terminó por casarse 23 años más tarde, o sea en 1815. Su hijo Oscar también se caso con quien más que una esposa fué la víctima de los escándolos protagonizados por su conyuge, que dada su celebridad hizo más ostentosa su conducta reprobable.

Entre los rumores que circulaban, se decía que cuando Wilde opero al Rey de Suecia de una afección ocular y mientras se encontraba temporalmente ciego, el doctor había seducido a la Reina. Este infundio ha sido desmentido demostrando que no hay constancia alguna en los Archivos Reales que el rey haya sido

operado por Wilde.

En 1864 una antigua paciente, llamada Mary Travers difundió que había sido violada por él, mientras se encontraba bajo anestesia general con Cloroformo. Lanzó la acusación dandosela a conocer a la prensa, que editó un panfleto en el cual sostenía que Wilde : "había hecho un esfuerzo abortivo en su virtud através de la instrumentalización del Cloroformo".

El escándalo que se desató llevó a la esposa de Wilde a escribir al padre de Mary Travers, protestando por la declaración. La que respondió demandando, por medio de su hija, a Lady Wilde. El juicio no solo atrajo la atención de la opinión pública y de la prensa, sino que inusitadamente alcanzó a la revista médica The Lancet, que editorializó lo siguiente: "el Dr. Wilde es un famoso y generoso caballero ..... cuyas flaquezas no son muy recomendables, pero si deben destacarse los desatines de la Travers".

El juicio se falló a favor de los Travers fijándosele una miserable asignación por daños. Pero Wilde fué condenado a pagar una multa de £ 2.000.-

El Dr. William Wilde falleció en su residencia de Merrion Square en Dublin el año 1876, señalándose como causa de muerte, en el obituario del British Medical Journal : "quiebre general del sistema".

Ese es el testimonio médico del creador de la Oftalmología moderna: una vaguedad.

Pero la historia le ha conferido ese título y le reconoce ser el padre de uno de los litaratos más famosos de Inglaterra y de la humanidad.

PRIMERA DESCRIPCION DE LA GLOMERULO NEFRITIS CRONICA :+

GUILLERMO DE SALICETO

Prof. Dr. Sergio de Tezanos Pinto
Depto. de Medicina

A criterio de muchos estudiosos de la Historia de la Medicina, la primera descripción de la Glomerulonefritis crónica corresponde a la de Guillermo de Saliceto, de quién haremos una breve biografía y a continuación trascribiremos su trabajo.

Guillermo de Saliceto es considerado uno de los más destacados cirujanos de la Edad Media en Italia, durante el siglo XIII. Nació en Placencia en 1210, por lo cual muchos lo denominan "Magister Placentinus". Como no es mucho lo que se sabe de su vida, existe sólo la presunción que era sacerdote. Su formación quirúrgica está claramente influenciada por las ideas del gran cirujano árabe Albucacis, al igual que la ejercida por otros médicos árabes.

Fué docente de la Universidad de Bolonia durante 5 años, desde 1279 a 1284. Al año siguiente se trasladó a Verona, donde fué nombrado médico de la ciudad.

Saliceto falleció el año 1280.

Fué indudable su influencia en la formación de los cirujanos del Renacimiento, junto a Rolando de Parma, Teodoruco, Lanfranco y Guy de Chaulliac.

Junto a Teodorico y Lanfranco es considerado uno de los fundadores de la Escuela de Medicina de la Universidad de Bolonia, lugar donde escribió su obra "Cyrurgya", que consta de 5 tomos. En el primero describe casos clínicos observados durante su ejercicio profesional. El segundo trata de las heridas y contusiones. En el tercero de las luxaciones y de las fracturas. El cuarto tomo es interesante por estar destinado a uno de los primeros intentos de publicar nociones de anatomía topográfica, especialmente destinado para cirujanos, lo cual hace pensar que efectuaba autopsias. El quinto está configurado en base a las cauterizaciones y a las drogas en uso en la época, demostrándose más partidario del empleo del cuchillo que del cauterio, que era rechazado en general por los médicos islámicos.

Su frecuente mención de casos observados personalmente hacen que su obra esté redactada en estilo muy sencillo y no con la palabrería propia de la época.

Otro tratado "Summa Conservationis et Curationis" también en 5 volúmenes, se refiera a descripciones de enfermedades y su tratamiento, a la fiebres, a las enfermedades

de la piel y la cosmética, de los tóxicos y, el último, a materia médica. Lo más interesante y original es que se ocupa con especial mención a la dietética, a las obligaciones de los médicos y a la buena relación que debe establecerse entre el médico y su enfermo "para ganar su confianza" y, a continuación, proceder a examinarlo. Además es digno de destacar, que considera que el médico no debe involucrarse en discusiones con los legos, pues las explicaciones sobre el diagnóstico son tomadas como inseguridades.

Sus normas de higiene abarcan desde el embarazo, las condiciones de vida, la alimentación, la vida sexual y la correcta elección del emplazamiento de la vivienda.

Describió cuidadosamente los casos clínicos que le tocó atender, figurándo entre sus descripciones más notables el temblor alcohólico, los abscesos renales y la diferenciación que describió con toda claridad de los cólicos ureterales, de los cólicos intestinales.

Su descripción más destacada se refiera a la hidropesía relacionada con los riñones pequeños y retraídos que pasamos a describir y que fué publicada en su libro titulado "Liber Magistri Gugliemi Placentini de Saliceto In Scientia Medicinali", publicada en Venecia en 1490.

"El endurecimiento de los riñones se produce tanto después de un absceso del cual se ve posteriormente liberado o bien se produce por si mismo: y se forma ya sea del material calcareo o a partir de bilis negra o bien compuesto de ambos: y la enfermedad es peor que en las otras: porque o no curà bien o no cura por medio alguno."

"Los signos de dureza en los riñones son : que la cantidad de la orina está disminuída, que hay mayor pesantez de los riñones y de la columna con cierto dolor: y la barriga comienza a hincharse después de un tiempo y su produce la hidrpesía se instala al segundo día: y así, tal dureza se produce después de un absceso caliente en los riñones y depués de la fiebre en ellos."

"La cura de la dureza de los riñones consiste en que se haga un emplasto de muerdago como se describió en el parrrafo precedente y se aplique sobre los riñones y espalda y se haga una untura con una pomada hecha con grasa de ganzo y gallina y grasa de los riñones de un oso o de un cabrito o de un carnero liquificados y mezclados con cera y aceite de manzanilla: o hacer una unción sobre los riñones o espalda con la medula osea de la pata de un toro o de un ternero o de un venado. Beber 2 veces al día, antes de las comidas o antes de la cena un brebaje formado por vinagre y miel de muerdago y miel: y esto es mejor. Purgar 1 vez por semana con una cocción acuosa de ruibarbo, semillas de malva, de altea y perejil y azucarado con jarábe de agua de lirio o jarábe de violetas.

"Ordenar la dieta y bebidas como en el capítulo precedente en la cura de los abscesos calientes en el momento en que la fiebre disminuye o ha sido eliminada."

Después de esta publicación, transcurrieron 500 años hasta que se volviera a tratar el tema, fecha en que aparecen las publicaciones de Domenico Cotugno quien describe la sustancia coagulable de la orina en los hidrópicos, que sería corroborada como albuminuria por Frederik Dekkers, médico holandés. En 1810 Charles Wells describe la falta de albuminuria en los pacientes con escarlatina, pero la relaciona con hidropesía y riñones pequeños, al igual que John Blackall. Finalmente sería Richard Bright quien en 1827 daría la descripción exacta de esta patologia y al morir en 1858 expresada que era una vergüenza que en 30 años no se conociera su tratamiento.

ETICA Y HUMANISMO

EUTANASIA

PROF. DR. SERGIO DE TEZANOS PINTO SCH.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA.

La palabra Eutanasia fué introducida por Bacon para significar una muerte dulce. Como todos los problemas de ética médica este tema ha pasado, de ser considerado un poco "demodé" a retomar nuevamente su importancia y constituirse en uno de los más debatidos, lo que se debe al progreso de la medicina, especialmente por el empleo de fármacos y equipo que permiten mantener vivos por tiempos insospechados, hasta hace pocas décadas, a cada vez más numerosos pacientes.

Este factor de variación ha llevado incluso a una serie de cambios que han inducido a poner en duda el significado de palabras clásicas con que se definían teorías y posiciones al respecto. Así con frecuencia oímos mencionar: "muerte piadosa" otros más audaces recurren a "el derecho de morir", siendo que no es un derecho, por cuanto es el destino obligado, de todos los seres vivos. Otros hablan de "muerte digna" y los hay que tratan el tema bajo el título de "humanización de la muerte". Esta variedad sirve al menos para fundamentar que el tema se actualiza.

La muerte es una parte de la vida, o sea ella no es posible si no hay vida. Esto obliga a reflexionar sobre ambas al mismo tiempo. Dos poetas grafican los conceptos que el hombre actual tiene sobre ella: o bien la oculta, o muestra interés por ocultarla despersonalizándola. Reignier ( ) hizo colocar en su epitafio "Me sorprende mucho que la muerte haya pensado en mi, pues yo nunca pensé en ella". Y Jorge Gillén ( ) escribio: "Como aventurero, cuando me muera, quiero saber que me muero".

Se ha dicho que en la antiguedad la muerte se presentaba como algo no previsto en la naturaleza y unos, por ello, hablan de la fatalidad de la muerte (es el mensajero de la inmortalidad quien se atrasa en llegar) y para otros la muerte es responsabilidad del hombre. (Adán y Eva y los Bantú que desobedecen al dios que los hace inmortales si cambian la piel sin que un niño los vea. Uno faltó a este requisito y el hombre pasó a ser mortal). Los otros comieron la manzana.

La visión moderna descansa en tres pilares: El instinto de conservación, inevitabilidad de la muerte como parte de la vida, y la total carencia de comprobación de lo que pasa en la otra vida. Para algunos pensadores actuales el ser humano contemporáneo, no concibe la idea que debe morir y si bien ya no busca la piedra filosofal de los alquimistas, sigue en su busca, a través de la medicina preventiva, de los fármacos, del cuidado excesivo de su cuerpo y, hay que reconocerlo, incluso al igual que las máscaras de los pueblos pre-históricos, recurre a la cirujía estética para ocultar el envejecimiento, que es el camino más seguro hacia la muerte.

La mayor angustia existencial frente al tema es: ¿Será la muerte rápida y fugaz?, ¿Será lenta y dolorosa?, ¿Será digna o demostrará todas las flaquezas?. Hay miedo a lo desconocido. Hay temor por haber presenciado muertes largas, dolorosas, penosas. ¿Irá a responder a los sedantes y analgésicos en que vive encerrado el hombre actual, que evade el sufrimiento con toda una farmacopea tan variada?.

El hombre moderno que, lo que más admira es la inteligencia, ha olvidado su sentido de trascendencia, considerándola carente de sentido.

Usando el mecanismo de defensa de **la negación**, la declara un tema tabú y la inmensa mayoría no se prepara para ella. Y si no habla de la muerte en general, el tema lo evita tajantemente.

Criterio errado, que como veremos comienza a dejarse de lado por medio del "living will".

A su vez la sociedad ha hecho otro tanto y hoy más que nunca es verdadera la frase, "el hombre actual nace, vive y muere en los hospitales".

Para Ph. Aries ( ) el hombre moderno ha destaburizado la sexualidad y ha taburizado el tema de la muerte.

No hay duda que a fines del siglo XX el hombre todavía no tiene la vivencia de que es mortal y sigue escondiendo la cabeza entre miles de quimeras.

Veamos algunos de los términos más usados en este momento sobre el problema.

Eutanasia Viene del Dios Griego Tanatos y Eu, que significa bueno. Pero fué Francis Bacon el que en su obra "Advancement of Learning", en 1605, le dió una acepción en el campo médico que corresponde a la acción del facultativo sobre el enfermo, que se extendía a apresurarle la muerte. En los tiempos que corren se entiende comunmente, como la acción directa e indolora de provocar la muerte de un paciente que sufre y no tiene posibilidades de ver restituída su salud. Para otros es el exterminio casi indiscriminado que se planea para eliminar en gran escala a dementes, desvalidos económicamente, enfermos incurables y aún a ancianos, etc. para mejorar el progreso económicos de un país o continente.

Platón en la "República" aboga en favor de los ciudadanos aptos y sanos y agrega textualmente: "En cuanto a los que no son sanos corporalmente, se les "dejará morir".

En cambio para Hipócrates: "Jamás daré a nadie un medicamento mortal, aunque me lo soliciten".

En "La Utopía" Tomas Moro dice: "Si la enfermedad es incurable y va acompañada de dolores agudos y de continuas angustias, los sacerdotes y magistrados deben ser los primeros en exhortar a los desgraciados de **decidirse** a morir". Nietzche era partidario de la **eliminación** de los enfermos incurables a los que denominaba "parásitos de la sociedad". En la actualidad los defensores de la eutanasia caminan por dos senderos, Unos que son partidarios de privar de la vida a aquellos que siguen viviendo en forma inexplicable pese a sus enormes limitaciones y sufrimientos y otros que argumentan en base a razones sociales, que comprenden temas raciales, económicas, etc., que no son problemas médicos, como nos interesa a nosotros.

La carga emotiva y la confusión linguistica en torno al tema, lo hacen de una complejidad extraordinaria. La mejor manera de graficar esta complejidad es conocer el problema de 2 periodistas frances , Igor Barbier ( ) y Etnne Lalou ( ) que tenian un programa mensual en la televisión, para tratar temas de interés general y decidieron preparar el que nos ocupa. Para ello enviaron un mensaje solicitando opiniones. En pocas semanas recibieron millares de respuestas, algunas hasta de 40 páginas, que ellos catalogaron como descargos, porque algunos habían aplicado medidas eutanásicas y estaban conforme o muy arrepentidos y otros se habían abstenido de hacerlo con las mismas reminiscencias contradictorias. La fraseología empleada y los cargos de conciencia, fueron tan cargados de emotividad, que finalmente decidieron no realizar el programa, pues iba a llevar a este a su autodestrucción, Publicaron artículos en la prensa y un librito "Dossier confidencial sobre la eutanasia", que es realmente digno de leerse para comprender las angustias de familiares, médicos, enfermeras, etc., que respondieron.

Se ha hablado de prolongación de la vida, de prolongación de la muerte, de matar por piedad, de muerte dulce o piadosa, de homicidio, de suicidio, de criminales por amor, de dar al crimen título de nobleza, de robarle la muerte al enfermo, acortándole la agonía, del derecho a rematar al canceroso que sufre intensamente; del coraje de matar, etc.

Por otro lado se está redefiniendo la vida, la muerte, el derecho o no, para decidir vivir o morir. Y junto a esta temática aparecen los problemas propiamente médicos, planteados por el uso de equipos de respiración asistida, las dialisis, el derecho o no, a descartar enfermos de estos elementos terapéuticos, el empleo de medicamentos de excepción, la carestía de ciertas técnicas diagnosticas y terapéuticas, la actitud frente a los anormales, a los ancianos, a los fetos patológicos, aún in útero, etc.

Los tratamientos llamados antes ordinarios, se distinguieron de los extraordinarios, luego los útiles se diferenciaron de los inútiles y finalmente los proporcionados de los desproporcionados.

Los gastos que damendan algunas enfermedades también se ha denominado en formas especiales, coadyuvando a esta confusión semántica, pues se habla de gastos adecuados, de gastos excesivos y de justicia distributiva para referirse a los que debe pagar la sociedad en conjunto.

CLASIFICACION DE LA EUTANASIA

Una clasificación es:

1. **Suicida.** (inducida o secundada).

2. **Homicida.**
   a. Terapéutica.
   b. Piadosa.
   c. Por deformaciones.
   d. Vejez.

3. **Eugenésico - Económica - Social.**
   a. Purificación de la raza.
   b. Criterio social o económico.
   c. Política.

4. **Solicitada.** (Propuesta por Lord Reglan ( ) en la cámara de los Lores-firmada ante dos testigos. Para Albert Scheiter (El médico podría así matar a los enfermos que no pueden curar. Atenta contra la confianza en el médico. (Puerta Abierta).

Según las modalidades de provocarla se divide en:

1. **Orototanasia.**
   a. Negativa o por Omisión.
   b. Positiva o por Acción.

2. **Distanasia.**
   a. No uso de medios extraordinarios.
   b. Encarnizamiento terapéutico.
   c. Retrasar la muerte.
   d. Limitar uso de medios artificiales.
   e. Presupone pérdida de toda esperanza o mejoría.
   f. Peligro de solicitudes fraudulentas del presente.

El médico debe abstenerse de practicarla, para no perder la confianza de los pacientes. (Atenta contra el bien común, debe defender la vida).

Si entra en vigencia la eutanasia debe nombrarse un verdugo no es un acto médico.

Mientras la eutanasia significaba el hecho de procurar una muerte fácil y sin dolores a un paciente que estaba próximo a morir por causa de una enfermedad terminal, los problemas eran bastante más fáciles de decidir y discutir, pero como la ética médica cambia de acuerdo con los problemas de ésta, en nuestros tiempos el debate se ha complicado con opiniones a veces fuertemente antagónicas.

La eutanasia se llama **voluntaria** cuando el paciente induce su muerte, sin consentimiento ni cooperación de terceros. Cuando sucede exactamente lo contrario, o sea un tercero la induce el consentimiento del paciente, suele llamarse también, como piadosa.

La eutanasia **involuntaria** es la que se provoca contra la voluntad del enfermo o sin su conocimiento.

La eutanasia negativa, pasiva o indirecta, ha emergido de la omisión de medios de tratamiento, tales como aparatos o máquinas que mantienen la vida prolongando el proceso de la muerte y cuya decisión ha creado los más grandes problemas éticos, legales y económicos.

Pero como veremos estos esquemas se van desfigurando con el progreso, que abre nuevas interrogantes.

¿Lo que un enfermo decide cuando está sano, tiene plena validez cuando está a punto de morir?.

¿Cuando se toma una desición de acuerdo con quienes corresponde y el enfermo está en coma, es un acto pasivo o activo desde su punto de vista?.

¿Omitir un tratamiento no es tan activo como emplear una droga?

¿Cual es la diferencia entre omisión y acción desde el punto de vista moral?.

¿El médico o el paciente están obligados a impedir la muerte en cualquier forma y expectativa?.

¿Cual es la forma de establecer la autoría intelectual en estos casos?.

ANALISIS MORAL DE LA EUTANASIA

La eutanasia activa involuntaria sugenésica puesta en vigor por Hitler, llevó a la muerte entre 1940 y 1941 a más de 80.000 pacientes epilépticos, dementes, deformes, etc., en las cámaras de gases de Alemania y Austria. Napoléon habría ordenado una medida similar con sus soldados que eran contagiantes en una epidemia.

En casos aislados la situación ha sido condenada por los tribunales, pero ha existido bastante elasticidad en el cumplimiento de las sentencias, como en el caso de los niños talidomídicos y otros con graves deformaciones físicas. Pero paralelamente tenemos lo contrario, como el de padres que han respetado la vida de sus hijos anormales haciendolos intensamente felices y considerandolos valiosos elemento de aglutinación familiar. Además aumenta día a día el número de parejas estériles que adoptan niños lisiados.

¿Puede cualquier autoridad quitar la vida a un ser inocente, sea un niño o un adulto lisiado o un anciano que representa una carga para su familia o la sociadad?. Indudablemente que tratándose del derecho humano básico, la vida, la respuesta más obvia es la negativa. La forma de matar no cambia en nada la situación básica.

Cuando se traen a colación algunos casos extremos, la situación no cambia en nada, sino ante los tribunales, dictaminando se trata de un homicidio rebaja las penas por que las atenuantes que siempre se pueden aducir en crimenes tan cargados de emotividad como estos muchas veces inducidos por padres sobre sus hijos o vice versa.

La eutanasia positiva voluntaria es simplemente considerada un suicidio. Algunos filósofos sostienen que sería poner fin a una "vida inútil", pero Sócrates sostenía que el hombre es propiedad de los dioses y que sería una injusticia destruir esta propiedad. Esto lo decía antes de beber la cicuta que le fué impuesta por desición del tribunal, compuesto por los 30 Tiranos. - Agregó Sócrates: "es muy justo sostener que uno no se puede suicidar y que es preciso esperar a que Dios nos envíe una orden formal de abandonar la vida, como la que hoy me manda."

En Inglaterra donde se han fundado sociedades pro-eutanasia y se editan revistas con el mismo fin, han fallado todos los intentos para que se dicte una ley autorizándola. En 1950 un grupo de 1.513 figuras prominentes de EE.UU. y de Inglaterrra enviaron con sus firmas un documento a las Naciones Unidas solicitando una enmienda a la Carta de los Derechos Humanos. Modificación consistente en incluir el derecho de los enfermos incurables a la eutanasia voluntaria. La petición fué denegada. Llama la atención que ningún tribunal estatal de los EE.UU haya aprobado la eutanasia. - Perú y Uruguay no la autorizan expresamente, pero si exime del castigo.

En EE.UU., ha habido algunos casos en que se ha declarado no culpable al autor por razones muy especiales de demencia temporal, como fué el caso de Lester Zygmaniak, que mató a su hermano paraplegico debido a un accidente en motocicleta.

Para hacer una exposición seria frente a lo que pudiera interpretarse como la intención de imponer un concepto personal, se procederá a exponer las razones en favor y en contra de los tipos de eutanasia descritos.

EN FAVOR DE LA EUTANASIA VOLUNTARIA POSITIVA

1. Si se sostiene que Dios nos otorgó la vida, no es menos cierto que somos los llamados a su administración. También es lógico que no quiera que suframos, si podemos evitarlo poniendo fin a los sufrimientos.

2. Cuando uno se encuentra frente a dos males, es lógico elegir el mal menor, sobre todo cuando el mayor está por llegar.

3. El enfermo teminal ha dejado de ser útil para su familia y para la sociedad. No se homologa con el suicidio de una sano, por lo tanto es razonable que se justifique poner término a su vida.

4. Dado que es oneroso, en todo sentido, es natural que se sostenga que hay que liberar los medios en uso para ser empleados con fines de alto rendimiento en otros pacientes.

5. El no creyente una vez solucionados los problemas pendientes debe poder dar fin a sus días.

6. La libertad del hombre debe limitarse cuando entra en conflicto con los derecho de los demás, pero el enfermo terminal ya no tiene ni puede cumplir con sus deberes y menos atropellar los derechos de los demás.

7. Es inhumano prolongar la vida al que sufre, pudiendolo evitar con actos muy simples.

RAZONES EN CONTRA DE LA EUTANASIA VOLUNTARIA POSITIVA

1. La tradición occidental y la filosofía teista se han alineado simpre en su contra. Somos administradores de nuestra vida pero no sus propietarios. Así como no podemos decidir el comienzo de la vida, tampoco es lícito dicidir terminarla.

2. Se considera razonable desde el punto ético lo que promueve la dignidad humana. Cabe entonces preguntarse ¿Este método es humanizante o deshumanizante para el individuo implicado y para la sociedad?. ¿Qué razón puede esgrimir un enfermo ante su médico para que le quite la vida?

El dolor hoy es tratable. Hay centros especializados para "el hombre sin dolor". En ningún centro se propone como adecuado matar al enfermo para aliviarlo. Parece más digno emplear medios farmacológicos o quirúrgicos y de gran efectividad.

3. Todo acto ético deja de ser tal si se ejecuta privado de libertad para discernir. Para solicitar libremente la muerte, se estima que el paciente poseído de un sufrimiento muy intenso, carece de dicho requisito en la toma de dicisión. La posibilidad de determinaciones y presiones de los familiares dejarán siempre la duda de si la toman por beneficio de ellos o del enfermo. Lo que el paciente decide en pleno uso de razón y de salud y declara en un living will no reflejan su pensamiento en plena enfermedad.

4. ¿Quien puede determinar el tiempo exacto para proceder?. Habría que avisarle al enfermo, situación que resulta bastante cruel. Sin duda que si hablamos sin eufemismos se estaría ejecutantdo al enfermo. Y esta ejecución se ha considerado así en los EE.UU. donde el verdugo, que es un médico, se propone llamarlo tanatólogo.

5. Se argumenta que mientras la casi totalidad de los paises desarrollados y aún los demás, han suprimido la pena de muerte, incluso aun para los peores criminales, no parece adecuado que el cuerpo médico, o más bien dicho la profesión médica le apruebe para sus pacientes. La muerte no puede ser un método terapéutico. No puede existir médicos verdugos con nombres mitológicos. La medicina es la profesión de la vida y sus cultores, deben ser los cultores de la vida y no embarcarse en la cultura de la muerte.

6. Lo anterior no se trata de un sarcasmo ni de una exageración. Los enfermos conservan su instinto de supervivencia. La experiencia demuestra que en los casos en que en determinados hospitales, de Francia por ejemplo, se ha sabido que cuando a los médicos les significan demasiados problemas algunos enfermos, proceden a recurrir a la eutanasia, se ha producido la reacción defensiva de parte de los consultante y de los accidentados, que ruegan que no los trasladen a ellos.

Además esta pequeña puerta abierta, es indudable que significa el pretexto para extender el procedimiento sin límite ni medida. Es el abuso de siempre.

Como se ha dicho, hay que dejar que el enfermo fallezca naturalmente. La muerte nos espera, no nosotros a ella.

EUTANASIA PASIVA O "DEJAR DE MORIR"

Sería un error pensar que siempre se debe hacer todo lo posible para prolongar la existencia. Este problema ha abierto uno de los capítulos más interesantes de la ética médica en su relación con el progreso de la parte tecnológica de la medicina. Ha obligado a definir la muerte desde nuevos enfoques. Se ha revisado igualmente la vida, hablándose y redefiniendo el concepto de vida digna, útil, deseable, etc. Se ha tenido que aguzar al máximo el estudio del pronóstico, especialmente en los enfermos en que se aplican los métodos modernos de subsistencia. Se relaciona con el empleo de ciertos medicamentos, incluso los analgésicos; en la conservación de sujetos descerebrados para usarlos como donantes de órganos; para el rechazo de tratamientos en ciertos casos de empleo de equipos en que su disponibilidad es mucho menor que la demanda, etc. Y de esta polémica han salido las definiciones de medidas habituales y extraordinarias, de medidas útiles e inútiles y de medidas beneficiosas y perjudiciales, proporcionados y desproposicionados.

Indudablemente que la ética ha contribuido así al progreso de la medicina y vice versa, como sucedió en su tiempo con muchos casos de abortos terapéuticos que hoy casi han desaparecido.

¿Está permitido rehusar u omitir el tratamiento de una paciente terminal? Indudablemente que si; si nuestro pronóstico cada vez más afinado nos dice que le queda poco tiempo de vida y todo lo que hagamos va a ser inútil, perjudicial, desproporcionado, etc.

¿Qué vamos ha haber hecho en esos casos? Hay acuerdo que solamente prolongar la muerte y no la vida, sin dignidad y obligando al enfermo a morir solo, sin su familia.

Es la enfermedad la que pone fin a la vida del enfermo y no el médico, con una acción concreta con el fin de matarlo. Es simplemente no prolongar la agonía por más tiempo en forma artificial y cruel.

Como habíamos dicho anteriormente la forma pasiva puede ser voluntaria o involuntaria. La primera se configura con el rechazo del tratamiento. Tenemos la obligación moral y jurídica de cuidar la salud y la vida y si padecemos de una afección

curable sería francamente anormal rechazar un tratamiento que nos devolverá a la vida social y útil. Pero no podemos pensar igual frente al enfermo terminal con el diagnóstico de una afección en estado totalmente irrecuperable, que hará, que los tratamientos indicados sean inútiles, desproporcionados, a veces extraordinarios y casi siempre nocivos. En otras palabras, frente a lo inevitable debemos respetar el "derecho a morir dignamente". Cabe entonces la pregunta ¿Existe el derecho a morir en forma natural cuando llega la hora?.

Los derechos se basan en las necesidades y deberes naturales, como es comer, vestirse, defenderse de las inclemencias y la obligación de proveerse de estas necesidades por si mismo y en colaboración con los demás. Nadie puede impedir el alcance de estas metas.

La muerte es parte de la existencia humana como nacer, crecer y desarrollarse física y espiritualmente, luego tenemos el derecho a no ser impedidos en el cumplimiento de estas obligaciones naturales. - Si de todas maneras nuestra vida termina en el morir, tenemos el derecho a no ser sometidos a tratamientos inútiles para detener el proceso de la muerte, cuando ya se ha descencadenado irreversiblemente y a tener una muerte tranquila.

LA VOLUNTAD DEL PACIENTE Y LA TOMA DE DECISIONES.

Uno de los problemas que ha suscitado el avance tecnológico y el funcionamiento de la Unidades de Cuidado Intensivo, con los sufrimientos que naturalmente provocan al paciente es el derecho que tiene a aceptar o recharzar determinadas técnicas exploratorias o terapéuticas. Gracias a los conflictos éticos nacieron 2 estudios que han enriquecido mucho la humanización de la medicina. Uno es el llamado consentimiento informado cuyo perfeccionamiento metodológico ha permitido respetar, en mucho mejor forma, los derechos del enfermo que cada día se imponen con mayor fuerza y el otro es la popularización del llamado "Living Will" que significa "testamento de vida" que muchos rechazan como denominación, pues dicen que los testamentos son de muerte, los autores españoles traducen por "Esta es mi Voluntad". Es de todos conocido que es un documento que emite el paciente, ante motario, cuando está en pleno uso de sus facultades, por el cual solicita que no se le hospitalice en una U.C.I., por considerar que su afección crónica en el momento de una complicación seria lo dejara más irrecuperable, o que las maniobras de resucitación lo harán revivir, pero en pésimas condiciones en cuanto a calidad de vida; o finalmente que no desea ser tratado con medidas que le prolonguen la muerte. Cuando no existen condiciones razonables de recuperación. El primero de estos documentos fué firmado en California con el título de "Acta acerca de la Muerte Natural", entrando en vigor el 1° de Enero de 1977.

En la práctica ha funcionado bien en el país de los juicios de mala práctica (EE.UU.) y cada día son más los médicos que sin este documento no se atreven a no iniciar un tramiento o a interrumpir uno en plena marcha, aunque están convencidos de su inutilidad.

Han sucedido casos en que los médicos han contravenidos este deseo y los enfermos se han recuperados casi totalmente y otros en que han sido llevados a juicio por haberlo intentado. Siempre en caso de dudas cabe la posibilidad de consultar a los familiares y demás personas autorizadas y luego obtener el consentimiento del juez, se ha desviado la decisión. Otro inconveniente es que hay que renovar su vigencia y resulta absurdo elevar y renovar un documento para conservar la validez de un derecho natural. Una última encuesta reveló que de 112 médicos que solicitaron 11 mil copias para disponer en el hospital, solo se usaron 67 o sea ya va decreciendo su popularidad.

No hay duda que es en este punto donde más se ve la urgencia de restablecer la confianza en el cuerpo médico y los establecimientos asistenciales y para alejar a los juzgados que tantos están perturbando el ejercicio profesional y el público tenga plena confianza en el médico como humanista, protector de la vida y no un agente de la muerte, gracias a un acertado criterio clínico - ético, lleno de respecto y amor por todos los enfermos a su cuidado.

Urgen los Comités de Etica en los hospitales, para que estas determinaciones se tomen con la garantía de una decisión solidaria y que se revierta el testamento de vida si ese es su voluntad y cuenta con los medios económicos por uno que exprese el deseo de que se le someta a toda clase de procedimientos por inútiles, extraordinario y dañinos que parezcan, en otras palabras, no para defender un derecho que todos tienen, sino para ir contra él. El médico estaría así protegido de los juicios que hoy lo acosan.

EUTANASIA PASIVA INVOLUNTARIA

Ante el concepto de la ilicitud de esta práctica ha surgido el método de aplicar los procedimientos recomendados para obtener el consentimiento informado de parte de los parientes o relaciones autorizados para decidir frente al enfermo inconciente.

En el caso de lo menores de edad, serán los padres o apoderados legales. Lo que no obsta a que el hospital o el tratante rechacen la decisión de ellos y se nieguen a cumplirla, en cuyo caso deberá derivarse a otro establecimiento o médico capacitado para que proceda en consecuencia.

El Estado no tiene autoridad para decidir, pues los ciudadanos no son propiedad de las autoridades públicas. Si los tribunales desean inmiscuirse en el asunto, es indudable que debe legislarse más claramente sobre los derechos de la familia.

Cabe en este punto hacer unas brevísimas consideraciones sobre la moralidad de la acción y la omisión.

Los partidarios de la eutanasia sostienen que la llamada eutanasia pasiva en nada difiere de la activa y que retirar un procedimiento cualquiera es lo mismo que proceder activamente, pues en ambos casos se termina en la muerte. Por tanto piden se oficialice y legalice la forma pasiva. Para los otros, si ambas son iguales, ambas son inmorales y deben ser próscritas por igual.

Violar los derechos de los demás, en forma directa nunca es lícito, pero a la inversa no estamos obligados a impedir un daño a terceros en forma perentoria y en cualquier situación.

Se ha hecho la comparación con la responsabilidad de la policía al no patrullar una calle donde hubo un robo, pero no por ello todo ciudadano está obligado a levantarse de noche para hacerlo. No es lo mismo estar obligado a efectuar una acción y no realizarla. De eso si somos responsables. Pero la omisión de efectuar un tratamiento inoperante o dañino en ciertas condiciones, es moralmente neutro, o indiferente. En nuestro caso es la enfermedad la que va a causar la muerte y no la omisión.

Igual criterio debe aplicarse cuando se trata de descontinuar un tratamiento.

A estas alturas de la exposición deberíamos referirnos al interesante tema de "DECIR LA VERDAD AL ENFERMO MORIBUNDO",pero nos llevaría muy lejos, en circunstancias que su importancia y tino para hacerlo cae por si sola.

Para terminar citamos los artículos 27 y 28 del Código de Etica del Colegio de Médico de Chile.

27°) El médico no podrá deliberadamente poner fin a la vida de un paciente bajo consideración alguna. Ninguna autoridad puede pedir este gesto homicida para si mismo o para otros confiados a su responsabilidad.

28°) Toda persona tiene derecho a morir dignamente. Así pués, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos deben ser proporcionales a los resultados que se pueden esperar de ellos.

El médico puede y debe aliviar al enfermo del sufrimiento o del dolor aunque con ello haya riesgo de abreviar su vida.

Ante la inminencia de una muerte inevitable, sin interrumpir los medios mínimos habituales, para mantener la vida es lícito al médico en conciencia, tomar la decisión de no aplicar tratamientos que procuren unicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia. Así mismo ante la comprobación de muerte cerebral, el médico está autorizado para suspender todo procedimeinto terapéutico.

La medicina actual está frente al dilema que le han producido los progresos tecnológicos, seguir el camino de "la cultura de la muerte" o el de "la cultura de la vida".

En todos estos temas que crean problemas dramáticos, es el clínico de cabecera el que debe tomar la determinación, a solas con su conciencia, lo que hace indispensable tener información sobre los principios éticos básicos que deben orientar su actuación. Es por esto que cada día se hace más necesario que los centros asistenciales cuenten con Comité de Etica, que aporten las pautas y criterios de la institución frente a estos casos, cuando el tiempo lo permita, puedan consultar con expertos en la materia.

LA REVELACION DEL DIAGNOSTICO : UNA DECISION BIOETICA

Prof. Dr.Gustavo FIGUEROA Cave (1)
Departamento de Psiquiatría

Etica clásica y Bioética.-

Al cumplir veinte años, la Bioética ha conseguido revolucionar a la Etica médica tradicional que venía ejerciéndose casi ininterrumpidamente desde el juramento de Hipócrates. Y esta revolución se ha llevado a cabo tanto en el campo de los fundamentos como en el de la resolución de casos clínicos. Por último,ha ejercido su influencia innovadora en la teoría ética general,sin lugar a dudas porque la Bioética cuestiona las raíces últimas del existir humano.

La Bioética ha precisado las bases que están detrás de todo su proceder y las ha denominado principios. Estos principios son cuatro: beneficencia,autonomía, justicia y no-maleficencia y se aplican de acuerdo al mejor interés de los pacientes o a los mejores intereses de terceros.

Quisiéramos plantear la Etica médica desde otra perspectiva. Es decir, no se trata de encontrar un distinto fundamento a la Bioética sino acceder a un diferente nivel de razonamiento moral. Este nuevo modo de considerar el problema ético trae como consecuencia una novedosa solución a ciertas difíciles situaciones en la clínica.

Siguiendo la actual modalidad de trabajo que ha alcanzado buenos frutos, es indispensable partir de un ejemplo concreto que se presente todos los días al médico. Sólo la resolución de hechos prácticos proporciona las bases para una teoría que sea significativa. La revelación al propio enfermo del diagnóstico del mal que lo aqueja coloca al profesional en una disyuntiva que,como en el caso siguiente,produjo graves (1) Deparamento de Psiquiatría.-Universidad de Valparaíso. consecuencias.

Caso clínico.

La historia es conocida porque aquejó a Sigmund Freud como enfermo cuendo él tenía 66 años de edad. A comienzos de Febrero de 1923 Freud empezó con malestares en el paladar.-Ya anteriormente en 1917 se había visto obligado a suspender temporalmente el fumar cigarros por "un malestar doloroso en el paladar que he observado en mi desde los días de la escasez [producida por la guerra]".- Rápidamente volvió a su hábito aunque, él mismo, había temido tener cáncer en aquella época. Examinado ahora (1923) por su médico de cabecera Dr. Felix Deutsch,a éste le pareció inmediatamente que padecía de un cuadro inflamatorio altamente sospechoso de cáncer. Tranquiliza indirectamente a Freud, diciéndole que sería bueno hacer un examen exploratorio para salir de dudas.-No planteó la

necesidad de tomar una biopsia como una urgencia y ésta se llevó a efecto ambulatoriamente por el Dr. Marcus Hajek el 21 de Abril de 1923. La operación resultó bastante desafortunada desde el punto de vista técnico. Fue mucho más extensa de lo previsto,no bien ejecutada,sangró profusamente y casi murió Freud de una anemia aguda porque el cirujano abandonó la sala inmediatamente después de ejecutada, quedando solo en la enfermería junto a su hija Anna;gracias a que un paciente débil mental pasaba por allí por casualidad y fue a buscar ayuda médica,pudo salvarse. Poco antes de la cirujía Freud le pidió a Deutsch que lo "ayudara a abandonar este mundo en actitud decente,si estoy condenado a morir en medio del sufrimiento" y le solicitó que se le informara la verdad del resultado de la biopsia.-

Después del examen microscópico Deutsch le ocultó a Freud la malignidad del tumor. Sin embargo le sometió a tratamiento de radioterapia,que le produjo malestares físicos importantes y una fuerte intoxicación general.Con el correr del tiempo,el tumor volvió a recidivar mientras Freud empezaba sus vacaciones de verano.Deutsch lo examinó y aunque constató que el cáncer no se había extirpado en su totalidad,no quiso estropear un viaje de descanso que Freud ansiaba hacer desde hacía meses a Roma.Varios discípulos estaban junto a Freud y, a ellos, Deutsch les informó del cáncer y los comprometió a que guardaran silencio tanto frente a Freud como a su hija Anna. Ambos partieron y en su viaje en tren él sangró brusca y profusamente por la boca,por lo cual,después de apenas dos semanas, debió volver apresuradamente a Viena con Anna,donde finalmente se le informó la verdad de su afección bucal.Indignado Freud,miró profundamente a Deutsch y le replicó :"¿Con qué derecho?".-Fue reoperado en Octubre de 1923,practicándosele una amplia resección del labio y del paladar ,que lo obligó a utilizar una incomodísima placa por el resto de su atormentada vida como paciente.Freud rompió con Deutsch por lo que él consideró un engaño y, cuando se decidió a tener un nuevo médico de cabecera, le refirió que "había tenido algunas desafortunadas experiencias anteriores con otros colegas" y le exigió que se le dijiera siempre la verdad sobre su cáncer. Y terminó la entrevista con su nuevo médico tratante con las palabras: "Prométame algo más, que cuando llegue el momento no me hará sufrir innecesariamente ".-

Poco después de la primera operación Freud escribió a un amigo : "me han tranquilizado con respecto a la benignidad de este proceso,pero,como Ud. bien sabe,nadie puede garantizar su comportamiento si se le permite crecer".-Al saber su infausto diagnóstico,comentó a un discípulo :" La incertidumbre que se cierne sobre un hombre de 67 años ha encontrado su expresión material.No me afecta demasiado; me defenderé durante un tiempo con la ayuda de la medicina moderna y después recordaré la sentencia de Bernard Shaw : No trates de vivir por siempre,no lo lograrás ".- Termina otra carta de esa misma fecha :"No cometa el error de pensar que estoy deprimido. Considero un verdadero triunfo mío el mantener siempre un juicio claro cualesquiera sean las circunstancias y no dejarme engañar por la euforia, como el pobre Abraham".-

Muerto Freud, muchos años después (1956) el Dr. Felix Deutsch trató de explicar su comportamiento :"A la primera mirada no tuve dudas que se trataba de un cáncer avanzado. Para tomarme tiempo, realicé un segundo examen y decidí llamarlo "un mal caso de leucoplasia" debido a fumar excesivamente y que requería una biopsia con resección de la mucosa por cirugía". Debido al diálogo que mantuvo con Freud, pensó que éste "no estaba suficientemente preparado para enfrentar una realidad". Continúa aclarando que en aquella época (1923) "este problema [de cuánto y cuando se le debe decir a un paciente con respecto a su situación, a la naturaleza de su enfermedad y a la amenaza a su vida] no traía tantos dolores de cabeza como ahora". En un encuentro que tuvieron Freud y Deutsch después de la ruptura, éste le explicó que no se arrepentía de lo que había hecho y que en circunstancias similares volvería a proceder de igual manera. Freud ya le había manifestado que lo ocurrido haría imposible en el futuro una adecuada relación entre médico y paciente. Lo que le molestaba quizás más profundamente era la suposición de que no pudiera enfrentar una verdad dolorosa. Terminada su relación como paciente, Freud siguió recibiendo a Deutsch ocasionalmente aunque a la distancia.

Este modo de proceder tiene una larga tradición. En el escrito de Hipócrates "Sobre la decencia" se lee este interesante párrafo: "Haz el diagnóstico y el tratamiento del enfermo con calma y orden, ocultando al enfermo, durante tu actuación, la mayoría de las cosas. Dale las órdenes oportunas con amabilidad y dulzura, y distrae su atención; repréndele a veces estricta y severamente, pero otras, anímale con solicitud y amabilidad, sin mostrarle nada de lo que le va a pasar ni de su estado actual; pues muchos acuden a otros médicos por causa de esa declaración, antes mencionada, del pronóstico sobre su presente y futuro".Y termina: el médico "debe estar muy pendiente de si mismo sin exhibir demasiado su persona ni dar a los profanos mas explicaciones que las estrictamente necesarias, pues eso suele ser forzosamente una incitación a enjuiciar el tratamiento".

La ética médica clásica contiene dos características determinantes: se hace pensando en los mejores intereses del paciente y quien determina la decisión de revelar o no el diagnóstico es exclusivamente el doctor. Con razón se ha calificado a éste procedimiento ético de paternalista. En el caso de Freud queda manifiesto de un modo notable. Deutsch rechazó los deseos y opciones propias de Freud - a pesar de que era un paciente con competencia adecuada - y lo hizo movido por el mejor interés de Freud, es decir, no fomentar una tendencia suicidia y así precipitar su muerte.- Pero, como agrega el juramento hipocrático, según "las capacidades y criterios" del médico.

Frente a ésta opción ética de Deutsch que sigue el principio de beneficiencia, la ética médica americana se ha rebelado en forma progresiva y creciente en nombre del principio de autonomía. No sólo le corresponde al paciente, sino que forma parte de un derecho fundamental a éste, que él sepa total y sustancialmente el diagnóstico del mal que lo aqueja. Freud poseía las capacidades y, por tanto,la competencia básica que le hacía,

además de merecedor, con el derecho de exigir el consentimiento informado. Arrogarse Deutsch la facultad de decidir que debe saber o no Freud sobre aquello que le es más propio a éste, es decir, su existencia, le parece a la Bioética americana como no tolerable .- Deutsch no tiene preeminencia alguna sobre la información; más aún, es Freud quien tiene un estatus privilegiado.

Producto de semejante polémica fue la elaboración de una "Carta de los Derechos del paciente" de 1973 en EEUU. Su artículo tercero reza así : "El paciente tiene derecho a recibir de un médico la infomación necesaria para otorgar el consentimiento informado antes del inicio de cualquier prueba y/o terapéutica . desde el punto de vista médico que conlleva y la probable duración de la incapacidad. . .- Cuando el paciente solicita información sobre alternativas médicas, el paciente tiene derecho a tal información".- El asunto se complica al publicarse esta "Carta" puesto que, como ocurrió en los EEUU., el problema ético se desplazó rápidamente a una decisión jurídica. Son los tribunales quienes, en última instancia, deciden si Deutsch actuó o no legalmente al retener la información a Freud. Aunque no era ese probablemente el espíritu de la "Carta", ha desembocado en una semejante solución.

Deutsch invocó a su vez lo que, posteriormente, se ha denominado privilegio terapéutico. Desde la medicina griega hasta la actualidad, le ha correspondido al médico plantear los diagnósticos y resolver las distintas situaciones terapéuticas. Su conocimiento técnico profundo, su experiencia clínica previa y su evaluación acabada del caso actual le permiten saber con más propiedad aquello que es más adecuado para el paciente. Y esto es lo que hizo Deutsch. El arte de la medicina (techné iatriké) consiste en formarse un juicio clínico racional que determina los procedimientos más acertados tanto desde el punto de vista del diagnóstico como de la terapéutica.

La Bioética americana está de acuerdo con el planteamiento. Pero agrega que toda decisión técnica es, simultáneamente, una decisión ética.- Y en cuanto disyuntiva moral, es el paciente quien tiene la prioridad. No se trata, naturalmente,de descalificar la primacía técnica del médico sobre el paciente.- Más bien señalar que Freud tiene más derecho a decidir sobre su propia existencia, y por tanto, sobre su vida y su muerte. El criterio para juzgar lo que debe revelar no es el de la comunidad científica médica, sino el de la persona razonable. Independientemente de que Freud fuera médico, lo que Deutsch debió tomar en cuenta era que, como ser autónomo, Freud se autogobernaba a si mismo y sólo a él le competía, en última instancia, lo que podía ser mejor o peor para su existencia.

Etica de la Autenticidad.

Dejemos para otra ocasión el analizar más en profundidad y sutileza la polémica entre el principio de autonomía y de beneficiencia. Como se dijo al comienzo, reconozcamos que la Bioética Americana le dió un renovador impulso a la moral médica

clásica. Pero plantéemosno la siguiente pregunta: ¿Es lo mismo informar el diagnóstico que revelar el diagnóstico? Si en ambas situaciones se trata de un saber sobre la enfermedad ¿Es el mismo saber?

A lo que se está apuntando es a considerar el fenómeno ético médico a otro nivel, distinto del de la ética clásica y de la Bioética actual, que de alguna manera se relaciona con una ley que pronunció hace siglos Esquilo: "la sabiduría se alcanza sólo a través del sufrimiento".

Detrás de las enormes diferencias entre ambas morales médicas, existe una cierta comunidad que las envuelve y condiciona por igual. Esta base común que determina que sean aplicadas en la realidad clínica cotidiana con un sello y un carácter del todo similar es la técnica de la dominación.- ¿ Qué se quiere significar con esta expresión ? La medicina antigua y la moderna ven al paciente como un ser mensurable, manipulable, dominable, igual en su esencia última a todos los seres de la naturaleza (physis). El Dr. F. Deutsch es el que dis-pone del conocimiento y el que im-pone su decisión de no revelarlo, es el que tiene el poder de definir, medir, delimitar, sopesar lo que es mejor o más dañino para Freud. Pero, aunque a primera vista parezca lo contrario, lo mismo le sucede al médico actual que informa el diagnóstico de cáncer a su paciente. Esto resalta particularmente cuando lo expresa el "Grupo para Avance de la Psiquiatría", aunque es igualmente valedero para el resto de las especialidades: "La regla general es que toda información debe darse de modo que sea la que una persona razonable le gustaría saber antes de tomar una decisión. El mínimo que una persona razonable le gustaría saber es la probabilidad de beneficios y daños asociado con el tratamiento sugerido, con cualquir tratamiento(s) alternativo(s) razonable(s), o sin ningún tratamiento".Al hablar de información,se refieren a acciones o hechos humanos, a un acto que ejecuta el médico o que es beneficiario el paciente. Al hablar de información, este grupo se refiere a un descubrir. Pero hay diversas formas del descubrir y el del médico actual consiste en descubrir algo (el diagnóstico de cáncer) que no brota desde si mismo del paciente. Es una acción y comunicación del médico que, más que hacer luz sobre la realidad, son un ataque frontal a ésta.- Se le obliga al paciente a que se pliegue al diagnóstico que se le quiere imponer, se le provoca para que libere sus pre-supuestas capacidades de autonomía - la capacidad de realizar actos con conocimiento de causa y sin coacción. La información fuerza al enfermo, es un acto que lo desafía, que lo pone en trance para que pueda ser digerida y almacenada.

Frente a la técnica de la dominación, está la ética de la verdad, del discurso verídico. En lugar de la información está la revelación. El descubrimiento ahora es el reconocimiento del paciente por si mismo, su itinerario es lento, progresivo y, hasta cierto punto, necesariamente doloroso. Va desde el desconocimiento de sí al reconocimiento. No hay hechos fácticos , ni actos de comunicación, ni información; sólo se da interpretación como iluminación del sentido sobrevenido en la historia personal

del enfermo. El diagnóstico de cáncer es la lucha por el reconocimiento de sí que deben llevar a cabo juntos médico y paciente: es una liberación frente a la posibilidad de la muerte, no como escape ante la fatalidad, sino como apropiación verdaderamente humana.

Esta ética de la autenticidad tiene su modelo en la tragedia griega de Sófocles "Edipo Rey". El destino de Edipo es haber ya matado a su padre y desposado a su madre.- Pero el drama del reconocimiento comienza más allá de ese punto, y este drama consiste enteramente en el autoconocimiento progresivo de ese hombre que antes había maldecido : yo era este hombre, en un sentido lo he sabido siempre, pero en otro lo he ignorado; ahora se propiamente lo que soy. Por esto opone el filósofo Ricoeur secreto a enigma: la divulgación del secreto no es la disipación del enigma. El secreto es producto de la retención de la información, el enigma es aquello que se pone de manifiesto por medio de la revelación del sentido, por su des-cubrimiento promovido conjuntamente por el médico y el paciente.

La revelación del diagnóstico en medicina requiere y exige una ética de la autenticidad.- Mas allá de medir la competencia y aún de conocer y evaluar la jerarquía y escala ética del paciente expresada por sus preferencias pasadas y presentes, la revelación del diagnóstico apunta hacia un discurso verídico que sólo se alcanza en un encuentro psicoterapéutico.

REFLEXIONES SOBRE EL ABORTO

PROF. DR. SERGIO DE TEZANOS PINTO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

El debate internacional sobre el aborto, por el hecho de estar aprobada la ley de liberalización en casi todos los países desarrollados y de transfondo cristiano, coloca a sus detractores en una posición de intransigencia y sectarismo religioso que en nada ayuda a la causa.

El sacerdote Jesuíta Robert Drinan, en el Congreso que se llevó a cabo en Houston, para discutir el problema, inició su intervención clavando una bandera de lucha muy original; dijo textualmente: "no estoy aquí como católico, ni como sacerdote, sino, supongo como un feto muy desarrollado" y siguió diciendo que el aborto es un problema que puede llevar a una escición de la cultura occidental.

Para otros es un problema que atañe solamente al reducido número de los obstetras, lo cual nos lleva a pensar que para ellos, los que así piensan, es sólo un problema tecnológico operativo y se olvidan miserablemente de las madres y de los fetos.

Para Margaret Mead el problema es distinto entre los que creen en la reencarnación, diferente al que se les plantea a los que creen que se tiene una sola vida que hay que disfrutarla hasta el momento de la muerte, con la que todo acaba. Son el primer esbozo de la llamada "Cultura de la Muerte". A la inversa, para los que siguen la "Cultura de la Vida hay una verdadera responsabilidad para luchar por la protección de la vida humana y ponen el dedo en la llaga al sostener que dicha vida humana se inicia en el momento mismo de la concepción. Este grupo denuncia también el error, en que se está cayendo en los E.E.U.U., de creer que lo que aprueba la ley, pasa a quedar automáticamente aprobado por la moral.

Los antecedentes históricos, a primera vista, parecen apoyar a los partidarios del aborto. Nada menos que Platón y Aristóteles estuvieron de acuerdo con el aborto y, lo propiciaron como un medio de evitar la sobrepoblación de las ciudades de Grecia. Posteriormente Aristóteles se opuso al aborto provocado, cuando ya habían aparecido los movimientos fetales. Estas ideas tan liberales para eliminar al ser por nacer provenían de la más remota antigüedad en que no había ningún aprecio por los niños en general y, con mucha frecuencia eran eliminados después del parto, especialmente los gemelos. Roma en sus comienzos aceptaba como legal el asesinato de los niños, lo consideraba jurídica y moralmente válido. No fue sino al ocaso de su poderío que lo prohibieron y decidieron inaceptable moralmente y

dieron comienzo a una campaña en su contra, para frenar la descomposición moral que la afectaba y para tener más brazos para el cultivo de la tierra y más legionarios para contener la sublevación de los pueblos sometidos.

Por otro lado desde lo alto del Sinaí, Moises había recibido las dos tablas de la ley en las cuales en su mandamiento número 5 ordenaba: "no matarás". En el año 1750 antes de Cristo en el Código de Hamurabi se aplicaba la ley del Talión con toda severidad al que cometiera maniobras abortivas o al médico que causare la muerte a un noble o a un esclavo. En el antiguo Egipto regían normas igualmente estrictas y el médico quedaba excento de los castigos que la Ley le acordaba si se acogía a los mandatos del dios Thot, que incluían la prohibición de emplear maniobras abortivas.

El Juramento Hipocrático dice en la parte pertinente: "Así mismo no daré a ninguna mujer supositorios (pesarios) destructivos para provocar el aborto". Mantendré mi arte alejado de la culpa.

Saltando a nuestro tiempos, citamos el párrafo final de la "Declaración de los médicos de Francia. Respecto a la vida Humana", que dice textualmente: "Por este motivo, la interrupción deliberada de un embarazo por razones de eugenesia o para resolver un conflicto moral, económico o social, no es un acto médico". Fue emitida por la Asociación de Médicos por el Respeto a la Vida Humana, en París el 5 de junio de 1979.

La 24° Asamblea Mundial Médica efectuada en Oslo en agosto de 1970 emitió una declaración sobre el Aborto Terapeútico, enmendada por la 35° Asamblea Médica Mundial efectuada en Venecia en 1983 expresa que el primer principio moral que se le impone al médico, es el respeto a la vida humana desde su comienzo, y agrega que, donde la ley permite el aborto terapeútico la operación debe ser ejecutada por un médico competente en la materia y en un lugar adecuado y aprobado por las autoridades del caso, pero, si el médico estima que sus convicciones no le permiten aconsejar o practicar un aborto, puede retirarse siempre que garantice que un colega capacitado continuará dando la asistencia médica.

El Código Internacional de Etica Médica, adoptado por la Asamblea Médica Mundial en 1949 y ratificada en 1968 en Venecia y en 1983 en Italia, establece que el médico debe observar los Principios de la "Declaración de Ginebra en 1948, ratificada en 1968, que establece entre otros "Velar con el máximo de respeto por la vida humana, desde sus comienzos, aún bajo amenaza". El Código Internacional establece que: El médico debe recordar siempre la obligación de preservar la vida humana.

El Código de Etica del Colegio Médico de Chile en su artículo 26 establece:

" El médico debe respeto a la vida humana desde el momento de la concepción.

El aborto procede solamente cuando se cumplen las condiciones siguientes:

a) Se efectué como medida terapeútica.

b) La decisión sea aprobada por escrito, al menos por dos médicos escogidos por su competencia y

c) La operación sea efectuada por un médico especialista.

Si el médico considera que su convicción no le permite aconsejar o efectuar un aborto, el debe retirarse permitiendo la continuidad del cuidado médico a otro médico calificado.

A través de lo que llevamos dicho, se ve que ha habido una actitud oscilante en algunas culturas, imperios y aún en pensadores de primera clase y que los pronunciamientos institucionales son muy poco categóricos y algunos dejan alguna puerta entreabierta para la realización del aborto.

Pasemos, entonces, a examinar otros puntos de vista sobre el problema:

La religión cristiana y la judía han tenido siempre una postura franca y firme contra la práctica del aborto y durante toda la Era Cristiana; hasta hace pocos años, la legislación civil de los países occidentales asumió la misma posición.

En el otro extremo en China, el aborto es cosa aceptada en forma abierta y aún el infanticidio se sigue practicando como en los tiempos del Imperio Romano.

Entre ambas posiciones ha emergido una tercera que es necesario conocer antes de entrar a analizar el fondo del problema. Después de la Segunda Guerra Mundial se desencadena una crisis moral que no analizaremos, pero que se traduce en un desenfreno sexual, que avoca a un aumento pavoroso de los abortos clandestinos, con una altisíma frecuencia de complicaciones, especialmente infecciosas, hemorrágicas y secuelas ginecológicas acompañada de transtornos psicológicos y muertes, que movió a los tribunales y legisladores a implantar la Ley de Liberalización del Aborto, tanto en la comunidad Europea de Naciones, como en los E.E.U.U., la Corte Suprema de Georgia hace otro tanto. Inicialmente se fijan normas restrictivas, como el consentimiento del marido en el caso de la mujer casada, de los padres en las menores de edad y se establece que en el primer trimestre de embarazo se deja a juicio del médico que atiende a la embarazada. En el segundo trimestre el Estado "puede si así lo quiere, regular el procedimiento tomando en cuenta la salud de la madre.

En el tercer trimestre, hasta la viabilidad del feto el Estado "puede, si lo prefiere, regular y aún prohibir el aborto, salvo que fuere necesario... para la preservación de la vida de la madre, o de su salud". Y la define en terminos tan amplios que comprenden todos los elementos que influyen en la salud, médicos, sociales, etc., referentes al bienestar de la embarazada.

Hoy día podremos decir que la liberalización ha llegado a tal grado, que hay un solo requisito para que los establecimientos estatales y los otros, practiquen el aborto: este es que la mujer que lo solicita este embarazada. Asi de simple. Esto lo dice el Cómite Judicial del Senado de los Estados Unidos. Para los que no creen que al dejar una ventana abierta se producen abusos, se ha llegado a la modesta cifra de 40 millones de abortos al año en los países en que rigue la ley y que son nada menos que las dos terceras partes de los países cristianos occidentales, es decir, 1 aborto cada 4 partos, los que sumados a los abortos ilegales que no han disminuído, hace que en los E.E.U.U., se provoquen 417 abortos por cada 1.000 nacimientos y en Europa se estima que esta cifras son más altas. Y ya que estamos hablando de estadísticas, cabe destacar que en el país del Norte, el 75% de los abortos se los provocan mujeres solteras y 57% de mujeres que no tenían hijos. En cambio en México, que los países anteriormente citados considerarían incultos y semisalvajes, el 95% de las mujeres que se provocaron abortos eran casadas y tenían más de tres hijos.

Decíamos al comienzo que el aborto provoca la muerte de un ser humano, lo que cae dentro del Mandamiento: No matarás.

Su presentación y discusión tiene toda clase de enfoques, desde los morales, los antropológicos, los sociales, filosóficos, éticos, legales,etc., por lo cual voy a seguir el camino del punto de vista científico y médico, que es de los que entiendo mayormente, o en otras palabras, el de una ética científica y no de una ética social, que son las dos versiones que más han sido empleadas para imponer el criterio dominante en nuestro mundo cristiano occidental.

La participación de la Medicina en la dilucidación del problema parte con la siguiente incógnita: ¿Es el feto una persona? Dicen los abortistas que no lo es, pues para ellos persona es quien posee la capacidad de ser racionalmente autoconciente y capaz de autodeterminarse. Fue por esto que la ley en los E.E.U.U., basó su criterio en que la palabra persona no se puede aplicar a los "no nacidos". Por eso que los esclavos no fueron considerados personas en todos los aspectos y aún en la Conquista de América se discutió, por parte de los teólogos, si los aborígenes tenían alma o no. Pero si aceptamos estos considerandos legales, tendríamos que admitir que nuestra atrasada legislación, que priva a las mujeres de tantos atributos personales como a los esclavos y a los no nacidos, tampoco serían seres humanos. Este enfoque lo consideramos errado y que

solo conduce a palabrerías, como sucede con el concepto de madre, que hoy ya no puede ser solo la mujer que pare un niño, sino aquella que aporta los caracteres genéticos a su descendencia y por ello se prohibió en Europa las madres sustitutas y con ello el negocio del arriendo de úteros. (Paridoras vs. madres).

El verdadero planteamiento valedero, científico y serio, es el de dilucidar si el feto es o no "vida humana".

Seres vivos son los que nacen, viven y mueren. En forma natural las especies son unmutables. La génetica actual, que es la parte de la biología que más ha progresado, nos permite asegurar que jamás se producirá el nacimiento de un ser diferente a sus progenitores.

La embriología es la ciencia que nos enseña que el nacimiento de los seres humanos, al igual que el de todos los animales de reproducción sexuada, comienza con la unión del espermio paterno con el óvulo materno, el que se anida en el útero donde completa su multiplicación, por división del embrión resultante de dicha unión, hasta alcanzar la plenitud de su desarrollo como tal y ser proyectado al exterior.

Desde el momento de la fecundación se originan 2 problemas ampliamente discutidos. El de los teólogos, que tratan de dilucidar el momento en que el alma espiritual se infunde en el embrión, lo que no analizaremos y, el momento en que este conjunto de divisiones celulares vivas son vida humana o, en otras palabras, cuando comienza la vida humana.

Algunos sostienen que la vida humana comienza en el momento en que se inicia la función cerebral. Es un punto de vista que se presenta como la antítesis de la definición de la muerte, para proceder a extirpar órganos para los trasplantes, en que hay acuerdo que ello se puede realizar después de determinar la muerte cerebral por medio de la desaparición de las ondas electromagnéticas.

Surge de inmediato la pregunta ¿Se puede homologar la muerte con el nacimiento?. Cuando el cerebro muere, no hay posibilidad alguna de reiniciar la actividad, es un proceso definitivo o irreversible. En cambio el embrión no tiene actividad cerebral ni de otra naturaleza, pero está lleno de todas las posibilidades, que se inician a los pocos días y van en aumento rápido, progresivo y no se detienen a ninguna edad. Aún en el período de la decadencia intelectual, seguimos perfeccionando con nuevas experiencias y vivencias.

Para otros la vida comienza en el feto cuando la madre percibe los movimientos fetales. Ese fue el primer cambio de parecer de Aristóteles, que aceptó solamente el aborto, antes que se percibieran dichos movimientos. Argumento falaz, pues todo va a depender de la sensibilidad de la madre y de la fuerza de dichos movimientos. Hay fetos con lesiones musculares

cuyos movimientos son prácticamente imperceptibles y por otro lado, este síntoma hoy es percibido por medio de la Ecotomografía desde los primeros estadios del desarrollo embrionario, ¿o tenemos que aceptar que lo mismo que produce los movimientos es lo que infunde la humanización del feto?. Absurdo.

Para aquellos que la vida humana aparece en el momento en que el feto es viable, vale decir capaz de sobrevivir fuera del útero en forma autónoma, lo que parece fue el criterio del tribunal norteamericano que limitó el aborto en ela tercera etapa, carece de base por las siguientes razones biológicas: hace siglos que se dejó de creer que el parto lo induce el feto al terminar su desarrollo, como lo hace el pollo de las aves que en ese momento rompe la cáscara del huevo y, como creían los griegos antiguamente y por lo que le atribuían menor valor vital a los sietemesinos. ya no estaríamos hablando de vida humana, sino de vida independiente, lo que no es lo mismo. No se puede fijar el momento de la viabilidad que haría humano a un feto. Es una condición establecida por la sociedad y no tiene asidero científico. Y por otro lado la autonomía del niño recién nacido es mínima y carece de toda posibilidad de vivir por sus propios medios. Habríamos nacido para morir.

En pocas palabras el huevo fecundado es el comienzo de una vida que tiene otros caracteres que vamos a destacar, pues son los que se presentan como fundamentales para demostrar que el feto es vida humana y debe ser respetada como tal. Uno es biológico y el otro filosófico.

El concepto filosófico se basa en Aristóteles que empleó un vocablo que fue traducido por Marco Victorino y San Agustín, como sustancia y por otros autores como esencia. La definición del Estagirita dice así: "al significar lo que algo es, se significa ora la sustancia, ora la cualidad, ora una de las demás categorías. Cuando en presencia de un hombre, se dice que lo que hay delante es un hombre o un animal, se indica lo que es y se significa una sustancia. Pero cuando ante un color blanco se dice que es blanco, o es un color, se trata de una cualidad. Para cada una de las categorías, si se afirma género, se expresa la esencia": Wolfang Cramer lo aclara más diciendo "La sustancia es algo individual, irreductible, único, que no está en otra cosa, es algo que se determina a sí mismo, es algo que pudiera existir aunque no existiera otra cosa". En términos sencillos y criollos podemos decir que sustancia es "que el peral de siempre peras y el manzano, manzanas, o que no hay que pedirle peras al olmo. De un espermio humano y de un óvulo humano, no puede desarrollarse otra cosa que un embrión humano y de éste no puede derivar sino un ser humano, vida humana, persona humana, es decir, un hombre, que como dijimos se engendra lleno de posibilidades por desarrollar y se sigue desarrollando como tal hasta el momento de la muerte. Luego tiene y tendrá los mismos derechos y progresivamente las mismas obligaciones conforme a sus capacidades.

El concepto biológico reafirma plenamente lo an-

terior y tiene proyecciones interesantisímas; me refiero a la genética , la ciencia que más ha progresado en estos últimos 20 años. Hoy nos permite hacer afirmaciones categóricas en muchos sentidos sobre la constitución del ser humano. Cada célula tiene un patrimonio genético en cada individuo. Cuando una célula muere, es reemplazada por otra igual a todas las demás... Las células de una persona son distintas a todas las demás de otra persona, de las que vivieron antes y ahora y que todas las que vivirán después. Cada helicoide de ADN contiene tal cantidad de información hereditaria, que se ha comparado con los caracteres que contienen los tomos de la Enciclopedia Británica. Ese es el monto de caracteres que contiene cada óvulo y cada espermio, los que al unirse en la fecundación, recombinan una cantidad tal de variantes, que la hace totalmente imposible de repetirse. Es lo que tan bien explica Jaques Monod en su libro " El Azar y la Necesidad". En otras palabras, cada célula, cada óvulo fencundado, es una individualidad absoluta. El óvulo desde que es fecundado pasa a ser una célula distinta a la madre, no es parte constitutiva de su cuerpo. Es un huésped que solamente lleva un 50% de sus características. Lo lleva en sus entrañas, pero es una individualidad aparte. No es uno de sus órganos, no es un tumor formado en base a sus células. Ese otro 50% no le pertenece. Muchos menos el conjunto. Es un nuevo ser, un nuevo individuo. Lo llevará en su viente por todo el período de gestación y será la verdadera madre de él, porque será la madre genética que es la verdadera maternidad. Este ha sido el argumento más sólido que se esgrimió para que en muchos países se prohibiera el arriendo de útero para nidar embriones ajenos. Esto es lo que mencionamos como moral científica, como el aporte de la genética a la ética de la reproducción humana. Ya no se puede definir a la madre como la mujer que pare un niño, si no se ha producido la fecundación con los patrimonios genéticos de los cónyuges.

Este nuevo individuo que ya hemos definido como un ser biológicamente humano adquiere entonces la categoría de individuo.

¿Por qué esta larga disquisición?

Por un motivo.

Porque en la Declaración de los Derechos Humanos, que es una Declaración Universal, aprobada en la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, lo pertinente a nuestro tema dice lo siguiente:

"Considerando que la Libertad, la Justicia y la Paz en el mundo tiene por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la Familia Humana... ".

"Artículo III : Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona".

El resto del articulado se refiere siempre a personas, pero es digno de destacarse que con respecto al derecho a la vida, emplea el término individuo.

Sin lugar a dudas es en base a esta declaración que la actual Constitución de Chile prohibe taxativamente el aborto.

Pasaremos ahora a analizar brevemente las argumentaciones que se han buscado para encontrar excepciones a estos principios básicos.

ARGUMENTOS ADUCIDOS EN FAVOR DEL ABORTO

Vamos a analizar las razones por las cuales se ha defendido la Ley de Liberación, especialmente desde el punto de la violación y del incesto, la eugenesia, la situación de las madres solteras y el conflicto de valores, dentro de los cual está el llamado aborto terapéutico. El aborto como medio de control de la natalidad y algunas palabras sobre las razones sociales.

ABORTO ANTE LA VIOLACION Y EL INCESTO

Tanto el incesto como la violación pueden conducir a un embarazo que en su casi totalidad son indeseados y la mujer es víctima de una violencia generalmente brutal y cruel, siendo especialmente traicionera en el caso del incesto, que es mucho más frecuente de lo que se imagina y no siempre contra la voluntad de la víctima engañada, a veces aún por su progenitor.

Se ha invocado en primer lugar el daño psicológico que se produce en la mujer, pudiendo quedar con graves perturbaciones psicológicas y emocionales, tanto por la injusticia que representa, como por tratarse de un embarazo no deseado, lo que se agravaría durante todo el curso del embarazo hasta la viabilidad del feto. En segundo lugar se considera que el feto es un agresor y en tercer lugar se invocan las consecuencias económico sociales que acarrea el curso del embarazo y la crianza y educación de este hijo concebido contra la voluntad de la madre.

Al primer punto se opone el argumento que sostiene que el feto no es el agresor en estos casos,desde ningún punto de vista, y, por lo tanto, no se soluciona el conflicto asesinando a un inocente.

La respuesta a lo segundo es un conflicto de valores en que se opone la salud de la madre a la vida del hijo en gestación. Indudablemente la vida es un principio que prima abiertamente sobre la salud.

A lo tercero, se argumenta que la solución está en la adopción.

Las consecuencias psicológicas que tiene este atentado contra la mujer es un problema que está muy lejos de deberse al embarazo en si. Se deben fundamentalmente a la agresión por sus características tan especiales y diferentes a todas las demás. Luego la muerte del embrión o feto, que repetimos no es el agresor, en nada atenúa el problema, sino que más bien lo agrava. La solución está en la sicoterapia bien llevada, personificada y grupal, como se está efectuando actualmente en los Estados Unidos a través de más de 700 Centros distribuídos en todo el país, además de la ayuda que la mujer o sus familiares pueda buscar en sus Iglesias y especialistas que la tratarán adecuadamente.

La falta de niños para adoptar debido al excesivo número de abortos que se practican en los países desarrollados ha hecho que se les busque en nuestras latitudes y se haya creado un comercio clandestino que ha extendido sus tentáculos en forma preferencial en nuestro país, como todos sabemos.

ABORTO EUGENESICO

Todos sabemos las consecuencias aterrantes que produjo en toda la humanidad este tipo de maniobras efectuadas en la Alemania Nazi en busca de la purificación de la raza aria. Se extendió aún hacia la eliminación de los niños anormales en los sanatorios ad-hoc.

No podemos dejar de anunciar de partida que es un crimen horrendo, que repugna a toda mente sana. ¿Es la enfermedad un motivo para aniquilar a los que la sufren?. Me parece que es uno de los exponentes de la cultura de la muerte de la que habla su Santidad Pablo II. Cabe preguntarse si su eliminación es motivada por el deseo de no verlos sufrir o para preservar nuestra propia comodidad. Las maniobras diagnóstica de estas anormalidades fetales sólo se pueden hacer muy tardíamente y demoran largo tiempo en arrojar sus resultados. Ya el niño es casi viable. ¿Cuál es el grado de seguridad del resultado?. Por alto que sea, sabemos que el margen de error sigue siendo alto como lo comprueba el examen hecho en la mesa de autopsia y que aún en ella siempre quedan dudas sobre la exactitud de varios de ellos.

La Corte de Apelaciones de Nueva York ha hecho caer la responsabilidad de estos nacimientos de niños anormales,

en el médico que no advirtió de esta posibilidad a la madre y lo obliga a pagar los daños de lo que llama desvergonzadamente un nacimiento perjudicial".

Resulta estremecedor este parecer. Es la negación de la profesión médica. Por un lado, porque cómo se explica que un médico de vocación no le comunique a su paciente la verdad de lo que ocurre y, si no es un abortero de profesión, no la prepare psicológicamente para afrontar esta situación que de ninguna manera es feliz.

Hablar de nacimiento perjudicial es una verdadera blasfemia. Los niños desvalidos por la invalidez física o mental han sido siempre fuente de inspiración para el desarrollo ejemplar de la virtud de la caridad y son incontables las instituciones que se encargan de su rehabilitación para adaptarlos a una vida digna, colaborando a las madres que casi, sin excepción hacen de estos niños sus hijos predilectos.

La realidad nos demuestra que a estos niños defectuosos es lo propio tratarlos, pero no proceder a asesinarlos. La Medicina no tiene por objeto matar, sino aliviar al que sufre.

Es un hecho comprobado que la adopción de niños víctimas de defectos genéticos va en franco aumento. Los matrimonios de parejas víctimas de enfermedades hereditarias crece día a día en el mundo, lo que está demostrando que los sufrimientos de ciertas dolencias no hacen deleznables ni quitan dignidad a la vida. Es un rotundo no al aborto, al crimen que con razón ha sido llamado "terrorismo uterino", efectuado contra indefensos y en el seno materno.

MADRES SOLTERAS Y ABORTO

Este problema deriva del deseo de liberarse de las consecuencias que afectan a las mujeres como resultado de sus relaciones sexuales pre o extra matrimoniales. Las encuestas y estadísticas demuestran que las solicitudes y prácticas de estos abortos son, en su gran mayoría, en mujeres jóvenes y solteras. Es un método de control natal, pero no con miras a evitar la sobrepoblación, sino con el objeto de enmascarar un acto condenado por la sociedad. Las huellas sicológicas que ello determina en estas jovencitas es una de las causas más frecuentes de la imposibilidad de establecer posteriormente una buena relación de pareja.

Estudios de Zeinik en Estado Unidos demuestran que entre los 15 y 19 años, en cada quinquenio estudiado, la frecuencia de relaciones sexuales entre las solteras subió del 30% al 43% y 50% respectivamente. Pese a los anticonceptivos,

los embarazos siguen aumentando en estos grupos. Ya no se legitimizan matrimonios a raíz de los embarazos. Se recurre simplemente al aborto, que lo financia el Estado con los impuestos de todos los contribuyentes.

Indudablemente que la solución no puede pasar por el crimen en los fetos. Como se propone en un artículo de la Revista de la Clínica Mayo, lo que se debe hacer no es una educación sexual en base a explicar cómo se efectúan las relaciones sexuales y cómo se usan los anticonceptivos, lo que lleva al desenfreno sexual de nuestros días, que ha sido llamado genitalismo, sino en base a una buena educación para fortalecer la familia, educar a los hijos en el verdadero sentido del amor, del respeto mutuo de las virtudes de la pareja en formación y en la exaltación de la grandeza sublime de la maternidad y de la crianza de los hijos, frutos del amor y no de pasiones desenfrenadas e irresponsables.

EL ABORTO Y LA SALUD DE LA MADRE. EL ABORTO TERAPEUTICO

El aborto terapéutico lo podemos definir como aquel en el cual se provoca la muerte del feto para proteger la salud de la madre.

Es el caso típico del conflicto de valores: es decir, se contrapone la salud contra la vida. ¿Qué es más valioso? ¿La salud o la vida? ¿La salud de la madre o la vida del feto?. Pero si la pregunta la formulamos en otros términos, no tendría el mismo significado ¿Qué es más valioso la salud física o la vida humana?

Este tema que era planteado con caracteres dramáticos hace 3 o más décadas atrás, felizmente ha perdido casi totalmente su vigencia.

Las grandes causas por las cuales se hacía del aborto terapéutico, fueron desvirtuadas casi totalmente a medida que la Medicina fue progresando. Estas causas eran la tuberculosis, las afecciones cardíacas y la eclampsia.

La tuberculosis se demostró que con la elevación del diafragma con el crecimiento del útero, se generaban las mismas condiciones que con el neumotórax y cuando se buscaban nuevos argumentos, aparecieron los antibióticos tuberculostáticos y el problema desapareció por completo.

Las insuficiencias cardíacas descompensadas fueron solucionadas con todas las nuevas drogas aparecidas para su compensación y con las técnicas quirúrgicas cada vez menos traumáticas, con anestesias casi inofensivas, que permiten practicar cesáreas sin mayores peligros que los que corre un cardíaco que

se opera de una afección cardíaca.

Y finalmente la eclampsia, con los regímenes bien llevados y los hipotensores y otras drogas de que se dispone, es perfectamente tratable.

Las enfermedades no conectadas con el embarazo, no curan con el aborto.

La otra circunstancia que crea problemas con respecto a la vida fetal y salud o sobrevivencia materna, es la aparición de afecciones graves, entre ellas el cáncer genital,que deben ser tratadas por medio de prolongadas irradiaciones o bien con la extirpación total de los órganos genitales internos maternos, lo cual conlleva la muerte fetal. Esto constituye el ejemplo más típico del doble efecto, norma moral que se ejemplariza con estos casos: el médico debe usar una terapia que no va directamente aplicada contra el producto de la concepción, sino que persigue la extirpación del tumor, que será el agresor mortal en el breve plazo y, sin ser la finalidad de la operación, secundariamente causará la muerte fetal.

El conflicto de valores entre la vida de la madre y la vida del feto, recalcamos que es cada vez menos frecuente, hasta casi haber desaparecido, especialmente con los controles maternales desde el comienzo del proceso. Lo grave es que con este pretexto se pretende abrir una brecha que permitirá practicar abortos en forma indiscriminada, como ya lo ha demostrado la experiencia en los países en que fue aprobado.

Estas son las ideas que he considerado de mayor relevancia para ser planteadas desde el punto de vista médico. Hay muchos otros aspectos que son igual o mayormente destacables entre ellos la evolución del punto de vista religioso y de la opinión de los grandes teólogos y Padres de la Iglesia que, a través de los siglos, se han pronunciado sobre el problema de la animación del niño por nacer, que si bien no dan la precisión que hoy requiere el problema, dado los avances científico-técnicos sobre la fecundación y embriología. La inserción del alma varió según diferentes criterios, pero finalmente la posición del Concilio y del Vaticano, especialmente predicada por S.S. Juan Pablo II, es categórico y para el mundo católico no hay dudas para condenar el aborto. Pero para el resto subsiste el problema y como lo dice Jean Fourastie es "Un momento culminante de la evolución intelectual de nuestro tiempo".

El mundo científico está conmocionado y son numerosos los investigadores que han tomado parte en el debate y, es así como uno de los más destacados genetistas, el Dr. Jerome Lejeune, que recientemente visitó nuesto país, ha formado, junto a otras personalidades de todas las esferas, una sociedad en París, con el nombre de "Dejadlos vivir" y han pronunciado interesantes conferencias en la "Academia de Ciencias Morales y Políticas" de la capital francesa.

Quiero terminar estas consideraciones sobre el aborto señalando una razón sociológica que demuestra las consecuencias que ha traído sobre la sociedad actual su práctica indiscriminada, dándoles a conocer lo que ha sucedido en Italia, nación considerada católica.

En un plan de 3 años, ya cumplido, el gobierno debió cerrar 6.500 escuelas, especialmente primarias, con lo que, de los profesores, 150.000 deberán ser dedicados a desempeñar otras tareas ajenas a su profesión y 22.000 no docentes, se reedistribuirán en otras dependencias públicas. La población escolar ha disminuído en un 20%. Los profesores serán asignados a desempeñarse en bibliotecas o como consejeros psico-pedagógicos y los 120.000 restantes deberán trasladarse a provincias, como administradores de Estado.

Las escuelas desocupadas serán ocupadas por la enseñanza superior que aún carece de aulas, pero que luego volverán a quedar raleadas.

Como paralelamente el promedio de vida va en aumento, por lo cual Francia a fines del siglo tendrá 1.000.000 de personas de más de 90 años y el número de ancianos en los Estados Unidos ya llegan a los 40.000.000 y nuestra población va sufriendo un veloz y dramático envejecimiento.

Es el aumento de la población pasiva, el desplazamiento de las fuentes de trabajo hacia los más jóvenes y el destino de los fondos nacionales hacia esas personas improductivas. Solo los mayores impuestos pueden ser la fuente de financiamiento y entonces la juventud no quiere trabajar. Es el nacimiento de los Hippies, que prefieren vagar por bosques y playas, admirando la naturaleza y viviendo en la promiscuidad que hace florecer la corrupción, las drogas, los embarazos no deseados y mayores abortos que debe pagar la seguridad nacional.

Vemos, además, que la crisis se acentúa porque es la juventud saña la que hace deportes, llena los estadios, ocupa los servicios generales de movilización, los hoteles, etc., actividades todas que están sufriendo los efectos iguales a los de las escuelas italianas.

En Chile el problema es igualmente desolador. Hemos disminuído la mortalidad infantil, porque hemos disminuído la natalidad. Hoy somos un país con familias de 4,5 de menos miembros contituyentes. Ya no somos los padres y tres hijos como termino medio. Vamos aceleradamente al envejecimiento. No sobrarán escuelas, ni profesores, ni auxiliares, porque había una falencia excesiva. Pero al paso que vamos lo lograremos.

Es el lento avance de la "Cultura de la Muerte por sobre la Cultura de la Vida".

INFLUENCIA DE LA MEDICINA SOCIAL EN LA RELACION MEDICO-PACIENTE

PROF. DR. ERNESTO MUNDT
DEPARTAMENTO DE MEDICINA

Por haber iniciado nuestra práctica médica hace más de 44 años, pudimos vivir los grandes cambios en las prestaciones de salud en nuestro país que, dicho sea de paso, fue pionero en estas reformas sociales en la América Hispana. Alcanzamos a experimentar los finales del Seguro Obrero y de la Beneficiencia, sus lados buenos y sus lados discutibles. Vivimos de lleno la transformación hacia un Servicio Nacional de Salud que pretendió abarcarlo todo y la creación de una Medicina Preventiva que pretendió erradicar enfermedades. Pudimos observar el paulatino paso hacia una medicina de libre elección, conociendo sus ventajas y sus vicios, cuando en los comienzos de la década del 70 formamos parte de la Comisión de Medicina Curativa del Consejo General del Colegio Médico. En dicha comisión tuvimos la oportunidad de conocer el pensamiento de los dirigentes gremiales de empleados públicos y particulares y las trampitas que algunos colegas hacían en los cobros por prestaciones otorgadas. Ahí pudimos comprobar una vez más que ningún gremio tiene el monopolio de la santidad porque todos están integrados por seres humanos, falibles y frágiles. En estos largos años, siempre atento al medio que nos rodea, fuimos observando los cambios paulatinos de mentalidad en los médicos y en el público consultante en sus diferentes niveles sociales y económicos.

No obstante sus defectos, ha tenido el médico siempre un gran sentido humanitario y de servicio al prójimo doliente. Ha sido una característica considerada por todos como consubstancial al galeno. El público no lo concibe sin ella y se lo exige.

Esta concepción del médico ya aparece con claridad en el juramento de Hipócrates, y muy manifiesta en la plegaria de Maimonides en la cual se lee: "No permitas que la sed de ganancia y la ambición de gloria hayan de influírme en el ejercicio de mi arte, porque los enemigos de la verdad y del amor al prójimo podrían, fácilmente, descarriarme y alejarme del noble deber de hacer bien a tus hijos. Sostén la fuerza de mi corazón a fin de que esté siempre dispuesto para servir al pobre y al rico, al amigo y al enemigo, al bueno y al malvado. Haz que en el que sufre yo no vea más que al hombre".

En general el médico ha prestado siempre sus

servicios cobrando a los que podrían pagar, cobrando poco a los que poco tenían, no cobrando nada a los más pobres y dejando, muchas veces, algún dinero junto a la cama del paciente más indigente. El gran oftalmólogo von Graefe invirtió su propio peculio en la erección de una clínica oftalmológica en Berlín donde instaló camas gratuítas destinadas a los desposeídos.

Aquí, muy cerca, en nuestro Valparaíso, hubo muchos colegas que trabajaron gratuitamente en dispensarios como la Sociedad de Dolores y el Sanatorio Marítimo. A uno de estos médicos el pueblo del barrio donde vivía le erigió un monumento: fué el doctor Ernesto Quiroz Weber. Ese busto recordatorio está ubicado junto a una añosa palmera, frente al número 203 de la Avenida Placeres en el cerro del mismo nombre. Señalamos la dirección para quién desee visitarlo y elevar junto a él una oración por ese humilde colega, "servidor del pueblo" como lo llamaban.

Hubo benefactores muy generosos que se incorporaron a la lucha contra el dolor. Damos como botones de muestra a don Carlos Van Buren y a doña Juana Ross de Edwards cuyos nombre quedaron ligados a los hospitales Carlos Van Buren y al hoy desaparecido Hospital Deformes, primitivamente llamado San Agustín en memoria de Agustín Edwards Mc. Clure, esposo de misia Juana. Habrían otros nombres y organizaciones que nombrar pero no nos extenderemos sobre este aspecto por estar fuera del tema que estamos tratando. Quien desee conocer más detalles sobre la historia de algunos establecimientos asistenciales de Valparaíso, los encontrará en el "Anuario de la Escuela de Medicina de la Universidad de Valparaíso" del año 1991.

Pero esta medicina basada en el más puro espíritu de caridad hacia el prójimo no logró cubrir ni una mínima parte de las necesidades existentes. La sarna, la pediculosis, la desnutrición infantil, las diarreas de los lactantes, la tuberculosis, la poliomielitis, el sarampión, las complicaciones del parto y tantas otras causas de morbimortalidad e invalidez seguían ensombreciendo el panorama nacional.

Fueron de nuevo, los médicos los que reaccionaron Don Exequiel González Cortés, Profesor de Medicina de la Universidad de Chile, viajó a Alemania para conocer las reformas sociales cuyo autor había sido Bismarck, el "Canciller de Hierro". A la vuelta propuso una Ley al Congreso Nacional.

La situación era apremiante. La crisis del salitre después de la primera guerra mundial, la cesantía y la pobreza, a lo cual se agregaba la inestabilidad política que había generado el régimen parlamentario después de la revolución del 91, tenían al país en cierto grado de efervescencia. En el Congreso había varias leyes de carácter social que dormían por la irresponsabilidad de los parlamentarios. Fue entonces cuando se inquietaron los militares. Un buen día un grupo de oficiales llenó la galería del Congreso, manifestando su descontento. La

mesa directiva ordenó el desalojo y los oficiales se retiraron arrastrando los sables. Ese día nació el conocido dicho: "el ruido de sables". El hecho tuvo su efecto porque esas leyes de carácter social que dormían, fueron aprobadas con gran rapidez.

Así nació en los años 20 de este siglo la ley 4054 de Seguro Obrero, que daba a ese sector de trabajadores jubilación y atención médica en consultorios y a domicilio, medicamentos y hospitalización en los establecimientos hospitalarios de la llamada Beneficiencia de aquel entonces.

Más adelante el Profesor Eduardo Cruz Coke, siendo Ministro de Estado propició y consiguió del Congreso la Ley de Medicina Preventiva. El lema era: "mejor prevenir que tener que curar" y para eso se estableció el examen médico anual de todos los trabajadores.

Pero no fueron solamente algunos médicos aislados los que se embarcaron en la lucha en pro de la salud del pueblo; fué el gremio como tal el que presionó por intermedio de la Asociación Médica de Chile (AMECH). En esto se destacó, particularmente, Valparaíso cuyo gremio mostró especial brio y tenacidad por alcanzar los logros perseguidos. Después de mucho se consiguió la fusión de diversos organismos independientes en uno solo y jerárquico "Servicio Nacional de Salud" a mediados del presente siglo. En la Medicina Preventiva también se produjo una fusión de varias entidades independientes para formar el Servicio Médico Nacional de Empleados, siempre mencionado como SERMENA.

Con la creación de esta nueva forma de medicina, los médicos pasaron a ser en su inmensa mayoría funcionarios. Esto exigía una organización protectora del gremio, lo que se logró con la Ley del Colegio Médico y la Ley 15.076, llamada del "médico funcionario", la cual -dicho sea de paso- llegó a ser una mera ilusión porque con ella quedó el médico como el profesional peor remunerado dentro de la administración pública.

Hemos querido hacer este muy resumido recuerdo histórico, solamente para ponerle un marco al cuadro de fondo señalado en el título.

En la atención médica particular intervienen dos personas naturales: el paciente y el médico. Son dos seres humanos que conversan cara a cara. Empatizando, continúan su relación hasta conseguir la finalidad buscada; si no empatizan, el paciente busca a otro profesional al cual confiarse. En cambio, en la medicina socializada aparece un tercero en escena: es la persona jurídica llamada "El Servicio", que otorga la atención médica por intermedio de sus profesionales funcionarios. Así el médico pasa a ser un empleado a las órdenes de este nuevo patrón.

Una vez más los médicos se equivocaron. Creyeron que haciendo prevención se tendría que hacer menos curativa. Con la prevención desaparecieron las grandes pestes y muchas otras enfermedades se redujeron pero aumentaron, en cambio, las afecciones crónicas propias de la mayor edad que la población fué adquiriendo. La necesidad de una medicina curativa no se redujo; más bien aumentó y se hizo más compleja.

Al Servicio le interesaba dar atención a toda la masa de consultantes; era un problema de imagen. Para los gobiernos la salud pasó a tener importancia política y a ser usada en las campañas electorales.

El desprecio por la calidad y competencia de los médicos llegó a su colmo cuando entre los años 1970 y 73 se quiso instalar cursos de medicina vespertinos para obreros. Sin pretender negarle a ese grupo social ni el derecho ni la capacidad para aprender la ciencia y el arte de Hipócrates, es de imaginar la formación que dichos médicos llegarían a tener al carecer de toda posibilidad de entrenamiento práctico. Felizmente fué muy resistida esa iniciativa y no logró concretarse, pero no dejaba de ser triste que naciera en las esferas de un gobierno encabezado por un médico: el doctor Salvador Allende.

Se les fué exigiendo a los profesionales funcionarios un rendimiento por hora de trabajo reñido con la calidad. Eso creó una antipatía entre los médicos tratantes y los colegas que habían optado por ocupar los cargos directivos de la institución patronal burocratizada. Las condiciones de trabajo generaban problemas de conciencia: por un lado estaban las normas de semiología enseñadas por la Universidad y por otro estaban las exigencias del patrón, que impedían aplicarlas como correspondía.

El ser humano no puede vivir por largo tiempo en desacuerdo con su conciencia. O bién ajusta su actuar a su conciencia, o acomoda ésta a su modo de actuar. Así, poco a poco, los médicos que iban ingresando al Servicio se fueron acostumbrando a atender en forma superficial, a no hacer anamnesis completas, a hacer exámenes físicos sólo parciales, a derivar los enfermos con ligereza a los rayos, al laboratorio o a los especialistas, sólo para poder terminar con la lista de pacientes que les tenían destinados y poder ir pronto a otro cargo funcionario donde ganarse unos pocos pesos más. Se dejó de percibir en el fuero interno el reproche de la conciencia por ese modo de proceder.

Los enfermos, en general, no podían escoger a su doctor. Entre ellos y este último estaba la barrera infranqueable de la ventanilla para la inscripción a la cual tenían que llegar muy temprano para conseguir un número. La tramitación en los consultorios alcanzó cifras muy altas que nunca fueron reconocidas por el patrón estatal.

El resultado fué que hubo muchos pacientes frustrados y descontentos. Los que podían buscaban consejo médico en las consultas particulares. Muchos médicos tratantes se sentían, a su vez, insatisfechos con su salario y con la propia labor profesional.

Existía un sector desamparado: los empleados particulares y los públicos. Estos, cuando tenían que hospitalizarse y no tenían medios para pagar un modesto medio pensionado, eran muchas veces internados de contrabando en las salas comunes por médicos que actuaban como funcionarios en el establecimiento hospitalario estatal. Más de alguno era dado de alta un día sábado cuando la oficina de recaudación ya estaba cerrada para que no tuviese que pagar con el dinero que no tenía.

No obstante, había entre los empleados grupos privilegiados. Eran aquellos que trabajaban en empresas como Bancos, Compañía de Tabacos, de Teléfonos y otras, que crearon sus propios sistemas con atención más expedita, mejor financiada y donde los médicos eran la envidia de sus congéneres porque las remuneraciones eran substancialmente superiores a las de la ley 15.076 del médico funcionario, irónicamente apodada "del médico millonario".

Para el sector de los empleados desamparados se buscó una solución que no presentara los inconvenientes ya observados: fué el Sistema de Medicina Curativa por libre elección, cuya administración fué entregada al Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), entidad encargada, fundamentalmente, de la medicina preventiva, que funcionaba bastante bien y a la cual estuvo muy ligado en Valparaíso el nombre del doctor Oscar Marín Socías (QEPD), por largos años su abnegado director, muy querido por sus colegas porteños y por los dirigentes gremiales por su franqueza, lealtad e inteligente espíritu de servicio.

Pero este sistema tampoco fué perfecto porque el honorario por prestación médica, módico desde un comienzo por tener carácter social, se fue deteriorando progresivamente. Esto, agregado a las demoras en las cancelaciones, provocó irregularidades en los cobros por parte de algunos profesionales, protestas crecientes de los médicos por intermedio del Colegio Médico, y pugnas con los gremios de empleados en los años 70. En esa época se desencadenó una campaña de desprestigio y de ataques a los médicos, todo lo cual fué rompiendo las relaciones médico-paciente.

Si miramos hacia atrás veremos que el gremio médico se dió entero para lograr un mejor estado de salud de su Patria y perdió mucho en lo económico y en dignidad. Al médico le fijaron las remuneraciones y la forma de trabajar. Para ir a un congreso o a un seminario con el fin de ponerse al día en los conocimientos, el médico funcionario aún debe pedir permiso al patrón pero todos los gastos los debe pagar de su propio

bolsillo. Como gran cosa se le mantiene el sueldo por los días de ausencia por estar en el congreso. Contrasta esto con lo que ocurre en cualquiera industria donde el ingeniero, el contador, o el gerente son enviados por la empresa con todos los gastos y viáticos pagados. Incluso los dirigentes gremiales cuentan con ese apoyo económico cuando se tienen que desplazar con motivo de sus gestiones. Agréguese a esto que los médicos que hacen turnos de noche en postas de primeros auxilios deber seguir trabajando en la mañana siguiente sin ese derecho a las horas libres compensadoras de que gozan los obreros. Tampoco se podía soñar con el pago de sobrehoras. De puro altruísta, el gremio médico se puso él mismo la soga al cuello al someterse a la ley 15.076. Ningún gremio de profesionales universitarios ha sido tan atacado, vilipendiado y ofendido como lo fueron los médicos entre los años 1970 y 1973.

Todo esto resultó negativo para las relaciones médico-paciente.

Hubo otro factor que dejó un tanto inerme al gremio médico. Fué la multiplicación de las escuelas médicas de tres existentes en el país a las seis actuales, sin contar la de reciente creación en la Universidad de Los Andes. Con eso aumentó el número de médicos, alcanzándose bien pronto la cifra ideal por cada mil habitantes. Esta mayor oferta de mano de obra médica ante un patrón casi monopólico trajo como consecuencia que el gremio médico perdiera fuerza para presionar con éxito en favor de un trato económico más justo. Este fué uno de los motivos por los cuales el Colegio Médico apoyara determinadas modificaciones en la política de salud como se verá más adelante.

A mediados de este siglo apareció otro factor que fué cambiando con rapidez el quehacer y la mentalidad médica.

Las nuevas teorías de los físicos como la de los quanta de Max Plank, la relatividad de Einstein, el descubrimiento del redium por los esposos Curie y muchos otros avances científicos en el terreno de la física atómica; la cohetería de Werner von Braun, que llevó a la miniaturización de los instrumentos electrónicos, y los avances técnicos conseguidos con motivo de la segunda guerra mundial entre los que se cuenta el ultrasonido; los avances en la química de los plásticos, el desarrollo de la fibra óptica y tantos otros, provocaron un desarrollo tecnológico en medicina que pasó a ser una tremenda tentación para el médico. ¡No era para menos! ¡Ahora el médico podría hacer maravillas! ahora podría hacer cosas que llenaran su espíritu. Ahora podría ser importante y no tener que perder su tiempo en esos tediosos consultorios con largas colas de pacientes a los cuales tan poco se podía ofrecer. El que llegase a dominar una técnica sería el que pudiese hablar en los congresos médicos; el modesto médico general tendría que limitarse a escuchar. Y - por qué no decirlo - tendría también mejores espectativas económicas.

Dos sombras aparecieron bien pronto en este horizonte promisorio. La primera fué el rápido y progresivo encarecimiento de la medicina contra el cual el servicio estatal, por su crónico desfinanciamiento, se vió en buena medida impotente; sólo algunos establecimientos, especialmente en Santiago, lograban acceso a esas novedades, lo que constituyó un atractivo para que los médicos trataran de migrar a la capital.

La otra sombra que cubrió el horizonte en muchos países y en el nuestro fué la creciente subespecialización. La medicina se transformó en medicina de órganos o sistemas. En esa trampa también fue cayendo el público, que comenzó a buscar a los subespecialistas según los síntomas que tenían en vez de comenzar la consulta por el médico general. No era raro encontrar - y aún se ve - al paciente a quién un especialista le dijo que su mal no provenía de la columna; otro le había asegurado no tener nada a los riñones, y otro, nada al corazón, recomendándole pedir consejo a un psiquiatra. Todo eso le había significado exámenes y más exámenes, cuantiosos gastos en dinero, pérdida de tiempo y ninguna solución.

Poco a poco fué entrando la desilusión en el público. Algunos médicos que seguían fieles a las enseñanzas recibidas en la Escuela de Medicina, haciendo anemnesis completa y exámen físico de la cabeza hasta los piés, tenían que oir sin responder aquella frase: "doctor, es la primera vez que un médico me examina en forma tan completa como lo ha hecho usted".

He ahí otro factor causal de desconfianza del paciente y, por ende, de deterioro de la relación médico-paciente.

Pero también se deterioraron las relaciones entre colegas. Ya mencionamos las pugnas entre médicos tratantes y los netamente administrativos. Pero hubo más porque el servicio se llenó de formularios: formularios para pedir exámenes de rayos, formularios para exámenes de laboratorio, formularios para interconsultas, etc. Se llenaban por montones esos formularios sin agregar datos orientadores, con letras cada vez menos legibles y se perdieron ciertas frases como "estimado colega", "ruego a usted", "agradeciendo de antemano", "saluda atentamente". Y este vicio se fué pasando, paulatinamente, del servicio estatal a la atención privada. Se dirá que esos no son más que convencionalismos arcaicos. Puede ser pero, si es cierto que el hábito no hace al monje ni el uniforme al militar ni el delantal blanco al médico, también es cierto que los induce a comportarse de acuerdo con su estado. Los formulismos convencionales tienen la misma virtud.

Después de 1973 se introdujo un cambio importante en los sistemas de prestación de salud. Fué discutido y aprobado en dos convenciones del Colegio Médico y, en líneas generales, hubo coincidencia con los planteamientos del gobierno

de entonces. La idea fundamental era la siguiente: pago por acto médico prestado. Habrá organismos encargados de financiar los gastos por salud pero que no la otorgarían directamente. Con eso se establecería un mejor grado de control. Podrían existir instituciones privadas paralelas a la estatal, cumpliendo esta última el rol de subsidiariedad. Toda entidad de esta naturaleza debería ofrecer a sus afiliados un paquete mínimo de servicios, semejante al que en ese entonces ofrecía SERMENA por libre elección. Debería existir, además, un fondo nacional compensador para todas las instituciones pagadoras.

Con este sistema nadie quedaría desprovisto de atención. Los ciudadanos tendrían la más amplia libertad para afiliarse al sistema que mejor les acomodara de acuerdo con sus gustos y posibilidades económicas. Los más desposeídos siempre podrían contar con la subsidiariedad estatal.

Para los médicos -y eso se consideró muy importante- el nuevo sistema que se proponía les devolvería la libertad para prestar sus servicios en el lugar, la hora, el día y la forma que consideraran mejor para ellos y para sus pacientes. Era fundamental recuperar esa libertad que tanto había sufrido en el sistema funcionario.

Se crearon, proliferaron y se desarrollaron los seguros de salud llamados ISAPRES (Institución de Salud Previsional). Todos han prosperado económicamente y están obligadas a tener en el Fondo Nacional de Salud un depósito de garantía cuyo monto es proporcional al número de afiliados. Si la ISAPRE llegase a quebrar, FONASA respondería por los compromisos contraídos con cargo al depósito de garantía, dando tiempo a los afiliados a ubicarse en otra ISAPRE. El sistema ha funcionado en otros países y todo hace pensar que en el nuestro tiene espectativas para crecer aún más.

Pero, como nada es perfecto, también en este sistema aparecieron las manchas que lo afean. El gremio médico, crónicamente mal pagado, no valoró tanto la libertad de trabajo que adquiría como la posibilidad de recuperar el nivel económico perdido. Este afán se hizo notar muy precozmente cuando las ISAPRES aún estaban en un período de consolidación económica, y el número de afiliados todavía era pequeño. Se hicieron no poco frecuentes los cobros de dos órdenes por una atención o de un bono domiciliario por consulta en el estudio. Eran todos pequeños fraudes al convenio firmado. Se formaron centros médicos en los cuales se exigía a los galenos tratantes pedir muchos exámenes radiológicos y de laboratorio "porque los equipos se tenían que financiar". En otros centros médicos el facultativo recibe un porcentaje del valor de todos los exámenes por él solicitados a sus pacientes y realizados, desde luego, en el mismo centro. Esto pasó a constituir en engaño fraudulento a los pacientes, a las ISAPRES y al FONASA al hacerlos gastar dinero innecesario sólo por un afán de lucro indebido. Otro punto negro ha sido la negativa de algunos médicos a prestar sus

servicios, aún en días festivos o en emergencias, si el paciente no tenía el bono o el dinero en la mano.

Hoy se cierne otro peligro sobre el médico: los juicios por mala práctica.

En el sistema funcionario ese temor no existía en la práctica. Si alguien llegaba a reclamar, se hacía una investigación. En ella aparecían tan diluídas las responsabilidades entre todos los funcionarios que habían intervenido, que a nadie se podía culpar directamente en el sumario. ¡Cuantos enfermos se caían del catre y en materia de juicio de mala práctica no pasaba nada! Tenía que haber ocurrido un hecho muy grave para que se produjera un fallo acusatorio bien definido contra un colega.

Con el sistema de libre elección las cosas han cambiado. Esa relativa inmunidad de que se gozaba en el sistema funcionario ya no existe. El paciente o sus familiares acusan directamente al médico que escogieron. Según informaciones que tenemos, los juicios de mala práctica que ya se han ventilado son, en su mayoría, por negligencia, por no atender oportunamente, por no visitar al paciente cuando éste lo requería. No son los errores diagnósticos los que tanto irritan a los pacientes o a sus familiares sino la percepción de una falta de preocupación y celo por el enfermo.

He aquí otro factor que puede llegar a estropear las buenas relaciones médico - paciente.

¡Cuánta actualidad no cobra hoy la plegaria de Maimonides cuando dijo en ella: "No permitas que la sed de ganancia y la ambición de gloria hayan de influírme en el ejercicio de mi arte porque los enemigos de la verdad y del amor al prójimo podrían fácilmente descarriarme y alejarme del noble deber de hacer el bien a tus hijos"!. Esta parte de la plegaria es mucho más profunda de lo que podría pensarse a primera vista. No es posible suponer que Maimonides haya despreciado el dinero en tal medida que a todos los pacientes los haya atendido en forma gratuita; de algo tiene que haber vivido.

Ya en el Antiguo Testamento aparece un hecho importante. Después de la conquista de la tierra prometida -de esa tierra que manaba leche y miel- a cada tribu se le asignó una parte del territorio menos a la tribu de Leví porque ésta quedó dedicada al culto divino. Pero todas las otras tribus tenían que darle una parte de sus ganancias porque "el que sirve al altar tiene derecho a vivir del altar". Con el mismo criterio quienes sirven a la salud tienen derecho a vivir de la salud. Es lógico y justo que el paciente cancele al médico por sus servicios y eso los enfermos lo reconocen; más aún, no pocos insisten en pagar y se molestan cuando el médico los quiere atender gratuitamente. Hay pacientes que , después de haber cancelado, le hacen al médico un regalo en señal de agradecimiento. Lo que

los pacientes no soportan y toman muy a mal es tener que percibir que el médico los atiende por el dinero. No es lo mismo cobrar dinero por la atención que atender por el dinero. En ese momento el enfermo se verá considerado como un objeto comercial y no como una persona humana; notará esa falta de amor al prójimo y tildará al galeno de "metalizado". Nadie pretende que el médico muera pobre, deje a la familia en la miseria y a la viuda recibiendo una mesada de caridad del Colegio Médico como ha ocurrido, pero repudia abiertamente al médico metalizado porque ve en él una falta de caridad hacia el enfermo, objeto de su tan noble quehacer profesional.

EXTENSION

ENFERMEDAD CREATIVA

Prof. Dr. Gustavo Figueroa Cave (1)
Depto. de Psiquitría

La medicina moderna ha impuesto una visión unitaria sobre la enfermedad. Sus impresionantes éxitos y, sobretodo, sus posibilidades futuras casi inimaginables, han demostrado que el enfermar obedece a leyes y procesos naturales estrictos. En otras palabras, porque la medicina ha asumido y utiliza el método científico -- que entiende a la patología como un desorden de las funciones y aparatos del ser humano producto de ciertas causas precisas y determinables --, ha podido curar y prevenir diferentes afecciones y está en el umbral de modificar una serie de dispositivos para erradicar definitivamente otros males, y , aún, de transformar la esencia del hombre a través de la manipulación genética. La denominación de modelo médico de la enfermedad resume con justeza esta concepción.

Medicalizar el enfermar humano, es decir, conceptualizarlo como un trastorno en el fondo médico, es sólo uno de los posibles medios de enfrentar el padecimiento. Se produjo históricamente a partir de la Grecia del siglo V antes de Cristo cuando, al interpretar la enfermedad como un reto, se respondió a éste de un modo técnico y no mágico, como era costumbre hasta esos momentos. Desde entonces enfermedad es un desarreglo que tiene una causa oculta que se puede conocer científicamente y tratar de manera técnica. Esto quiere decir lo siguiente.

El enfermar humano es una experiencia tan fundamental que siempre ha sido interpretado. Cada época o pueblo lo ha interpretado de acuerdo a sus concepciones de mundo y de la realidad y, a cada mutación de lo que se entiende por real, ha respondido el hombre elaborando un nuevo esquema conceptual, esquema que puede o nó ser intelectualmente válido -- basta con que sea creído firmemente por sus usuarios. A lo largo de la historia de la humanidad cuatro son las interpretaciones básicas que ha buscado captar el fenómeno patológico. Ya hemos mencionado una, la de reto (con su corolario de paradigma médico); hay que agregar las de castigo, azar y prueba. Cada una de estas concepciones típicas es bien delimitada, aunque con frecuencia se mezcla con las otras insensiblemente.

Revisemos las cuatro interpretaciones sobre el sentido del enfermar con el fin de mostrar que éste, además, puede llevar en sí la posibilidad creadora para el ser humano. Más precisamente aún, cierto tipo de enfermedad consiste en un proceso en que lo patológico va a terminar siendo la propia curación del sujeto.

La enfermedad entendida como castigo está presente en casi toda la literatura, desde la más primitiva hasta la de los clásicos pasando por la Biblia. Así parece ser que la padeció Soeren Kierkegaard. Nace el 5 de Mayo de 1813 en Copenhague al interior de

una familia de fuerte raigambre luterana, en la que la conciencia del pecado y la depravación ingénita al hombre, la discrepancia insalvable entre Dios justiciero y la criatura pecadora constituyen la doctrina religiosa central. Su padre está imbuído de un pietismo seco y ardiente y algunos de sus pensamientos y conductas le dejaron a Soeren, para toda la vida, lleno de un "temor y temblor". Siendo el "hijo de la vejez", el último de siete hermanos del segundo matrimonio del padre, tiene una especial y débil constitución física. Era de cuerpo flaco y débiles y desiguales piernas, con una desviación de la espalda derecha y de la espina dorsal, produciendo la impresión de ser jorobado. La joroba de Kierkegaard parece haber jugado el papel del "aguijón de la carne", del cual habló hasta cuando se encontraba en el lecho de muerte. Un contemporáneo suyo lo describió así: "Kierkegaard producía el efecto de una caricatura. Bajo las alas de su sombrero, anchas y caídas, se veía su cabeza grande con el recio cabello gris oscuro, sus azules ojos llenos de expresión, el color pálido y amarillento de su rostro, con muchas y profundas arrugas en torno a la boca era un tanto corva ... su cuerpo flaco, las débiles piernas parecían vacilar bajo su peso ... ; ninguno de cuantos le oyeron predicar olvidará aquella voz débil en extremo, pero asombrosamente expresiva". Una tal figura exterior le pareció a él sobremanera ridícula y siempre se vió como objeto de burla y escarnio por los otros. Empero su potente inteligencia y su brillante ingenio le permitieron con facilidad descollar frente a sus camaradas y profesores, pero nunca pudo dejar de ser un sujeto de carácter solitario y sometido a fuertes oscilaciones del estado de ánimo, que desembocaban en profundas melancolías. Soeren (en danés significa severo) no consiguió jamás liberarse de la atadura a su padre; sus peleas violentas y sus rupturas amargas no fueron sino un vano intento de afirmar su independencia. Poco antes de la muerte del padre padece Soeren el "gran terremoto" , producto de la desaparición en poco tiempo de su madre y sus cinco hermanos. En aquella ocasión escribió desamparado: "Alguna culpa debía de gravar sobre toda la familia, algún castigo de Dios pendía sobre ella". Lleno de compasión por su padre, finalmente se reconcilió con él. La muerte de éste, a los 82 años, la consideró "como el último sacrificio que en su amor ha hecho por mí ..., pues él ha muerto por mí". Hacia 1837 conoce a Regina Olsen de quince años. Siendo él mayor, rápidamente se gana el afecto y el amor de ella, pero es incapaz durante tres años de consolidar la relación en un vínculo propiamente amoroso. Hacia 1840 finalmente se compromete con ella en matrimonio, pero de inmediato duda de su decisión, lleno de remordimiento se vuelca hacia una vida exclusivamente consagrada a la religión. Pensaba que su fealdad física y el ser casi un viejo para ella, eran obstáculos insuperables para la unión y la vida familiar. Sin embargo intenta desesperandamente proseguir su noviazgo de manera ambivalente, hasta que, de nuevo acuciado por sus remordimientos, rompe definivamente y de un modo abrupto e inesperado en 1841. Regina nunca pudo entenderlo y, aunque ella al principio le rogó por una reconciliación, al final la aceptó y no quiso saber nada más de Soeren. El no pudo olvidarla y buscó en vano ser sólo un amigo íntimo de ella. Tampoco consiguió Kierkegaard mantenerse en el plano económico y, a pesar de la fortuna del padre que heredó a su muerte, acabó prácticamente en la

miseria editando sus numerosas obras y dilapidando el resto en actividades sociales. Producto de su oficio como polemista virulento contra la iglesia danesa a la que combate con ferocidad, es atacado de una parálisis a las piernas y cae fulminado en medio de la calle. En su lecho de muerte rehusa agresivamente cualquier reconciliación con la iglesia luterana para sellar su obra con el testimonio válido de su propio martirio. Fallece a los cuarenta y tres años en 1855.

La enfermadad vivida como reto se expresa plásticamente en la existencia de Flaubert. Gustave nació en Rouen en 1821, hijo del notable cirujano-jefe Achille Flaubert. Desde niño da a conocer sus grandes habilidades como escritor; sus juegos infantiles se reducían a escribir historias en las que, junto a una imaginación rica y desbordada, se unía un profundo gusto por la palabra. Ya a los 14 años había terminado un "Viaje al infierno" en versículos bíblicos, que fueron seguidos por otra serie de narraciones y cuentos. Pero el deseo de su padre era muy distinto. Autoritario, recto, cumplidor del deber, incorruptible, ordena que su hijo siga una profesión burguesa que le permita vivir con honestidad dentro de la sociedad y dictamina que se dedique al derecho. Gustave se rebela inicialmente, pero siente que es incapaz de imponer su voluntad a la férrea decisión de su padre. Acata seguir los estudios de derecho en la universidad y durante casi dos años asiste a la Sorbonne. Una oscura noche de enero de 1844 en los alrededores de Pont-l'Eveque, Gustave sufre una primera crisis de pérdida del conocimiento y convulsiones. Su vida se trastoca totalmente; se vuelven a repetir los espasmos en forma más espaciada pero con igual gravedad. Los cuidados de rigor de la época llevados a cabo bajo la atenta mirada de su padre no logran recuperarlo. Finalmente el cirujano-jefe acepta lo irremediable: su hijo debe abandonar sus estudios de derecho y llevar una vida de inválido; se convierte en lo que Sartre calificó "el idiota de la familia". Desde esta fecha su vida enfermiza trascurrirá en su casa de Rouan dedicado a su pasión por el escribir, donde prontamente se dará a conocer por su primera obra "Madame Bovary", fruto de un largo viaje por el Oriente. Su hermano menor proseguirá sus cursos de medicina y, en poco tiempo, se titulará con honores al igual que lo había hecho el Dr. Flaubert. Sin embargo su padre Achille no se repondrá nunca del golpe que significó para él que su hijo Gustave fuera un inútil y, a los dos años, morirá en forma fulminante. Gustave vivirá junto a su madre, soltero y achacoso, de las rentas que le dejó su padre, atareado exclusivamente en leer y escribir. Le comunica en una carta a Mlle.Leroyer de Chantepie: "El único medio de soportar la existencia es aturdirse en la literatura como en una orgía perpetua". El gigante normando de cabellos rubios y ojos azules describirá de manera científica en 1857 como Emma Bovary es presa de una grave enfermedad convulsiva aguda, producto de una desilución amorosa que, finalmente, la conduce hacia otra vida más espectacular que la anterior; pero ella también fracasará y su fallida existencia finalizará en un cruel suicidio. En carta a su amante Louise Colet dice: "He aquí porqué amo el arte. Es que allí, por lo menos, todo es libertad en el mundo de la ficción. Uno se sacia, hace de todo, es a la vez rey y pueblo , activo y pasivo, víctima y victimario ...; así me he vengado, a menudo, de la

existencia; me he proporcionado un montón de cariño con mi pluma; me he dado dinero, mujeres, lujos, viajes...". Gustave murió en 1880.

Quizás Sartre representa un destacado ejemplo de la enfermedad entendida como azar. Ya los griegos distinguían dos tipos de enfermedades: debidas a la necesidad y las producto del azar propiamente tal. Las primeras son aquellas que siguen inexorablemente las leyes de la naturaleza y, por ello, obligan a todos por igual, a los hombres tanto como a los dioses; ésta variedad de trastornos es incurable por su esencia y tanto médico como enfermo deben sólamente adoptar una postura, la sumisión. Frente a estos males, hay otros que son consecuencia del infortunio o azar, de la fortuna. En tales ocasiones la ciencia del médico puede evitar el infortunio o sanarlo técnicamente, o , por lo menos, en principio oponerse a él, lo mismo que el paciente. El caso de Sartre es una ambigua mezcla de ambas interpretaciones. Jean-Paul nace en 1905 en París y al año y medio muere su padre. Criado por sus abuelos y su madre como hijo único, objeto de todas las atenciones, a los 12 años debe sufrir la afrenta del matrimonio de ésta con un profesional, que liberará a la familia de todos los anteriores aprietos económicos. Su abuelo materno será la más importante figura de su infancia temprana y, cuando viejo, al escribir sus memorias, lo pintará Jean-Paul como despótico, atrabiliario, tiránico, caprichoso. La cruel descripción hará exclamar horrorizada a su anciana madre: "Poulu (así lo llamaba ella) no ha entendido nada de su infancia". Es que el futuro filósofo parece que nunca pudo tolerar una situación en la que él no fuera el preferido. Su constitución física le marcará indeleblemente su niñez. No podía ver sino por un ojo y bizqueba grotescamente ante las atónitas miradas de sus familiares. Una mañana su abuelo decide cortarle los largos rizos de su hermosa cabellera ondulada, pero el resultado fue catastrófico; de vuelta de la peluquería se hizo patente su feo rostro, su "Cara de sapo" según el mismo se calificó con crueldad al narrar sus primeros años. El ingreso a la Universidad sellará la difinitiva separación de su hogar. Brillante estudiante rápidamente se enfrasca en una vida bohemia paralela en la que la bebida irá adquiriendo una importancia cada vez mayor. Movido por la necesidad de profundizar en el proceso de la imaginación, comienza a experimentar en sí mismo ingiriendo estimulantes del sistema nervioso. Durante un largo período alucina voces que lo persiguen implacablemente. Advertido de los peligros, Jean-Paul suspende el consumo pero, en el futuro, volverá a abusar cuando se vea apremiado en terminar sus obras (la "Crítica de la razón dialéctica" fue redactada bajo influencia de exitantes, lo que en parte queda de manifiesto en la prosa deshilachada y en la estructuración poco precisa). Pero los desarreglos en el beber, fumar y dormir continuan como un destino. En un viaje a Moscú cae fulminado a consecuencia de una crisis hipertensiva. Se recupera y durante un tiempo acata las indicaciones pero, con prontitud, retorna a sus hábitos caóticos. No descansa, no se repone, se afana en miles de actividades literarias, filosóficas, políticas, proselitistas, intelectuales y propagandísticas. A los 65 años vuelve a padecer de vértigos graves, cefaléas, desorientaciones temporales producto de su

hipertensión agravado por la ingesta masiva de whisky. Al año siguiente tiene una crisis aguda, con lengua torcida, parálisis del brazo derecho y trastornos psíquicos. Las curas de reposo y la terapia son breves y Jean-Paul reincide en sus desarreglos, como definitivamente entregado a su suerte. A los 68 años la trombosis de la vena de la retina de su único ojo bueno lo deja completamente ciego, por lo que no volverá a escribir más, razón de ser de su vida e intereses. Las enérgicas medidas tomadas por sus médicos y por Simone de Beauvoir para cuidar sus salud son eludidas hábilmente por el filósofo y sus diversas amigas. Las recidivas aumentan en frecuencia y Sartre no hace esfuerzo alguno por modificar su acaso. Muere después de una breve agonía en un hospital a comienzos de 1980. Una impresionante multitud lo acompañará hasta su última morada junto a su madre en Pere Lachaise. Antes había escrito: "Me acepto totalmente y me siento como exactamente quise ser ...; por tanto, cuando muera, moriré satisfecho... y la muerte, hasta ahora, nunca ha abrumado mi vida y probablemente no lo hará nunca;la muerte jamás pasó sobre mi vida".

Por último, la enfermedad como prueba ha sido sublimada por parte de la escatología cristiana, pero el caso de Karl Jaspers señala inequivocamente que también incluye la vida de sujetos sin un compromiso religioso relevante. El brillante médico, sutil psicólogo y mundialmente conocido filósofo parece ser un ejemplo de existencia particularmente lograda, producto de las más felices circunstancias. Que en él se aúnen estos tres saberes tan disímiles y además, que en cada rama haya conquistado un lugar de excepción, siendo catedrático titular en cada una de ellas, hablarían en favor de un mimado por el destino. Pero su verdad corporal fue muy distinta. Nació en 1883 y ya siendo niño de pecho sufrió aguda y severamente de infecciones respiratorias. Debió someterse a todo tipo de cuidados y restricciones en la infancia, lo que le hicieron aislarse de sus camaradas de juego y padecer el calificativo de enfermizo y debilucho. Su dolencia hizo explosión a partir de los 13 años, en que secreciones purulentas y hemorragias repetidas denotaban la presencia de un mal que fue diagnosticado finalmente como broncoectasia. Alcanzar la certeza en el diagnóstico no alivió el trastorno, sino que éste se expresó de dos maneras diferentes. Por una parte,lo obligó a someterse a las más diversas terapias disponibles de la época--curas termales, preparados de diferentes procedencias, ejercicios respiratorios y posturales agotadores--que, desgraciadamente, no conseguían acallar las molestias, ni aún reducir las contínuas fiebres que padecía. Por otra, lo forzó a un régimen de vida artificial, alejado de las alegrías y juegos de la juventud, segregado de sus compañeros, excluído del contacto de las mujeres. Su carácter cambió por el brutal padecimiento y por la necesidad de mantener una fachada digna y autosuficiente. Se lo empezó a motejar de distante, altanero, presuntuoso y cambiante. Su anemia crónica, sus febrículas repetidas, sus cianosis hicieron que su corazón padeciera y que, rápidamente, al menor esfuerzo físico, se presentara una disnea. Así escribió en su juventud: "La debilidad, la falta de habilidad, el comportamiento necio echa un velo sobre la propia naturaleza. No sabemos quien ni como somos". Su intermitente malestar le obliga a entrar en contacto estrecho con el mundo de los médicos, a quienes vigila de cerca, critica y

descalifica. Abomina todas las medidas terapéuticas que son producto de la moda. Finalmente encuentra al Dr. Albert Fraenkel, con quien entabla una relación profunda de confianza: le sigue rigurosamente sus indicaciones, se opone cuando le parece que está justificado y elabora sus propios procedimientos cuando estima que se ajustan mejor a su propia persona. "En 1901, Fraenkel fijó la meta: el paciente, para hacerse dueño de la enfermedad, tiene que integrarla en su vida. Debe aceptarla como un hecho, contar con ella en sus planes y en sus cálculos, para que, en el margen restante, pueda rendir lo más posible. No tiene por que avergonzarse de estar enfermo". Jaspers acata estas indicaciones. Pero tambien se rebela: "Soy hombre muerto. Insoportable para la mayoría de los hombres. Sin concordancia interior, sin ningún amigo, sin amor a ninguna mujer, sin productividad. ¿Tiene aún sentido para mí el vivir? ... Es fácil comportarse de una manera irónica frente al sufrimiento y a la mísera existencia propia". Todos sus planes y realizaciones estaban necesariamente condicionados por y sometidos a su debilidad corporal. Siendo ya catedrático sus lecciones no podían durar más de una hora, debía dirigirse al auditorio sentado, tenía que esforzar su voz para dar la impresión de firmeza, no aceptaba conferencias ni clases en ciertos períodos del año. Su trabajo en casa era más fácil pero, aún así, tenía que escribir sus libros entre su escritorio y una chaise-longue, alternadamente. Al decidirse por combatir contra la enfermedad, eligió "marchar con mi enfermedad en medio de los hombres y presentarme al mundo. Pero entonces debí cargar en las situaciones malas con las consecuencias humillantes que traía consigo la enfermedad". Y constata estoicamente: "... los sanos no pueden entender a los enfermos. Sin quererlo enjuician la vida, el comportamiento, el rendimiento de los enfermos como si estuviesen sanos. No comprenden lo que su rendimiento significa de auténtico tesón en lucha contra la debilidad". Por ello refiere con cierta amargura las palabras de Platón inscritas en "La república"; la medicina estaba destinada, siguiendo la tradición desde Asclepio, "solamente a aquellos que, dotados de buena complexión y observando una vida frugal, se veían acometidos de alguna enfermedad pasajera...; no debe curarse a aquel que, por su mala constitución no puede aspirar al término ordinario de vida, marcado por la naturaleza, porque esto ni es conveniente para él ni para el estado". Su admiración por los griegos no le impidió oponerse a esta concepción de la enfermedad. Jaspers sufrió el exilio autoimpuesto por estar casado con una judía, se radicó finalmente en el extranjero hasta el final de sus días, luchando y muriendo en altiva actitud en 1969. Antes de morir, al igual que Miguel Angel sorprendido de su longevidad a pesar de su débil constitución, reflexionó: "No hay posibilidad de un estado puro. Siempre hay algo que falla. La contingencia del hombre, su dependencia radical, se le hace al enfermo no sólo mas conciente que al sano, sino también cualitativamente distinta. No puede abandonarse un sólo día a si mismo como existencia... La descripción de mi enfermedad, aquí reseñada, no debe despertar ninguna falsa impresión. Las expresiones de queja y de desesperación que he relatado hay que entenderlas en el contexto de la postura fundamental: la certeza de ser amado y de amar".

Castigo, azar, reto y prueba son interpretaciones concerniente al sentido que el hecho de enfermar tiene para el sujeto que la padece. Ahora conviene profundizar algunos puntos para entender con mayor claridad la compleja conexión que se establece entre enfermedad humana, interpretación y biografía.

En primer término, todo suceso en la vida es interpretado, o, lo que es lo mismo, no se puede vivenciar algo sin que a éste algo se le otorgue un sentido. La vivencia, solía decir Dilthey, es el elemento mínimo o la unidad más básica de la vida humana y su esencia es tener sentido . La enfermedad, cualquiera sea su naturaleza o gravedad, se da al interior de la existencia, por lo que contiene ya un significado; se enraíza en la trama de la biografía formando un todo insoluble con ésta.

En segundo lugar, lo expuesto más arriba no hace recomendable separar dos momentos en el enfermar: sentimiento primario, afección pasiva o pathos y, por otra parte, interpretación. El padecimiento inmediato o primerizo de la dolencia es ya una interpretación, es una cualidad afectiva que ya ha recibido como tal una comprensión dentro del existir del paciente.

Por último, la interpretación va a estar determinada por la forma de aparición y el tiempo de duración del padecimiento. Las patografías relatadas en las páginas anteriores están condicionadas porque transcurrieron crónicamente. Una afección viral aguda o una neumonia bacteriana alcanzan una muy distinta significacción a causa del modo brusco de surgimiento y su breve extensión en el tiempo. Este es uno de los tantos motivos que explican la importancia creciente que ha ido adquiriendo la medicina en la sociedad contemporánea. Las dolencias crónicas están siendo las principales afecciones del hombre actual porque las agudas son combatidas con rapidez y eficiencia. Las de larga evolución calan más profundamente en las raices de la existencia hiriendo y desenmascarando sus más ocultos temores y fantasmas. La medicina es la única salida ante estos peligros arcanos, al menos, la más reputada y eficiente; las otras medidas saltan al campo de lo religioso, lo sobrenatural o lo desiderativo desenfrenado.

Examinando estas narrativas surge la sospecha que en algunas de ellas hay una más íntima conexión entre historia vital y enfermedad que en otras. De ahí surge el concepto de enfermedad creadora que va más allá de la mera interpretación. El desencadenamiento, el curso y el desenlace de enfermar, al mismo tiempo que resultan causados por la patología, simultáneamente van expresándola y simbolizándola y acaban siendo la solución terminal, mejor o peor, pero respuesta al fin y al cabo.

La medicina antropológica de von Weizsäcker y la medicina psicosomática americana intuyeron la íntima conexión entre enfermar, interpretación, biografía y curación. La noción de enfermadad creadora apunta en esa dirección, pero se circunscribe a un ámbito más restringido, puesto que no parece justificado extenderla a todo el campo de las afecciones " psicosomáticas",

porque ésta área es vaga e imprecisa. Por otro lado, es necesario distinguir con más finura que hasta ahora los lazos entre padecer y asumir creadoramente, no sólo padecer y tener significado. El mismo Jaspers nos advirtió del peligro de simplificar en exceso cuando se busca las interrelaciones entre creatividad y afección patológica, tal como él lo llevó a cabo en los casos de Nietzsche, van Gogh y Strindberg.

La historia que se narra a continuación es un primer esbozo de lo que se debe entender por enfermedad creativa. Marcel Proust nació en París en 1871; su padre fue el afamado médico y profesor Adrien Prust, conocido internacionalmente por sus diversas publicaciones y haber recibido la Legión de Honor. Vivió en un medio burgués acomodado, lo que le permitió frecuentar la alta sociedad con su refinada aristocracia que inmediatamente le encandiló -- el "mundo de los Guermantes". Desde muy pequeño padeció Marcel una hipersensibilidad e impresionabilidad rallana en lo patológico que le hizo sufrir dolorosamente, sucesos triviales podían tener resonancias afectivas tan demoledoras que duraban días o semanas. Personaje central fue su madre, agraciada muchacha que engendró a Marcel recién salida de la adolescencia. Dotada de fineza de modales, sensibilidad para las letras y artes, emocionabilidad alta y refinada, se casó con un hombre mayor que ya había alcanzado fama y prestigio social. El profesor Proust siempre desconfió de la íntima unión que se forjó entre su delicada esposa y su desvalido hijo mayor. Luchó en vano por enderezar esos lazos hacia cauces más habituales, buscó alejar al niño de los mimos de la madre, hasta que, seguramente cansado, se volcó hacia su segundo retoño. Marcel siempre lo vió como distante, compuesto, frío, exigente e inalcanzable.

La experiencia decisiva para su futura existencia la describe con detalle Marcel en dos ocasiones, experiencia abrumadora cargada de profundos simbolismos y que caló muy hondo en su ser. La vivencia tiene características homologables a los recuerdos encubridores del psicoanálisis-- rica en sensorialidad, inmodificable en el tiempo, con un significado más banal en la superficie que encubre un segundo sentido de gran alcance vital para el sujeto. El año preciso en que ocurrió en la vida de Marcel no queda claro, ni tampoco si todo el episodio lo vivió de una sola vez o fue el producto de la condensación de vivencias diferentes. Pero no importa; queda establecido que sucedió antes de la irrupción de su enfermedad y fue decisiva para su desencadenamiento. La acción transcurre una noche cuando sus padres terminan de dar una recepción en casa. El niño Marcel está esperando ansioso en el segundo piso que su madre le vaya a dar el anhelado beso de buenas noches. Hacía poco rato que él había debido abandonar la mesa donde cenaban los adultos, movido por las secas palabras de advertencia de su padre: "No, no, deja a tu madre, bastante os habéis dicho adiós ya; esas manifestaciones son ridículas ". Desesperado por la tardanza de su madre en subir, Marcel le escribe una pequeña nota y obliga a su empleada Francisca a que se la entregue aunque, por el movimiento de hombros de ésta, pudo adivinar lo que pensaba: "¡Qué desgracia para los padres tener un hijo así!". Su angustia crece porque mamá no responde ni acude a

su lado. Pero él ya no puede abandonar su puesto de observación, su exitación ha alcanzado niveles que no se puede calmar sino con la presencia de ella. Finalmente, escucha que ambos están subiendo las escaleras después de haber despedido a las visitas. Sabía que se encontraba en un trance "que podía acarrearme, por parte de mis padres, las más graves consecuencias"; intuía demasiado bien que ambos se enojarían por desobedecer las reglas del dormir temprano. "Cuando fuera a ponerme delante de mi madre en el momento de subir ella a acostarse, y viera que me había estado levantado para decirle adiós, ya no me dejarían estar en casa, y al día siguiente me mandarían al colegio". Pero no puede resistir, su constituciíon no le permite tolerar la separación de la madre sin un beso de adiós; su prudencia, que le conmina a correr hacia el lecho antes de que ellos se den cuenta, es impotente frente a sus deseos imperiosos por la caricia. "Por fin la vi a ella y eché a correr hacia sus brazos. En el primer momento me miró con asombro, sin darse cuenta de lo que pasaba. Luego, en su rostro se pintó una expresión de cólera; no me decía una palabra". Bruscamente ella cambia. "Pero mamá oyó a mi padre subir del tocador, en donde estaba desnudándose, y para evitar el regaño que me echaría, me dijo con voz entrecortada por la cólera: "Anda, corre por lo menos, que no te vea aquí tu papá esperando como un tonto". Pero yo seguía diciéndole: "Ven a la alcoba a darme un beso". Finalmente aparece el padre y comprende, molesto, la petición del pequeño Marcel. De a poco empieza a aceptar que la enfermiza sensibilidad del niño no soportará una noche solitaria y, aunque vislumbra que la indulgencia hacia él desembocará en una incapacidad para la vida, conmina a su esposa: "Ya ves que el niño tiene pena, el pobre tiene un aspecto atroz; no hay que ser verdugos.... Ya que hay dos camas en su cuarto, dí a Francisca que prepare la grande, y por esta noche duerme en su alcoba. Yo que no tengo tantos nervios como vosotros voy a acostarme". Muchos años después recordará Proust esta escena como decisiva para su futura vida, la entenderá retrospectivamente dándole un significado que hasta entonces no había adquirido: "Y así, por primera vez, mi pena no fue ya considerada como una falta punible, sino como un mal involuntario que acababa de tener un reconocimiento oficial, como un estado nervioso del que yo no tenía la culpa". Melancólicamente termina con éstas reflexiones que, aunque delatan la toma de conciencia por su parte, reflejan simultáneamente la irreversibilidad de su estilo de vida morboso: "Mis remordimientos se calmaron y me entregué a la dulzura de aquella noche que íba a pasar con mamá a mi lado. Sabía que una noche así no podía volver; que el deseo para mí más fuerte del mundo, tener a mi madre en mi alcoba estas horas nocturnas, estaba en pugna con las necesidades de la vida ... Al día siguiente, retornarían mis angustias y ya no tendría allí a mamá. Pero cuando esas angustias mías estaban en sosiego, ya no las comprendía; además, mañana estaba muy lejos ..."Pero no estaba lejos. A los 9 años se desencadenan las angustias de un modo cruel; desde esa época Proust sufrirá crisis repetidas de asma que irán limitando progresivamente su existencia. Su vida transcurrirá cuidándose, abrigándose, buscando protección física y amparo. El decisivo episodio nocturno de su infancia se desvanece con las proféticas palabras pronunciadas en su adultez: "... además, mañana estaba aún muy lejos, y yo me decía que ya tendría tiempo de hacer

ánimo, aunque no podría ser mucho, que se trataba de cosas que no dependían de mi voluntad, y que si me parecían más evitables era por el espacio que aún me separaba de ellas". Nunca tuvo tiempo de hacer ánimo, salvo cuando asumió su vida como la de un escritor, no sólo un hombre que escribía, y comenzó a narrar y revivir su vida anterior. A partir de 1909 se encerró en su casa, se aisló del mundo aristocrático que había buscado con ansias y forró su pieza con corcho para mitigar los ruidos del exterior que se le habían vuelto intolerables. Se envolvió en una nube de vapor caliente para suavizar sus crisis subintrantes de asma y oscureció las ventanas, dedicando todas las noches a trabajar incansablemente hasta que murió asfixiado en 1922. La enfermedad se vuelve creadora en Proust el día en que descubre, al comer una magdalena untada en la taza de té, que las respuestas a su vida estaban "en mí, es que era yo mismo ... Dejo la taza y me vuelvo hacia mi alma. Ella es la que tiene que dar con la verdad. ¿Pero cómo ?. Grave incertidumbre ésta, cuando el alma se siente superada por sí misma, cuando ella, la que busca, es justamente el país oscuro por donde ha de buscar, sin que le sirva para nada su bagaje. ¿ Buscar ?. No sólo buscar, crear".

"APUNTES SOBRE EL CAFE"

DR. ABELARDO DE LA ROSA MANRIQUEZ
DEPARTAMENTO DE ANATOMIA

Andando yo un día por tierras de América, una fría mañana de diciembre, de 1973, acompañado por un dilecto amigo, profesor de una prestigiosa Universidad de Colombia, nos adentramos a degustar un café en uno de los establecimientos de la carrera séptima en la ciudad de Santa Fé de Bogotá.

El espectáculo que se me presentó, era de una inusitada animación que contrastaba visiblemente con la fría neblina de la capital de Colombia. Allí entre una alegre algarabía, se mezclaban, conversaban, intercambiaban ideas, hablaban de lo humano y de lo divino, como si el tiempo no pasara, ingiriendo una tras otra sendas y aromáticas tazas del insuperable café colombiano. Le manifesté a mi anfitrión el agrado por así decirlo de ver tanta alegría y ganas de vivir, de conversar, de participar, que lo parroquianos demostraban sentados en mesas redondas y apiñadas. Me recordaba los cafés del Santiago de mis años de estudiante de medicina. Las veces que lograbamos ingresar se tomaba café en forma apresurada porque "el tiempo era oro", y sólo existian grupos de personas paradas en las puertas o vecinas a ellas en cumplimiento de alguna cita de negocios. No se apreciaba el reposo y la conversación que debe siempre llevar la ingesta del café.

De retorno a su casa, me fué contando la historia del café que respaldó con innumerables libros de su nutrida y excelente biblioteca de la que tome algunas notas que me atrevo a vertir. Nuevamente mientras me mostraba sus libros, (en Colombia existe una verdadera devoción por la lectura, casi diría yo el libro es un artículo de primera necesidad, lo que indiscutiblemente redunda en una excelente cultura general de sus gentes), preparó sendas tazas de tinto (café) que degustamos con especial agrado, y así poco a poco, me fuí adentrando en su historia que encontré por cierto supremamente interesante.

EL CAFE, BREBAJE TURBULENTO

En la historia de la economía universal, en el proceso de la civilización y de la cultura, en la evolución de las estructuras sociales de los pueblos modernos, ningún factor ha sido quizás tan poderoso como el pequeño arbusto procedente de Abisinia: el café.

A mediados del siglo XVI, inicia una invasión al

occidente, a su paso todo se modificaba, la vida adquirió otro sentido, cae por tierra la formación filosófica, social y económica de las naciones. El negro y aromático brebaje trae consigo la euforia y la alegría, acondicionado a un nuevo ritmo vital. Su consumo, solicitado con avidez, permite a los armadores ensanchar los límites de sus viajes y por ende de sus negocios.

Los reyes, temerosos de su efecto, inventan prohibiciones con el fin de impedir su consumo. El café de alguna manera lograba escabullirse y salir airoso.

Fué en el campo cultural, donde se hizo sentir su máxima influencia renovadora y trascendental del grano. A los cafés, se trasladó la cultura desde los tiempos claustrurales de las bibliotecas conventuales, haciéndose mas popular y colocando las bases que habría de sostener La Enciclopedia, ancha vía por donde se precipitan los principios de la evolución humana que cristalizaría en la Revolución de 1789 y en la transformación del mundo.

En efecto, en las mesas de los cafés se discutía y se modificaban los conceptos fundamentales de la filosofía, la que perdía su antiguo exclusivismo metafísico, se hacía más humana, más realista y menos empírica. Los cafés fueron el asiento y la escuela de todas las manifestaciones de la cultura y del arte. Dificilmente Diderot, Condorcet, Rousseau y Voltaire, hubieran podido completar su obra demeledora para trazarle nuevos rumbos a la historia humana, si el café, hubiera retardado su invasión a Europa. La transformación operada por el café y su propulsión civilizadora fueron más consistentes y universales que las promovidas por la Reforma. Mientras ésta surgía con extrema irritabilidad proveniente del fanatismo religioso, apasionado y sectario y movía a los espíritus a la violencia, el café se deslizaba suavemente por todos los poros del organismo y los saturaba de ideas y de pensamientos nuevos. La Reforma condujo a Europa a las guerras religiosas. El café la condujo a la universalización de la filosofía. Los cafés fueron santuarios de la libertad, igualdad y fraternidad, mucho antes que los ideólogos de la Revolución Francesa, la inscribieran en sus códigos. Un historiador llegó a comentar... "Si la Revolución se hizo, fue porque los cafés estaban sublevados..."

En los cafés, se mezclaban los diferentes grupos sociales y de este encuentro, resultaban nuevos conceptos filosóficos y políticos que cuestionaban la sociedad; en consecuencia los cafés, realizaban un efecto perturbador, que era capaz de transformar la sociedad, la filosofía, la política, la religión, el arte al impulso máximo que señalaba nuevos rumbos al progreso.

El café, viaja al Nuevo Mundo de contrabando mezclado entre los esclavos de Africa, sin que nadie lo supiera era el portador de la duda cartesiona del sarcasmo volteriano, su seductora fragancia se había saturado del Espíritu de las Leyes

y del Contrato Social. Envueltas en su aroma, llegan furtivamente a América las tésis de la Enciclopedia y la rebelión de los pueblos contra el pretendido origen divino de los reyes. El café iluminó las tertulias donde se fraguó la insurrección americana. El grano abisinio preparaba su aporte a la independencia prometiendo a los países tropicales del Nuevo Mundo la enorme fuerza económica que pudiera liberarlos.

Paso a paso, el arbolito que viajó de incógnito, se afianza en las Islas del mar Caribe, invadiendo posteriormente la tierra firme, para diseminarse a lo largo y ancho de la América Morena, como años antes había saltado el Mare Nostrum. En el Nuevo Mundo, encuentra los sitios ideales donde progresar y desarrollarse, para verter su grano que luego de un acabado proceso termina en una minúscula taza de humeante y arrebatador aroma, es energía revolucionaria, es plácida incitación a la confidencia y a la amistad, es exterminador de inquietudes es emblema de sosiego es pócima consoladora y fuente de restauraciones insospechadas, es nivelador de diferencias sociales, es germen de filosofía, es impulso inspirador de los artistas, cuando convertido en licor más sensual que el vino, cálido y vibrante, ofrece su tentación y sus excelencias desde el fondo de sus minúsculas tacitas y convoca a los hombres para ayudarles a diluír sus pesares, hacerlos más fraternos en la tibia seducción de su atmósfera sedante.

¿DONDE SE ORIGINO EL CAFE?

En este campo la imaginación compite con la realidad, en efecto para algunos, es casi de origen celestial: Existe la leyenda que el Arcangel San Gabriel ofrece al Profeta Mahoma un brebaje tan negro como la Kaaba, de sabor amargo llamado "Kaweh" que significa excitante. Otra fábula, lo atribuye a un desterrado de la región de Moka que habría descubierto el arbusto y bebida una infusión de sus cerezas. Tal vez, la más popular de la leyendas es la de un pastor de cabras llamado Kaldi que un día observó que se rebaño consumía unas bayas rojas, siendo a poco andar presas de una insólita alegría, movido por la curiosidad las consumió y sintiose enajenado por una un extraño júbilo, que lo impulsaba a cantar y a danzar. Otro pastor se le ocurrió secar las bayas al sol y luego tostarlas, triturarlas y diluírlas en agua hirviente; sin saberlo había descubierto el café que habría de convulsionar la civilización.

Existe por cierto una leyenda de origen cristiana que arrebata a los musulmanes el descubrimiento; en efecto, un pastor de cabras, que no era árabe sino un esclavo cristiano, quien al descubrir las bayas las llevó al Prior, un santo varón de un alejado monasterio cristiano quien las secó y las tostó, preparando una infusión que ofreció a los monjes los que se mostraron alegres, eufóricos y llenos de ansias de vivir, con enorme fuerza para soportar la dura vida del monasterio. Hay una

leyenda de origen etiope, que cuenta que en cierta ocasión un santo vagaba por las vecindades de un bosque, extenuado y pronto a morir, con sus últimas fuerzas clavó su cayado en tierra y se preparó para el largo viaje. Mientras esperaba la muerte se durmió, y al despertar vió con sorpresa que su cayado se había transformado en un arbusto del que pendían unas bayas rojas de sabor dulce, ingirió hasta la saciedad, recobrando sus fuerzas y por muchos años diseminó las palabra de Dios por la comarca.

Ya en el colmo de la imaginación, un escritor Pietro de la Valle (1615), se remonta a la época de Homero y sostiene que "el Nepenthes" aquel remedio que Helena recibió de una dama egipcia para alegrar el corazón y disipar los contratiempos sería el café. Sin embargo, llama la atención que los romanos herederos de la cultura helenística no lo hayan conocido, nada dice Petronio (árbitro de la elegancia y maestro de banquetes de Nerón) en su Satiricón de la excelente bebida... Es muy posible que el misterioso brebaje de Helena fuera una infusión de amapolas con elevado contenido de opio.

Hay quienes creen ver en la Biblia una alusión al café: Dijo Esau a Jacob... "Oye dame a probar de lo rojo, de eso rojo porque estoy agotado... " (Génesis Cap. 25 Vs.29) ¿Qué era eso rojo que tanto sedujo a Esau, no podría ser algo tan maravilloso y seductor que el café en bayas?. Un poeta brasileño Grimaldo Cravallo en su máxima excitación lírica ha creído ver el origen de las bayas rojas del café, en las gotas de la sangre de Cristo camino al calvario, que llevadas por el viento fueron llevadas al Brasil y hoy constituyen la principal entrada económica de su país.

Toda la literatura primitiva referente al café consiste en leyendas misterios y alabanzas escritas en árabe. Lo llamaban "Kahwat" que con el correr de los años progresó a "Coffea" la "Coffea Arabica" de Linneo.

Hoy en día se sabe que el territorio original del café no es Arabia, sino una zona comprendida entre Abisinia y los grandes lagos de Africa Central.

LA INVASION DE LA "COFFEA ARABICA"

A mediados del siglo XV se larga a la conquista del mundo. Según una leyenda de un peregrino abisinio que viajaba hacia La Meca en cumplimiento de las Leyes del Corán, llevaba en su mochila hojas y frutos del café, cuya infusión ofrecía a los desfallecidos viajeros,logrando un efecto casi mágico, los llenaba de alegría y nuevas fuerzas. Uno de los peregrinos de origen yemita lo sembró en su país, logrando una importante producción que transforma al Yemen en un importante centro de comercio. Un agricultor de origen árabe Germaleddin lo lleva a Arabia y lo siembra y fué tan grande su influencia que llegó a

ser una importante personalidad en Aden. En el siglo XV era tan transcendental su nombre, que los árabes antes de beber café invocaban su nombre y agradecían a Alá por haberles dotado de tan maravilloso brebaje. Desde Aden, salta a la Meca y es consumido en las mezquitas como un elemento sobresaliente del ritual. Pero el café estaba destinado a provocar la reflexión entre los hombres, en consecuencia sale de las Mezquitas para instalarse en establecimientos profanos adornados con sútiles seducciones donde los fanáticos de las musas se deleitaban y los admiradores de las bailarinas pasaban largas horas olvidando sus deberes y entregándose a futiles y perversas disquisiciones, rompiendo la paz de las tradiciones y provocando interesantes remesones a los dictados del Profeta. Es sin duda el destino que lleva intrínseco. Tan importante y turbulenta fue su acción que fué prohibido en la ciudad Santa de La Meca. Sin embargo continuo bibiéndose en forma clandestina alabado por los poetas "Oh, café tu disipas todas las preocupaciones, eres la bebida de los amigos y de los predilectos de Alá, das salud a los que buscan la ciencia". Otros, menos poéticos incitaron a la rebuelta ante la prohibición y por cierto que los alfanjes del Sultán tuvieron bastante acción. Perseguido el café creció en la clandestinidad y continuó consumiéndose cada vez más. Un estudioso descubrió un versículo donde el Arcangel San Gabriel anunciaba a los creyentes el Don de un néctar que habría de reemplazar al prohibido fermento de la vid. Decía el versículo del Corán: .."les daré a beber más tarde una excelente y perfumada infusión, que traerá consigo la dicha y la alegría..." esto, no podría ser otra cosa que el café y su consumo no sólo se legitimó sino se santificó, en atención a que se ajustaba a los preceptos que "El Corán" reservaba a los elegidoos. La prohibición se levantó, no sin antes haber dejado la cabeza del Emir de La Meca, principal enemigo del brebaje.

La roja baya inicia su viaje a Constantinopla traspasando el Bosforo y se ofrece la bebida, como un presente de Alá, se crean múltiples establecimientos para su consumo y deleite, donde se vuelca la vida social transformándola en Escuelas de sabiduría, el café, era amplio y generoso , acogía bajo su seno todas las opiniones, impulsaba a las polémicas, se regocijaba con las discrepancias y no vetaba ningún tema, en esencia era puralista, democrático y tolerante. Sin embargo, aún tenía sus enemigos. Alguien encontró que "El Corán" prohibía el consumo de cosas carbonizadas y el café al tostarse se carboniza en consecuencia allí estaba escrito y debía ser prohibido porque ¡El Corán la prohibía! De nuevo a la clandestinidad. El Mufti de Constatinopla, presionado por la cólera popular autorizó su consumo "en privado", manteniendo cerrados los antros de perdición desolación y sacrilegio que eran los cafés públicos, donde todos se analizaban, incluso la inclita ortodoxia de la fé del Profeta. Pero, no era ninguna solución la prohibición pública, por cuanto en el seno de los hogares, donde si podía ser consumido, continuaban reuniéndose las amistades, restableciéndose las terturlias reanudándose las amistades, restableciéndose las tertulias reanundándose las

discusiones profanas, bailando las danzarinas semi o simplemente desnudas según fuera la hospitalidad del anfitrión. Alli llegaban los mercaderes, los poetas, los filósofos, los escépticos y nuevamente con ingenio el café, sale a la vida pública, apoderándose en unos cuantos años del Mundo Islámico infiltrándose en sus costumbres provocando revoluciones, alterando la economía, trayendo consigo el escepticismo influyendo en el arte y en la cultura y ya a fines del siglo XVI era la base del comercio exterior y de la hacienda pública, el inspirador de las artes y el emblema de la hospitalidad, el más humilde estaba en obligación de ofrecer una taza de café a su visitante. Los esposos juraban que jamás le faltaría a la mujer el café en sus casas, y el rechazo al consumo por parte de uno de los conyugés era un agravante importante para logarar el divorcio o el repudio. Afianzado en el Mundo Islámico el grano abisinio estaba listo para saltar a occidente y sumarse al espléndido proceso del Renacimiento.

EL CAFE. VIAJA A OCCIDENTE

Los viajeros occidentales, que visitaban las tierras del Islam, retornaban cantando loas al elixir negro y a sus perfumadas excelencias. El alemán Rawwolf en 1583 menciona la bebida a la que denominó "Claubé" otras crónicas, comentan que hacia el 1570 se consumía café en Venecia, traído por mercaderes que lo ofrecían a sus amigos como una exquisita muestra de amistad.

Al parecer, el primer establecimiento de venta de café fue fundado en Inglaterra hacia 1625 por un críado armenio al servicio de Mr. Edwards, viajero y opulento comerciante que sólo lo hacía preparar para su personal deleite. A su muerte, su criado liberado de las drásticas prohibiciones de su amo, instaló un negocio público, donde se alabó las excelencias de la infusión. Años después se desencadena una lucha tenaz en su contra. En efecto, los moralistas y defensores de las viejas constumbres presentían que el café llevaba el sello de la rebelión, desencadenan en su contra una intensa campaña, avalada por el testimonio de las mujeres inglesas que presentaban a la consideración pública, los grandes inconvenientes que para el sexo tiene el uso excesivo de este licor, por cuanto los hombres abandonaban su hogar "cuyos placeres pacíficos y puros comenzaba a despreciar, para pasarse el tiempo en esos lugares de perdición", se tornaban impotentes y ello sin duda era un serio peligro para la superioridad de la raza inglesa,Isdaac Disraeli, escribía en 1798... "Esta bebida gasta la fuerza de los hombres y los torna áridos como las arenas de Arabia, de donde dicen que procede"... La polémica subió de tono, desencadenando una lucha entre el vino y la cerveza versus el café. Es digna de destacar la poética defensa del café, "cuando el suave veneno de la uva afianzó en el mundo su general dominación ahogando la razón y el alma de los hombres y cuando la brumosa cerveza nos asfixiaba el cerebro, los dioses compadecidos de la manera como el mundo se destruía a si mismo, nos mandaron, para tornarnos suaves,

sobrios y alegres este rico cordial que es el café arabigo". En su contra se atemorizaba a los hombres con el sanbenito que los tornaba impotentes, se descubrió que en la senectud del Profeta el Arcangel San Gabriel le ofrecía periodicamente sendas cantidades del elixir y por cierto los resultados, no eran en absoluto discutibles en atención a la numerosa prole del egido, Como no había acuerdo , se produce lo conocido, Los establecimientos son asaltados por los puritanos y simplemente destruídos. Uno de los afectados por la persecución, Pascual Rossee, escapa a la Holanda, y éste se tranforma en el primer país europeo que lo extiende a sus colonias en Java. En el intertanto, la lucha en Inglaterra continúa cada vez mas violenta, de paso un médico británico allá por el 1664 anotaba "...El infernal brabaje negro, perturbaba el equilibrio cardíaco, acortaba la vida y producía otros males irreparables, que desembocaba fatalmente en la muerte..." tomando con leche las cosa era sumamente grave puesto que el parroquiano contraía nada menos que la lepra. "Los defensores no se quedaban chicos, un panfleto escribía en esos años, una obra titulada "las casas de café desagraviadas", presentando una comedia entre una repugnante bebedora de cerveza y un sobrio y decente bebedor de café". Al quemarse Londres en el incendio de 1666 (rara analogía) el café triunfa, los establecimientos se multiplican y adquiere carta de nacionalidad definitiva. El milagro se había producido simplemente porque se viculaba a la cienda pública y a las finanzas y de simple y prosaica afición popular, pasaba por medio de los impuestos y tributaciones a ocupar una posición básica en la economía, lo que impediría para siempre su desarraigo, su expulsión o su reemplazo.

El café penetra a Francia por el Sur, por puerto de Marsella, llevado por un viajero Pascual Della Valle, importante viajero y opulento comerciante veneciano, que gustaba sorprender a sus amigos con exóticas costumbres del cercano oriente entre las que figuraba el arte de beber café.

En 1671 se abre en Marsella un establecimiento público que logra una extraordinaria acogida, en sus mesas concentra a los viajeros, a los intelectuales, a los poetas, estableciendo un intercambio de ideas, dando comienzo a su obra de transformación social, uniendo entre sí las clases sociales por edeales comunes. Nuevos disturbios en su contra, avalados por la sapiencia de los médicos de la época que decían: "que por haber sido descubierto por cabras, no era apto para el hombre y que era natural que su consumo inflamara la sangre y provocara temblor senil, impotencia y destrucción". El café soportó la tesis y subrepticiamente se marchó por los caminos de Francia a la conquista de París. En esta ciudad hacia 1669 un embajador turco se puso como deber diplomático hacer que la corte de Luis XIV aprendiera a beber café en minúsculas tazas de porcelana de Vincennes y por cierto que lo consiguió. A poco andar como ya era natural, el café baja de escalón social y pasa a ser consumido con profusión por la naciente burguesía, fundándose establecimientos de venta públicos en el barrio de San Ger-

mán, bautizado el nuevo brebaje con el curioso nombre de "Petit Noir".

El café mas vinculado a la historia de Francia y a la humanidad fué fundado en 1680 por un siciliano Procopio Catell en la Rue de láncienne Comedie y perduró algo más de doscientos años.

Nuevamente sufre el café el embate de los detractores que lo consideraban funesto y peligroso brebaje de turcos... Y los defensores que sostienen que "es la bebida mas adecuada para exitar, sin perturbar ninguna de las funciones del cerebro a nadie le sorprenderá ver los extablecimientos donde se vende esta bebida transformados en puntos de reunión donde se discute los puntos más diversos de la inteligencia. El café siguió su paso conquistador y a poco andar necesitó de las colonias francesas de ultra mar para su cultivo.

Tal vez el sitio de Europa donde el café ingresó en gloria y majestad fué en Austria. En efecto, cuando los turcos llegaron a las puertas de Viena en 1683 al mando de Mahomet IV y la ciudad estaba a punto de caer, un viajero de origen polaco Kolschistzky que había vivido gran parte de su vida en tierras del Islam, logró traspasar las líneas desfrazado de arabe y llevar un mensaje al General polaco Juan Sabiesky que con su ejército sorprende a los turcos, derrotando a las huestes de la media luna y salvando a Viena. Entre el botín dejado por lo sitiadores en su apresurada huída figuraban 500 bolsas de café que Mahomet había llevado para su personal consumo y de sus elegidos, nadie conocía el grano y menos sospechaba que se traía entre manos salvo por ciento Kolschitzky que lo había conocido y probado en sus viajes,en consecuencia y ante el estupor de todos solicitó las bolsas en pago de sus servicios, instalando meses más tarde en Viena un café llamado "La botella Azul", invitando a los vieneses a degustar la nueva bebida que dado su origen de presente agradecido no tuvo enemigos. Nadie habría osado atacar el café que había sido elegido como pago por el salvador de Viena. Años más tarde la ciudad reconocida le erigió un monumento en la cual se lo apreciaba vestido a la usanza árabe llevando en su mano una bandeja con sendas tazas de café...

El café en su avance por Europa, realiza una maniobra de pinzas, por un lado ingresa por Austria, y por otro lado lo hace por Francia e Inglaterra, quedando entre las dos, Alemania. En este país o mejor dicho en este conglomerado de Estados el café despierta un idescriptible entusiasmo y una acerba controversia. Al comienzo Federico Guillermo I, Rey de Prusia lo autoriza en su capital proliferando los establecimientos de venta al público. No bien esto había sucedido, cuando aparecen panfletos en su contra indicando que producía esterilidad y en consecuencia se desarrolla un miedo cerval a "la importación de sangre extranjera que apoco andar reemplazaría a la raza pura de los teutones". "Las damas alemanas que llegaran a acostumbrarse a tomar café con leche, deben renunciar a los

placeres de la maternidad", puntualizaba otro panfleto.

Tan enorme fué el terror que los establecimientos fueron clausurados y a solicitud del rey, los químicos desarrollan por primera vez los sucedáneos a partir de trigo tostado, higos, harina de avellana, iniciándose un consumo discreto (faltaban por cierto los enormes poderes de la penetración que nos obligan hoy en día a ingerir extrañas infusiones calificadas de café instantáneo). Al parecer la persecución tenía como razón un problema económico, puesto que Holanda con sus plantaciones de Java era el productor y eso molestaba mucho a los Alemanes, se dictan prohibiciones drásticas de consumo y se favorece el consumo de la cerveza. En 1777 Federico en una proclama pública escribía: ...."Mi pueblo debe consumir cerveza,yo fuí criado con cerveza, y también lo fueron mis abuelos y sus oficiales. Muchas batallas fueron ganadas por soldados sostenidos con cerveza y no creo que soldados bebedores de café tengan resistencia y sean capaces de batir a los enemigos si ocurre una nueva guerra..." Como era lógico el café poco a poco fué conquistando su terreno y finalmente triunfa.

La corte disoluta de los últimos Luises se encerraba en sus opulentos palacios para practicar ritos de adulación y de frivolidad. El pueblo en cambio, se reunía en los cafés a escuchar las reflexiones de los gestores de la Revolución. Eran la fragua donde se elaboraba el arsenal fecundo y allanaba el camino que condujo a la victoria final del espíritu democrático.

Cuál era el factor aglutinante que lograba reunir a los hombres de excepción. Solo el café era la fuerza aglutinante que confería fuerza y acción que propiciaba la sociabilidad y la discusión, que afinaba el espíritu y limpiaba el talento que hacía más flexible y ligero el ingenio que predisponía a la polémica profunda y reunía por lo tanto a los filósofos a los pensadores y a los científicos con los artistas y con los críticos y a todos con el pueblo.

Los cafés mas relevantes de PARIS fueron "El Procopio", "La Tour d'Argen", "Quai de la Tournelle" y "El Café de la Regencia", favorito de Diderot. "Le Tambour Royal", que recibió a Luis XVI y a María Antonieta en su afán demagogo de demostrar cuanto amaban a su pueblo. "El Café de Lemblieu", donde cierto teniente Buonaparte y el teniente Duroc escasamente pudieron pagar la taza de café. El Café l'Foy donde desde una de sus mesas se subió el tribuno Desmoulins para arengar al pueblo de Paris a marchar a la prisión de la Bastilla, aquel memorable 14 de Julio de 1789.

Como se aprecia el café estaba destinado a socavar las instituciones y a perturbar la historia. Es curioso que la persecución literaria no le afectara, por cuanto según sus seguidores iluminaba el ingenio. En el terreno político se extendió sobre la tierra acompañando la marcha de las ideas libe-

rales, ya que muchas veces fué su vehículo y su heraldo. La concurrencia a los cafés era tan numerosa y la libertad de expresión tan desenfrenada que hacía tambalear las estructuras del estado, sin duda los cafés eran los centros de reunión el horno donde se fraguaban las conspiraciones y el eje de la vida política y cultural. Tan peligrosos se consideraban, que en Inglaterra durante el reinado de Carlos II se escribía en su contra: ..."también en tales casas corren falsos y escandalosos dicterios que se esparcen por fuera difamando el gobierno de su majestad produciendo así la quiebra de la paz y perturbando el sociego de la monarquía..."

En París, los cafés se convierten en el centro de la actividad intelectual en sus mesas Voltaire, resume y vulgariza cuanto se había logrado hasta su tiempo en erudicción con una capacidad de síntesis como no había existido ni antes ni después, y que esparce sobre las cosas más intocables un vaho de alegre y sonriente excepticismo. Montesquieu, que concibe una razón humana y un sentido de rigidez matemática en la jurisprudencia. Rosseau que plantea la tésis de la bondad innata del hombre, pervertido a posteriori por la estructura social en la que vive. Diderot, Dálambert, Condorcet, Laplace, Lavoisier. En resumen, "si la revolución se hizo, fué porque los cafés estaban rebelados", escribía un pensador de la época, destacando el importante rol jugado por los cafés parisinos.

Llegado ya a la costa oeste de Europa, se prepara para atravesar el atlántico e instalarse en las colonias americanas. Al parecer el primer establecimiento público fué fundado de Nueva York "Kings arms" como era natural y lógico, el incremento del consumo lesiona seriamente los intereses del comercio del té de la Compañía de las Indias, donde la corona inglesa tenía importantísimos intereses. Para solucionar tan nefasta competencia Inglaterra prohibe su uso en las trece colonias.

El café no se rinde y siguiendo una tradición que le era ya propia ingresa a la vida de la clandestinidad donde se consume con avidez, favorece la conspiración y era el sello de rebeldía de los americanos que deseaban desafiar a los británicos, que concluye con el boicot al té en 1761-1767. Nace el "Merchanté Coffee", centro de la intelectualidad neoyorquina que estaría destinado a participar activamente en la política que conduciría a la independencia.

EL CAFE EN LA CULTURA Y LA EXPRESION ARTISTICA

Desde el Oriente y junto al café vino al occidente lo que bien podría llamarse la "cultura cafetera". Intelectuales y filósofos cantan loas a las virtudes del nuevo brebaje: Voltaire escribió una comedia "El café o la escocesa", Rousseau una comedia "El Café", Billart Savarin (1755-1826) el más grande de los gastrónomos franceses recomendaba como una regla de muy

buen gusto concluír una cena con una taza de café, que él en un arrebato de extravagancia quería cambiarle el nombre por "Moka". Balzac, escribió... "cae el café al estómago: desde entonces todo se agita la ideas irrupen como batallones del gran ejército en el campo de batalla y se traba la lucha. Los recuerdos acuden en posición de lucha con sus insignias desplegadas. La caballería ligera de las comparaciones en magnífico galope acuden con los carros y los pertrechos, las frases avanzan como francotiradores, las imágenes se alinean y el papel se cubre de tinta creadora...". Talleyrand el ideológo del Congreso de Viena, exige al café algunas características: "Debe ser negro como el diablo, caliente como el inferno, puro como un ángel, dulce como el amor". Milton: "una gota de café baña a los espíritus decaídos, los libera y los conduce al alba de los ensueños". Kant, era un asiduo bebedor de café. y vaya usted a saber cuanto debe la filosofía a las veladas cafeteras. Juan Sebastian Bach compuso una "Coffea Cantata" en homenaje al negro brebaje. La porcelana de Francia, se esmeró para fabricar obras de arte destinadas a servir tazas de café, los fabricantes de gobelinos ilustraron muchos de ellos con escenas en las que se consumía café. Los grabados de Boisseau representan muchos cafés parisinos. Schamus pintó "El café de la botella azul", el más famoso de Viena. Jerone pintó "Café del Cairo, Decreuse: "Mademe Du Barry a Versalles".

ITINERARIO DE UN GRAN VIAJE O LA ODISEA DEL CAFE

Los turcos y árabes protegían con todos sus recursos sus plantíos y dictaron severas leyes a los infractores con el fin lógico de conservar para sí, el monopolio de su comercio y la exclusividad del cultivo. Sin embargo un viajero holandés, roba una planta de café y la siembra en las posiciones de Java. Veinte años después del delito, llegan al puerto de Amsterdam los primeros granos javaneses y se cultivan en el jardín botánico bajo condiciones de invernadero matas de café, que serían usadas como un presente que obsequiaba Holanda a Francia con el fin de agradar al Rey y hacer que los términos del armisticio fueran adecuados a Holanda. Estos ejemplares fueron cultivados en el Jardín de Plantas de París. Años más tarde luego de algunos fracasos logran llegar a la Martinica, desarrollarse bajo la exuberancia del trópico y saltar a la Guayana desde donde viajan a Venezuela, ingresan a Colombia por el norte invadiendo con su verdor y aroma todo su terrritorio. Desde la Martinica también inicia su viaje a Centro América de isla en isla hasta finalmente cultivarse en todos los países tropicales del continente. Ya instalado en Sudamerica,no tuvo el café su rol perturbador, nada sabemos si realmente participó en las noches santafereñas en las que de manera clandestina Don Antonio Nariño tradujera los derechos del hombre que harían tambalear a la corona española. Al menos en la ciudad de Santa Fé de Bogotá, el café compite con otro brebaje de origen americano, el chocolate, que se caracterizó siempre por ser una bebida de éli-

te. Un escritor de la época anotaba: "... contra la deplorable novedad que constituía las tentativas de reemplazar el tradicional chocolate por el exótico, moderno e impúdico brebaje". Por otro lado una personalidad contemporánea salía en su defensa indicando que... "el café alejaba a los hombres del alcoholismo representada en la pestilente chicha de maíz de franco origen indígena"...

Así de esta manera las bayas rojas del café, se asientan a lo largo y ancho de los países tropicales, constituyendo en muchos de ellos su principal ingreso, lo que naturalmente condiciona su buen comportamiento, porque si alguna vez, en una muestra de incalificable mala conducta atenta algún sobrino contra el tío, inmediatamente baja la cuota cafetera que da al traste con la economía del país. Getulio Vargas, presidente brasileño, defiende el precio de su café, sin quemarlo como era la costumbre para mantener el precio. Cuando lo obligan a aceptar presiones contrarias, a los dictados de su conciencia elige la dignidad de la muerte, un tiro de su revólver gatillado por él mismo, destroza su corazón.

PATOLOGIA Y OPERA

DR. HECTOR OPAZO S.
DEPTO. ANATOMIA PATOLOGICA

¿Conoce usted mayor masoquista que un patólogo operático? Observe: por un lado, este extraño individuo centra sus inquietudes intelectuales en el estudio de la enfermedad, analizando con unción los desastres que ésta provoca en distintas vísceras, que fotografía y muestra entusiasmado ante sus pares en reuniones y congresos en los que se analiza la morfología del dolor humano. Por otro lado, como entusiasta de la ópera, dedica buena parte de sus inquietudes espirituales a gozar (y sufrir) un espectáculo muchas veces alambicado e inverosímil, pero sin duda maravilloso, por ser un reflejo directo del sentimiento humano.

El común de los mortales necesita tener agallas para resistir ambas cosas; si no, piense en la reacción del lego ante una sala de autopsias o ante un escenario donde obesas sopranos emiten una serie de sonidos que a él le parecen lo más próximo a espantosos chillidos.

La ópera es el espectáculo de la pasión y la muerte por excelencia. Sus argumentos son un compendio de horrores, enfermedades, deformidades, torturas, homicidios y violencias de todo tipo, como no ha sido superado por las más truculentas teleseries actuales. En definitiva, se salva por la lograda unión entre drama y música y por apelar a elementos profundos del hombre: los sentimientos.

Repasemos algunos de los horrores operáticos. Enfermedades incurables (para la época) dan cuenta de muchos de sus protagonistas: la tuberculosis mata a Mimí, de la Boheme, y a Violeta, de la Traviata (en nuestros tiempos tal vez estos personajes morirían de SIDA). La locura afecta a otros tantos: lady Macbeth, Lucía de Lamermoor, Boris Godunov, cantan sus mejores partes en agudo estado de perturbación mental (la escena de la locura es clásica en la ópera). La gitana Azucena, de El Trovador, en un rapto demente echa al fuego a su propio hijo recién nacido. Tampoco faltan los deformes: Rigoletto es un jorobado; Mime y Alberich, del Ciclo del Anillo, de Wagner, son seres horripilantes en cuerpo y alma.

Los suicidas no son menos: Tosca se lanza desde lo alto del Castel Sant Angelo, en Roma; Butterfly se inmola al más clásico estilo japonés; Otello se elimina luego de ahorcar a su esposa Desdémona; Gilda,la hija de Rigoletto, busca intencionalmente la muerte a manos de un asesino.

Los asesinatos y otras transgresiones de los de-

rechos humanos son innumerables: el Conde de Luna, en El Trovador hace ajusticiar a su propio hermano; Norma intenta matar a sus hijos para vengarse del padre; Macbeth asesina a su rey; Mario Cavaradossi es torturado y luego fusilado delante de su amada; Salomé (por lo demás una sicópata, que hace decapitar a San Juan Bautista por un simple capricho), es aplastada por los escudos de los soldados por su padrastro; Carmen es asesinada de un cuchillazo por su amante; Tosca mata de igual forma al varón Scarpia, jefe de la policía secreta de Roma, que intentaba violarla; otro violador es el duque de Mantua, que abusa de la hija de Rigoletto, el que a su vez contrata a un asesino profesional para eliminarlo. Las dos óperas fundamentales del Verismo, I Pagliacci y Cavalleria Rusticana, son el relato de triángulo amorosos que terminan en asesinatos pasionales.

Un tema recurrente es el de las parejas que esperan juntas la muerte: Aída y Radamés, Andrea Chenier y Magdalena, Norma y Pollione. Naturalmente que con esa escena termina la ópera, al morir sus dos personajes principales.

La escena de la agonía da lugar a muchos de los mejores pasajes operáticos: Manon Lescaut muere insolada en un desierto; las agonías de Tristán, Gilda, la Traviata y Mimí son célebres. Todos ellos desfallecen durante largos minutos, a veces durante actos enteros, cantando a más no poder. Definitivamente, la muerte tranquila no se conoce en la lírica: muchos de sus personajes perecen estrangulados, quemados, acuchillados, decapitados o en medio de otros atroces sufrimientos.

Después de este breve recuento, ¿puede usted entender que haya patólogos que después de pasar todo el día codeándose con la enfermedad y la muerte terminen la jornada asistiendo a una ópera o lleguen a sus hogares a escuchar una con deleite? Parece increíble, pero los hay.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE EL TERRORISMO

PROF.DR. CARLOS ALONSO RABY
PROF.DR. SIMEON RIZO CASTELLON

DEPARTAMENTO DE MEDICINA
CATEDRA DE MEDICINA LEGAL

I. ASPECTOS GENERALES:

El diccionario de la Lengua Española define al Terrorismo como la sucesión de actos de violencia ejecutados para infundir terror. Su objetivo básico es la dominación por el miedo y su nombre deriva del dios romano, que vivía a la entrada del infierno y que los griegos conocían con el nombre de Pánico, por haber introducido el espanto entre los gigantes.

Constituye una fuerza de agresión social antigua actualizada y perfeccionada en sus tecnologías y procedimientos, a niveles nunca vistos con anterioridad en la humanidad. Está integrada por diversos grupos pequeños que sirven a determinadas ideologías y que tienen distintos orígenes, vinculaciones y objetivos. Se aunan en los métodos con que atentan contra la sociedad y sus integrantes. Los grupos adquieren vinculaciones internacionales por motivos ideológicos, de financiamientos, de entrenamientos, de coordinación de actividades, etc. En el mundo actual, ninguna organización terrorista puede considerarse como un fenómeno local aislado, motivado sólo por causas o hechos circunstancias o transitorios.

El auge del Terrorismo en nuestra época es una realidad evidente y los estudios pronostican que las agresiones terroristas irán en aumento, con actos cada vez más audaces sorpresivos, destructivos y eficientes en sus procedimientos y objetivos.

El Terrorismo no nace espontáneamente. Siempre hay detrás de el una fuerza ideológica que lo orienta y una organización que lo fomenta, financia y apoya. Como estas instituciones utilizan simultáneamente otras armas y métodos en su objetivo subversivo, ajenas al terror directo, tales como el crimen político, el secuestro, la guerrilla paramilitar, la subversión social, la infiltración, el espionaje, el sabotaje, la actuación en asociaciones de diversa naturaleza, etc., no es raro que todas ellas se confundan bajo el nombre genérico de Terrorismo, aún cuando tengan procedimientos propios y esten integradas por personas diferentes en su formación y actuación social.

El objetivo subversivo es producir un cambio social a cualquier costo y por cualquier medio, pudiendo usar las armas y métodos mencionados, entre ellas el terror, en forma independiente o conectados entre sí, según sean las circunstancias, conveniencias y realidades de cada lugar.

En la época actual se distinguen tres grandes corrientes terroristas:

1. La que actúa en el mundo árabe-islámico.

2. La que actúa en diversos países de Europa Occidental.

3. La que actúa en América Latina.

Existen, además, pequeños grupos en Oceanía y Africa que no han alcanzado la trascendencia de los anteriores.

Un hecho importante es que no existen corrientes terroristas importantes en la mayor parte de los países totalitarios, porque su propia estructura estatal controla por el miedo a sus integrantes, lo que se llama Terrorismo de Estado.

El Terrorismo árabe-islámico nació con el objeto de eliminar al Estado de Israel y tiene marcadas connotaciones raciales. Está integrado por grupos diversos que se relacionan con la OLP de Palestina, Siria, Yemen del Sur, Libia, etc., algunos de los cuales son usados con otros objetivos dentro del propio mundo árabe-islámico. Aparte de Israel, que se defiende con fuertes y permanentes medidas de seguridad, el país más dañado por este terrorismo ha sido el Líbano, cuya capital, Beirut, ha sufrido todas las formas de agresiones violentas. Algunos países han recibido ataques aislados de algunos de estos grupos, especialmente cuando han actuado a favor de Israel.

El Terrorismo que afecta a algunos países de Europa Occidental tiene diversos orígenes, según las regiones comprometidas y se mantiene hasta el momento más o menos localizado. La ETA en España, el movimiento corso FLNC de Francia, el IRA de Inglaterra, son ejemplos de movimientos terroristas que han nacido para apoyar la independencia de determinadas regiones. Las Brigadas Rojas de Italia y los grupos que actuaban en Alemania, tenían una marcada connotación socio-cultural y política. Ninguno de ellos actúa en el resto del mundo.

El Terrorismo en América Latina es importante y eminentemente subversivo. Su objetivo es desestabilizar los gobiernos de los países comprometidos para facilitar su reemplazo para otros de corte revolucionario. Los países más afectados son Colombia y Perú, debiendo destacarse el cariz especial que tiene Sendero Luminoso en este último país y las relaciones con el

narcotráfico en el primero.

En Chile, las acciones terroristas han englobado todos los medios subversivos que puedan servir para socavar la sociedad. No pretenden contribuir a la formación de una democracia formal, sino a estructurar una sociedad revolucionaria .

En este sentido, hay que tener presente que los cambios políticos no suprimen las acciones terroristas. Tampoco las suprimen las estructuras democráticas, como lo demuestran las acciones terroristas en Inglaterra, España, etc.

Un aspecto especial del terrorismo que actúa en algunos países de Latinoamerica, es su conexión con el narcotráfico, iniciada en Colombia y exportada a otros países. En virtud de este convenio, el narcotráfico financia las acciones terroristas, como las compras de armas, a cambio de protección y apoyo para el tráfico y venta de los estupefacientes.

Como las drogas ayudan a socavar a las sociedades que las consumen, pasan con esta asociación a constituir un arma más contra el enemigo a ser usada por los grupos terroristas de inspiración revolucionaria. Por otro lado, como las cantidades de dinero que mueve el narcotráfico son asombrosas, el hecho que una parte creciente se derive hacia el terrorismo constituye una amenaza social cada vez más grave, cuyas consecuencias son imprevisibles.

En algunos países, el Terrorismo de inspiración revolucionaria genera respuestas terroristas de organismos contrarios. Actúan localmente, atacando de preferencia a personas e instituciones que directa o indirectamente representan la acción subversiva. Pueden, también, generar temor colectivo con el uso de bombas, colocadas más bien para llamar la atención que para producir víctimas inocentes, aunque estas pueden ocurrir.

El Terrorismo revolucionario que actúa en algunos países de Latinoamérica es eminentemente subversivo y violento. Es causante de guerras y guerrillas internas con una secuela de miles de muertos y heridos. Los daños físicos tanto a bienes privados como públicos, son cuantiosos y produce gastos no previstos ni financiados, aparte de comprometer servicios básicos para la sociedad. A través de estas acciones, el terrorismo pretende producir miedo en los integrantes de la comunidad y en sus instituciones, debilitándolas como pilares de la sociedad que desean cambiar.

II. LOS GRUPOS TERRORISTAS:

Reúnen todas las características que dan eficiencia a este tipo de asociaciones, esto es:

1. La homogeneidad de sus integrantes.

2. El apoyo mutuo que se prestan en todo sentido.

3. La satisfacción de pertenecer a una minoría elitista.

4. La vinculación a través de una ideología totalitaria a la que sirven incondicionalmente.

5. La dirección por líderes y jerarquías intermedias bien definidas y a cargo de personas bien entrenadas y seleccionadas.

6. La escasa relación con otros grupos sociales terroristas.

7. El uso de símbolos y nombres especiales y atractivos, tales como Frente Patriótico, Frente de Liberación, etc.

A lo anterior agregan un adecuado entrenamiento para actuar eficientemente en sus misiones, adquirido, muchas veces, en centros internacionales.

Todos los grupos para actuar requieren de un financiamiento adecuado que obtienen de aportes externos, como el producido por el narcotráfico o por asaltos, secuestros, robos u otros medios ilícitos.

Por razones de seguridad interna, los grupos son pequeños y actúan aislados unos de otros.

Los grupos terroristas actúan dentro de sus objetivos por iniciativa de sus jefes o cumplen misiones encomendadas por las instituciones que los apoyan y fomentan.

Cada misión es una tarea que debe ser estudiada en todos sus detalles, para lo cual se preparan adecuadamente, captando informaciones, revisando personalmente los lugares de accción, etc.

Los grupos pueden actuar en determinados territorios o zonas, en cuyo caso sus acciones aparecen en forma repetitiva en dichos lugares, debiendo sus integrantes actuar con disfraces que impidan su reconocimiento. También pueden actuar en lugares distantes, con acciones esporádicas, no requiriendo para ello cambiar u ocultar sus rostros.

Para acciones importantes a realizar en territorios no conocidos, deben avecindarse en sus cercanías con anticipación para conocerlos adecuadamente.

En ocasiones, los grupos o algunos de sus integrantes pueden provenir del extranjero, con el objeto de cumplir una determinada misión de trascendencia.

Entre acción y acción, los grupos terroristas dejan pasar un tiempo de inactividad con el objeto que el primer hecho pierda importancia y los mecanismos de seguridad se relajen. Con este objeto se esconden en otras ciudades o en sectores concurridos o céntricos, tratando de pasar inadvertidos.

Es excepcional que los grupos terroristas actúen en forma sucesiva, inmediata y repetitiva en un mismo territorio o lugar.

En toda acción terrorista la planificación de la huída es una parte fundamental. Si el lugar lo permite y los terroristas actúan sin disfraces, tienden a confundirse con multitudes o a utilizar medios de movilización colectiva. Habitualmente, la huída se realiza por ruta previamente estudiada, usando vehículos robados, en especial taxis, con cambio de vehículos en determinados lugares.

Cumplida su misión, el grupo se siente obligado a informar su labor y a responsabilizarse públicamente de los hechos sucedidos.

Los grupos terroristas están habitualmente integrados por hombres, pero no es raro que en algunos de ellos actúen mujeres, cuya tendencia a demostrar eficiencia y superación va a la par con la frialdad y fiereza de sus acciones. No es raro que entre ellas y algunos dirigentes se creen nexos íntimos.

Los integrantes de los grupos terroristas esconden sus verdaderas identidades y se conocen por los nombres políticos que adoptan.

La mayoría son inteligentes, astutos, agresivos, preparados y entrenados. No es raro que cursen estudios universitarios o tengan títulos o formación superior.

Casi todos son jóvenes entre 20 y 30 años y su comportamiento social es variable. Mientras algunos viven una doble vida, una normal y otra oculta, otros adoptan una conducta aislada y sólo conviven con su grupo, en lugares más bien alejados y poco frecuentados.

III. LA PERSONALIDAD DEL TERRORISTA:

Los grupos terroristas están integrados por individuos especiales, cuyo comportamiento en la sociedad es el resultado de una suma de factores síquicos y sociales adquiridos en su desarrollo y que culminan con la adopción de una ideología totalitaria y la incorporación a un grupo entrenado para la acción subversiva.

Esta personalidad, socialmente anormal, está comandada por el fanatismo, al que se llega con la concurrencia de los siguientes factores:

a) En algunos, por daños cerebrales mínimos que pueden determinar una personalidad agresiva, inmadura o sicopática.

b) En otros, por su desarrollo neurológico anormal, con dificultades en determinados aprendizajes, aunque tengan un coeficiente intelectual normal o superior.

c) En la mayoría, por un desarrollo sicológico infantil afectado por una crisis en su familia de origen, por violencias en las relaciones de los padres o por carencia de afectos en la primera infancia.

d) Con frecuencia existe una percepción anormal y amarga del orden social en que viven, con frustraciones y resentimientos desde los primeros años de vida, lo que no sólo favorece su agresividad personal, sino que condiciona la soledad, el aislamiento y la angustia afectiva.

e) Lo anterior puede acompañarse de una distorsión de la imagen de la autoridad por experiencias inadecuadas o dolorosas, o por no haber tenido en la infancia una imagen aceptada como buena de quien hacía de autoridad.

Los factores anteriores determinan una personalidad insegura, expuesta a la angustia, que para actuar en la sociedad requiere de mecanismos de defensa **rígidos e inflexibles**, sin los cuales la ansiedad domina su afectividad, comprometiendo su felicidad en una línea de amargura creciente.

En base a lo anterior, rápidamente se compenetran que sus creencias e ideologías tienen que ser **totales y no pueden ser cuestionadas bajo ninguna circunstancia.** Nadie, ni ellos mismos pueden objetar algún principio, pues no es este el que se pone en duda, sino la totalidad de su personalidad. Admitir un error en las ideas es aceptar que toda su personalidad falla, peligrando por consiguiente su identidad como persona. Llegan, así, al servicio incondicional de una ideología totalitaria.

Estas personalidades inmaduras y totalitarias tienen un déficit importante en sus relaciones emocionales y se manejan entre grandes afectos, generalmente efímeros y prolongados odios que alimentan la amargura de su estructura síquica.

También son incapaces de asimilar fracasos y no soportan las frustraciones, en forma tal que pueden hacer cualquier cosa con tal de sentirse triunfadores. De allí que los fracasos que sufren siempre serán relacionados hacia un triunfo que, obviamente, sólo son captados por ellos.

Algunas de estas personalidades pueden desajustarse y crear toda clase de problemas en su vida social, con comportamientos francamente patológicos y peligrosos. Estas personalidades, llamadas sicopáticas, actúan habitualmente en forma aislada y pueden cometer crímenes y atentados diversos en la sociedad, sin que tengan una orientación ideológica en sus acciones. No es raro que algunas de estas personalidades sicopáticas sean usadas por determinados grupos subversivos para cumplir misiones especiales, que se destacan por la frialdad con que actúan.

Las personalidades inmaduras tienden a la asociación en grupos afines, cuyos objetivos van a determinar el comportamiento social. Estos grupos son ideológicamente totalitarios y, como tales, tienen una explicación para todo, dirigen todas las conductas de sus miembros y no aceptan verdades distintas a las de su ideología. Estos grupos totalitarios pueden tener una orientación religiosa y sus miembros van a ser fanáticos religiosos o una finalidad política, en cuyo caso sus integrantes van a caer rápidamente en la subversión, sobre todo si se dan las siguientes condiciones:

a) que su labor se considere como necesaria e indispensable para el contro social,

b) que se le acepte como un medio de lucha en una contienda concontra los demás,

c) que se rechacen otros métodos de cambio social.

Los grupos subversivos, integrados por personalidades proclives a la agresión social, requieren de un entrenamiento y de una concientización de sus integrantes, lo que logran en centros especiales. Allí se refuerzan las características de los grupos, se enfatiza la doctrina totalitaria y se cambian las normas éticas personales para que puedan comprender y justificar las acciones agresivas que deberán hacer en el futuro. Además, se implementan las tecnologías y los procedimientos terroristas con que deberán actuar. El grupo así integrado y preparado queda a disposición de la fuerza ideológica que los fomentan y utilizan en determinados países o lugares.

La existencia de todo este proceso sicológico y social en la formación y comportamiento de un Terrorista, explica los siguientes hechos:

1. Los grupos subversivos son, felizmente, escasos.

2. Es difícil seleccionar, formar y entrenar terroristas.

3. No todos los que deseen serlo, son aptos.

4. Cuando logran el objetivo político final, los grupos son suprimidos y sus integrantes desaparecen.

CIENCIAS

DETERMINACION Y DIFERENCIACION SEXUAL

EN LA ESPECIE HUMANA

PROF. DR. JORGE ARRAU ESCOBAR
Cátedra: Biología de la Reproducción y del Desarrollo

1. DETERMINISMO DEL SEXO

La determinación sexual se produce en el momento de la fecundación y ella es genética. La presencia de XX lleva a la diferenciación de un ovario y de vías genitales de tipo femenino. La presencia de sólo un cromosoma X (XO) puede llevar ya sea a la existencia de un ovario funcional (ratones XO), ya sea a una agenesia ovárica (mujer XO: síndrome Turner); de todos modos en ambos casos las vías genitales son de tipo femenino. Se puede afirmar que la presencia de un cromosoma Y es indispensable para la organización de un testículo funcional y para la organización de genitales externos de tipo masculino. Como este cromosoma es el responsable de gatillar la diferenciación sexual en sentido masculino, es importante conocer su estructura y función.

La mayoría de los autores aceptan la existencia de un gen o un grupo de genes a los que se ha llamado T.D.F. (testis determining factor). No se sabe si este gen es regulador o estructural o si el (ellos) actúan a distancia sobre otros genes estructurales presentes en el cromosoma Y, u en otro lugar; este problema actualmente está en estudio y discusión.

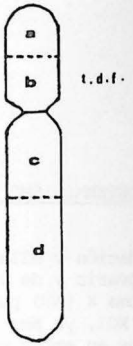
1.1. Cromosoma Y

El hombre posee 46 cromosomas de los cuales dos son los sexuales X e Y, el sexo genético por lo tanto se determina en el momento de la fecundación.

El control genético dado por el cromosoma Y es dominante, ya que individuos XY - XXY - XXXY son hombres, en tanto que los individuos XO - XX - XXX son fenotípicamente mujeres. El hecho de que los sujetos portadores de un número anormal de cromosomas sexuales sean hombre sólo si está presente al menos un cromosoma Y, nos indica que la diferenciación testicular está controlada por la presencia de uno o más genes llevados por este cromosoma.

Utilizando las características específicas del cromosoma Y, que puede ser marcado con la mostaza de quinacrina haciéndose fluorescente, así como también por su abundante heterocromatina, ha hecho de éste el primer cromosoma humano identificable en la metafase y en los núcleos interfásicos. El tamaño del cromosoma Y es variable entre los diferentes individuos. La parte variable se sitúa a nivel de la parte distal de su telómero. El tamaño diferente de este cromosoma, conlleva a un fenotipo normal que se transmite de generación en generación, con una frecuencia poblacional dada, por ejemplo: entre los individuos portadores de un cromosoma grande se debe destacar a los

sujetos asiáticos. Con las técnicas de marcaje en uso, es posible observar el apareamiento entre los cromosomas X e Y en individuos machos. Los brazos cortos de ambos cromosomas son los que se aparean intimamente en el paquiteno y se observan como un complejo sinaptonémico de alrededor de un tercio de la región telomérica de un brazo corto de cromosoma X. Esta región recibe el nombre de pseudo-autosómica, ya que los genes localizados aquí se recombinan y comportan como genes autosómicos a pesar de estar presentes en los cromosomas sexuales. Estudios citogenéticos han permitido realizar un modelo de organización del cromosoma Y; en el brazo corto se encuentra la región pseudo-autosomal (a), entre esta región y el centrómero están él o los genes de la organización testicular (b), el tercio del brazo largo adyacente al centrómero corresponde a la región eucromática y contiene genes que intervienen en la espermatogénesis (c), los dos tercios restantes o región heterocromática son los responsables de la fluorescencia después del marcaje con quinacrina. A la región indicada por (d), aún no se le ha atribuído rol funcional.



1.2. Genes presentes en el Cromosoma Y

En el hombre, se han puesto de manifiesto 9 genes o locus:

Sobre el brazo corto:

Los genes MIC2, GM-CSF, los primeros relacionados con la codificación de un antígeno de grupo sanguíneo y los segundos relacionados con la síntesis de un factor que estimula el crecimiento de macrófagos y granulocitos. En este brazo se encuentra también el locus TDF (testis determining factor) responsable de la diferenciación testicular. Muchas hipótesis se han formulado para explicar el rol de TDF en cuanto a gatillar la determinación sexual, pero sólo el aislamiento y el estudio de las manifestaciones que provocan las mutaciones de este gen, podrán aclarar las diversas hipótesis planteadas.

Sobre el brazo largo:

Partiendo del centrómero, en el locus AZF existen genes indispensables para la buena evolución de la espermatogénesis y en el locus H4, existen genes que codifican para un antígeno de histocompatibilidad menor, específico de los machos; este antígeno no ha sido claramente caracterizado, y es simplemente definido por un test inmunológico de citotoxicidad. Se acepta que el cromosoma Y contiene la señal primaria de la diferenciación testicular, ya que la mayoría de los individuos fenotípicamente hombres, pero genotípicamente 46 XX, poseen un fragmento de ADN proveniente del cromosoma Y. A pesar de los conocimientos que se tienen, este gen no ha sido aislado. El tipo celular donde este gen se expresaría, sería la célula de Sertoli, ya que son las primeras que aparecen en el primordio testicular. En el ratón con testículos quiméricos XX/XY las células de Sertoli son siempre XY, lo que está en favor de que el factor es más bien de tipo autosómico en lugar de una substancia de tipo difusible.

2. DIFERENCIACION SEXUAL

En el inicio de la embriogénesis, a pesar de que el sexo genético se determinó en el momento de la fecundación, no existe nada que permita decir que se está frente a un macho o a una hembra.

El primer esbozo de aparato reproductor aparece en el desarrollo como un engrosamiento de la pared ventral del mesonefros. Esto corresponde al esbozo gonadal y la diferenciación del aparato genital evoluciona según una cronología determinada para cada especie.

2.1. Etapa de Indiferenciación Sexual

2.1.1. Mesonefros y su Conducto:

El mesonefros o cuerpo de Wolff fue descrito por C.F. Wolff (1733-1794) en el siglo XVIII. Este órgano está bien desarrollado y es funcional en algunas especies. En otras especies los nefrones mesonéfricos son rudimentarios y carecen de verdaderos glomérulos (rata-ratón). En todos los casos, estos nefrones drenan en el conducto de Wolff que corre a lo largo del mesonefros alcanzando el seno urogenital.

2.1.2. Gónada Indiferenciada:

En su organogénesis intervienen dos tipos de células:

- Células germinales (CGP): que migran por la pared del intestino y el mesenterio dorsal hasta alcanzar la cresta genital a la que colonizan.

- Células somáticas mesonéfricas: el origen de la línea de células mesonéfricas, se ha discutido ampliamente desde hace más de un siglo. Es importante destacar que la gónada indiferenciada está formada por un epitelio superficial y por un blastema de células indiferenciadas sub-yacente. El límite entre estos dos tipos celulares es a menudo poco claro. Las CGP se ubican entre las células somáticas. Abundantes capilares recorren el tejido gonadal.

2.1.3. Conducto de Müller:

A medida que se organiza la gónada indiferenciada aparece un segundo canal: el de Müller, que se ubica paralelo y a lo largo del de Wolff. Inicialmente aparece como una depresión del epitelio celómico en forma de embudo que se continúa a todo lo largo del mesonefros alcanzando el seno urogenital.

2.1.4. Seno Urogenital:

Es el punto donde confluyen las vías genitales y urinarias. Se extiende entre el futuro cuello vesical y la superficie cutánea perineal, bajo el tubérculo genital. Su desarrollo es complejo en los dos sexos ya que implica el desarrollo de la próstata en los machos y de la vagina y la uretra en las hembras.

El tubérculo genital indiferenciado es parecido en ambos sexos; se presenta como una protuberancia en la cual la cara basal está recorrida por un surco, éste estará presente en la hembra adulta, en los machos se cerrará originando a la uretra peneana.

Las diferencias del tracto genital aparecen primero en el macho. Las hembras mantienen por más tiempo las estructuras indiferenciadas.

2.2. Diferenciación testicular en machos (desde la 7° semana hasta la 20ava semana)

Se sabe que la presencia del cromosoma Y determina el sexo masculino. Durante los últimos años se ha buscado él o los genes responsables.

Se ha podido demostrar en hembras XY y en machos XX que los segundos resultan de la delección de una parte del brazo corto del cromosoma Y, en cambio las primeras se debe a una translocación.

Se ha identificado en el segmento corto del cromosoma Y el gen TDF responsable de la diferenciación testicular. El primer fenómeno observable en la diferenciación testicular, es la aparición en el esbozo gonadal indiferenciado, de las células de pre-Sertoli, por lo tanto en un ambiente celular particular y altamente especializado es en donde se expresa el gen de la masculinización.

En el ambiente gonádico existen al menos dos tipos de células somáticas: aquellas que serán las células de Sertoli y las que originarán el tejido situado entre los cordones seminíferos. En la actualidad no es posible asegurar si la activación del gen TDF tiene lugar a nivel de futuras células de Sertoli o en las células vecinas. Se sabe que factores hormonales pueden provocar la diferenciación testicular de una gónada que no contiene células XY, como es el caso de los freemartin de bovinos.

La diferenciación testicular ocurre en el testículo y precede a la diferenciación del resto del aparato genital. Lo primero que se observa es la aparición en la gónada de "cordones seminíferos", es decir, cordones epiteliales en los cuales las células están adyacentes unas a otras englobando a las células germinales. Son el esbozo de los tubos seminíferos. En la rata, el animal más estudiado, se observa que a los 13 1/2 días aparece a la observación histológica un tipocelular voluminoso y claro; en algunas horas, ellas han aumentado rápidamente . Estas se agrupan formando cordones seminíferos dentro de los cuales quedan englobadas las células germinales. Por acción de factores séricos, se puede impedir in vitro la agrupación de este tipo de células. A los 14 días ya aparecen las membranas basales y dos semanas después se reconocen las células mioepiteliales.

Las células de Leydig aparecen de las células mesenquimatósas y ello no depende de factores hipofisiarios ya que se produce en testículos cultivados in vitro en medio anhormonal, pero rápidamente su función se hace dependiente de la existencia de gonadotropinas.

Las células germinales están rodeadas desde el inicio por las células de Sertoli cuyo cuerpo las separa de otras células germinales. Esta particularidad está en relación con el hecho de que las células germinales testiculares no entran en meiosis hasta un determinado momento postnatal. Al contrario el período meiótico se inicia precozmente en el ovario.

Los testículos que se diferencian en la cavidad abdominal en la mayoría de los mamíferos, migran a través del canal inguinal. El gubernaculum testis, presentes en ambos sexos, ejerce en los machos una tracción hacia la parte inferior del abdomen. Los mecanismos del control del descenso testicular

y de la invasión del canal inguinal son mal conocidos. Este conocimiento es importante para comprender la criptorquídea del niño. Aparentemente la testosterona sería la responsable, pero en fetos hembras tratados con testosterona no hay descenso del ovario; al contrario, en fetos machos de ratón insensibles a la testosterona (Tfm: síndrome de feniminización testicular), los testículos migran hacia el canal inguinal, pero no lo atraviesan. En machos tratados con estrógeno, los testículos no descienden y los gubernaculum se inhiben.

2.2.1. Rol del testículo en la Diferenciación Sexual:

El testículo juega un rol esencial en la diferenciación sexual, tanto somática como del aparato genital.

En fetos tanto del sexo masculino como femenino castrados antes de la diferenciación sexual, presentan una conformación femenina: presencia de canales de Müller, seno urogenital y genitales externos de tipo femenino y los conductos de Wolff se atrofian como en las hembras normales.

Esto también ha sido confirmado en la especie humana. El testículo fetal ejerce dos tipos de acción durante la diferenciación sexual; por un lado por la acción de la hormona antimülleriana producida por la célula de Sertoli, hace desaparecer los conductos de Müller y por otro, es el responsable del desarrollo de las vías genitales masculinas, de la masculinización del seno urogenital y de los genitales externos. La testosterona y otros andrógenos aromatizables, inyectados a un macho o hembra castrados, no ejercen sino que la segunda acción: la masculinización. En tanto que un implante testicular es capaz de inhibir los conductos de Müller, lo que indica la existencia de un factor testicular inhibidor de los canales de Müller, distinto de los andrógenos. El antiandrógeno: acetato de ciproterona, dado a conejas gestantes impide la masculinización de los fetos machos, por inhibición de la acción androgénica.

2.2.2. Producción de Andrógenos:

El testículo fetal sintetiza esencialmente a partir de la pregnenolona, la testosterona y androstenediona. En la especie humana la concentración plasmática de testosterona pasa por un máximo durante el período prenatal (5° mes de gestación), la parte ascendente de la curva cubre el período esencial de la masculinización. Las células de Leydig del testículo fetal poseen una actividad 3 B HSD (3 B hidroxiesteroide deshidrogenasa) y sintetizan testosterona tanto in vivo como in vitro.

En condiciones normales los andrógenos maternos circulantes no pasan al feto en cantidad suficiente para suplir la falta testicular y masculinizar el aparato genital de fetos femeninos.

Los andrógenos actúan a nivel de las "células blanco", modificando la expresión de ciertos genes. Si la testosterona es convertida en 5 dihidrotestosterona (5 DHT) por acción de la 5 α reductasa sobre los carbonos 4 y 5, este último andrógeno masculiniza los genitales externos y el seno urogenital. Los conductos de Wolff responden directamente a la testosterona. El conocimiento sobre en que células actúa la testosterona no está del todo claro, pero trabajos realizados en cultivos "in vitro" muestran que la testosterona actúa esencialmente a nivel del mesénquima, hecho que refuerzan una vez más la importancia de las relaciones epitelio-mesenquimatosas en los procesos de

diferenciación embrionaria. La ausencia total de receptores celulares de andrógenos se traduce en una ausencia de masculinización de las estructuras corporales. En el síndrome de "feminización testicular", los testículos producen andrógenos, pero como faltan los receptores a ellos, los individuos son fenotípicamente hembras pero carecen de conductos de Müller, ya que el inhibidor Mülleriano producido por el testículo actuó normalmente.

2.2.3. Hormona Antimülleriana (H.A.M.)

Su estudio se realizó utilizando el test de inhibición in vitro de los conductos de Müller del feto de rata. Esta hormona es secretada por las células de Sertoli. La hormona fue purificada a partir de medios de cultivo en los que se mantuvo "in vitro" testículos de ternero, utilizando el pasaje por columna de inmunoafinidad. Esta es un dímero de 140 kD de naturaleza glicoproteica. Partiendo de la hormona purificada, se pudo establecer la estructura de los genes de la hormona bovina y humana que no son idénticas pero poseen una estructura parecida. Ellos codifican para proteínas de 575 y 560 aminoácidos respectivamente. En la especie humana la parte vecina del carbono terminal tiene gran similitud con la inhibina.

2.2.4. Masculinización de vías genitales:

Esto conlleva a dos procesos diferentes: desaparición del canal de Müller e incorporación del mesonefros y del conducto de Wolff al aparato genital.

Durante largo tiempo se ha admitido que la regresión de los canales de Müller del macho se debían a la necrosis de sus células epiteliales. La idea que se acepta actualmente, es que la desaparición de las células epiteliales del canal de Müller provocaría una desdiferenciación llegando a confundir las células mesenquimáticas con el mesénquima ambiental. El mesonefros y el canal de Wolff, que desaparecen casi completamente en las hembras, serán utilizados en gran parte para constituir las vías masculinas. El canal de Wolff prolifera y en su parte cefálica organizará el epidídimo, que utilizando ciertas estructuras de los nefrones y del sistema rete, se conectarán con los canales seminíferos intratesticulares. En la parte caudal, justo en el parte en donde contacta con el seno urogenital, este canal crece formando las vesículas seminales. La pared epitelial del seno urogenital prolifera formando los brotes prostáticos y el mesénquima circundante origina el resto de esta masa glandular.

El seno urogenital transformado en uretra prostática, que inicialmente desembocaba bajo el tubérculo genital, después de haberse soldado los bordes de esta estructura, crecen formando la uretra peneana.

2.3. Diferenciación Femenina

En el sexo femenino lo más notorio y destacable se observa a nivel gonadal.

Mientras la diferenciación testicular está ocurriendo, el esbozo ovárico permanece indiferenciado y sólo se puede reconocer en algunos mamíferos una actividad endocrina transitoria (producción de 17 B estadiol). Posteriormente, los cambios más importantes se observan a nivel de las células germinales: las ovogonias se multiplican activamente antes de entrar en profase

meiótica (PM). La meiosis ovocitaria tiene lugar entre el 4° y el 8° mes de gestación y progresa hasta el estado de paquiteno para detenerse en dictioteno. El aumento del número de ovocitos se detiene y un gran número de ellos degenera y desaparece. Durante este proceso, las células germinales prenatales, serán aquellas asociadas a células foliculares (pregranulócicas: folículos primordiales). El período meiótico queda bloqueado y no se reinicia hasta la ovulación en el estado adulto, en que se gatilla por la acción de la gonadotropina LH.

Si se observa el ovario, el epitelio superficial persiste siempre. En el momento de la ovulación el ovocito saldrá por una brecha del epitelio, cayendo a la cavidad abdominal. En el sexo masculino, las células germinales precozmente encerradas en los túbulos seminíferos, seguirán la meiosis y serán eliminadas al exterior por un sistema de canales contínuos, recuerdo de los primitivos tubos mesonéfricos.

Los canales de Müller se diferencian lentamente en oviducto, útero y parte de vagina. El mesonefros y el canal de Wolff desaparecen, no dejando sino que vestigios, especialmente la rete ovarii, en el hilio ovárico.

2.3.1. El ovario durante la diferenciación sexual:

Los ovarios no son indispensables para la feminización del organismo. La experiencia de castración fetal, agenesia gonadal, ausencia de síntesis de testosterona, ausencia de receptores para andrógenos, tienen todos el mismo efecto: desaparición del canal de Wolff, persistencia y desarrollo del canal de Müller, feminización del seno urogenital y de los genitales externos. Se ha observado que en algunas especies transitoriamente se producen estrógenos en los esbozos de ovarios. Es posible que estos estrógenos estimulen los esbozos Müllerianos una vez que su persistencia está asegurada, como se muestran en el volumen reducido de los derivados Müllerianos de fetos de coneja castrados in útero.

BIBLIOGRAFIA

1. Arrau, J. (1991)
"Aspectos del desarrollo embrionario y de la fetación".
En: PEDIATRIA. Vol. 1 Capit. 36 pp. 269 - 275
4° Edición. Edit. Dr. J. Meneguello, E. Fanta y J. Rosselot.
Edit. Mediterráneo Ltda., Santiago, Chile.

2. Arrau, J. y Johnson E. (1991)
"Ovario", Tratado de Histología. VI 3 A. Histología de órganos y sistemas. pp. 197 - 503. Edit. A.N. Tchernitchin y col., Fac. Medicina, Universidad de Chile. 1° Edición.

3. Arrau, J. y Barros, C. (1989)
"Desarrollo embrionario del ovario y del tracto genital en la mujer". En: GINECOLOGIA, capit. 2 pp. 16 - 28. Edit. A. Pérez.
Edit. Mediterráneo, Santiago, Chile.

4. Jost, A. (1991)
"La differentiation du sexe". Chapit. 11 pp. 189.
"La reproduction chez les mammiferes et l'homme". Edit. INRA France

5. Jost, A. (1972)
Donneés préliminaires sur les stades initiaux de la differentiation du testicule chez le rat.
Arch. Anat. Micro 61: 415 - 436.

6. Weissenbak J. and Goodfellow P. N. (1989)
Report of the committe on the genetic constitution of the Y chromosome.
Cytogenetic. Cell. Genet. 51: 438 - 449.

BIOLOGIA MOLECULAR DEL RESFRIO COMUN

Dr Juan Kuznar Hammarstrand
Profesor Titular de Bioquímica
Facultad de Medicina

Resulta paradojal constatar que, en la actualidad, con todos los conocimientos que existen sobre la biología molecular de muchas enfermedades, aún no disponemos de adecuadas estrategias preventivas y o terapéuticas para una de las enfermedades mas frecuentes en el ser humano, el resfrío común.

En efecto, somos capaces de introducir genes en células humanas, existen sofisticadas tecnologías para el transplante de órganos, podemos detectar cambios cuali y cuantitativos en determinados genes asociados con una neoplasia, también es posible formas elaboradas de farmacoterapia en complicadas enfermedades mentales, sin embargo, con respecto al resfrío común, seguimos, en términos médicos, prácticamente igual que en décadas atras.

Esto no se debe a la incapacidad de los científicos y los médicos para buscar soluciones, sino, se debe a que los principales agentes causales de esta enfermedad, los Rinovirus, son microorganismos extraordinariamente bién adaptados y adaptables para eludir el aparato inmunológico del hospedador, en este caso, el hombre.

En una determinada comunidad humana los adultos nos enfermamos unas dos veces al año, los niños, en cambio, lo hacen como promedio unas seis veces. Esto se debe a que en la misma comunidad circulan, aproximadamente, unos cinco tipos distintos de Rinovirus. Cada uno de los cuales se encuentra con una pequeña subpoblacion inmune a él pero no a los restantes. Al cabo de un determinado periodo de tiempo estos distintos tipos son completamente sustituidos por nuevas variantes del virus y asi sucesivamente en adelante.

Actualmente existen mas de cien serotipos de Rinovirus circulando en nuestro planeta por lo cual es, en principio, inpracticable la posibilidad de disponer de una vacuna capaz de protegernos contra un número razonable de serotipos diferentes.

El propósito central de este trabajo es el de dar a conocer información reciente la cual nos muestra que el conocimiento profundo de la biología molecular de estas infecciones abre interesantes perspectivas para, por una parte, entender como los Rinovirus pueden adaptarse tan bien, y por otra, para elaborar estrategias para la obtención de drogas y/o anticuerpos especificos para la neutralización del máximo número posible de estos serotipos virales.

Frecuentemente cuando se detecta una epidemia viral se habla de la aparicion de un "nuevo" virus.

En realidad lo que sucede es, por lo general, el resultado de alguna de las siguientes cuatro alternativas:

- Un cambio ecólogico pone en evidencia un virus, a través de la enfermedad, que existía previamente, pero, indetectable.

- Se produce una epidemia debido a que un virus en un cierto equilibrio con una determinada población, toma contacto con hospedadores no inmunes.

- Dos virus, de un mismo tipo, que infectan hospedadores de especies diferentes, en un momento dado infectan a una misma célula produciéndose un intercambio y mezcla de genes. Con esto se genera un virus antigénicamente muy diferente al que habitualmente infecta a un hospedador dado.

- Aparece un mutante con un pequeño cambio en su estructura externa lo cual lo hace irreconocible por los anticuerpos resultantes de una infección anterior o de una vacunación.

Las dos últimas alternativas son especialmente importantes en la epidemiología tanto de la gripe como del resfrío común.

En efecto, las pandemias de gripe originadas por virus influenza se deben a la primera de estas dos alternativas, en cambio, las epidemias de gripe y de resfrío común se deben a la selección de variantes capaces de evadir el sistema inmune del hospedador.

El virus Influenza, a diferencia de los Rinovirus causales del resfrío común, posee un genoma segmentado, es decir, los diferentes genes virales se encuentran en segmentos distintos de RNA. Dos de éstos contienen la información para la síntesis de las dos principales proteínas que le confieren la antigenicidad al virus, la HA y la NA.

Un cambio dramático en la estructura de cualesquiera de estas dos proteínas significa un brusco cambio en las características antigénicas del virus, consecuentemente, la población humana por ejemplo, no posee inmunidad contra el virus en estas circunstancias.

Precisamente esta situación es la que generó las grandes pandemias de gripe que han ocurrido en este siglo en nuestro planeta. Básicamente el mecanismo consiste en lo siguiente; un virus humano coinfecta con un virus de otro hospedador, por ejemplo, de ave, a una misma célula única, ambos se replican y amplifican sus respectivos componentes, pero, al ensamblarse los nuevos viriones, se generan virus mixtos, es decir, variantes en las cuales algunos de los segmentos de RNA provienen del otro virus.

Es así como surge un virus humano con un segmento de RNA que

contiene la información para la síntesis de la proteína HA de ave. Es así como en las células humanas en las cuales se replica este variante se sintetizará la proteína HA con la estructura antigénica del virus de la gripe que infecta a las aves.

El "nuevo" virus de la gripe tiene, entonces, en su superficie, una proteína con la cual nunca antes se enfrentó el aparato inmunológico humano, generándose una pandemia.

Las epidemias de gripe ocurren por un mecanismo diferente, los anticuerpos producidos como consecuencia de la enfermedad generan una suerte de presión selectiva hacia aquellos mutantes que poseen cambios estructurales que les permiten evadir la unión de los anticuerpos neutralizantes. Es así como rápidamente un serotipo de virus influenza puede sustituir a otro en la población humana. Dado que los cambios son mas bien sútiles, la variación antigénica no es lo suficintemente dramática como para generar una pandemia pero si para producir una epidemia de gripe.

En la naturaleza se originan diferentes relaciones entre virus y hospedador, dependiendo de las características individuales de cada uno de ellos éstas son más o menos complejas. Estas interacciones generan equilibrios que son muy vulnerables. Una de las posibles expresiones de la perturbación de este equilibrio es, precisamente, la enfermedad.

En principio, tanto el virus como el hospedador evolucionan para que exista una suerte de coexistencia pacífica. Sin embargo, la contribución del hospedador, en términos evolutivos, es casi nula, al menos en el corto plazo.
Efectivamente, si se considera que el virus puede replicarse de unas pocas partículas a cientos de millones de ellos en unas pocas horas, es evidente entonces que continuamente están surgiendo, en forma natural, una impresionante cantidad de mutantes. Muchos de estos están mejor adaptados para transmitirse y prevalecer mas eficientemente en el hospedador.

Si a lo anteriormente expuesto unimos el hecho que los virus contienen muy pocos genes, la célula humana unos 300 000 y un virus pequeño unos 5 o 10, llegamos a la conclusión que no hay posibilidad alguna de competir con los virus en términos de adquirir ventajas adaptativas. En este sentido los Rinovirus representan un excelente ejemplo y un muy buen caso de estudio puesto que recientemente se ha establecido, hasta el nivel submolecular de las distancias interatómicas, la estructura fina de los Rinovirus.

Los Picornavirus, familia a la cual pertenecen los Rinovirus, son virus RNA de cadena simple, el cual puede actuar directamente como mRNA en la célula infectada. La cápside esta compuesta por sólo cuatro proteínas diferentes; VP1, VP2, VP3 y VP4.

Estas están organizadas en una estructura icosahédrica

consistente en 60 copias de cada una de las cuatro proteínas antes mencionadas. Las sesenta copias estan organizadas en el espacio de forma tal que el virus se asemeja a un cristal con 60 caras triangulares en cada una de las cuales se disponen las cuatro proteinas diferentes.

Tres de éstas, VP1, VP2 y VP3 están localizadas hacia el exterior de la partícula viral, en cambio VP4 está orientada hacia el interior del virus, es decir, hacia el genoma del virus.

Estas subunidades triangulares se organizan en grupos de 5 conformando pentámeros. Por lo tanto el virus puede ser considerado como una estructura cristalina compuesta por 12 pentámeros.

Cada pentámero tiene un vértice en torno al cual se repiten 5 conjuntos constituidos por tres proteinas que se exponen hacia el exterior y una hacia el interior de la partícula.

De lo anterior se extrae que el Rinovirus es una estructura polivalente con múltiples unidades iguales, que, por una parte, le sirven al virus para interactuar con sus células blanco y que, por otra, son los sectores que considera el hopedador, en este caso el hombre, para dirigir los anticuerpos que deberían impedir que se produzca el contacto virus-célula.

Numerosos estudios, incluyendo la difracción por rayos X, muestran que para que el virus infecte exitósamente a las células requiere de las proteinas VP1 y VP3. Ambas conforman en el espacio un sitio a través del cual el virus se asocia con receptores celulares mediante los cuales penetra al interior de la célula.

Esto significa, a su vez, que el virus puede unirse a la célula a través de cualquiera de los sesenta sitios que dispone en su estructura externa.

Un análisis más detallado de la topografía de los Rinovirus, con una resolución de 2,9 Amstrongs, esto es al nivel de las distancias interatómicas de los átomos de los aminoácidos que forman parte de las proteinas virales,
permitió la descripción tridimensional del sitio preciso que es clave para que se inicie la enfermedad viral, es decir, el sitio que reconoce al receptor que condena a la célula a ser invadida por el virus.

Este sitio, el cual permite la adsorción del virus a la superficie celular, se describe como una suerte de foso que perfora la superficie externa de los Rinovirus y genera una especie de poro. En el fondo de este foso se encuentran los sectores de las moléculas de VP1 y VP3 que contienen a los aminoácidos que interactúan con el receptor celular.

Uno de los aspectos notables de este sitio en el virus, es

que sus dimensiones son tales que no permiten que las moléculas de anticuerpos tengan acceso al lugar específico con el cual el virus se une a la célula. Esto implica que las regiones variables de los anticuerpos están ubicadas en zonas más voluminosas que el agujero al cual entra el componente celular en el inicio de la infección.

Esta extraordinaria ventaja adaptativa es la que, primariamente, complica las opciones del hospedador en el sentido de poder generar una inmunidad razonablemente duradera.

Un examen más detenido de esta situación puede aclarar más este punto.

Primero es interesante tener una visión, aunque sea aproximada, del tamaño relativo de los anticuerpos respecto del de los virus. Si aceptamos que un Rinovirus tiene el tamaño de una pelota de fútbol, en proporción, una molécula de anticuerpo tiene las dimensiones de una pelota de tenis.
Con esta imagen se puede imaginar a un virus neutralizado cuando éste está cubierto por númerosas moléculas de anticuerpo, al igual que la pelota de fútbol necesita varias pelotas de tenis para cubrirse.

Sin embargo esto no es tan simple, muy por el contrario, es perfectamente posible que un virus con numerosas moléculas de anticuerpos unidos sea aún perfectamente infectivo. De hecho una proporción importante de los anticuerpos que forman parte de un suero policlonal antivirus no contiene anticuerpos neutralizantes.

En el caso de los Rinovirus, dado las dimensiones del sitio de unión a la célula, la única forma de neutralización por anticuerpos es que éstos se unan a sitios próximos al borde de la foso antes descrito. Así, el gran tamaño de la molécula de anticuerpo bloqueará la unión a la célula. El análisis molecular de las zonas a las cuales se unen los anticuerpos neutralizantes muestra que esta suposición es correcta.

Pero, y aquí esta la clave de la ausencia de una inmunidad duradera contra los Rinovirus, como estas zonas no son relevantes para la infección, los aminoácidos que las constituyen pueden ser sustituidos por otros vía mutaciones puntuales. Es decir, no hay serias restricciones para aceptar mutaciones en lugares a los cuales se unen los anticuerpos que neutralizan al virus.

Este concepto se entiende mejor si se considera lo que pasaría si el sitio de unión a la célula esta expuesto a los anticuerpos. El sitio de unión obviamente no puede aceptar mutaciones, cuando éstas ocurren el virus no es viable porque no puede ingresar a la célula. En consecuencia, si el hospedador genera anticuerpos contra este sitio, éstos serán protectores durante largos periodos puesto que el virus está limitado en su capacidad para escapar de los anticuerpos neutralizantes a través

de las mutaciones puntuales.

Ante esta situación; ¿Qué se puede hacer para intentar generar algún tipo de protección contra los Rinovirus?

Básicamente existen dos estrategias para oponer resistencia a los Rinovirus:

-Identificar zonas comunes a muchos tipos de Rinovirus para preparar anticuerpos contra péptidos sintéticos que las representen.

-Diseñar drogas bloqueadoras de los primeros eventos de la infección.

Ambas sustentan su factibilidad en el sofisticado nivel de conocimiento que se tiene de la estructura molecular de este grupo de virus. A continuación se ilustra sobre algunos resultados muy alentadores que se han obtenido utilizando estas estrategias.

Como fuera señalado precedentemente, la comparación molecular de la superficie de los diferentes tipos de Rinovirus permitió le definición de zonas hipervariables que dan cuenta de los cambios antigénicos que permiten el escape de los virus de la acción de los anticuerpos.

Es decir, la pregunta básica se refería a los aspectos moleculares que hacen que un tipo de Rinovirus produzca una epidemia y el otro no. Sin embargo, si se cambia la pregunta se pueden extraer interesantes conclusiones. Esto es, en vez de buscar lo que los hace diferentes, identificar zonas que sean comunes a la mayoría de los aislados de Rinovirus.

En principio, tales zonas deben ser muy importantes para alguna función viral puesto que no se toleran mutaciones en las regiones del RNA que codifican para estos sectores de las proteínas virales.

Independiente del rol que estas zonas cumplen en la infección, es atractivo considerar que anticuerpos dirigidos contra estas regiones podrían ser neutralizantes. Dado que estas regiones no pueden variar, este tipo de anticuerpos darían una inmunidad duradera.

Usando estos sencillos criterios es que se buscaron zonas de "consenso" estructural en los Rinovirus. Se identificaron, por ejemplo, dos regiones muy apropiadas para desarrollar la estrategia antiviral. La zona comprendida entre los aminoácidos 151 y 160 de la proteína VP1 y la región 130 -->139 en la VP2.

Con esta información se produjeron péptidos sintéticos que incluyen a estas regiones de ambas proteínas y éstos se emplearon para producir anticuerpos contra estos dominios.

Los resultados obtenidos hasta ahora son verdaderamente estimulantes pues algunos de estos sueros son capaces de neutralizar cerca de un 60% de los diferentes tipos de Rinovirus que afectan a los humanos.

Con respecto a las posibilidades de diseñar drogas que inhiban los eventos tempranos en la infección viral también existen interesantes expectativas. En efecto, en la actualidad se están ensayando compuestos químicos que tienen una estructura tal que les permiten introducirse en los "fosos" que utilizan los Rinovirus para penetrar en la célula.

Estos compuestos inhiben drásticamente la replicación de los virus. Los más conocidos, y que son objeto de un intenso estudio son los denominados WIN derivados. Como suele ocurrir, la realidad a menudo supera nuestras expectativas, efectivamente, pues estos WIN derivados, curiosamente no inhiben la unión del virus al receptor celular.

Recientes estudios han demostrado que estos inhibidores se unen al virus más hacia el interior de la partícula que el sector que se asocia al receptor celular. Esto es, por "debajo" del foso hacia la región ocupada por el genoma viral. Evidentemente que este tipo de conclusiones ilustra el elevado nivel de estas investigaciones,

¿Cómo actúan entonces los WIN derivados? Inhiben el proceso que le permite al virus exponer sus genes para el comienzo de la expresión de éstos y/o su replicación, es decir, afectan al desnudamiento de la partícula viral.

Al respecto existen dos explicaciones; los inhibidores hacen más rígido al virus o bién, impiden el flujo de iones desde el exterior de la partícula viral hacia el interior de la misma. Esta última alternativa se basa en el hecho que los Rinovirus, debido al "foso" y una prolongación de éste, poseen poros moleculares muy similares a los canales de membrana que se encuentran en las células.

En resumen, una pequeña partícula de 300 A de diámetro, es causal de una enfermedad que afecta una y otra vez a cientos de millones de seres humanos cada año, gracias a un profundo conocimiento de ella, hasta un nivel atómico, podemos entender porqué la enfermedad es tan esquiva al tratamiento y prevención. Sin embargo esto no es todo, este conocimiento nos muestra, asimismo, nuevos horizontes para el diseño de estrategias que conduzcan al control del resfrío común.

Lo expuesto en ésta pequeña monografía pone en relieve las interesantes expectativas que tiene para la medicina moderna el análisis muy básico de los mecanismos moleculares de la infección viral. Es evidente que disponer de información fundamental sobre un proceso biológico en general es la única vía para plantear racionalmente soluciones o estrategias para prevenir o curar

enfermedades. Los Rinovirus representan un buen ejemplo de ésto.

SUGERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

- Structure of a Human Common Cold Virus and Functional Relationship to Other Picornaviruses. NATURE, 317, 1985, (145-153).

- The Site of Attachment in Human Rhinovirus 14 for Antiviral Agents That inhibit Uncoating. SCIENCE, 233, 1986, (1286-1293).

- Different Rhinovirus Serotypes Neutralized by Antipeptide Antibodies. NATURE, 329, 1987, (736-738).

- Conformational Variability of a Picornavirus Capsid: pH Dependent Structure Changes of Mengovirus Related to its Host Receptor Attachment Site and Disassembly. VIROLOGY, 175, 1990, (176-190).

- Inhibitors of Poliovirus Uncoating Efficiently Block the Early Membrane Permeabilization Induced by Virus Particles. J. VIROLOGY, 65, 1991, (2572- 2577).

INVESTIGACION

TITULO : ESTUDIO DE ROLES DE LA MUJER: UNA APROXIMACION PRELIMINAR

AUTOR : PROF. DRA. ROSA BEHAR ASTUDILLO
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA

CO-AUTORES: DR. JUAN CARLOS BOTERO ARBELAEZ *
DRA. PAULINA CORSI SLIMNING *
DRA. MARITZA GALLARDO SALCE *
DRA. KARIN RADIC GOLDENBERG *

* MEDICOS BECARIOS
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA

RESUMEN

En este trabajo se analiza la problemática femenina respecto de los roles de madre, esposa y trabajadora. A 52 voluntarias: 18 dueñas de casa, esposas de funcionarios de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso y 34 funcionarias académicas y no académicas de la misma Institución, se les aplicó el Test de Goldberg y una estrevista semiestructurada entre los meses de Julio y Agosto de 1990.

Se confrontan los hallazgos más relevantes con la literatura especializada y finalmente se esboza un perfil descriptivo de nuestra mujer trabajadora como una aproximación preliminar.

PALABRAS CLAVES: mujer trabajadora - dueña de casa - conflicto de roles

SUMMARY

The female conflict concerning the maternal, marital and professional roles is analized. The Goldberg Test and a semistructured interview were applied to 52 women volunteers during July and August 1990: 18 were wives of professional men who worked at the Faculty of Medicine, University of Valparaiso and 34 were professional women who worked at the same Institution.

The most relevant findings were confronted to the specialized literature and finally as a preliminary approach a descriptive profile of our professional woman is outlined.

KEY WORDS: professional woman - housewife - role conflict

ESTUDIO DE ROLES DE LA MUJER: UNA APROXIMACION PRELIMINAR

I. INTRODUCCION.

Desde el advenimiento de la Revolución Industrial, la posición de la mujer en el contexto sociocultural ha experimentado un notable cambio, que ha sido reforzado fundamentalmente por el vertiginoso avance tecnológico consecutivo a los dos conflictos bélicos mundiales. En consecuencia, se dice que la mujer actual se habría visto sometida a una disyuntiva entre sus roles de esposa, madre y profesional.

En este trabajo se analizarán algunos aspectos de esta situación en una población determinada, enfatizando nuestros hallazgos más relevantes.

II. SUJETOS, MATERIAL Y METODO.

Se encuestó un total de 52 voluntarias mujeres, casadas, con hijos, de las cuales 18 fueron dueñas de casa, esposas de funcionarios de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso y 34 funcionarias académicas y no académicas de la misma Institución durante los meses de Julio y Agosto de 1990. Las edades en general fluctuaron entre 23 y 64 años. A la totalidad de la muestra se le aplicó:

1. El cuestionario de Salud Mental en su versión abreviada de 30 items, validado en Chile por Trucco et al. (8).

2. Una entrevista semiestructurada que comprendía contenidos sobre roles de madre y esposa para el grupo de dueñas de casa y ampliado al rol profesional para las funcionarias.

Se empleó el método estadístico descriptivo en la comparación de los 3 grupos ya mencionados.

III. RESULTADOS.

El promedio de edad fue de 37,3 años para las dueñas de casa y 43,5 años para las funcionarias. Estas últimas tuvieron un promedio de 2 hijos mientras que en las primeras éste fue de 3. (Tabla N°1).

En las funcionarias se observó un claro predominio por preferir el rol maternal, seguido por el rol de esposa, luego optaron por ellas mismas y en último lugar por el rol profesional.Es importante destacar que en las no académicas la preferencia por el rol materno fue aún mayor. (Tabla N°2).

Se constató que el porcentaje de encuestadas funcionarias que dejarían de trabajar si tuvieran una considerable capacidad económica para hacerlo fue diferente entre académicas y no académicas. Pero en general la mayoría (89,7%) optó en este caso por que sus esposos siguieran trabajando. (Tabla N°3).

En relación a la motivación laboral de las funcionarias, la necesidad económica surgió como el motivo principal de trabajo para las no académicas, en cambio entre las académicas lo primordial fue la realización personal y secundariamente la necesidad. (Tabla N°4).

En cuanto a las expectativas de ingresos económicos de las funcionarias, tanto académicas como no académicas, cabe destacar que ninguna de ellas piensa que debería tener un sueldo mayor que el de su esposo. (Gráfico N°1).

Referente a la ayuda del esposo en quehaceres del hogar se pudo observar que a pesar de que éstos ayudaban en labores domésticas y crianza de niños, las esposas funcionarias sentían que deberían recibir más colaboración de parte de ellos. Las dueñas de casa obtenían menos ayuda y sin embargo se mostraban más de acuerdo con éste hecho. De todos modos, el porcentaje de ayuda del esposo en general no fue inferior al 38,5%.

Un 72% de las dueñas de casa desearían tener una actividad remunerada fuera del hogar y a un 77,8% el esposo les permitiría hacerlo. No obstante hay conformidad en un 77,8% con el desempeño del papel de ama de casa.

Respecto a las expectativas de roles posteriores al matrimonio, se encontró que las funcionarias se sentían más satisfechas como esposas y madres que las dueñas de casa y específicamente en el aspecto sexual, las funcionarias presentaban gratificación al menos en un 76%, mientras que las amas de casa sólo en un 70%. Se destacó un porcentaje alto de insatisfacción sexual (mucho peor) en estas últimas. (Gráficos N°2, N°3 y N°4).

Finalmente el test de Goldberg arrojó un porcentaje de 20,6% de funcionarias versus 33,3% de dueñas de casa que superarían el nivel de corte normal de 11 puntos en las escalas para ansiedad y depresión. No hubo diferencias entre académicas y no académicas. (Tabla N°5).

IV. DISCUSION Y CONCLUSIONES:

La mujer trabajadora de este estudio se perfilaría entonces de la siguiente manera:

1. Es una mujer que se autoestima y demuestra mayor reconocimiento del trabajo en la valoración personal; más sobresaliente en las académicas. A pesar de estar sometida a stress laboral aparecería como menos portadora de sintomatología angustiosa y depresiva que la mujer que permanece en el hogar.

Al respecto Baruch et al. (2), han sugerido que las mujeres no trabajadoras experimentarían mayor grado de disconfort psíquico que las que trabajan. Estos autores sostienen que el rol de dueña de casa representaría demandas psicológicas mayores, y, menores niveles de control que las mujeres que se desempeñan laboralmente.

2. Es una mujer conservadora y adaptativa en la transacción de sus

roles. Si bien controla su natalidad (X 2 hijos), en primer lugar es madre, anteponiendo los intereses de sus hijos ante cualquier eventualidad y secundariamente es esposa. Se siente más satisfecha en su matrimonio como madre y esposa que las dueñas de casa y en contraste con éstas, sexualmente menos insatisfechas.

La maternidad es uno de los tantos roles asignados a la mujer y altamente valorados por la sociedad. Chorodow señala incluso que la feminidad se define por la fuerte identificación del rol genérico femenino con la madre (3). La mujer experimenta seguridad en sí misma principalmente a través de la responsabilidad, cuidado y satisfacción de las necesidades de los demás (1, 5). Igualmente inherente a ella sería la versatilidad y adaptabilidad casi automática a las circunstancias más diversas. (6) . En este sentido numerosas investigaciones han demostrado que universalmente las mujeres comparten el deseo de combinar la autorrealización con el rol más tradicional: el de ser madre (4).

Por otra parte, Nadelson y Eisenberg en U.S.A. concluyeron que la personalidad femenina se enriquece con el cumplimiento de una actividad profesional, transformándose así la mujer en una madre y esposa más estimulante. Por lo tanto el balance de la dualidad trabajo-matrimonio favorecería el crecimiento personal y conduciría a una relación marital más gratificante (7), como se podría apreciar en éste primer abordaje a la mujer trabajadora.

3. Es una mujer que labora por realización personal y necesidad económica. Más frecuente, esta segunda razón en las no académicas. No aparece como competitiva con su pareja y categóricamente cree que no debe ganar más que sus esposos.

Aunque son ayudadas por ellos en labores domésticas y crianza de hijos, piensan que deberían gozar más de su cooperación, mostrándose menos conformes con esta situación que las dueñas de casa.

En 1978, Mattelart en Chile, al investigar motivaciones para el trabajo en la mujer, encontró que en las clases media y baja la motivación básica era la necesidad de mejorar los ingresos económicos de su familia, en cambio a la mujer de clase media y alta el trabajo le permitía una realización personal e independencia económica (4), fenómeno que coincidiría con nuestras encuestadas.

Otro estudio en madres del Gran Santiago en 1972, demostró que sólo alrededor del 1% recibirían ayuda de sus esposos en asuntos domésticos y de crianza (4). Este dato diferiría claramente con los expresados en las nuestras, cuyas parejas cooperan en una cifra cercana al 40%.

4. Por último, la mujer no trabajadora en su mayoría quisiera trabajar y su esposo se lo permitiría. No obstante, no lo lleva a cabo, exhibiendo paradojalmente una conformidad pasiva y dependiente con su status de ama de casa.

Como corolario, creemos necesario comentar que dado lo reducido del universo encuestado, y por ende la obtención de datos tiende más bien al censo que a lo estadísticamente significativo, es que nuestros resultados serían solamente preliminares y descriptivos, válidos para esta muestra específica. Creemos sí, que esta exploración primaria a la problemática de roles de la mujer debería extenderse a otro tipo de universos laborales más amplios. Por otro lado, nos llama la atención las varias coincidencias habidas con la literatura y la discrepancia en cuanto al cambio de actitud de los esposos desde los comienzos de la década de los 70 hasta la actualidad.

Surgirían por tanto, algunas interrogantes acaso polémicas, tales como: ¿En verdad la actividad laboral protegería psicológicamente a la mujer?; ¿ Realmente existiría hoy un conflicto de roles en ella?; ¿Definitivamente la actitud del varón frente al ajuste de roles femeninos se ha modificado en pro de su facilitamiento?

V. REFERENCIAS

1. Baker Miller J. "Toward a New Psychology of Women". Boston Beacon Press (1977).

2. Baruch G., Bience L. and Barnett R. "Women and Gender in Research on Work and Family Stress". American Psychologist, 42, 130-136 (1987).

3. Chorodow N. "The Reproduction of Mothering: Psychoanalysis and the Sociology of Gender". Berkerly, University of California Press (1978).

4. Covarrubias P. y Franco R. "Chile: Mujer y Sociedad". Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. UNICEF (1978).

5. Gilligan C. "In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development". Cambridge. Harvard University Press (1982).

6. Lombroso G. "El Alma de la Mujer". Emecé Editores. Buenos Aires (1962).

7. Nadelson T. and Eisemberg L. "The Successful Professional Women: On Being Married to One". The Am. Journal of Psychiatry, 134: 10, October (1977).

8. Trucco M., Campusano M. E. y Larraín S. "Un Cuestionario para Detectar Desórdenes Emocionales. Estudio de Validación Preliminar". Rev. Chil. Neuropsiquiat. 17 (1): 20-25 (1979).

VI. RECONOCIMIENTOS

Nuestros sinceros agradecimientos a todas (os) aquellas (os) que de alguna manera colaboraron desinteresadamente en la realización de este trabajo, en especial al Instituto de Matemáticas y Física de la Universidad de Valparaíso.

TABLA N° 1

DATOS DEMOGRAFICOS

	FUNCIONARIAS	DUEÑAS DE CASA
EDAD $\bar{X}$ (AÑOS)	43,5	37,3
N° HIJOS $\bar{X}$	2,0	3,0

TABLA N° 2

ORDEN DE PREFERENCIA DE ROLES EN MUJERES FUNCIONARIAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE VALPARAISO

ROLES	ACADEMICAS	NO ACADEMICAS
MATERNAL	PRIMERA	PRIMERA (I)
CONYUGAL	SEGUNDA	SEGUNDA
PERSONAL	TERCERA	TERCERA
LABORAL	CUARTA	CUARTA

TABLA N° 3

PORCENTAJE DE FUNCIONARIAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE VALPARAISO QUE DEJARIAN DE TRABAJAR SI TUVIESEN CAPACIDAD ECONOMICA CONSIDERABLE

	ENCUESTADAS		
DEJA DE TRABAJAR	ACADEMICAS	NO ACADEMICAS	TOTAL FUNCIONARIAS
SI	25 %	66,7 %	47,1 %
NO	75 %	33,3 %	52,9 %
TOTAL	100 %	100,0 %	100,0 %

TABLA N° 4

MOTIVACIONES PARA TRABAJAR EN FUNCIONARIAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE VALPARAISO

MOTIVOS	ACADEMICAS	NO ACADEMICAS
REALIZACION PERSONAL	12,5 %	5,55 %
NECESIDAD ECONOMICA	6,25 %	33,35 %
SOCIABILIDAD	0,0 %	0,0 %
IMPOSICION	0,0 %	0,0 %
REALIZACION PERSONAL Y NECESIDAD ECONOMICA	75,0 %	50,0 %
REALIZACION PERSONAL Y SOCIABILIDAD	6,25 %	0,0 %
NECESIDAD ECONOMICA E IMPOSICION	0,0 %	5,55 %
REALIZACION PERSONAL, NECESIDAD ECONOMICA Y SOCIABILIDAD	0,0 %	5,55 %
TOTAL	100,00 %	100,00 %

TABLA N° 5

TEST DE GOLDBERG

E N C U E S T A D A S

	FUNCIONARIAS	DUEÑAS DE CASA
PORCENTAJE TOTAL	20,6 %	33,3 %

GRAFICO N° 1

EXPECTATIVAS DE SUELDOS DE LAS FUNCIONARIAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE VALPARAISO EN RELACION A SUS ESPOSOS

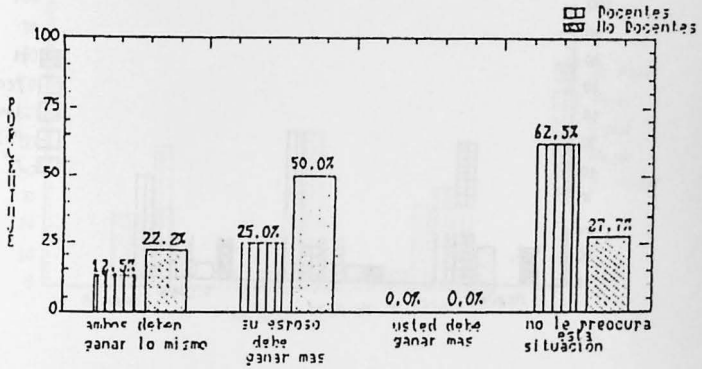


GRAFICO N° 2

EXPECTATIVAS POST MATRIMONIALES DEL ROL DE ESPOSA EN LAS FUNCIONARIAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE VALPARAISO

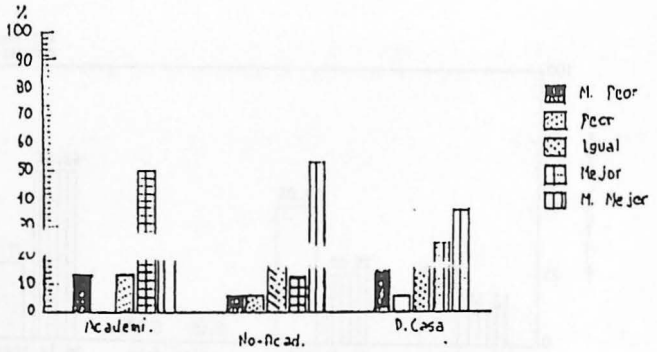


GRAFICO N° 3

EXPECTATIVAS POST MATRIMONIALES DEL ROL DE MADRE EN LAS FUNCIONARIAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE VALPARAISO

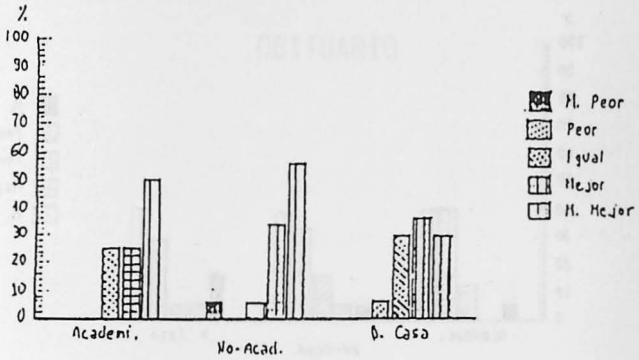
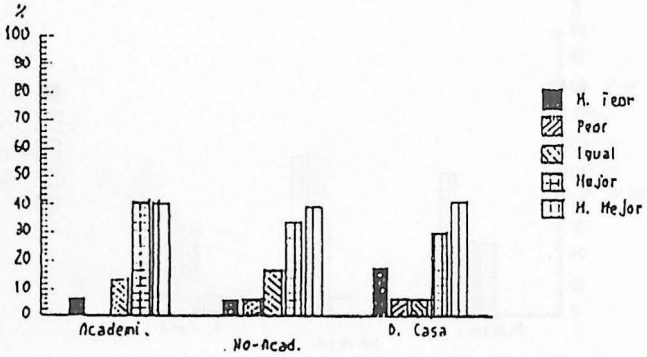


GRAFICO N° 4

EXPECTATIVAS POST MATRIMONIALES DEL ROL SEXUAL EN LAS FUNCIONARIAS DE LA FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE VALPARAISO



OBITUARIO

DR. CARLOS REUSSI †

Ha fallecido recientemente en Buenos Aires el distinguido médico argentino **Profesor Dr. Carlos Reussi.** Al momento de su muerte, era el Presidente de la Asociación Médica Latinoamericana con sede en la Asociación Médica Argentina de Buenos Aires. Hacía pocos meses, que había presidido el 1° Encuentro Médico Latinoamericano organizado por ambas Asociaines

El Dr. Reussi era todo un personaje, una figura destacada de la Medicina Argentina y Latinoamericana. Hizo una carrera profesional llena de logros y distinciones. Su currículum es tan abundante que es imposible reproducirlo en estas breves líneas de recuerdo y homenaje. Cito algunas de las principales distinciones: Académico de la Academia de Medicina de México, de Córdoba (Argentina), Doctor Honoris Causa de la Facultad de Medicina del Uruguay. Profesor de la Facultad de Medicina de la Plata, Profesor titular de la X Cátedra de Medicina de Buenos Aires. Miembro o Presidente Honorario de las Sociedades Médicas de Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Guatemala, México, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela. Presidente de la Asociación Médica Argentina por varios períodos, y Presidente de la Asociación Médica Latinoamericana (Buenos Aires). Fué un destacado Médico Internista, Hematólogo y Gastroenterólogo. Publicó numerosas comunicaciones de sus trabajos científicos, recibiendo algunos de ellos importantes distinciones y premios, como: Premio Angela Iglesias de Llano de la Academia de Medicina, Argentina; el Premio Luis Agote de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, en varias oportunidades; Premios de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires, en varias oportunidades; Premios de la Asociación Médica del Hospital Rivadavia; Premio Fundación Mariano R. Castex, etc. Fué nominado por diversas instituciones Maestro de la Medicina Interna, de la Hematología, de la Gastroenterología y de la Tisiología y la Patología Torácica.

El Dr. Reussi fué el gran impulsor de la colaboración médica argentina-chilena, especialmente con la Medicina de Valparaíso y Viña del Mar. Gracias a él, a su empuje y generosidad, el 27 de Julio de 1987, se firmó una Acta de Entendimiento entre la A.M.A y la Universidad de Valparaíso, auténtico convenio de intercambio y apoyo académico entre ambas instituciones, vigente hasta el día de hoy. Gracias a este convenio desde esa fecha hasta el presente, se ha generado un intercambio muy numeroso de profesores de ambos países que han intervenido en eventos médicos realizados en Argentina (Buenos

† El DR. REUSSI, falleció el 15 de Abril de 1993 a la edad de 83 años, en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Aires, Córdoba) y Chile (Valparaíso, Viña del Mar). Hace unos pocos días, entre el 2 y 3 de Abril, se realizaron, dentro de este marco académico, las "Segundas Jornadas Chileno-Argentinas de Neurología" con la participación de distinguidos médicos de ambos países.

A través de sesenta años en la Medicina, el Dr. Reussi no sólo acumuló prestigio e incontables honores. En su amplia residencia de Buenos Aires, en la calle Venezuela cerca del viejo barrio de San Telmo juntó una cantidad impresionante de cosas, objetos y obras de arte que constituyen un verdadero Museo. El Dr. Reussi decía "esta casa pertenece a la Historia de la Medicina", pero, como dijo un periodista que la visitó, en aquella casa "hay tantas cosas que existe un holgado lugar para muchas otras historias". En realidad, en la vida de Reussi hay muchas historias y muchas de ellas se seguirán contando porque su espíritu era una fuente inagotable de motivaciones e inquietudes.

Para terminar esta crónica breve, nada mejor que recordar, que en sus últimos años, gustaba de poner énfasis en sus sabias y entretenidas intervenciones, que lo primordial en un buen médico es el amor. No hay medicina si no hay amor.

DR. C.S.L.

DR. ROBERTO GAJARDO TOBAR †

En primer lugar, deseo expresar las condolencias que el Sr. Decano de la Facultad de Medicina, de la Universidad de Valparaíso, me ha encargado transmitir en su nombre.

Del mismo modo, se me ha pedido representar aquí el sentir y pesar de la Sociedad Chilena de Parasitología y de sus muchos amigos parasitólogos de Santiago, que no podrán estar presentes hoy, en este homenaje, por razones académicas, pero que, al igual que la Universidad de Valparaíso sienten la pérdida de un hombre notable e intelectualmente un personaje de la Parasitología Regional y Nacional.

La Universidad expresa el dolor que produce el alejamiento de uno de sus distinguidos profesores, el que contribuyó en forma importante en la génesis de la Escuela de Medicina de Valparaíso y que logró formar una Cátedra, con discípulos que han continuado su labor y sus ideas, algo no tan frecuente en los días que corren.

Finalmente, en lo personal, quiero referirme a los sentimientos que produce en los discípulos la pérdida del Maestro. Hace unos momentos,comentaba que ello se siente como si hubiese muerto nuestro padre. Y es que, en esa formación docente de un discípulo, en la que su maestro le enseña más con el ejemplo de sus decisiones y acciones que con mera información, se van forjando lazos de amistad y cariño, situaciones y conceptos de identidad entre ambos, que la relación llega a identificarse con aquella de padres a hijos. Y el Profesor Gajardo actuó más como un padre que como el jefe de un grupo.

Experimentamos una sensación de soledad. Pues, si bien el Profesor Gajardo seguirá viviendo en nuestros recuerdos y en la formación académica que nos regaló, ya no estará allí para comentar con nosotros alguna situación nueva o para entregarnos el consejo oportuno y templado de su experiencia.

Puesto que gran parte de lo que somos académicamente ha sido moldeado por el maestro, creo que el mejor homenaje que podemos hacerle es la evidencia de nuestro quehacer pasado, presente y futuro como sus seguidores y representantes. El nos dió raíces académicas, emparentándonos con la Escuela Chilena de Parasitología y con ello la responsabilidad de transmitir esa antorcha intelectual, en el marco de cordialidad y superación, de caballerosidad, orgullo y respeto universitarios, los que felizmente no se han perdido en estos tiempos de pragmatismo con dudosa moralidad de fondo.

Por último, nos legó algo difícil de emular a la manera que él lo practicó. Su actitud de dedicación y entrega,

su imagen y acciones de hombre bueno, de médico humano y humanitario.

Estas palabras no representan una despedida. Simplemente son una forma de hacer público el compromiso de sus discípulos, de seguir adelante con la obra del maestro. No será lo mismo ahora que él no está presente. Pero, frente a las decisiones trascendentes, lo mismo que ha ocurrido siempre en estas circunstancias desde que existe la humanidad, nos preguntaremos : ¿ y el papá, qué habría hecho en este caso ?. Entonces surgirá el consejo, esta vez de la formación y recuerdos que guardemos del Maestro.

El Profesor Gajardo sigue viviendo en nosotros!

Profesor Benjamín Subercaseaux.

UNIVERSIDAD

DE

VALPARAISO

C H I L E