

eISSN: 1885-5210

Journal of Medicine and Movies

Volume 18, Number 4, December 2022

DOI: <https://doi.org/10.14201/rmc2022184>



Revista de Medicina y Cine

Volumen 18, Número 4, diciembre de 2022

DOI: <https://doi.org/10.14201/rmc2022184>



Ediciones Universidad
Salamanca



e-ISSN: 1885-5210 – DOI: <https://doi.org/10.14201/rmc2022184>

CDU: 6:791.4 – IBIC: Medicina (M); Cine, televisión y radio (AP) – BIC: Medicine (M); Film, TV & Radio (AP) – BISAC: Medical / General (MED000000); Performing Arts / Film / General (PER004000)

VOL. 18, n. 4 (2022)

EDICIONES UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

COMITÉ DE REDACCIÓN / EDITORS AND EDITORIAL BOARD

EDITORES / EDITORS

José Elías García Sánchez *Universidad de Salamanca (España)*. Enrique García Sánchez *Universidad de Salamanca (España)*.

SECRETARIOS DE REDACCIÓN / EDITORIAL ASSISTANTS

Josep E. Baños Díez *Universitat de Vic Universitat Central de Catalunya (España)*. María José Fresnadillo Martínez *Universidad de Salamanca (España)*. Elena Guardiola *Universitat de Vic Universitat Central de Catalunya (España)*. Angel Martín del Rey *Universidad de Salamanca (España)*. Laura María Moratal Ibáñez *Universidad de Buenos Aires (Argentina)*. Jordi Pérez Sánchez *Universitat Pompeu Fabra (España)*.

ASESORES TÉCNICOS / TECHNICAL ADVISER

Enrique García Merino *IES Martínez Uribarri, Salamanca (España)*. María García Moro *IQVIA España (Madrid)*.

CONSEJO DE REDACCIÓN / EDITORIAL BOARD

Wilson Astudillo Osakidetza *Servicio Vasco de Salud, San Sebastián (España)*. Oscar Bottasso Lazareschi *Universidad Nacional de Rosario (Argentina)*. José Lázaro González *Hospital Virgen de la Concha, Zamora (España)*. María Lucila Merino Marcos *Hospital Universitario de Salamanca (España)*. Francisco S. Lozano Sánchez *Universidad de Salamanca (España)*.

CONSEJO ASESOR / ADVISORY COUNCIL

Miguel Abad Vila *SER GAS-Servicio Gallego de Salud, Ourense (España)*. Adriana Isabel Alberti *Universidad de Buenos Aires (Argentina)*. Oscar Arteaga Herrera *Universidad de Chile (Chile)*. Matías Astroza Rodríguez, *Quipú Psicólogos, Madrid (España)*. Marta Badía Corbella *Universidad de Salamanca (España)*. Javier Bordallo Landa *Universidad de Oviedo (España)*. Antonio Carreras Panchón *Universidad de Salamanca (España)*. Antonio Casado da Rocha *Universidad del País Vasco, San Sebastián (España)*. Isabel Díaz *Universidad de Buenos Aires (Argentina)*. María Cristina Echegoyen *Universidad de Buenos Aires (Argentina)*. Alberto Enrique D' Ottavio *Universidad Nacional de Rosario (Argentina)*. Silvia Debenedetti *Universidad Nacional de La Plata (Argentina)*. Carmen de la Fuente Hontañón *SACYL Valladolid (España)*. Juan Bautista García Casas *Universidad de Oviedo (España)*. Diego Andrés Golombek *Universidad Nacional de Quilmes / CONICET (Argentina)*. John Mario González *Universidad de los Andes (Colombia)*. Pablo González Blasco *Universidad de Sao Paulo Director Científico de SOBRAMFA (Brasil)*. Rogelio Hernández Pando *Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (Mexico)*. Lucía Lázaro Martín *Hospital Infanta Cristina de Badajoz (España)*. María Pilar Martínez Hidalgo *Universidad de Salamanca (España)*. Iñigo Marzabal Albaina *Universidad del País Vasco, Vizcaya (España)*. Alfredo Menéndez Navarro *Universidad de Granada (España)*. María Ángeles Moro Donoso *ASPAC Salamanca (España)*. Carlo Orefice *Universidad de Florencia (Italia)*. Federico Miguel Pérgola *Universidad de Buenos Aires (Argentina)*. Verónica Pastori *Universidad de Buenos Aires (Argentina)*. Sanghamitra Pati *Indian Institute of Public Health Bhubaneswar (India)*. Juan Carlos Picena *Universidad Nacional de Rosario (Argentina)*. Ricardo I. Piñero Moral *Universidad de Navarra (España)*. Juan José Poderoso *Universidad de Buenos Aires / Conicet (Argentina)*. Patricia Maria Rabelo Annes *Universidad de Pernambuco (Brasil)*. Juan Antonio Rodríguez Sánchez *Universidad de Salamanca (España)*. Jesús Santos Velasco *Universidad de Extremadura, Plasencia (España)*. Jesús Seco Calvo. *Universidad de León (España)*. Mercedes Santos Vivas *Sermas Madrid (España)*. María Cristina Tarrés *Universidad Nacional de Rosario (Argentina)*. Zebbron Thole *Chainama College of Health Sciences (Zambia)*. Ignacio Trujillano Martín *Universidad de Salamanca (España)*.

MOTIVO DE CUBIERTA

CC BY NC ND Antonio Blanco Mercadé y Agustín Hidalgo Balseira.

Revista de Medicina y Cine / Journal of Medicine and Movies es una publicación fundada por José Elías García Sánchez y Enrique García Sánchez, que analiza los contenidos biosanitarios del cine y otras artes (literatura, pintura, comic, etc.) con fines educativos, discursivos, de mentalización y divulgación. La revista está publicada de forma on-line, es gratuita y bilingüe (español y / o inglés) y tiene una periodicidad trimestral. Está dirigida a los profesionales de ciencias de la salud, educación, comunicación y cine y a la población en general. Se encuentra indexada en: SciELO, <http://scielo.isciii.es/>; IBECs, <http://ibecs.isciii.es/>; BVSALUD <https://bvsalud.org/es/>; REDIB, https://redib.org/Record/oi_revista5123-revista-de-medicina-y-cine; Miar, <http://miar.ub.edu/issn/1885-5210>; DOAJ, <https://www.doaj.org/toc/1885-5210>; Dialnet, <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=15955>; ERIH-PLUS, <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/erihplus/periodical/info.action?id=490143>; Dulcinea, <https://www.accesoabierto.net/dulcinea/ficha1819>; Sherpa/Romeo, <http://sherpa.ac.uk/romeo/search.php?issn=1885-5210&la=es>, Google Scholar Metrics (2014-2018), Índice H 7 - Ciencias de la salud ciencias>> Biomédicas; Comunicación https://www.researchgate.net/publication/336532857_Indice_H_de_las_revistas_cientificas_espanolas_en_Google_Scholar_Metrics_2014-2018

REALIZA: Publicaciones Académicas

Ni la totalidad ni parte de esta revista puede reproducirse con fines comerciales sin permiso escrito de Ediciones Universidad de Salamanca. A tenor de lo dispuesto en las calificaciones *Creative Commons* CC BY-NC-ND y CC BY, se puede compartir (copiar, distribuir o crear obras derivadas) el contenido de esta revista, según lo que se haya establecido para cada una de sus partes, siempre y cuando se reconozca y cite correctamente la autoría (BY), siempre con fines no comerciales (NC) y sin transformar los contenidos ni crear obras derivadas (ND).





e-ISSN: 1885-5210 – DOI: <https://doi.org/10.14201/rmc2022184>

CDU: 6:791.4 – IBIC: Medicina (M); Cine; televisión y radio (AP) – BIC: Medicine (M); Film; TV & Radio (AP) –

BISAC: Medical / General (MED000000); Performing

Arts / Film / General (PER004000)

VOL. 18; n. 4 (2022)

CONTENIDO / CONTENTS

OBITUARIO / OBITUARY

In memoriam. Agustín Hidalgo Balsera Enrique García Sánchez	307
--	-----

EDITORIALES / EDITORIALS

<i>La parábola del buen samaritano y la transformación de los cuidados</i> Agustín Hidalgo Balsera; María González-García	309
--	-----

ARTÍCULOS / ARTICLES

El pabellón de oficiales (2001): <i>Heridas faciales en la Primera Guerra Mundial</i> Emilio Pintor Holguín; Nieves Martínez Alsina; María Rosa García villalobos; Carmen Martín Carreras-Presas; Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas	315
---	-----

<i>Koe no katachi (A silent voice)</i> (2016) de Naoko Yamada: diversidad funcional, acoso escolar e ideación suicida en la adolescencia en el cine de animación japonés Miguel Abad Vila.....	329
---	-----

El cine debate y la formación humana en las carreras de la salud. Experiencia cubana Rosa María Medina Borges; Kenia Bárbara Díaz Pérez; Amalia Yolanda Álvarez Medina	337
--	-----

A propósito de <i>Yo, Daniel Blake</i> (2016): diagnóstico clínico social y burocratización del sistema de salud Janet Cordori-Carpio; Ricardo Chávez-Bautista; Alejandra Chávez-Escate; Mario Carrión-Chambilla; Hans Contreras-Pulache.....	347
---	-----

Cine para realizar evaluaciones formativas de psicología en tres grados diferentes de la Universidad Pompeu Fabra (UPF) Jorge Pérez; Eva Baillès	357
---	-----

DISTRIBUCIÓN DE TRABAJOS POR SECCIONES PARA EL NÚMERO 4

<i>Hasta el último hombre</i> (2016) y el personal médico de la Sanidad Militar de Euzkadi durante la Guerra Civil (1936-1937) Aritz Ipiña Bidaurrezaga.....	365
<i>En torno al concepto de salud y enfermedad. Un dialogo entre la medicina, la literatura y la filosofía</i> Agustín Hidalgo Balsera; María González-García; Sara González-Rodríguez; Javier Bordallo Landa.....	377
<i>Enfermedad y relación de pareja</i> Agustín Hidalgo Balsera; Begoña Cantabrana Plaza.....	391

MEDICINA EN FOTOGRAMAS / MEDICINE IN FILM STILLS

Fotogramas

<i>La cara dañina y peligrosa del deporte: lo que revela secretos del deporte: Punto de break</i> (TV) (2021) Gioconda Carmen Del Pilar Oré-Ccoyllar; Hans Contreras-Pulache.....	405
<i>Asia (2021): visión de una enfermedad crónica degenerativa</i> Gabriela Cevallos-Solorzano; Natalia Bailon-Moscoso	411

REVISORES / REVIEWERS

Revisores del año 2022.....	421
-----------------------------	-----

In memorian. Agustín Hidalgo Balsera

Enrique García Sánchez. Universidad de Salamanca (España).



Fuente: IUOPA. <https://www.unioviedo.es/IUOPA/>

Agustín Hidalgo Balsera era médico y doctor en Medicina y Cirugía. Catedrático de Farmacología en la Universidad de Oviedo. Pero, por encima de todo, era una buena persona y un buen amigo y por estos motivos lo recordaremos siempre.

Su perfil profesional se podría definir por múltiples facetas: médico, humanista, investigador, docente, gestor, ... y preocupado por la calidad universitaria.

Nos conocimos hace casi 20 años. Era un momento complicado para él a nivel de salud

y, sin embargo, probablemente gracias a mi insistencia, se enroló en una nueva aventura. Iniciamos juntos la evaluación de la calidad de los programas de doctorado en el ámbito de las Ciencias de la Salud. Por aquellas fechas se había constituido la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), desarrollando lo previsto en el artículo 32 de la Ley Orgánica 6/2001, de 21 de diciembre, y se había procedido a convocar el programa de «Mención de Calidad en los programas de doctorado de las

universidades públicas y privadas sin ánimo de lucro».

Desde ese momento, en el que después de numerosas conversaciones telefónicas, nos pudimos conocer en Madrid, debo confesar que para mí fue un lujo compartir con él tantas y tantas cosas. Madrid, nuestro punto inicial de encuentro, en las instalaciones iniciales de ANECA, fue nuestro nexo de unión. Hace pocos días, recordando a mi buen amigo Agustín, le comenté a mi interlocutora que la mejor aportación que he tenido de ANECA a nivel personal ha sido conocer a gente fantástica.

Desde el primer encuentro hubo una magnífica sintonía. Compartimos, entre otras muchas cosas, evaluaciones académicas, actividades docentes, modelos de innovación e investigación educativa, conversaciones de profundo calado, películas de cine, paseos, ... y por supuesto alguna que otra comida. En mis innumerables visitas a Oviedo, unas demasiado rápidas y otras reposadas, siempre tuvimos momentos para disfrutar de lo que nos unía y nos apasionaba.

Seguramente somos muchos los que compartimos momentos entrañables con Agustín Hidalgo y muchos de ellos hablarán de él desde diferentes perspectivas, unos hablarán de su procedencia extremeña, otros de su formación en Madrid o de sus logros profesionales. Yo no voy a comentar nada de su interés por la investigación (miembro de comisiones especializadas y revistas de investigación, evaluador de proyectos de investigación, publicaciones, etc.) ni de su dedicación a la gestión (cargos universitarios, comisiones de evaluación de la calidad universitaria,...) ni tan siquiera de las tantas y tantas

cosas conseguidas en las múltiples iniciativas que tenía, porque considero que no forman parte del trasfondo de esta breve reflexión en torno a Agustín.

Puedo afirmar, que, a lo largo de todos estos años de amistad, el profesor Hidalgo Balsera fue un gran universitario en todos los sentidos. Defensor convencido de la universidad pública. Crítico con los vaivenes legislativos que tanto han empobrecido a las universidades. Agustín destacaba por su relación cordial con todos los integrantes de la comunidad universitaria. Ha sido un profesor querido y admirado por sus estudiantes. Tenía una visión muy innovadora de la docencia universitaria donde fomentaba el trabajo en equipo y la lectura crítica. Disfrutaba impartiendo clases y le encantaban los debates y los retos. Le preocupaba la FORMACIÓN SANITARIA, la FORMACIÓN EN VALORES y la FORMACIÓN HUMANÍSTICA de los estudiantes. En pocas palabras era un DOCENTE con mayúsculas.

Me resulta difícil plasmar en estas líneas sus innumerables cualidades y el gran sentido común que tenía. Pero si tengo muy claro es que nos ha dejado un buen profesor, un buen investigador, una persona comprometida y sobre todo un buen amigo. Ha dejado un gran vacío en muchos de nosotros y ahora es el momento de pensar en lo que aprendimos de él.

Desde la Revista de Medicina y Cine, con la que siempre colaboró intensamente, seguiremos publicando los escritos que nos dejó nuestro amigo Agustín, escritor y comunicador incansable.

Desde mi recuerdo a vuestro marido y padre os envío, Begoña, Claudio e Iñigo, todo mi cariño.

ISSN electrónico: 1885-5210

DOI: <https://doi.org/10.14201/rmc.30621>

LA PARÁBOLA DEL BUEN SAMARITANO Y LA TRANSFORMACIÓN DE LOS CUIDADOS

The Parable of the Good Samaritan and the Transformation of Care

Agustín HIDALGO BALSERA  (✉); María GONZÁLEZ-GARCÍA 

Área de Farmacología (Departamento de Medicina). Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Oviedo (España). Instituto Universitario de Oncología del Principado de Asturias (IUOPA). Fundación Bancaria Caja de Ahorros de Asturias. Instituto de Investigación Sanitaria de Asturias (ISPA).

Correo electrónico: hidalgo@uniovi.es; maguig87@hotmail.com

El Evangelio de San Lucas (capítulo 10, versículos 25-37) cuenta la siguiente historia: un judío que va de Jerusalén a Jericó cae en manos de unos salteadores que le despojan de cuanto lleva encima y le dejan malherido. Pasan por su lado un sacerdote y un levita, pero no se detienen. En cambio, un samaritano que pasa por allí se le acerca, le ayuda, le venda las heridas, lo lleva a una posada y lo cuida. Es un samaritano, perteneciente al estrato más despreciado de la sociedad judía, quien siente compasión y no duda en acompañar al judío herido. Esta parábola, es una invitación a la fraternidad, vínculo que une a todos sin distinciones, una orientación didáctica a la caridad y a la misericordia que están en la raíz más profunda de la necesidad de cuidados, de cuidarnos.

Una de las cuestiones que ha dejado clara la pandemia por COVID-19 es la necesidad de los cuidados. No ya sólo de los cuidados como realidad personal e individual sino de una consciencia

social de cuidados, de los cuidados colectivos a los que todos estamos invitados a participar y a los que todos, independientemente de nuestro estatus y formación, tenemos la obligación ciudadana de contribuir.

Pero las teorías y prácticas de cuidados han sufrido modificaciones más allá de la parábola antedicha. La pandemia ha establecido de forma clara que las formas de respuesta tradicional a la demanda de cuidados, fundada en la familia y la mujer y, en situaciones extremas, en la beneficencia, es una respuesta incompleta, obsoleta y, con frecuencia, tan ineficaz que sólo aporta alivio transitorio a cuestiones de un enorme peso social y humano¹. La pandemia por COVID-19 nos ha hecho ver que la necesidad de cuidados no es una abstracción, que los cuidados trascienden, deben trascender el compromiso individual, el componente exclusivamente femenino, la implicación exclusiva de individuos, para convertirse en cuidados sociales, en cuidados que impliquen

a toda la sociedad democrática. La conciencia de la extrema fragilidad y vulnerabilidad humanas generadas por la COVID-19 ha revelado que los sistemas tradicionales consolidados de respuesta a la necesidad de cuidados han resultado insuficientes y, en consecuencia, no han faltado voces que demanden una mejor y mayor organización social de la prestación de cuidados en las sociedades democráticas, dado que «En un contexto patriarcal, el cuidado es una ética femenina, mientras que en contexto democrático, el cuidado es una ética humana»².

Pero ¿qué significa cuidar? Según la RAE, pueden asociarse a cuidar términos como diligencia, atención, solicitud, asistir o guardar, vocablos que remiten a una disposición y a una actitud especial que acompaña la acción de cuidar. Así mismo, se reconocen cuatro actitudes en el cuidado: atención, la responsabilidad, la competencia y la capacidad de respuesta. Considera Victoria Camps¹ que «Cuidar consiste en una serie de prácticas de acompañamiento, atención, ayuda a las personas que lo necesitan, pero es al mismo tiempo una manera de hacer las cosas, una manera de actuar y relacionarnos con los demás. [...] Cuidar implica desplegar una serie de actitudes que van más allá de realizar unas tareas concretas de vigilancia, asistencia, ayuda o control; el cuidado implica afecto, acompañamiento, cercanía, respeto, empatía con la persona a la que hay que cuidar. Una relación que debe ocultar la asimetría que por definición la constituye»¹. Implica, por tanto, Victoria Camps a buena parte de las competencias que definen el buen hacer del personal sanitario. Pero, además, los cuidados son un valor en sí mismos, y lo son porque son imprescindibles para la prosperidad y la cohesión social. Y han llegado a equipararse, en cuanto a valor, al de la justicia. El hombre al nacer no puede valerse por sí mismo y a lo largo de su vida sigue necesitando a sus conciudadanos, dependiendo de sus cuidados, sobre todo

cuando enferma y cuando envejece: somos vulnerables y dependemos unos de otros.

Vivimos un tiempo de cuidados, un tiempo en el que los avances científicos y tecnológicos han provocado, como consecuencia de una inadecuada respuesta social, desigualdades galopantes, exclusiones, pobrezas y marginaciones que, a todas luces, nos resultan incomprensibles y se nos revelan como injustas, como un desprecio a la justicia distributiva impuesta por el liberalismo económico^{3,4}. Naturalmente, a esta situación ha contribuido el desarrollo científico y técnico aplicado a la salud que ha conseguido que «La esperanza de vida aumente, pero no sabemos si lo hace de manera adecuada»⁵, expresión próxima a la enunciada por Miguel Delibes tiempo antes, según la cual «La medicina ha prolongado nuestra vida pero no nos ha facilitado una buena razón para seguir viviéndola».

Es innegable, que, en los últimos 70 años, coincidiendo con el desarrollo espectacular de la farmacología y de la tecnología sanitaria, la expectativa de vida ha aumentado considerablemente y, con ella, la necesidad de cuidados. Esta necesidad llega más tarde porque la medicina ejerce un control eficaz sobre la enfermedad. Pero, inexorablemente, la cronicidad y las limitaciones físicas y emocionales llegan; más tarde, pero llegan y esto obliga a disponer de mecanismos de dispensación de cuidados que asuman la flexibilidad y la adaptación a los contextos que suponen cuidar a una persona con nombre y apellidos, que vive una situación personalizada, con rasgos comunes a otras personas con patologías similares, de un modo específico e intransferible. Porque «Tratar un órgano enfermo no es lo mismo que hacerlo con solicitud hacia quien está necesitando atención porque es un paciente, una persona que padece y reclama que le hagan caso»¹.

Además, se asume que los cuidados deben salir de la esfera privada y deben concebirse como un valor público y un conjunto de prácticas públicas, aun reconociendo que el cuidado

es altamente personal. Así mismo, se asume que «sin una concepción más pública del cuidado es imposible mantener la sociedad democrática»⁶ entre otras cosas porque la atención a los problemas de salud colectiva deben ser atendidos por los gobiernos con la colaboración ciudadana. En este sentido, han surgido algunas propuestas que deben estimarse, tales como: a) Que se incluya un tiempo de conversación en el tiempo de consulta asignada a cada paciente porque reduciría tensiones emocionales, aumentaría la confianza mutua entre médico y enfermo y el enfermo resultaría mejor informado y cuidado⁶, y b) Adaptar las actuaciones profesionales, no sólo en tiempo de crisis, sino también en la práctica clínica diaria a una *ética del cuidado* a todos los niveles, desde el de la investigación al de la administración⁷.

Por otra parte, también se considera que deben implementarse algunas virtudes imprescindibles para el buen funcionamiento de los cuidados liderados por la administración pública tales como 1. La confianza en las instituciones, 2. La empatía, al menos en su sentido tradicional de *Tratar a los demás como quisieras que te trataran a ti*; 3. Flexibilidad, entendida como el arte de atender al sujeto concreto en lugar de ver su problema como un caso igual a muchos otros, independientemente de quien lo encarne; y 4. Diligencia en la toma de decisiones y en la gestión de las situaciones.¹ Estas cuestiones son particularmente mejorables en nuestro país dado el daño causado por las políticas fiscales de los últimos años que debilitan los servicios sociales por problemas estructurales y de recortes presupuestarios, vulnerando los derechos de las personas que encuentran dificultades para acceder al sistema de protección social^{1, 8}.

Una última cuestión que debe resolverse es la dicotomía entre curar y cuidar. Tradicionalmente, curar es una competencia médica y cuidar una competencia de enfermería. Sin embargo, con el desarrollo constitucional de nuestro país⁹, la

mujer ha podido limitar los cuidados familiares suprahumanos que ha ejercido durante buena parte de la historia de la humanidad y se ha incorporado a nuevas funciones sociales, mientras que otras profesiones sanitarias y no sanitarias han adquirido competencias en cuidados y, actualmente, conforman un importante nicho de empleo. ¿Deben los médicos incorporar competencias formativas más allá de las de curar y ayudar a morir? El Informe Hastings Center *Los fines de la medicina*¹⁰ concluyó que la medicina no puede limitarse únicamente a curar, sino también a prevenir la enfermedad, cuidar a quien no tienen curación y ayudar a morir. Dado que el Informe Hasting es de los años 90 del siglo pasado y que los planes de estudio han sido modificados al menos en dos ocasiones desde entonces, consideramos que buena parte de las propuestas del mismo están operativas en la formación de Grado y albergamos la esperanza de que los nuevos médicos hagan un uso apropiado de las mismas.

La atención a los cuidados parece haber calado también en la gestión sanitaria y ya se habla abiertamente de la formación de *líderes blandos* que incorporen a sus competencias de gestión sanitaria aspectos como la sostenibilidad, el liderazgo transformador, la atención en valor y los procesos centrados en el paciente, la ciencia de datos y el enfoque humanístico en el manejo de equipos. Se pretende, de esta forma, *poner al paciente en el centro de la gestión sanitaria*, como forma de aproximación a las teorías de la *práctica clínica centrado en el paciente*¹¹. Actualmente, La Sociedad Española de Directivos de la Salud (SEDISA) promueve la implantación en la Universidad Europea de Madrid de un Grado en Gestión Sanitaria que reúna estas competencias¹². Es deseable que estos gestores blandos adquieran la consciencia de que la ética del cuidado «Exige flexibilidad, adaptación a los contextos, actuación desde circunstancias que no son iguales, aunque lo parezcan... y que cuidar es, precisamente, asistir a una persona con nombre

y apellidos, que vive una situación generalizada, pero de un modo específico e intransferible; que la ética del cuidado en una democracia es una ética de reparto de responsabilidades»¹ y no una prescripción generalizada y uniforme. Será importante, también que cuiden de no diluir el humanismo médico entre la panoplia económica y procedimental que suele caracterizar a estas prácticas porque «No tiene sentido establecer dicotomías tajantes entre conocimientos biomédicos, humanísticos y sociológicos porque en la práctica clínica es imposible separar los hechos y los valores de muchos tipos que se amalgaman en la realidad de la enfermedad y en la vivencia del enfermo»¹³.

Referencias

1. Camps V. Tiempo de cuidados. Otra forma de estar en el mundo. Barcelona: Arpa and Alfíl Ediciones; 2021.
2. Gilliam C. La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino. México: Fondo de Cultura Económica; 1994.
3. Stuckler D, Basu S. Por qué la austeridad mata. El coste humano de las políticas de recorte. Madrid: Taurus; 2013.
4. Bauman Z. ¿La riqueza de unos pocos nos beneficia a todos? Barcelona: Paidós; 2014.
5. Arteta A. Y sólo será silencio. Valencia: Pre-Textos; 2020.
6. Montori V. La rebelión de los pacientes. Madrid: Antoni Bosch; 2020.
7. Padilla J, Gullón P. Epidemiocracia. Nadie está a salvo si no lo estamos todos. Madrid: Capitán Swing, 2020.
8. Mesa S. Silencio administrativo. La pobreza en el laberinto burocrático. Barcelona: Anagrama; 2019.
9. Balaguer ML. Mujer y constitución. La construcción jurídica del género. Madrid: Ediciones Cátedra; 2005.
10. Informe Hasting Center. Los fines de la medicina. Barcelona: Fundación Víctor Grifols i Lucas; 2004. Disponible en [\[link\]](#)
11. Borrel i Carrió F. Práctica clínica centrada en el paciente. Madrid: Triacastela; 2011
12. Yoldi M. La atención al paciente como una prioridad. *El País*, domingo 8 de mayo de 2022. Disponible en [\[link\]](#)
13. Lázaro J. Prólogo. En Borrel i Carrió F. *Práctica clínica centrada en el paciente*. Madrid: Triacastela; 2011. Pp. 11-13.

LA PARÁBOLA DEL BUEN SAMARITANO Y LA TRANSFORMACIÓN DE LOS CUIDADOS
AGUSTÍN HIDALGO BALSERA; MARÍA GONZÁLEZ-GARCÍA



Agustín Hidalgo Balsera era licenciado y doctor en medicina por la Universidad Complutense de Madrid y Profesor de Farmacología de la Universidad de Oviedo. Entre sus áreas de interés se encontraban la repercusión social de los medicamentos y la representación social de la medicina y la enfermedad a través de las manifestaciones artísticas y los medios de divulgación científica y comunicación social.



María González García es diplomada en Enfermería y Fisioterapia. Máster en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos. Desarrolla su labor asistencial como enfermera de cuidados intensivos. Colaboradora en un proyecto de innovación docente en Grado de Enfermería de la Universidad de Oviedo. Recientemente ha presentado su Tesis Doctoral bajo el título «*Ciencia, enfermedad y medicamentos en la prensa diaria de ámbito nacional*».

ISSN electrónico: 1885-5210

DOI: <https://doi.org/10.14201/rmc.28596>

EL PABELLÓN DE OFICIALES (2001): HERIDAS FACIALES EN LA PRIMERA GUERRA MUNDIAL

The Officers' Ward (2021): Facial Wounds during First World War

Emilio PINTOR HOLGUÍN ^{id}; Nieves MARTÍNEZ ALSINA ^{id}; María Rosa GARCÍA VILLALOBOS; Carmen MARTÍN CARRERAS-PRESAS ^{id}; Benjamín HERREROS RUIZ-VALDEPEÑAS

Universidad Europea de Madrid. Facultad de Ciencias Biomédicas. Villaviciosa de Odón. Madrid (España).

Autor para correspondencia: Emilio Pintor Holguín

Correo electrónico: emilio.pintor@universidadeuropea.es

Recibido: 5 de marzo de 2022

Aceptado el 14 de abril de 2022

Resumen

Adrien Fournier; un joven teniente francés de ingenieros es herido por uno de los primeros obuses de la Primera Guerra Mundial. Aunque sobrevive, presenta unas importantes lesiones en cara y cavidad oral por lo que es trasladado a un hospital de París. En el pabellón de oficiales del hospital, hay otros soldados con importantes heridas faciales. En la película se refleja el miedo al rechazo social, los intentos de suicidio, la labor de las enfermeras y del cirujano, así como la camaradería y el apoyo entre pacientes.

Palabras clave: Primera Guerra Mundial; heridas faciales; cirugía maxilofacial; mascarás faciales.

Summary

Adrien Fournier; A young French lieutenant of engineers, is wounded by one of the first bombs of the First World War. Although he survives, he has important injuries to his face and oral cavity for which he is transferred to a hospital in Paris. In the officers' ward of the hospital, there are other soldiers with significant facial injuries. The film reflects the fear of social rejection, suicide attempts, the work of the nurses and the surgeon, as well as the camaraderie and support among patients.

Keywords: First World War; facial wounds; maxillofacial surgery; facial masks.

EL PABELLÓN DE OFICIALES (2001): *HERIDAS FACIALES EN LA PRIMERA GUERRA MUNDIAL*
EMILIO PINTOR HOLGUÍN; NIEVES MARTÍNEZ ALSINA; MARIA ROSA GARCIA VILLALOBOS;
CARMEN MARTÍN CARRERAS-PRESAS; BENJAMÍN HERREROS RUIZ-VALDEPEÑAS

Ficha técnica

Título: *El pabellón de los oficiales.*

Título original: *La chambre des officiers.*

País: Francia.

Año: 2001.

Director: François Dupeyron.

Música: Gérard Lamps.

Fotografía: Tetsuo Nagata.

Montaje: Dominique Faysse.

Guion: François Dupeyron (Novela: Marc Dugain).

Intérpretes: Eric Caravaca, Denis Podalydès, Grégori Derangère, Sabine Azéma, André Dussollier, Isabelle Renauld, Geraldine Pailhas, Jean-Michel Portal, Guy Tréjan.

Idioma original: francés.

Color: color.

Duración: 135 minutos.

Género: drama / guerra.

Productoras: ARP, France 2 Cinema.

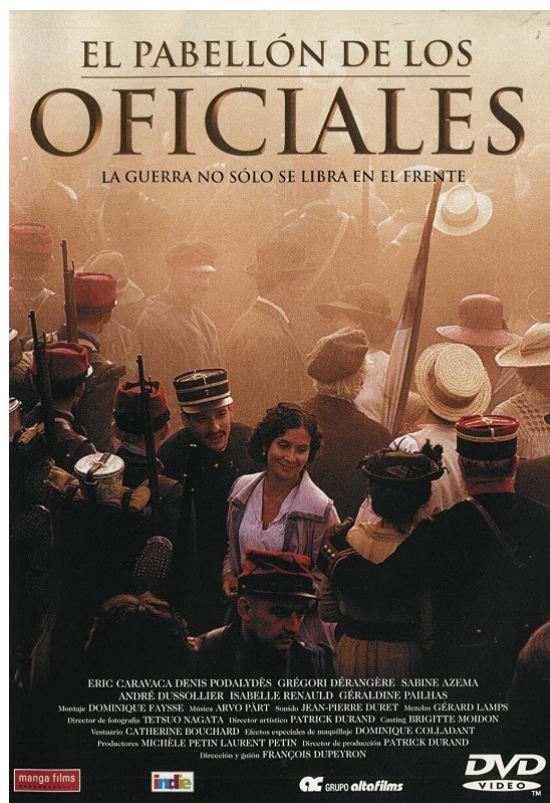
Sinopsis: «Al joven Adrien, en el primer día de la I Guerra Mundial (1914-1918), le estalla una bomba en pleno rostro» (Filmaffinity).

Enlaces:

<https://www.imdb.com/title/tt0273148/>

<https://www.filmaffinity.com/es/film753641.html>

<http://www.sensacine.com/peliculas/pelicula-28113/trailer-19431625/>



Cartel en español

Introducción

Durante la Primera Guerra Mundial (1914-1918), la utilización de nuevos armamentos (artillería pesada), la guerra estática y el sistema de trincheras; donde los soldados estaban en posición vertical dejando la parte más vulnerable de su cuerpo el tronco y en especial la cabeza, produjo; además de una gran cantidad de muertos, una gran cantidad de lesiones orofaciales en soldados que sobrevivieron a la guerra. Así mismo a partir del verano de 1915 se introdujo el casco de acero disminuyendo las lesiones cerebrales; así los disparos dirigidos a la cabeza desde un lado no producían la muerte, pero si lesiones importantes en la cara.

A todos estos soldados que sufrieron importantes heridas orofaciales se les conoció con la expresión francesa «*Les Gueules Cassées*»^{1, 2} (Las caras rotas) (Foto 1) y se estima que unos 280.000 soldados de los ejércitos francés, alemán, inglés e italiano sufrieron este tipo de lesiones. Inmediatamente después de la guerra, los desfigurados faciales no se consideraban veteranos de guerra y estaban exentos de apoyo y beneficios de veteranos, pero eso cambió más tarde. En 1921 en Francia se formó la Union des Blessés de la Face et de la tête (asociación de heridos en la cara y la cabeza). El coronel Picot fue uno de sus fundadores y más tarde presidente de la asociación. Todavía existe, actualmente bajo el nombre de *Gueules Cassées*.

La medicina en este campo (heridas orofaciales) estaba muy poco desarrollada y supuso un importante desafío para la cirugía reconstructiva de la época. A pesar de los avances, muchos soldados quedaron con importantes secuelas físicas y psíquicas para las que las máscaras-prótesis fueron la salvación.

Heridas faciales en la primera guerra mundial

Las explosiones de los obuses con metralla producían importantes destrozos y desgarros faciales. La magnitud de la tragedia y la brutalización de la guerra cogieron desprevenidos a los servicios médicos de las distintas naciones contendientes. Así, el pronóstico para este tipo de heridas en los inicios del conflicto fue a menudo demasiado pesimista.

En anteriores conflictos bélicos, las víctimas de severas heridas faciales raramente sobrevivían, pero los avances en la medicina de combate y la aparición de ambulancias motorizadas hizo que aumentara la supervivencia de estos heridos.

El primer paso en la atención médica de estos pacientes era conseguir que sobrevivieran y que pudieran recibir agua, líquidos y algún tipo de alimentación por vía enteral (Foto 2).

Después de haber conseguido sobrevivir y alimentarse, venía la fase de reconstrucción quirúrgica de los daños en cara y boca. Hasta esa fecha, los cirujanos militares tenían mucha experiencia en la cirugía más habitual en contiendas bélicas: la amputación de miembros. Sin embargo, en esta primera gran guerra, aparecen gran cantidad de heridas faciales severas. Podemos decir que la primera guerra mundial fue un punto muy importante para el desarrollo de la cirugía maxilofacial.

Estos hechos vienen reflejados en la siguiente conversación del cirujano con el paciente en un pasaje de la película (Foto 3):

- Un brazo o una pierna se cortan y ya está. La mandíbula es diferente. Podemos probar un injerto óseo. Dan resultado. Es apasionante. Más para mí que para usted, claro.
- Concéntrese en dos cosas: respirar bien y comer bien. El resto es cosa mía. En unos meses estará como nuevo.

EL PABELLÓN DE OFICIALES (2001): *HERIDAS FACIALES EN LA PRIMERA GUERRA MUNDIAL*
EMILIO PINTOR HOLGUÍN; NIEVES MARTÍNEZ ALSINA; MARIA ROSA GARCIA VILLALOBOS;
CARMEN MARTÍN CARRERAS-PRESAS; BENJAMÍN HERREROS RUIZ-VALDEPEÑAS

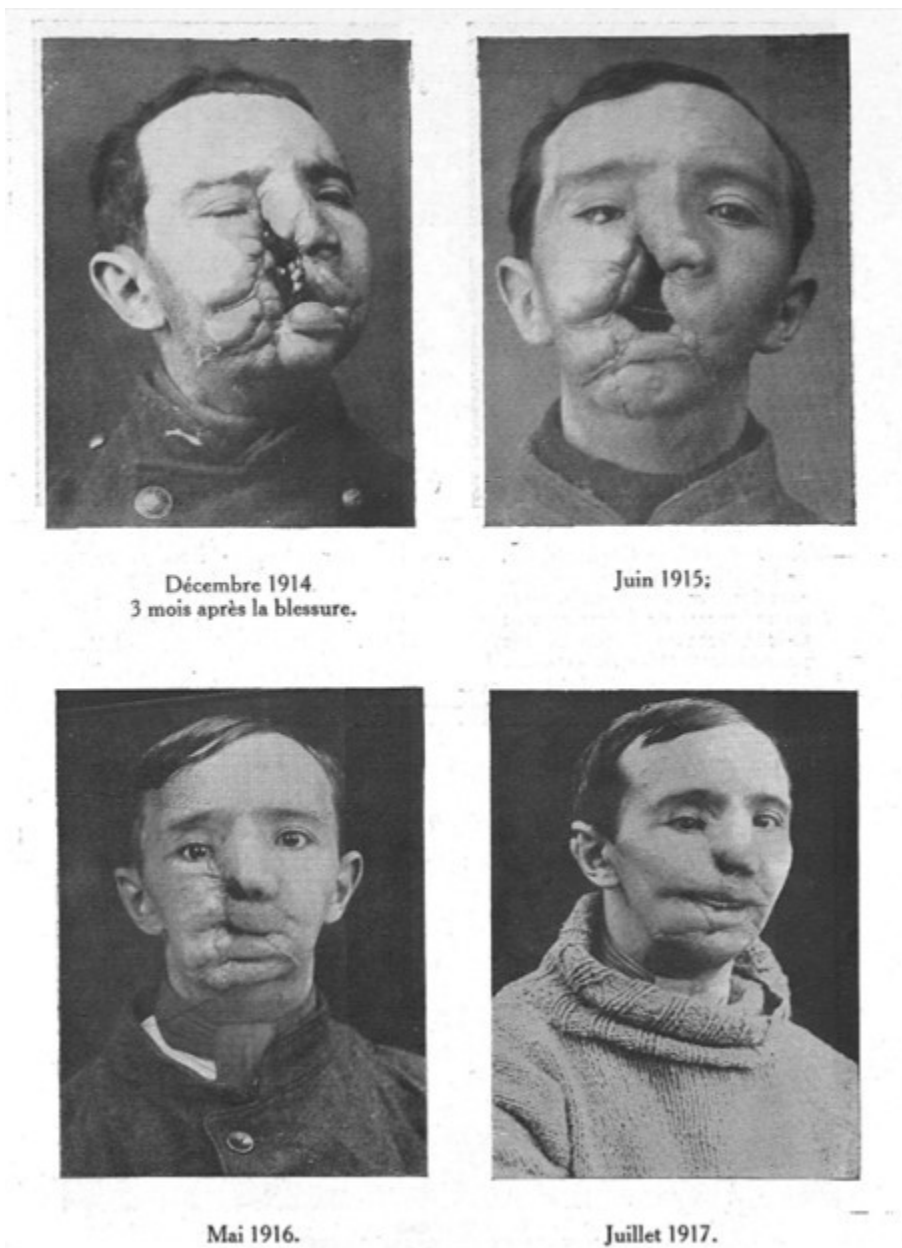


Foto 1. Evolución del tratamiento un «Gueule Casee».
Tomado de Université de Paris. Banque d'images et de portraits. (<https://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/image?00933>)



Foto 2. La enfermera Anais, administra alimentación a través de una sonda enteral a Adrien



Foto 3. El médico explica a Adrien su futuro próximo

Desarrollo de la cirugía maxilofacial durante la primera guerra mundial

Durante la Gran Guerra de 1914 a 1918, se lograron avances espectaculares en el campo de la reconstrucción facial. El gran número y la gravedad de las lesiones faciales infligidas durante los combates obligaron a los cirujanos franceses, alemanes, italianos e ingleses a interesarse

mucho en el tratamiento de los pacientes heridos de esa manera³.

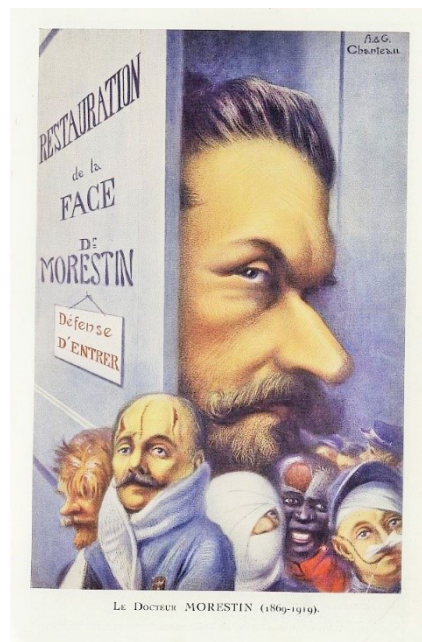
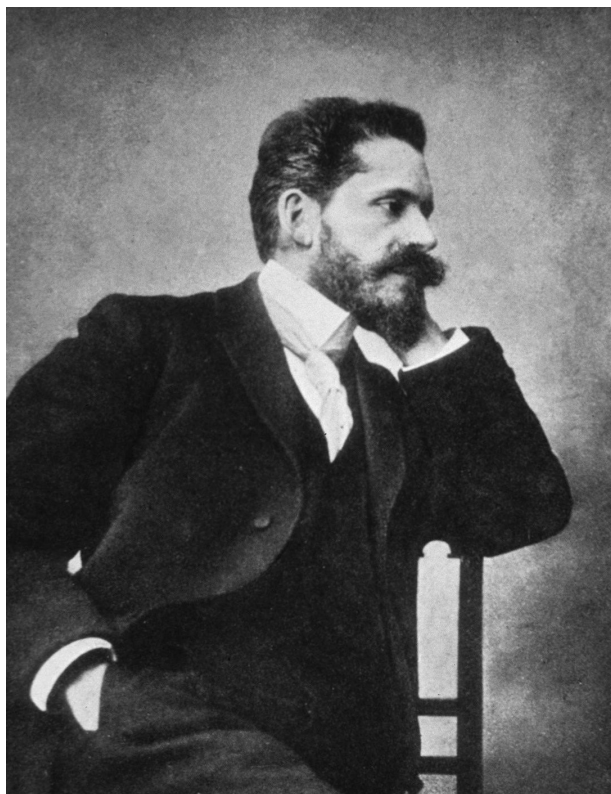
Entre los pioneros en este campo de la cirugía reconstructiva orofacial en esta época destacaron el francés Hippolyte Morestin y el neozelandés Harold Gillies, sin olvidar a cirujanos alemanes, rusos y del imperio otomano como Erich Esser, Otto Lanz, Jaques Joseph and Vladimir Filatov⁴.

EL PABELLÓN DE OFICIALES (2001): *HERIDAS FACIALES EN LA PRIMERA GUERRA MUNDIAL*
EMILIO PINTOR HOLGUÍN; NIEVES MARTÍNEZ ALSINA; MARIA ROSA GARCIA VILLALOBOS;
CARMEN MARTÍN CARRERAS-PRESAS; BENJAMÍN HERREROS RUIZ-VALDEPEÑAS

Hippolyte Morestin⁵ (Fotos 4 y 5); como cirujano jefe de la quinta división «blesses de la face» (heridas faciales) en el hospital de Val-de-Grace de Paris, fue responsable de uno de los departamentos quirúrgicos más grandes especializados en cirugía y reconstrucción facial durante la guerra y donde hay un archivo con imágenes y dibujos de los enfermos tratados (Foto 6). Fue un cirujano que se adelantó a su tiempo, reduciendo la brecha entre la cirugía de amputación del siglo XIX y la cirugía reconstructiva del siglo XX, que surgió gracias a sus audaces e innovadores esfuerzos de tratamiento. No fue el primero en intentar

operaciones de cirugía plástica, pero sin duda fue el primero en lidiar con toda la gama de cirugía plástica.

Durante su tiempo de servicio, desarrolló varias técnicas quirúrgicas como autoplastias usando injertos cartilagosos y adiposos para reconstruir defectos de tejido⁴. En la actualidad, se siguen utilizando varios tratamientos que datan de la Primera Guerra Mundial, como la aplicación de la 'férula dental' en el tratamiento de fracturas, colgajos de transposición intraoral para sellar pequeñas lesiones y trasplantes de hueso de la cresta ilíaca para restaurar defectos de la mandíbula (Foto 7).



Fotos 4 y 5. Fotografía del Dr. Hippolyte Morestin. Caricatura de la época: «Restauración de la cara» Tomado de Archives du service de santé de l'Armée. (<https://francearchives.fr/fr/location/18323317>)

EL PABELLÓN DE OFICIALES (2001): *HERIDAS FACIALES EN LA PRIMERA GUERRA MUNDIAL*
EMILIO PINTOR HOLGUÍN; NIEVES MARTÍNEZ ALSINA; MARIA ROSA GARCIA VILLALOBOS;
CARMEN MARTÍN CARRERAS-PRESAS; BENJAMÍN HERREROS RUIZ-VALDEPEÑAS

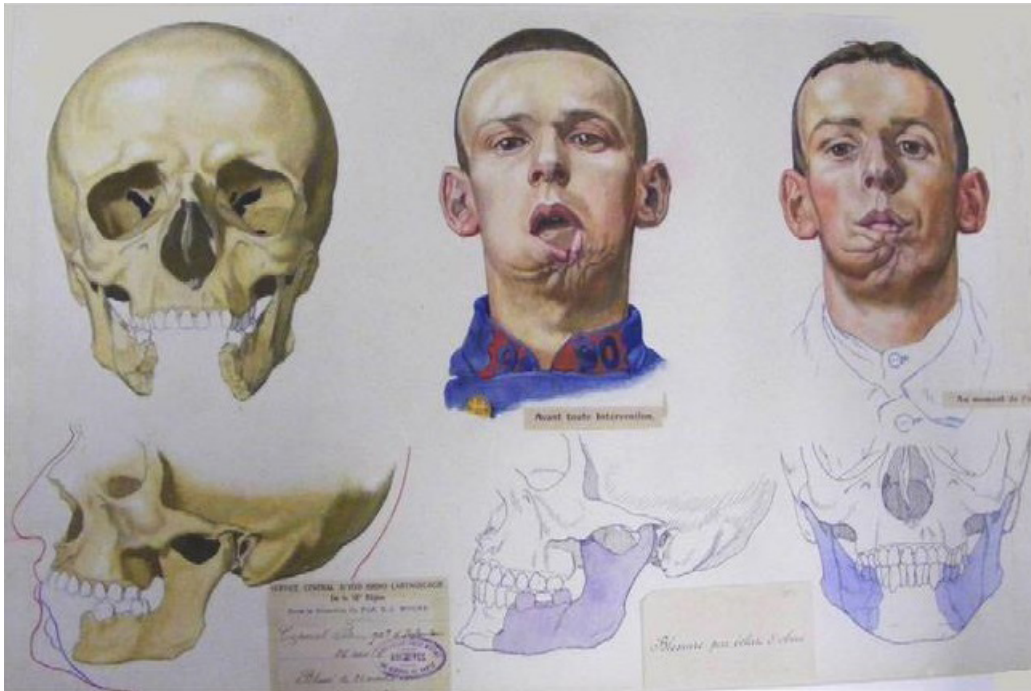


Foto 6. Registro de uno de los pacientes tratados. Hospital Val de Grace

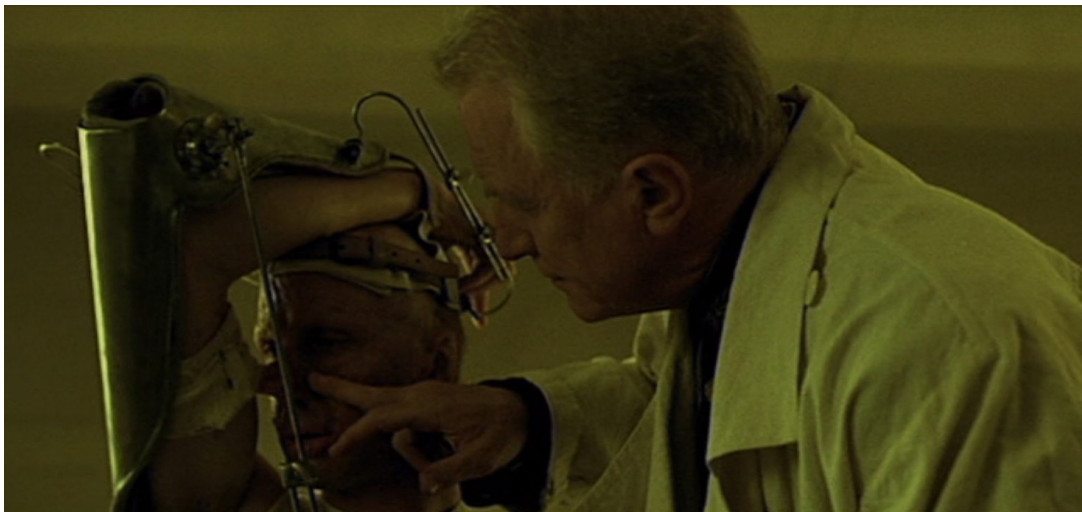


Foto 7. El médico examina la evolución de un colgajo facial

Harold Gillies nacido en Nueva Zelanda, estudió medicina en la Universidad de Cambridge antes de vincularse al Cuerpo Médico del Ejército Británico al inicio de la guerra. Gillies quedó impactado con las heridas que vio en el campo de batalla y tras su estancia en París donde aprendió algunas nuevas técnicas quirúrgicas de la mano de Morestin, pidió que el ejército le proveyera su propia unidad de cirugía plástica. Poco después; en 1917, se instaló en el Queen's Hospital, un hospital especializado en el tratamiento de las heridas faciales situado en la localidad de Sidcup, en el este de Londres, donde empezó atendiendo a 2.000 pacientes de la sangrienta batalla de Somme. La lección que Gillies aprendió de la tragedia fue que la cirugía plástica debía realizarse en pequeñas etapas, en lugar de una gran operación. Una de las aportaciones de Gillies fue tomar un colgajo sujetado en un extremo y envolverlo en forma de tubo antes de coserlo a otra parte del cuerpo donde se necesita el injerto⁶.

El trauma psíquico y social de una nueva cara destrozada

En la película se materializa la idea de que el enfermo no debe verse la cara, por lo menos al

principio hasta que se hayan realizado las cirugías. Unos operarios retiran todos los espejos de las habitaciones (Fotos 8, 9 y 10), a pesar de lo cual los enfermos a través de los reflejos en las ventanas logran hacerse una idea de la «monstruosidad» de su nueva cara.

Al ver la nueva cara, algunos intentan o incluso consiguen el suicidio. Todos creen que la sociedad los va a rechazar y eso se refleja en la película en uno de los protagonistas es rechazado por sus hijos pequeños.

Aunque en la película está reflejado el suicidio como una solución (Fotos 11, 12 y 13) a la desesperación de los «caras rotas» no hay datos científicos que avalen este hecho. No hay datos publicados en relación con la tasa de suicidio en este grupo de población («Gueules cassees»). Hay estudios que dicen que los periodos de guerra, las tasas de suicidio son menores que en periodos entreguerras⁷.

La nueva vida civil no fue mucho mejor que la guerra. Les esperaba el rechazo social y la pesadilla de ser contemplados como monstruos por el resto de sus compatriotas. Los desfigurados sentían vergüenza al salir a la calle y mostrarse. Vagaban, no tenían trabajo y lo peor: sus países no sabían qué hacer con ellos. Personificaban el



Foto 8. Un trabajador del hospital retira los espejos de las salas

EL PABELLÓN DE OFICIALES (2001): *HERIDAS FACIALES EN LA PRIMERA GUERRA MUNDIAL*
EMILIO PINTOR HOLGUÍN; NIEVES MARTÍNEZ ALSINA; MARIA ROSA GARCIA VILLALOBOS;
CARMEN MARTÍN CARRERAS-PRESAS; BENJAMÍN HERREROS RUIZ-VALDEPEÑAS



Foto 9. Adrian queda aterrorizado al ver su cara desfigurada reflejada en una ventana



Foto 10. Otro oficial observa su cara quemada en el cristal en presencia de Adrian

EL PABELLÓN DE OFICIALES (2001): *HERIDAS FACIALES EN LA PRIMERA GUERRA MUNDIAL*
EMILIO PINTOR HOLGUÍN; NIEVES MARTÍNEZ ALSINA; MARIA ROSA GARCIA VILLALOBOS;
CARMEN MARTÍN CARRERAS-PRESAS; BENJAMÍN HERREROS RUIZ-VALDEPEÑAS



Foto 11. Adrian intenta suicidarse poniendo un arma de fuego en su sien



Foto 12 y 13. Un enfermo intenta ahorcarse en el baño. Otro yace muerto después de cortarse las venas

horror y el dolor de una guerra que todos querían olvidar y enterrar. A su propia alienación como seres humanos, se les sumaban largos periodos de curas y recuperaciones entre operación y operación. Curiosamente, el Estado francés no consideraba las graves heridas en el rostro como

una enfermedad o invalidez. No recibieron pensión alguna hasta pasado un tiempo, al menos en Francia.

Los *gueules cassées* franceses decidieron asociarse poco después de la Gran Guerra y en 1921 fundaron la Union des blessés de fase⁸. Se



Foto 14. Secuelas para toda la vida: «Sonreír al menos»

trataba de encontrar un portavoz y garante de los derechos de aquellos hombres que habían defendido la patria y que estaban pagando un precio demasiado alto por ello. Su defensa de lo patrio no sólo no encontró consuelo y piedad en su desgracia, sino que topó que lo más inhumano de la sociedad: su desprecio. Fundada por cuarenta y tres mutilados faciales, la Union muy pronto entrevió sus objetivos: reclamar atención hacia su desgracia y reclamar un apoyo moral e institucional del Estado y la sociedad. Su lema no pudo ser más gráfico: «Sonreír al menos»(Foto 14).

Mascaras faciales

Aunque la cirugía maxilofacial se fue desarrollando, muchos de estos soldados quedaron con severas deformidades faciales que comprometían su bienestar personal y social. En este momento aparecen las primeras prótesis faciales modernas⁹. En Inglaterra, el capitán Derwent Wood, escultor y profesor de arte antes de la guerra, se hizo cargo del Departamento de máscaras para desfigurados faciales (the Masks for Facial

Disfigurements Department) del Tercer Hospital General de Londres. En un artículo publicado en el Lancet en 1917 explica la técnica de cómo se realizaban estas máscaras y de la justificación de estas: «Mi trabajo empieza cuando el trabajo del cirujano ha terminado. Cuando el cirujano ha hecho todo lo posible para restaurar la función, para curar las heridas, apoyar los tejidos en injertos óseos y cubrir el área con injertos de piel, yo utilizo todos mis conocimientos como escultor para hacer una máscara facial que se parezca lo más posible a como era antes de ser herido».

Esos artículos llegaron a oídos de una escultora estadounidense llamada Anna Coleman Ladd¹⁰ que gracias a su marido que tenía contacto con la escuela de Medicina de Harvard Medical, consiguió bajo el patrocinio de la Cruz Roja Americana el establecerse en París creando un Estudio de máscaras faciales para soldados mutilados (Studio for Portrait Masks for Mutilated Soldiers). Durante el periodo de organización de este, se carteo con Wood, quien le envió descripciones muy detalladas de las técnicas que él empleaba. Anna Ladd llegó a Francia en diciembre de 1917

EL PABELLÓN DE OFICIALES (2001): *HERIDAS FACIALES EN LA PRIMERA GUERRA MUNDIAL*
EMILIO PINTOR HOLGUÍN; NIEVES MARTÍNEZ ALSINA; MARIA ROSA GARCIA VILLALOBOS;
CARMEN MARTÍN CARRERAS-PRESAS; BENJAMÍN HERREROS RUIZ-VALDEPEÑAS



Foto 15. Anna Ladd retocando una de las máscaras de un paciente
Tomado de <http://beautyacrosstheheart.com/anna-coleman-mujer-rostro-soldados>

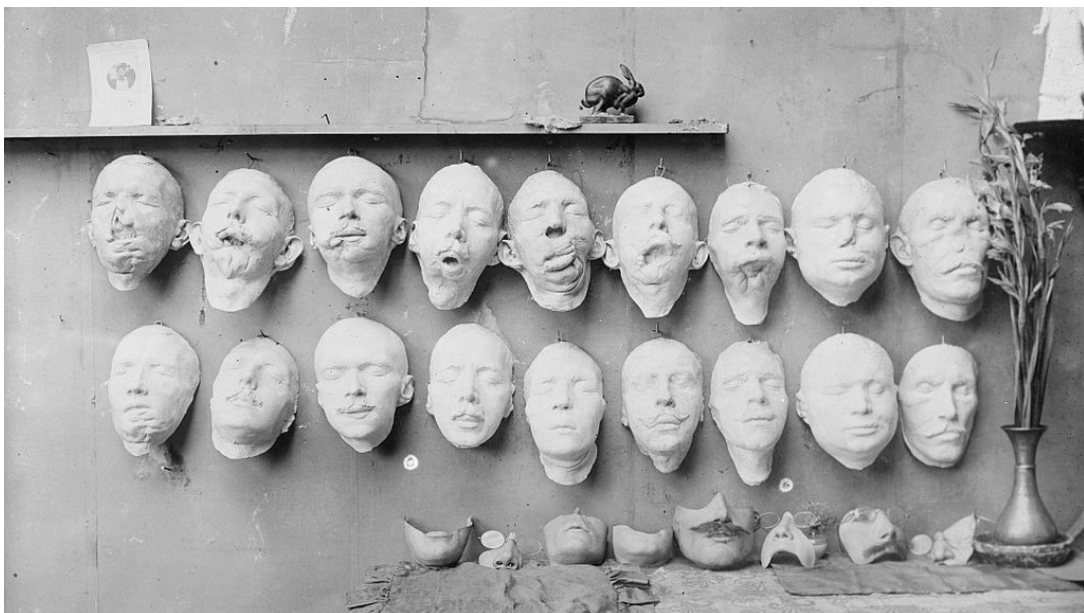


Foto 16. Máscaras de diferentes pacientes en el estudio de Anna Ladd en París
Tomado de <http://beautyacrosstheheart.com/anna-coleman-mujer-rostro-soldados>

y abrió su estudio localizado en el barrio latino de París en la primavera de 1918.

Los soldados acudían al estudio de Anna (Foto 15) –tras haber sufrido diferentes operaciones– para realizar un molde de su cara con arcilla y plastilina. Primero, estudiaba el rostro de los soldados con fotografías para realizar un molde que representara lo mejor posible el aspecto anterior de este. Después, esta máscara se usaba para construir una prótesis con una fina hoja de cobre galvanizado. Finalmente, se pintaba del color de la piel del paciente, y se unía a la cara del soldado mediante cuerdas o gafas.

Cada prótesis facial necesitaba un mes de trabajo: las cejas y los bigotes eran de pelo auténtico. Hasta finales del año 1919 –la Cruz Roja no pudo financiar más tiempo este estudio– se fabricaron 97 máscaras, de las que lamentablemente no ha quedado ningún rastro (Foto 16).

Gracias a esta iniciativa, estos hombres recuperaban, en parte, su autoestima. Ya no tenían que ocultarse para evitar el rechazo de la gente, ni trabajar en lugares aislados al avergonzarse de su aspecto. En 1932, el gobierno francés nombró a Anna Coleman Ladd Caballero de la Legión de Honor, en reconocimiento a la labor solidaria realizada en su ‘estudio de máscaras’.

Referencias

1. Pichel B, Pichel B. Les Gueules Cassées. Photography and the Making of Disfigurement Les Gueules Cassées.

Photography and the Making of Disfigurement. J war Cult Stud. 2016; 1-16.

2. Pichel B, Toma CF. Broken faces: reconstructive surgery during and after the Great War. Endeavour [Internet]. 2010;34(1):25–29.

3. Before and after surgery in WW1. Br Dent J. 2014;217(10):556.

4. Thomas L R, Fries A, Hodgkinson D. Plastic Surgery Pioneers of the Central Powers in the Great War. Craniomaxillofac Trauma Reconstr. 2019;12(1):1–7.

5. Mylonas AI. Hyopplyte Morestin: The ‘sculptor of human flesh’. Hellenic Archives of Oral & Maxillofacial Surgery 2020 ;1:45-50

6. Hussey KD. British dental surgery and the First World War : the treatment of facial and jaw injuries from the battlefield to the home front. Br Dent J. 2014;217(10):597–600.

7. Osman M, Parnell AC. Effect of the First World War on suicide rates in Ireland: an investigation of the 1864–1921 suicide trends. BJPsych Open. 2015;1(2):164–165.

8. L'union des blesses de la face et de la tete (UBF)

9. Destruhaut F, Caire J, Dubuc A, Pomar P, Rignon-Bret C, Naveau A. Evolution of facial prosthetics : Conceptual history and biotechnological perspectives. Int J Maxillofac Prosthetics 2019;4:2-8.

10. Lubin DM. Masks, Mutilation and Modernity: Anna Coleman Ladd and the First World War. Arch Am Art J. 2008;47:4–15.

ISSN electrónico: 1885-5210

DOI: <https://doi.org/10.14201/rmc.30622>

KOE NO KATACHI (A SILENT VOICE) (2016) DE NAOKO YAMADA: DIVERSIDAD FUNCIONAL, ACOSO ESCOLAR E IDEACIÓN SUICIDA EN LA ADOLESCENCIA EN EL CINE DE ANIMACIÓN JAPONÉS

Koe no Katachi (A Silent Voice) (2016) by Naoko Yamada: Functional Diversity, Bullying and Suicidal Ideation in Adolescence in Animated Films

Miguel ABAD VILA

Centro de Saúde Novoa Santos. Ourense (España).

Autor para correspondencia: Miguel Abad Vila

Correo electrónico: mabadvila@gmail.com

Recibido: 2 de mayo de 2022

Aceptado: 5 de junio de 2022

Resumen

Generalmente, manga es la palabra japonesa empleada para denominar a los cómics, si bien también se emplea como referencia para las historietas de origen japonés. Junto a la estadounidense y la franco-belga, ocupa un puesto de honor en el triunvirato de la tradición ilustradora mundial. Su posterior adaptación a las series de animación originó el anime, género en el que se encuadra *A silent voice* (2016) de Naoko Yamada. La película está inspirada en el manga original *Koe no Katachi*, escrito y dibujado por Yoshitoki Ōima. La historia nos muestra las vicisitudes de Shōko Nishimiya, una estudiante de primaria sorda, víctima de acoso escolar cuando se cambia de colegio. Ishida Shōya es uno de los protagonistas de tan despiadada conducta, que llega incluso a forzar que su indefensa víctima tenga que abandonar el colegio. Años más tarde, recriminado socialmente y lleno de remordimiento, Ishida busca su ansiada redención.

Palabras clave: diversidad funcional; acoso escolar; ideas autolíticas; adolescencia.

Summary

Generally, manga is the Japanese word used to describe comics, although it's also used as a reference for comics of Japanese origin. Together with the American and Franco-Belgians works,

occupies a place of honor in the triumvirate of the world's illustrative tradition. On the later adaptation to the animation series originated the anime, a genre in which falls *A silent voice* (2016) by Naoko Yamada. The film is inspired by the original manga *Koe no Katachi*, written and draw by Yoshitoki Ōima. The story shows us the vicissitudes of Shōko Nishimiya, a deaf primary schoolgirl victim of bullying when she changes schools. Ishida Shōya is one of the protagonists of such ruthless behavior, with even forces the helpless victim to have to drop out of school. Years later, socially recriminated and filled with remorse, Ishida strikes out in eager redemption.

Key words: functional diversity; bullying; suicidal ideas; adolescence.

Ficha técnica

Título: *Una voz silenciosa*.

Título Original: *Koe no Katachi (A silent voice)*.

País: Japón.

Año: 2016.

Director: Naoko Yamada.

Música: Kensuke Ushio.

Cinematografía: Kazuya Takao.

Edición: Kengo Shigemura.

Dirección artística: Mutsuo Shinohara.

Guión: Yoshitoki Ōima (maga original); Reiko Yoshida y Kiyoshi Shigematsu (autor original).

Intérpretes: Miyu Irino (Shōya Ishida - voz); Saori Hayami (Shoko Nishimiya - voz); Aoi Yūki (Yuzuru Nishimiya - voz); Kenshō Ono (Tomohiro Nagatsuka - voz); Yūki Kaneko (Naoka Ueno - voz); Yui Ishikawa (Miyoko Sahara); Megumi Han (Miki Kawai - voz); Toshiyuki Toyonaga (Satoshi Masiva - voz); Mayu Matsuoka (joven Shōya Ishida - voz); Sachiko Kojima (joven Kazuki Shimada); Hana Takeda (joven Keisuke Hirose - voz); Fuminori Komatsu (Takeuchi-sensei - voz); Ikuko Tani (Ito Nishimiya - voz); Erena Kamata (María Ishida - voz); Ayano Hamaguchi (hermana de Shōya - voz); Ryonosuke Watanuke (Pedro - voz); Ryō Nishitani (Kazuki Shimada - voz); Tayuka Masumoto (Keisuke Hirose - voz).

Color: color.

Duración: 130 minutos.

Género: drama, animación.

Idioma original: japonés, lenguaje japonés de signos.

Productores: ABC Animation, Kodansha, Kyoto Animation.

Sinopsis: «La historia gira en torno a Shōko Nishimiya, una estudiante de primaria que es sorda y que al cambiarse de colegio comienza a sentir el bullying de sus nuevos compañeros. Uno de los principales responsables es Shōya Ishida quien termina por forzar que Nishimiya se cambie de escuela. Años después, Ishida busca la redención de sus malas acciones» (FILMAFFINITY).

Enlaces

<https://www.imdb.com/title/tt5323662/>

Introducción

En la actualidad, el cómic representa uno de los medios más eficaces y atractivos a la hora de comunicarle a la sociedad una amplia variedad de los aspectos relacionados con la medicina y la salud¹.

En este aspecto, y en este mundo globalizado, donde el intercambio de recursos entre las diferentes culturas resulta ineludible, el ámbito particular del manga y el anime japoneses posee un interés singular, sobre todo gracias a su empleo de la comunicación verbal y no verbal, pero también a su tratamiento expresivo y estético.

El manga, en sus diversas versiones infantiles, juveniles y para adultos, es un puntal de la economía y la cultura niponas, representando alrededor del 25% de todo el material impreso por su industria editorial. Muchos mangas se convierten posteriormente en libros, cromos, programas de televisión, películas de animación, videojuegos y figuras coleccionables.

Respecto al anime, la AJA (The Association of Japanese Animations), agrupación de más de medio centenar de empresas productoras, publica informes anuales del estado y las tendencias de la animación japonesa. Según datos de 2018, el mercado de distribución digital alcanzó un valor total de 517.29 millones de euros, un 10.2% más que el año anterior. Mientras tanto, el mercado de formato doméstico, a pesar de obtener 509.9 millones de euros, experimentó un descenso del 23.3% respecto al año anterior. A estos beneficios habría que añadir los correspondientes a los ingresos en taquilla del cine de animación, unos 371.36 millones de euros, una cantidad que duplica la obtenida en el año 2000².

En la cinematografía japonesa en general, las películas de animación descubren al espectador comportamientos característicos de su cultura, como por ejemplo comer con palillos, una educación más estricta, donde los alumnos se encargan de limpiar el aula al final de cada jornada, unos valores sociales esencialmente estoicos y unas relaciones sentimentales, tanto en el amor como en la amistad, más reservadas y lacónicas. De ahí su atractivo estético y la curiosidad que despiertan en el público occidental.

Asimismo, y debido a este éxito y popularidad, el anime japonés ha ido despertando progresivamente el interés de las modernas plataformas digitales, sustitutas de los medios de entretenimiento más tradicionales (la programación televisiva), circunstancia fundamental para el incremento de su difusión general y divulgativa.

La animación japonesa actual, gracias al empleo de las nuevas tecnologías, ha conseguido potenciar sus características específicas: la expresión en plano, las suspensiones temporales, la amplitud temática, sus complejas líneas narrativas y su particular estilo de dibujo, heredado y compartido con el manga, con nubes en el cielo y paisajes repletos de cerezos en flor, y esos personajes de ojos grandes y ovalados, de líneas muy definidas, de colores llamativos y movimientos labiales reducidos³.

Respecto al acoso escolar o bullying, las estadísticas internacionales apuntan que Méjico ocupa el podio oficial, seguido por Estados Unidos y China⁴.

Datos recientes correspondientes a Japón revelan que el 82% de los centros escolares ha registrado algún tipo de acoso escolar, siendo más frecuente en las escuelas elementales, seguidas de los institutos y los centros encargados de niños con necesidades especiales. En el último lustro, dichas cifras han continuado aumentando, convirtiéndose en uno de los grandes problemas de la sociedad japonesa⁵.

Incluso en aquel país se ha descrito un curioso fenómeno denominado futoko, por el que miles de niños se niegan a ir a la escuela, donde el acoso escolar y también el estricto control del sistema educativo japonés se encuentran implicados⁶.

Por ello se han ido desarrollando en Japón iniciativas políticas y culturales con la finalidad de atajar dicha lacra social, como por ejemplo *A silent voice* (2016) de Naoko Yamada, un anime inspirado en el manga original *Koe no Katachi*, escrito y dibujado por Yoshitoki Ōima.

Inicialmente, esta serie se publicó como un one-shot (cómic de un solo capítulo) en la edición de febrero de 2011 del Bessatsu Shōnen Magazine. En agosto de 2013, comenzó a publicarse en la revista Weekly Shōnen, completándose el 19 de noviembre de 2014. La editorial Kodasha, una de las empresas japonesas más pujantes en la producción de revistas literarias y de manga, la ha publicado en Japón en siete volúmenes de formato tankōbon (colecciones de capítulos de entre 170 y 240 páginas, reimpresas en formato bolsillo o en pasta blanda, en papel de mejor calidad)⁷.

Mangas, animes y acoso escolar

Existe una dualidad complementaria a la hora de analizar las perspectivas del manga y el anime respecto al acoso escolar. Por una parte, el punto de vista del abusado, que desea salir de su

cruel situación castigando el mal y recuperando el papel protagonista dentro de su entorno. Esta fórmula es la empleada en la mayoría de las series Shōnen, empleando múltiples variables y adaptando personajes que terminan integrándose dentro del imaginario colectivo de sus fans.

Por otra parte, estas historias pueden tener la intención completamente artificial de explotar a los jóvenes que se sientan identificados con este tipo de personajes, con la intención de crear una serie de éxito. Desde Japón se ha generado un singular mercado de series de animación adaptadas a partir de novelas ligeras tipo *isekai*, un subgénero fantástico relacionado con un grupo de personajes terrenales que terminan, de manera intencionada o accidental, en un universo paralelo, otro planeta o un mundo de fantasía, en el que deben integrarse asumiendo sus nuevas normas, cultura y filosofía, como por ejemplo en la serie de novelas ligeras *Arifureta Shokugyō de Sekai Saikyō* (2013) de Ryo Shirakome, ilustrada por Takayasi⁸.

Kimi no todoke (2006) de Karuho Shiina, es una serie de manga publicada por la editorial Shūeisha en su revista *Bessatsu Margaret*, especializada en manga Shōjo (dirigido al público juvenil femenino), completando entre 2006 y 2017 un total de 125 capítulos recopilados en treinta tankōbon.

Narra la historia de una chica tímida e insegura llamada Sawako Kuronuma. Debido a su extraordinario parecido con el fantasmal personaje de Sadako Yamamura, la mítica protagonista de la novela de terror *Ringu* (2011) de Koji Suzuki, y de sus secuelas literarias y cinematográficas, como la película homónima de 1998 dirigida por Hideo Nakata.

Esta circunstancia provoca que cualquier ademán suyo, incluso la más inocente sonrisa, resulte interpretado en su entorno como un gesto psicótico y aterrador de un espíritu maligno. Sus tribulaciones se prolongan hasta que Shouta Zazehaya, el joven más inteligente, atractivo y

popular entre sus compañeros, comienza a hablar con ella descubriendo su carácter dulce y bondadoso. Pronto surgirá el amor entre ambos, con el reto de superar los tabúes y obstáculos que irán surgiendo en sus vidas, debidos especialmente a sus propias inseguridades y temores⁹.

Años más tarde, el estudio de animación Shirogumi produjo el anime *Shiranpuri* (2012) de Shinpei Miyashita, una obra de arte de sobre el bullying que dura apenas 24 minutos. Su trama es lineal y sencilla, protagonizada por Don, una víctima del acoso escolar, especialmente de su condiscípulo Yaragase. Pero su destino cambiará cuando otro compañero, Boku, se percate de lo que está ocurriendo en la clase y reflexiona sobre lo que realmente podría hacer para ayudar. La estética de esta película de animación, de estilo fresco y minimalista, emplea colores en tonos pastel que contribuyen a aligerar notablemente la carga violenta en las escenas de acoso.

El término *Shiranpuri* significa literalmente ocuparse de sus propios asuntos. Intenta resaltar la indiferencia tantas veces generada por el bullying, cuando nadie quiere involucrarse en su solución. Es una historia sobre la solidaridad y el valor de la amistad. Su mensaje principal resalta la importancia de reaccionar ante las situaciones de acoso, recomendando tolerancia cero cuando un compañero es atacado.

Esta película fue incluida en el proyecto *Anime Mirai 2021*, una iniciativa del gobierno japonés en colaboración con JAniCA, la Asociación de Creadores de Animación Japonesa), que cada año financia a cuatro estudios de animación nipones para que produzcan cortos de anime, con el objetivo de crear cantera en la industria nacional de la animación, mediante contratos en prácticas de jóvenes artistas e ilustradores¹⁰.

En mayo de 2021, diversos portales japoneses de noticias desvelaron los problemas acaecidos dentro de la editorial Kodansha, cuando su departamento editorial decidió interrumpir la publicidad del undécimo volumen recopilatorio

del manga *Ijimeru Yabai Status (Venus Puts Fur on Me)*, con guion e ilustraciones de Nan Nakamura, serializado por el servicio Magazine Pocket de Kodansha, como consecuencia de su contenido, excesivamente escabroso para sus lectores habituales¹¹.

En condiciones normales, las autoridades suelen intervenir cuando los acosadores recurren al abuso verbal excesivo y la violencia física. Sin embargo, Hana Shirasaki, la protagonista de *Ijimeru Yabai Yatsu* (2019) de Nan Nakamura, se convierte en la víctima de Nakajima, un despiadado compañero de clase que siente un placer extremo al intimidar y humillar públicamente a su víctima, de la manera más espantosa imaginable.

Porque al infundir miedo y recurrir al chantaje, Nakajima coacciona además a los testigos de su reprochable conducta. Porque si todos miran hacia otro lado, en cierto modo se convierten también en sus cómplices. Incluso cuando un valiente se atreve a enfrentarse al brutal Nakajima, su empeño será en balde, ya que nadie se atreverá a apoyarle.

El rechazo a este manga va más allá del material explícito, las espantosas acciones del acosador, extendiéndose hacia los ocultos secretos inductores de tan abyecto comportamiento.

Uno años antes, en 2017, considerando el papel social, la influencia y el impacto de los contenidos audiovisuales en la educación de infantil y adolescente, el Ministerio de Educación, Cultura, Deportes, Ciencia y Tecnología de Japón (MEXT) patrocinó una iniciativa para contrarrestar el acoso escolar en los centros educativos, contando con la inestimable colaboración de la serie de animación *Sangatsu no Lion (March Comes in like a Lion)* (2016-2018) de Kenjiro Okada, Akiyuki Simbo y otros directores¹².

Es la adaptación del manga homónimo original escrito e ilustrado por Chica Umino, que comenzó a publicarse desde 2007 en la revista *Young Animal*, especializada en manga seinen (cómic específicamente dirigidos a adolescentes mayores y adultos jóvenes masculinos)¹³.

Dentro de la editorial Hakusensha, y hasta septiembre de 2021, se publicaron dieciséis volúmenes de este manga, en formato tankōbon. La serie animada presenta las andanzas de Rei Kiriyama, un joven y prometedor jugador profesional de shogi (ajedrez japonés) y los personajes que le apoyan en su aventura de crecimiento personal, entre ellos sus amigos y su tutor escolar. Se trata de una combinación de historias relacionadas con diversos temas como la depresión, las relaciones familiares, el duelo, la muerte y el acoso escolar.

Pero estas cuestiones no han resultado siempre tan sencillas. *Koroshiya 1 The animation: Episode 0* (2002) de Shinji Ishihira, es la precuela del controvertido anime *Ichi The Killer* (2001) de Takashi Miike, donde el personaje de Hajime Shiroishi (Ichi) se convierte en un despiadado asesino que terminará enfrentándose incluso a la poderosa yakuza que controla la zona roja de Tokyo. Esta película de animación para mayores de 18 años, de colores cálidos sobre un fondo oscuro, explora el mundo del terror psicológico y los efectos devastadores de la incompreensión familiar y el acoso escolar en un joven que terminará convirtiéndose en un monstruo ávido de violencia, con un cuerpo atlético y una mentalidad infantil¹⁴.

Ichi de Killer (1993) de Hideo Yamamoto, fue el manga original que inspiró las posteriores películas de animación. Difundida inicialmente por la editorial Shogakukan en su revista *Weekly Young Sunday*, especializada también en manga tipo seinen, entre 1998 y 2001 fue serializada posteriormente en la misma publicación, en 10 volúmenes de formato tankōbon.

Koe no Katachi (A silent voice) (2016) de Naoko Yamada

Hemos visto que en el mundo del manga y el anime japoneses es frecuente encontrar historias en las que una víctima de bullying se

convierte posteriormente en un acosador. Pero no lo es tanto que el acosador principal devenga en víctima.

Ésta es una de las singularidades de esta película de animación, inspirada en el bello, emotivo y crudo manga original escrito y dibujado por Yoshitori Ōima, que se aparta de los tópicos del acoso escolar. Además de retratar a los protagonistas, la frágil chica sorda Shōko Nisihimiya, y el gamberro acosador Shōya Ishida, emplea diferentes saltos en el tiempo para mostrarnos además la evolución del resto de los personajes¹⁵.

La indiferencia y cobardía iniciales del grupo, que considera a Shōya un líder, poco a poco se va tornando en rechazo, hasta el punto de que el acosador comienza a ser despreciado y marginado por sus compañeros. Este rechazo social le provoca un profundo trastorno emocional que le induce a contemplar ideas autolíticas.

La directora Naoko Yamada realiza una sólida reflexión sobre problemas complejos de la sociedad actual, como el acoso escolar, la marginación social e incluso el suicidio, situaciones que afectan seriamente a la juventud japonesa en las dos últimas décadas.

Las dificultades auditivas de la protagonista y el empleo del lenguaje japonés de signos reciben un tratamiento especial en este anime, incidiendo en la necesidad de aprendizaje en este sistema para superar las barreras de comunicación que tantas veces suelen provocar el aislamiento de las personas sordas.

En España, para aprender la lengua de signos se recomienda contactar con la Confederación estatal de Personas Sordas (CNSE) que proporciona información sobre los lugares y las posibilidades de aprendizaje¹⁶.

Esta película de animación nos muestra la realidad de una diversidad funcional tal vez sin la debida visibilidad, que se comporta en muchas ocasiones con una auténtica barrera social que afecta a quienes la sufren, pero sin presentarla

como una situación que provoque en los espectadores lástima o condescendencia.

El lenguaje de signos en el cine

Al contrario de lo que muchas personas creen, no existe un lenguaje de signos universal. En algunos países existen distintas lenguas de signos, como en Bélgica y España, donde se emplean las variantes flamenca - francófona y española - catalana, por ejemplo. En otros, como Gran Bretaña e Irlanda, aunque comparten la misma lengua oral, sus lenguajes de signos son también diferentes. Dentro de su grupo, la lengua británica únicamente comparte ciertas similitudes con la australiana.

Las lenguas de signos poseen su propia gramática y sintaxis, a pesar de que también existen frases hechas, de compleja traducción porque emplean palabras/signos imposibles de traducir literalmente, inclusive en otras lenguas de signos.

A pesar de todo, existe un sistema de comunicación internacional, el Sistema de Señales Internacional (SSI), que se emplea en reuniones y conferencias internacionales de personas que no comparten una lengua de signos común. Por supuesto, no es comparable con el esperanto, pues no dispone de gramática ni léxico, sino que se limita a una serie de gestos cuyo significado se contempla siempre dentro de un determinado contexto.

En la cinematografía internacional existen diversas películas sobre personajes con diversidad funcional auditiva, inclusive protagonizados por actrices y actores realmente sordos. A lo largo de la historia, varios actores y actrices han sido nominados por la Academia de Hollywood gracias a sus interpretaciones y al empleo del lenguaje de signos americano o británico, como por ejemplo Jane Wyman por *Belinda* (1949) de Jean Negulesco, Patty Duke por *El milagro de Ana Sullivan* (1962) de Arthur Penn, Alan Arkin por *El corazón es un cazador solitario* (1968) de Robert

Ellis Miller, John Mills por *La hija de Ryan* (1970) de David Lean, Marlee Matlin por *Hijos de un dios menor* (1986) de Randa Haynes, Holly Hunter por *El piano* (1993) de Jane Champion, Samantha Morton por *Acordes y desacuerdos* (1999) de Woody Allen, Rinko Kikuchi por *Babel* (2006) de Alejandro González Iñárritu, Sally Hawkins por *La forma del agua* (2017) de Guillermo del Toro, y Riz Ahmed junto a Paul Raci por *Sound of metal* (2019) de Darius Marder.

Obtuvieron el Oscar como premio a sus trabajos el quinteto formado por Jane Wyman, Patty Duke, John Mills, Marlee Matlin, actriz sorda en la realidad, y Holly Hunter.

Entre los films más representativos destacaríamos los clásicos y galardonados *Belinda* (1949) de Jean Negulesco, basada en la obra de teatro homónima original de Elmer Harris, sobre las tribulaciones de una muchacha muda tomada por una discapacitada psíquica, y *El milagro de Ann Sullivan* (1962) de Arthur Penn, la historia de una niña sordomuda, Hellen Keller (Patty Duke) y la superación de su diversidad funcional gracias al tenaz trabajo de su maestra Annie Sullivan (Anne Bancroft).

El corazón es un cazador solitario (1968) de Robert Ellis Miller constituye una admirable adaptación cinematográfica de un clásico de la literatura estadounidense, la novela homónima de Carson McCullers. Publicada en 1940, fue la exitosa opera prima de una escritora elogiada por Tennessee Williams y Graham Greene.

Ambas obras, novela y película, se enfrentan a determinados tabúes de la sociedad norteamericana durante la primera mitad del siglo XX: racismo, alcoholismo y suicidio, así como cierta velada homosexualidad que disimula la íntima amistad entre John Singer (Alan Arkin) y el risueño glotón Spiros Antonapoulos (Chuck McCann), ambos sordomudos y usuarios del lenguaje americano de signos.

Hijos de un dios menor (1986) de Randa Haynes representó en día un éxito comercial al más genuino gusto de Hollywood, un melodrama

romántico que cuenta la relación entre el profesor de dicción James Leeds (William Hurt) y la joven Sarah Haines (Marlee Matlin), empleada en una escuela para personas con diversidad funcional auditiva.

La contundente película ucraniana *The Tribe* (2014) de Miroslav Slaboshpitsky, ambientada en un internado especial para adolescentes, no precisó ni de doblaje ni subtítulos, pues toda la comunicación entre sus personajes e realiza mediante lenguaje de signos.

Sound of metal (2019) de Darius Marker, en la que Ruben Stone (Riz Ahmed), un enérgico baterista de rock va perdiendo progresivamente la audición hasta quedarse completamente sordo. Destacamos la actuación del veterano Paul Raci en el papel de Joe, el preceptor que enseña al protagonista el lenguaje americano de signos mientras intenta convencerle para que acepte su nueva realidad. Paul Raci es hijo oyente de padres sordos, y desde una temprana edad hubo de familiarizarse con este especial sistema de comunicación. Actor, músico y veterano de la guerra de Vietnam, es además un reconocido intérprete del lenguaje de señas americano.

Referencias

1. Abad Vila, M., Mayor Serrano, M. B. (2019). Arrugas (2011) de Ignacio Ferreras. La enfermedad de Alzheimer a través del cómic y del cine. *Rev. Med. Cine.* 15 (4), 237–247.
2. Allepuz E. El estado de la industria de animación japonesa en 2019. *El palomitron.* 8 de mayo de 2020.
3. Horno López, A. (2012). Controversia sobre el origen del anime. Una nueva perspectiva sobre el primer dibujo animado japonés. *Con A de animación.* (2), 106-118,
4. Estadísticas Mundiales de Bullying 2020/2021. Informe Oficial.
5. Kiotokio. El bullying en Japón, otro de sus grandes problemas: en 2019 vio mas de 600000 casos de acoso escolar. *Kiotokio* 22 de octubre de 2020.

KOE NO KATACHI (A SILENT VOICE) (2016) DE NAOKO YAMADA: DIVERSIDAD FUNCIONAL, ACOSO ESCOLAR E IDEACIÓN SUICIDA EN LA ADOLESCENCIA EN EL CINE DE ANIMACIÓN JAPONÉS
MIGUEL ABAD VILA

6. Cerantola A. Qué es futoko, el fenómeno por el que miles de niños se niegan a ir a la escuela en Japón. BBC News Mundo. 29 de diciembre de 2019.
7. Koe no Katachi Wiki.
8. Ibarra V. El anime como refugio del bullying escolar. PlayerOne. 8 de mayo de 2021.
9. Melaines. Los 10 animes con más bullying (acoso escolar). Honey's Anime 30 de marzo de 2017
10. Asuka. Los cortos de Anime Mirai 2012 se hacen con el Gran Premio del SICAF. Koi-Nya. 5 de agosto de 2013.
11. Chirumiru. La temática del manga Ijimeru Yabai Yatsu impide su promoción. Kudasai. 17 de mayo de, 2021.
12. PDA Bullying. Campaña de prevención de acoso escolar a través del anime Sangatsu no Lion.
13. Loo E. Honey & Clover-s Chia Amino's Latest to Start July 13. Anime News Network. The Internet's Most Trusted Anime News Source. 22 de junio de 2007.
14. ETC. Diez animes que se tratan de bullying.
15. Pilar. A silent voice, un anime dramático sobre el acoso y el aislamiento. Japón Secreto. 21 de mayo de 2022.
16. Confederación Estatal de Personas Sordas.



Miguel Abad Vila es licenciado en Medicina por la Universidad de Santiago de Compostela. Doctor en Medicina por la Universidad de Santiago de Compostela. Diplomado en Salud Pública. Máster en Gestión Sanitaria por la Universidad de Vigo. Máster en Derecho Sanitario por la Universidad de Castilla – La Mancha. Médico de Familia en el Centro de Saúde «Novoa Santos», Servizo Galego de Saúde, Ourense. Colaborador habitual de «La Región, «Telemiño» y «Onda Cero» (Ourense) y «Atlántico Diario» (Vigo). Autor de los blogs «Cartas de Aloysius» y «Medycine».

ISSN electrónico: 1885-5210

DOI: <https://doi.org/10.14201/rmc.29106>

EL CINE DEBATE Y LA FORMACIÓN HUMANA EN LAS CARRERAS DE LA SALUD. EXPERIENCIA CUBANA

Debate Cinema and Human Training in Health Careers. Cuban Experience

Rosa María MEDINA BORGES ; Kenia Bárbara DÍAZ PÉREZ ; Amalia Yolanda ÁLVAREZ MEDINA 

Universidad de Ciencias Médicas de la Habana (Cuba).

Autor para la correspondencia: Rosa María Medina Borges

Correo electrónico: rmm@infomed.sld.cu

Recibido: 12 de mayo de 2022

Aceptado: 6 de junio de 2022

Resumen

En la Universidad de Ciencias Médicas de la Habana, se realizan cines debate desde el año 2013, como parte del programa educativo para la formación humana en las carreras de la salud. El artículo da cuenta del universo cultural que representa el cine para la formación en Salud, de los principales ejes metodológicos formulados desde la presente experiencia- así como- del balance favorable obtenido. Se utilizó una metodología cualitativa con la revisión de fuentes bibliográficas disponibles en bases de datos de internet. Las autoras evidencian sus propias consideraciones y las conclusiones sobre las significativas ventajas del uso del cine para la formación humana en Salud.

Palabras clave: cine debate; formación humana; carreras de la salud; Cuba.

Summary

At the University of Medical Sciences of Havana, debate cinemas have been held since 2013, as part of the educational program for human training in health careers. The article gives an account of the cultural universe that the cinema represents for Health training, of the main methodological axes formulated from the present experience - as well as - of the favorable balance obtained. A qualitative methodology was used with the review of bibliographic sources available in internet databases. The authors evidence their own considerations and conclusions about the significant advantages of using cinema for human training in Health.

Keywords: cinema debate; human formation; health careers; Cuba.

Introducción

Entre las conquistas sociales más importantes del proceso revolucionario cubano actual se encuentran la salud y la educación. En particular, la educación médica cubana concibe, entre sus prioridades, la formación de un(a) profesional de la salud de Cuba o de otro país del Tercer Mundo, portador de comportamientos humanos y profesionales distinguidos por el respeto a la dignidad humana, la honestidad y la responsabilidad. Tal vocación humanista permitirá cumplimentar los modos de actuación que la sociedad demanda de ellos(as)¹.

Sistematizar y/o publicar experiencias en el ámbito de la educación médica deviene una necesidad sistemática de actualización y enriquecimiento. No obstante, con frecuencia esto resulta complicado si se parte de cierto predominio de las concepciones pedagógicas salubristas de los paradigmas positivistas acerca de la formación y la investigación en los cuales se pondera- en ocasiones- como más científico el dato, en detrimento de lo valorativo².

El programa educativo para la formación humana en ciencias de la salud ha sido concebido y aplicado en la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana (UCMH) en la carrera de medicina, así como en varias especialidades de las tecnologías de la salud durante los años 2013 a 2020. El abordaje de las problemáticas no parte de la visión de una asignatura tradicional, sino que a partir de un esfuerzo integrador se han articulado (junto con núcleos cognitivos sobre salud y enfermedad) múltiples espacios tales como: cursos y talleres de comunicación impartidos a través de técnicas participativas, realización de programas radiales³; visitas a museos o centros culturales de La Habana, y también los cines debate.

Los cines debate han estado entre las actividades realizadas que más le han gustado a los (las) estudiantes. Acumulada una amplia experiencia en la realización de los mismos, consideramos la necesidad de realizar una publicación, la cual se

traza como objetivo: significar la contribución del cine debate a la formación humana en las carreras de la salud.

Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica. Se consultaron fuentes de información disponibles en las bases de datos SciELO, Pubmed/Medline, Cumed, Lilacs, Scopus; así como el Google Académico. Fueron utilizados los buscadores propios de las diferentes fuentes, a través de palabras claves, tanto en idioma español como en inglés. Se pudo determinar la existencia de numerosos artículos internacionales, tesis de grado y otros trabajos; acerca del uso del cine para los diferentes niveles de enseñanza, con predominio del universitario. En especial se destacan los producidos por investigadores (as) españoles(as), y de países de América Latina; y para el caso de la Salud: la *Revista Medicina y Cine* realiza una amplia contribución a los mencionados estudios.

En relación a Cuba, a pesar de la popularidad del cine en el país y la existencia de una valiosa filmografía nacional; no se identificaron muchas publicaciones sobre la utilización del cine con fines educativos, en la educación superior en general y en particular en la educación médica. En el área salubrista, resultaron muy interesantes los resultados publicados sobre el uso del cine con estudiantes de medicina para incidir preventivamente sobre el sexo transaccional⁴, así como, su utilidad en la docencia de la psiquiatría^{5, 6}.

En el presente artículo, las autoras evidencian sus propias consideraciones y las conclusiones sobre las significativas ventajas del uso del cine para la formación humana en Salud.

El universo cultural del cine para la formación humana

Utilizar el cine en las aulas no se hace por simple juego, ni por entretenimiento, ni tan siquiera como un instrumento didáctico más. El

cine tiene el valor en sí mismo de ser trasmisor de dramas humanos. Desde sus inicios, los relatos que cuenta el cine han afectado a generaciones de personas mediante sus argumentos, sus contenidos, sus imágenes y sus ideas. El cine es cultura popular, arte y espectáculo⁷. Para los(las) autores del presente artículo, se puede ir más allá del criterio anterior ya que el cine amplía el universo referencial del(a) estudiante pues permite aprender, viviendo experiencias modeladas y recreadas desde los propios personajes de las películas. Tal performance entreteje afectos, motivaciones, entusiasmo; de una manera lúdica y entretenida. Puede devenir testimonio que pone en disputa diversos aspectos simbólicos e imaginarios.

Se concuerda con Gallo (2016)⁸ en cuanto a lo valioso que resulta ligar la clase con la vida, con la necesidad de pensar esas presencias, con los modos como (nos) hacemos visibles (desde otros/as) para nosotros mismos(as), desde nuestros modos de ser y estar, y los modos como se establecen las relaciones educativas. Mientras que la idea moderna de educación tiende a la constitución de identidades, lo performativo parte de un (a) sujeto cambiante, en constante transformación, multifacético; de allí que importa lo que (nos) pasa con lo que hacemos, en este devenir las experiencias se tornan culturales y educativas. Demasiado interesante resulta la potencia posible de concebir al (la) *profesor(a)-artista* capaz de potencializar la experiencia didáctica como experiencia performativa que abandona la enseñanza como instrucción. El (la) *profesor-artista* pone los signos en dirección a la creación de nuevos horizontes personales y grupales.

Desde tales miradas, la clase (como cine debate) deviene acto estético liberador, transitando desde lo artístico para ir más allá: el logro de una realidad sensible que le da vida a los preceptos morales profesionales a través de historias de otros (as) profesionales de la salud y/o pacientes (de diferentes contextos). Así

logran sumergirse de manera unívoca en sus propias historias de vida, modos de mirar, pensar y hacer. Como en todo hecho cultural subyacen los resortes del inconsciente, e igual que en todo proceso de aprendizaje se requiere referentes de comportamiento en los que resalten la significación, la diversión, la didáctica, la introducción lenta y serena de los conocimientos, la habituación de comportamientos y la satisfacción por los logros conseguidos. Todo lo cual produce efectos y afectos corporales que despliegan un poder performativo en la formación humana de los (as) estudiantes de las carreras de la Salud. No se estaría renunciando entonces a la modelación de las identidades profesionales y a sus correspondientes preceptos éticos, pero si se estaría ejerciendo- desde lo performativo- un abanico muy amplio de criterios de autopercepción y de cuántos y variados matices pudieran tener, en la concreción de los diversos modos de actuación profesional. También tendrían su espacio la duda y los dilemas bioéticos tan complejos que hoy no tienen respuestas definitivas.

Entre las ganancias culturales que permite el cine con fines educativos se encuentran: la apreciación desde el nivel de comprensión de una película, la aptitud para ser consciente y curioso en la elección de contenidos cinematográficos, la competencia para ver críticamente un film analizando su contenido y sus aspectos técnicos y fotográficos, así como la habilidad para manejar el lenguaje y los recursos de las imágenes en movimiento dentro de una pieza creativa⁹.

En una película, pueden identificarse valiosas ideas que articulen problemáticas de diferentes disciplinas que reciben los estudiantes. Una de ellas -sabia y sustento del pensamiento- es la filosofía. La imagen fílmica es una suerte de síntesis perturbadora de sistemas complejos de señales a decodificar, cuya matriz «esconde» cosmovisiones más estructuradas o conceptos filosóficos (reales o imaginarios). Morin (1961, p. 247)¹⁰ plantea que: «debido a que toda imagen

del filme es simbólica, el cine lleva en él todas las riquezas del espíritu humano en estado naciente. Lo propio del símbolo es reunir en él la magia, el sentimiento, la abstracción».

Dentro del abordaje que se hace de cine/filosofía, se tienen en cuenta tres perspectivas: a) el cine desde el estudio semiótico, tratándose la semiótica como una de las ciencias que aporta al estudio de la comunicación humana y a partir de allí a la explicación del funcionamiento del pensamiento; b) el logos y el pathos como productores de pensamiento, siendo la logopatía un complejo de referentes intelectuales y perceptivos/emotivos importantes en el estudio del pensamiento; y por último, c) el aporte de filósofos contemporáneos como Deleuze en cuanto a lo que la imagen-movimiento –con sus tres variables: percepción, acción y afección– y la imagen tiempo, son para el desarrollo de lo que se ha venido tratando en la imagen cinematográfica como tiempo y espacio que chocan pero que a la vez tienen cierto impacto sobre nuestro pensamiento y construyen formas categóricas como rupturas de lo establecido¹¹.

Resulta muy valioso el criterio de Flores (2019)¹² en cuanto a delinear funciones didácticas del cine debate, entre las cuales señala:

- *La función informativa*, que ocurre cuando la película que se lleva a debate, amplía datos sobre un aspecto del tema que se trabaja en clase, centrando el interés en el objeto de la realidad a que hace referencia. Se deben considerar tres cuestiones de selección: la cantidad de datos debe ser dosificada porque el exceso o la carencia desmotiva, la ambientación y valor artístico del filme, y que posibilite la integración de contenidos docentes.
- *La función motivadora*, a raíz de que el filme seleccionado esté en correspondencia con la edad de los estudiantes, de sus diversos enfoques e intereses (problemas de género, etario, o de una profesión).

- *La función investigativa*, que implica el desarrollo de una postura indagadora a través de la interacción con la obra que permita la adopción de una postura activa y crítica ante su objeto de estudio, que es la libertad para interpretar una obra de arte. Hecha por su autor con determinada intención, pero el resultado puede no estar del todo en la obra en sí, sino en el impacto que produce en el espectador.

El cine debate. Ejes metodológicos formulados desde la presente experiencia

El uso del cine debate en las carreras de la salud de la UCMH -desde el programa educativo aplicado- ha sido enjundioso; no obstante, el presente artículo sistematiza ejes metodológicos sobre los más significativos. Todas las películas seleccionadas cumplían con las tres funciones mencionadas con anterioridad: brindaban nuevas informaciones (con medida y balance) sobre los temas abordados, motivaban la polémica porque abordaban de manera muy lograda dilemas éticos de los modos de actuación profesional de las especialidades de la salud; además de permitir nuevas lecturas, apropiaciones personales de las tramas y otras construcciones de los desenlaces finales. Véase la Tabla 1.

En cuanto a la selección de los filmes a visionar, se «negocia» con los(las) estudiantes sus propuestas junto a las que poseen los(las) docentes, teniendo en cuenta las funciones didácticas del uso del cine con fines educativos (explicadas con anterioridad). Este proceso genera mucho entusiasmo ya que se evita la imposición, y sobre todo ha permitido ir conformando un banco de materiales audiovisuales muy amplio y variado, que incluye también videos cortos con mensajes edificantes y axiológicos, utilizados con frecuencia en la motivación inicial de las actividades docentes. Se ha podido constatar como estudiantes que se muestran pasivos en otros espacios

Tabla 1. Muestra de algunas películas debatidas

No.	Película	Problemática que permite abordar	Carrera
1	<i>El doctor / The doctor.</i> 1991. EUA.	Bioética, calidad servicios salud	Medicina
2	<i>Hipócrates /Hippocrates.</i> 2015. Francia.	Bioética, comunicación profesional	Medicina
3	<i>La teoría del todo / The Theory of Everything.</i> 2014. EUA.	Enfermedad ELA, Investigación, tecnología y comunicación	Medicina
4	<i>Mar adentro / Out to sea.</i> 2004. España.	Rehabilitación en cuadriplejía, bioética, eutanasia, suicidio asistido	Rehabilitación en Salud
5	<i>Marie Curie / Marie Curie</i> 2016. Francia.	Desarrollo histórico de la radiofísica médica, ética de la investigación en Salud	Imagenología y Radio Física Médica
6	<i>El círculo / The circle.</i> 2017. EUA.	TICS y ética de la información, adicción a tecnologías	Sistemas de Información en Salud
7	<i>Boleto al paraíso / Ticket to paradise.</i> 2011. Cuba.	Prevención adicciones	Higiene y Epidemiología

formativos, asumen protagonismo mediante el aporte de materiales audiovisuales e incluso en los propios debates, lo cual demuestra que no todos aprendemos por las mismas vías. A la vía racional y científica, se puede sumar la lúdica o experiencial para llegar a los mismos resultados.

Otra peculiaridad de la presente experiencia sería que la película no se proyecta en la institución educativa, tal como aparece en otras experiencias publicadas¹³⁻¹⁶ ya que- en nuestro caso- requiere mucho tiempo y recursos tecnológicos con los cuales no siempre contamos. Ello lejos de convertirse en una desventaja, deviene potencialidad para el fortalecimiento de lazos afectivos ya que se brinda total libertad para su disfrute. Hemos comprobado que la visionan de manera individual, con amigos(as), con su pareja, con familiares, por equipos conformados por los propios integrantes del grupo estudiantil; convirtiéndose en ocasiones en la actividad recreativa del fin de semana. Las anécdotas acerca de cómo aconteció este espacio extracurricular también pueden formar parte de la introducción o las conclusiones del cine debate, donde el profesor (a) puede comprobar cuánto de intercambio y ganancia relacional pudo haber tenido este

momento compartido y vivenciado más allá de las fronteras aúlicas.

Una vez haya sido seleccionado el filme, se elabora la guía de observación que cuenta- en general- con la siguiente estructura:

- **Objetivo.** El propósito académico que se persigue con la realización del cine debate (ejemplos: 1- motivar a los (as) estudiantes en el estudio de la ciencia a partir de la vida de *Marie Curie*, 2- valorar la relación: ciencia-tecnología- investigación científica, y TICS a través del filme *El círculo*, 3- reflexionar sobre la importancia de la Bioética a través de la trama de la película *Hipócrates*).
- **Sinopsis.** En ocasiones se les brinda la información, y en otras se les pide que la busquen (ejemplo: La película *Mar adentro* tiene lugar en un pueblito de España, se cuenta la historia de un paciente cuadripléjico llamado Manuel, que posee esa condición debido a un accidente por inmersión en el mar luego de lanzarse de una altura considerable. El mismo defiende su derecho a morir para poner fin a su condición, que data de 24 años. Existen diversos personajes, como: amigos, familiares,

- otro cuádruplejico; que apoyan o no la decisión del protagonista).
- **Preguntas generales.** Se indaga acerca del contexto histórico, el título de la película, en caso de referirse a personalidades históricas se trata de averiguar cuánto de fidelidad con la vida del personaje hay en la obra de arte (ejemplos: 1- ¿Por qué consideras que el filme se llama *Hipócrates*?, 2- Investigue acerca de las características económicas, internacionales y sociales del contexto cubano en el año 1993: contexto en el cual se suceden las historias que cuenta *Boleto al paraíso*, 3- Lea el artículo «fascinación tecnológica y comunicación humana en tiempos de la COVID 19». Extraiga la definición: fascinación tecnológica. Ejemplifique con escenas del filme *El círculo*).
 - **Sistema de personajes que desencadenan la trama.** Se trata sobre cómo describimos a los personajes y las relaciones que tienen entre ellos. Si son protagonistas y qué clase de protagonistas, si a través de sus historias de vida se van modelando las diferentes actitudes y comportamientos humanos, que nos interesa reforzar y/ o poner en debate (ejemplos: 1- ¿Cuáles son los valores humanos fundamentales que posee Hawking, protagonista del filme *The of Everything*? Ejemplifique con escenas del filme, 2- ¿Qué papel juegan *los otros* en la vida de Manuel, protagonista de *Mar Adentro*? Ejemplifique con escenas del filme, 3- Caracteriza a cada uno de los personajes que encarnan las historias de adolescentes y jóvenes en el filme *Boleto al paraíso*, en cuanto a: comportamiento, conflictos personales y familiares. Ejemplifica con escenas del filme.
 - Como se puede observar siempre solicitamos que ejemplifiquen con escenas del filme, para dar mucha más riqueza a las exposiciones. También es un potente recurso didáctico para el desarrollo de las habilidades comunicativas de expresión oral, observación, y relación empática pues se ponen en la piel de los personajes y emiten variados juicios sobre las diferentes maneras en que los mismos resuelven o agravan conflictos de la vida real, que pueden estar siendo vivenciados también por los (las) estudiantes.
 - **Análisis narrativo y estético de la película.** Actividades relacionadas con: iluminación, montaje, puesta en escena, cámaras, sonido, banda sonora. Es el apartado vinculado con las características del séptimo arte y la comunicación que se logra con el espectador a través de la estética que propone el filme (ejemplos: 1- ¿Cuál escena te impresionó y por qué?, 2- ¿Qué estado de ánimo te provocó el filme?, 3- ¿si fueras el director (a): qué cambiarías de la historia?, 4- ¿Qué papel juega la música en la trama?, 5- ¿Qué opinión te merece la metáfora de la bata sanitaria sucia, al inicio y final de la película *Hipócrates*?
 - **Cuestionamientos éticos desde los argumentos.** El uso del cine en la formación humana de estudiantes de las ciencias de la salud, debe trabajar este apartado con mucha intencionalidad, buscando la toma de partido ante diversos dilemas éticos que se presentan en la profesión. Por suerte existen maravillosos filmes que tocan dichas problemáticas (ejemplos: 1- ¿Qué opinas sobre el funcionamiento del hospital? ¿Qué aspectos señalarías de carácter favorable y cuáles nocivos?, 2- ¿Cómo valoras las relaciones de los internos con las familias de los pacientes?, 3- ¿Cómo se evidencian los principios de la ética médica en la historia?, 4- En la conversación con un grupo de colegas, Jack (protagonista del filme *El doctor*) exclama: «la misión del cirujano es cortar: entras, lo arreglas y te largas. Más que el cariño importa un corte limpio.» ¿Cuál es tu opinión?
 - **Conclusiones.** Durante el debate, el (la) docente realizará solo pequeñas intervenciones para conducir o reconducir la polémica e

ir entrelazando ideas que permitan el cumplimiento de los objetivos didácticos trazados, para ello podrá realizar preguntas de apoyo elaboradas en tiempo real ya que cada grupo estudiantil es diferente, y por ende las opiniones son variadas, inesperadas e incluso contradictorias (lo cual hace apasionante a este tipo de actividad). Las conclusiones deben ser sintéticas y muy valorativas, resaltando aquellos elementos que se relacionan con el propósito formativo que se pretendía cumplir, y siempre dejando una puerta abierta a la motivación por el cine, y a la realización de otros cines debates. Se informan las evaluaciones individuales, a su vez se destacarán a los(las) estudiantes que mejor trabajaron. Siempre es importante hacer una retroalimentación mediante opiniones de los participantes (para que sean breves se puede pedir que definan lo calidad de la actividad con una sola palabra). Ejemplos: 1- ¿Cuál es la principal enseñanza que brinda el filme *Marie Curie* para los (las) jóvenes profesionales y científicos del siglo XXI?, 2- ¿A qué conclusión podemos arribar con el visionado de *El Círculo*, en relación a las dinámicas de las investigaciones tecnológicas en TICS, en el actual capitalismo cognitivo o de las plataformas?, 3- Valora la decisión final del doctor Jack de «someter» a sus alumnos al rol de pacientes: ¿qué objetivo perseguirá con ello?

A modo de conclusión

Las ventajas en el uso del cine debate para la formación humana en ciencias de la salud, apunta a la posibilidad de seleccionar uno o varios temas para motivar el aprendizaje mediante el modelado de situaciones- contradictorias y complejas- en cuanto a dilemas éticos y modos de actuación profesional, que los filmes pudieran estar reflejando de manera muy análoga a lo que ellos pudieran vivenciar en sus prácticas profesionales.

Al promover situaciones formativas- relajantes y agradables- que se alejan de la monotonía de los métodos tradicionales, se sistematiza la posibilidad de formar e informar de modo distendido y lúdico. El (la) estudiante no es consciente de estar siendo educado de manera directa. El cine debate es una actividad fuera de lo habitual, lo que incrementa el interés y la participación activa y desprejuiciada.

En tiempos en los cuales ya no resulta habitual ir al cine como institución cultural, convertir los hogares en lugares donde los futuros (as) profesionales comparten películas de alto nivel artístico con sus seres queridos o compañeros (as) de grupo estudiantil, contribuye de manera muy novedosa a su preparación en diversos temas bioéticos cuyo abordaje resulta complejo solo desde la clase convencional. Por otro lado, todo lo que hoy apunte a darle voz y protagonismo a los (las) jóvenes constituye una fuerza inestimable de calidad y motivación.

Referencias

1. Medina Borges RM, García Savón Y, Cervantes Castillo AD, Wilson Calderón R, Castillo Hernández N. Programa educativo para la formación humanista de estudiantes de tecnología de la salud. Rev. Educ. Méd. Sup. [Internet] 2020;34(3): e1957.
2. Medina Borges RM, Rodríguez Sánchez Y, Reinoso Cápiro C. Martí y Freire: formación humana y emancipación. Experiencias desde la educación médica cubana. Paulo Freire. Revista de Pedagogía Crítica [Internet] 2021; 19(26): 95-112.
3. Medina Borges RM. La Radio y su contribución a la formación humanista e histórica en Ciencias Médicas. Revista Latinoamericana en Comunicación, Educación e Historia [Internet] 2019; 1(1): 21-28.
4. García Torres DS, Fuentes Domínguez N, Mendoza Ruiz M, Díaz Suárez R, Perera Díaz J. El cine debate con estudiantes de medicina para incidir preventivamente sobre el sexo transaccional. Rev. Med. Cine. [Internet] 2018;14(4): 245-251.

5. Hernández Figaredo P, Peña García F. El cine como herramienta en la docencia de Psiquiatría. Rev. Hum. Med. [Internet]. 2013;13(1): [aprox. 21 p.].
6. Gutiérrez Medina H, García Ferreiro AI, Colina Cabrera D, Yanes Díaz D, Jiménez Lorenzo F. El cine debate como recurso del aprendizaje en la enseñanza de la Psiquiatría. EDUMECENTRO. [Internet] 2019;11(2):148-162.
7. Martínez-Salanova Sánchez E. El valor del cine para aprender y enseñar. Comunicar: Revista Científica de Comunicación y Educación. [Internet] 2003; (20): 45-52.
8. Gallo LE. Una didáctica performativa para educar (desde) el cuerpo. Rev Bras Ciênc Esporte [Internet] 2017;39(2):199-205.
9. Lara F, Ruíz M, Tarín M (Comps). Cine y educación. Madrid: Academia de las Artes y las Ciencias Cinematográficas de España [Internet] 2019; p. 13.
10. Morin E. El cine o el hombre imaginario: ensayo de antropología. Barcelona: Editorial Seix Barral; 1961.
11. Rodríguez Murcia V M, Osorio, AP, Peñuela Contreras, PM, Rodríguez CM. El cine como posibilidad de pensamiento desde la pedagogía: una mirada a la formación de maestros. Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional; 2014. p. 147.
12. Guevara Flores E. La cinematografía como recurso educativo y cultural: el caso del cine histórico. Pacarina del Sur [Internet] 2019; 10 (38).
13. Paredes Zapata I. El cine como recurso educativo para la apreciación de valores en alumnos universitarios: Diseño de propuesta metodológica. Tesis de maestría en Educación. Piura: Universidad de Piura. Facultad de Ciencias de la Educación; 2018.
14. Campo Redondo M. El cine como recurso tecnológico en la creación de conocimiento: estudio de caso en la enseñanza de la orientación de la violencia familiar. Revista Enlace [Internet] 2006; 3(3).
15. Díaz Forero YE. Lectura y análisis crítico de cine. Una estrategia didáctica e innovadora para el logro de aprendizajes en el contexto universitario. Revista Docencia Universitaria [Internet] 2012; 13: 187-199.
16. Rodríguez Gutiérrez C. El cine como herramienta pedagógica: comprensión del fortalecimiento del espacio de Cine en el colegio Qualia. Tesis de grado de licenciatura en Educación. Bogotá: Universidad de los Andes; 2019.



Rosa María Medina Borges. Postdoctora en Ciencias Sociales, niñeces y juventudes (CLACSO-Universidad de Manizales, Colombia). Doctora en Ciencias Pedagógicas (Universidad Pedagógica EJV, Cuba). Especialista en Didáctica de las Ciencias Sociales (UBA-CLACSO, Argentina). Maestra en Historia Contemporánea y Relaciones Internacionales (Universidad de La Habana; Cuba). Profesora e Investigadora Titular, Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba.



Kenia Bárbara Díaz Pérez. Doctora en Ciencias de la Educación Médica. Maestra en Investigación sobre Arteroesclerosis. Licenciada en Rehabilitación en Salud. Profesora Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba.



Amalia Yolanda Álvarez Medina. Estudiante de Medicina. Alumna ayudante de Neonatología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Cuba.

ISSN electrónico: 1885-5210

DOI: <https://doi.org/10.14201/rmc.27786>

A PROPÓSITO DE *YO, DANIEL BLAKE* (2016): DIAGNÓSTICO CLÍNICO SOCIAL Y BUROCRATIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

Regarding I, Daniel Blake (2016): Clinical Social Diagnosis and Bureaucratization of the Health System

Janet CORDORI-CARPIO ¹; Ricardo CHÁVEZ-BAUTISTA²; Alejandra CHÁVEZ-ESCATE²;
Mario CARRIÓN-CHAMBILLA²; Hans CONTRERAS-PULACHE ³

¹ Facultad de Medicina Humana, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima (Perú).

² Escuela de Medicina Humana, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Privada Norbert Wiener, Lima (Perú).

³ South America Center for Education and Research in Public Health, Universidad Norbert Wiener, Lima (Perú).

Autor para la correspondencia: Hans Contreras-Pulache

Correo electrónico: hans.contreras@uwiener.edu.pe

Recibido: 21 de noviembre de 2021

Aceptado: 5 de junio de 2022

Resumen

Este artículo presenta un análisis sobre la película *Yo, Daniel Blake / I, Daniel Blake* (2016) de Ken Loach, filme que nos pone en la posición de una persona con una enfermedad crónica degenerativa, mostrándonos el punto de vista de un paciente y su vivencia fuera de los muros del hospital, dentro de un sistema de salud europeo burocratizado y estandarizado que no cubre las necesidades individuales de los enfermos. Se consideran distintos aspectos de interés en este análisis, útiles para la formación universitaria en medicina humana, como lo son; la amenaza que puede significar que el sistema de salud se enfoque en la eficiencia y eficacia de la gestión por encima del bienestar del paciente y la comprensión de relevancia del contexto individual, familiar y comunitario del mismo, evidenciando que el ejercicio y desarrollo de la medicina integral es indispensable para una apropiada atención a los pacientes.

Palabras clave: infarto agudo de miocardio; muerte súbita cardíaca; medicina; cine; salud pública.

A PROPÓSITO DE *YO, DANIEL BLAKE* (2016): DIAGNÓSTICO CLÍNICO SOCIAL Y BUROCRATIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

JANET CORDORI-CARPIO; RICARDO CHÁVEZ-BAUTISTA; ALEJANDRA CHÁVEZ-ESCATE; MARIO CARRIÓN-CHAMBILLA; HANS CONTRERAS-PULACHE

Abstract

This article presents an analysis of the film *I, Daniel Blake* (2016) by de Ken Loach, a film that puts us in the position of a person with a chronic degenerative disease, showing us the point of view of a patient and his experience outside the walls of the hospital, within a bureaucratized and standardized European health system that does not cover the individual needs of patients. Different aspects of interest are considered in this analysis, useful for university training in human medicine, as they are; the threat that the health system may mean focusing on the efficiency and effectiveness of management over the well-being of the patient and the understanding of the relevance of the individual, family and community context, evidencing that the exercise and development of integral medicine is essential for proper patient care.

Keywords: acute myocardial infarction; sudden cardiac death; medicine; movies; public health.

Título original: *I, Daniel Blake*.

País: Reino Unido, Francia.

Año: 2016.

Dirección: Ken Loach.

Música: George Fenton.

Fotografía: Robbie Ryan.

Montaje: Jonathan Morris.

Guion: Paul Laverty.

Intérpretes: Dave Johns, Hayley Squires, Brianna Shann, Dylan McKiernan, Kate Rutter, Sharon Percy.

Color: color.

Duración: 100 minutos.

Género: drama social.

Sinopsis: Después de haber sufrido un infarto, un carpintero de 59 años debe luchar contra las fuerzas burocráticas del sistema para recibir el Subsidio de Empleo y Manutención.

Productora: Les Films du Fleuve, BBC Films, Wild Bunch, Why Not Productions.

Premios: Premios BAFTA: mejor película británica (2017), Palma de oro (2016) festival de Cannes, CinEuphoria Awards: mejor director (2017), Dublin Film Critics Circle Awards: Mejor película (2016), Empire Awards, UK: mejor película británica (2017), Evening Standard British Film Awards: mejor película (2017).

Enlaces: https://www.imdb.com/title/tt5168192/?ref_=nv_sr_srsq_0



Cartel español

Introducción

El documental *Sicko* (2007) de Michael Moore critica la privatización de los seguros de salud estadounidenses, como el negocio de mayor lucro económico, rompiendo la imagen del sueño americano y mostrando la realidad de la atención sanitaria estadounidense; a su vez, glorifica al sistema de salud inglés, mostrando la asistencia sanitaria universal como la cúspide de la pirámide de la atención en salud. Por otra parte, tiende a considerar al sistema de salud inglés como el modelo y referente, sobre todo para países en vías de desarrollo, tanto el sistema canadiense, francés, entre otros. Es justamente aquí donde la pieza fílmica *Yo, Daniel Blake / I, Daniel Blake* (2016) de Ken Loach, se posiciona como piedra en el zapato, nos transmite una sensación de documentalismo, actitud documentalista y nos lleva a ver el sistema de salud inglés por dentro: justo en los momentos en que se muestran sus grietas y

sinsabores, los abusos, la inequidad y el olvido del bienestar del paciente por encima de todas las cosas.

I, Daniel Blake (2016), filme dirigido por el director británico Ken Loach, ganadora del premio «Palma de Oro» en el Festival de Cannes 2016, es un filme que nos pone en la posición de una persona con una enfermedad cardíaca degenerativa, mostrándonos el punto de vista de un paciente y su vivencia fuera de los muros del hospital, dentro de un sistema de salud europeo burocratizado y estandarizado que no cubre las necesidades individuales de los enfermos. Esta situación caótica eclosiona en el film, en el momento que se muestra en la Figura 1, uno de los momentos más emblemáticos, cuando Daniel Blake realiza una protesta pública para que se reconozcan sus derechos fundamentales.

El presente artículo analizará el filme desde distintos aspectos, primero se caracterizará la deshumanización del sistema de salud como un aspecto de la fractura de la relación



Figura 1. «Yo, Daniel Blake demando mi apelación antes de morirme de hambre y cambien esa música de mierda de los teléfonos»

A PROPÓSITO DE *YO, DANIEL BLAKE* (2016): DIAGNÓSTICO CLÍNICO SOCIAL Y BUROCRATIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

JANET CORDORI-CARPIO; RICARDO CHÁVEZ-BAUTISTA; ALEJANDRA CHÁVEZ-ESCATÉ;
MARIO CARRIÓN-CHAMBILLA; HANS CONTRERAS-PULACHE

médico-paciente; luego, desde un enfoque de medicina familiar y comunitaria, se hará un diagnóstico social de Daniel Blake; se proseguirá con una revisión a propósito del diagnóstico clínico de Daniel Blake; y se hará un comentario con respecto al tratamiento recibido por Daniel Blake. Finalmente se elaboran unas conclusiones de interés para el ejercicio de la docencia universitaria en medicina humana.

La fractura de la relación médico-paciente

El médico está habituado a tratar de forma biomédica a los pacientes desde un punto de vista hospitalocéntrico; desestimando muchas veces el contexto de la persona, sus vivencias, su cultura, las dificultades que pueda atravesar para seguir las indicaciones, los problemas económicos para adquirir la medicación, entre otras cosas que requiera como parte de recuperar su salud. El filme nos pone en el lugar de un hombre adulto mayor, de piel blanca, contextura endomorfa, que reside solo en un pequeño apartamento en Newcastle, Reino Unido, y que afronta la pérdida de su empleo a consecuencia de un evento cardíaco y su incapacidad de poder laborar nuevamente. Inicia con un fondo negro donde solo se escuchan las voces de Daniel y de una entrevistadora, mostrando así el conflicto desde el discurso, sin necesidad de imágenes. Los tres primeros minutos del filme, donde Daniel es entrevistado por una «profesional de la salud», para poder acogerse al subsidio por incapacidad laboral, expone una serie de preguntas hechas de forma estandarizada para identificar incapacidades psíquicas, motrices y neurológicas, pero no aquello que le interesa al paciente, preguntas infructuosas: ¿tiene incontinencia de esfínteres?, ¿puede levantar los brazos?, ¿tiene dificultades para presionar un botón? Podemos percibir como la relación médico-paciente, sistema de salud-usuario, se encuentra fracturado, dado que la evaluadora sigue una guía establecida que valora enfermedades, no las situaciones únicas

a la cual el enfermo puede estar condicionado, siendo este el caso de Daniel.

El Servicio Nacional de Salud británico (NHS) pasó en las últimas décadas por la más importante reforma desde su creación en 1948. Este proceso inicio en 1991 y es considerado como uno de los más equitativos, se basa en el concepto de protección social que ofrece el sistema de salud como un derecho universal, independientemente de la capacidad de pago de la persona. El financiamiento es a través de los impuestos generales, pero existe un proceso de centralización administrativa como un mecanismo de control de costos. Estas reformas han transformado el rol del estado como proveedor y regulador de los servicios de salud en el Reino Unido, contratando diversos proveedores de servicios de salud, tanto públicos como privados; pasando de ser un proveedor directo a un contratista financiado por el estado. El antiguo sistema de responsabilidad política basado en la ética del servicio público ha cambiado a un modelo basado en mecanismos de derecho privado. El financiamiento es a través de los impuestos generales, pero existe un proceso de centralización administrativa como un mecanismo de control de costos. Este proceso de centralización administrativa se evidencia en la película, produciendo un distanciamiento entre la persona y su Sistema de Salud^{1,2}.

Diagnóstico social de Daniel Blake

Entre las herramientas fundamentales para el estudio integral del paciente con su entorno se encuentran el familiograma y el ecomapa, donde se analiza las relaciones de la familia con sus integrantes y con la comunidad a la que pertenece. Mientras que el familiograma muestra los recursos intrafamiliares, el ecomapa evidencia los recursos extrafamiliares^{2,3}.

El familiograma o genograma es una herramienta de evaluación familiar que ofrece una visión rápida donde se representa de forma gráfica (Figura 2) la estructura familiar teniendo en

A PROPÓSITO DE YO, DANIEL BLAKE (2016): DIAGNÓSTICO CLÍNICO SOCIAL Y BUROCRATIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

JANET CORDORI-CARPIO; RICARDO CHÁVEZ-BAUTISTA; ALEJANDRA CHÁVEZ-ESCATÉ; MARIO CARRIÓN-CHAMBILLA; HANS CONTRERAS-PULACHE

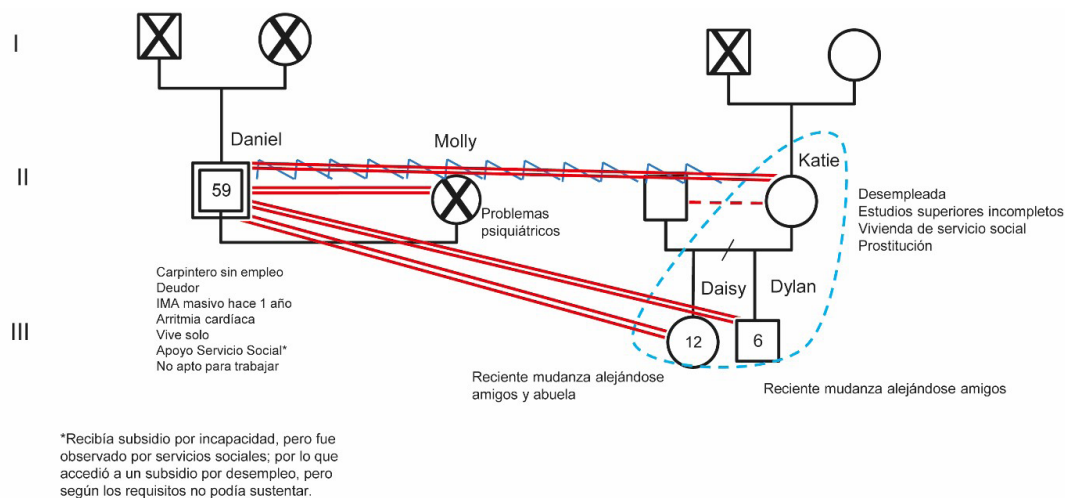


Figura 2. Familiograma de Daniel Blake y Katie Morgan
Fuente: I, Daniel Blake (2015). Elaboración propia

cuenta por lo menos tres generaciones, las relaciones de parentesco y características generales, además se registra información de los problemas médicos y psicosociales de cada miembro de la familia y sus relaciones y/o funcionalidad entre los miembros de una familia^{4,5}.

La familia de Daniel Blake presenta una estructura familiar de tipo equivalente familiar en un ciclo vital familiar de familia en disolución, por encontrarse solo tras la muerte de su esposa Molly, como se aprecia en la Figura 3. Con respecto a la familia de Katie Morgan; Daysi y Dylan, hijos de Katie, pertenecen a una familia monoparental; las relaciones familiares entre estas dos familias es posible observar una relación muy estrecha con los hijos de Katie, además de una relación de apoyo hacia Katie volviéndose distante y hasta conflictiva debido a la discusión y desacuerdo que ambos refieren con respecto a su trabajo en una casa de citas.

Por otro lado, el ecomapa es una representación gráfica de la persona y/o su familia con su entorno ecológico que nos brinda una visión

rápida; donde se reconoce la presencia de recursos de apoyo social extrafamiliar. Se registra las diferentes relaciones con los servicios o con sus contextos externos, los conflictos, las carencias que presenta la familia. Es decir, trata de reflejar las múltiples y complejas interacciones entre la sociedad, la familia y la persona, así como entre los sistemas de atención de salud, las instituciones sociales y las necesidades de la familia⁴.

En el ecomapa de Daniel Blake se evidencia que posee reducida cantidad de sistemas externos de apoyo entre ellos sus amigos y vecinos, donde destacan la familia de Katie con un apoyo mutuo.

Otro instrumento que nos permite entender mejor a Daniel es la Escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Thomas Holmes, se realiza según las situaciones ocurridas en los últimos seis a ocho meses. Los acontecimientos vitales estresantes son aquellos eventos estresantes que provocan efectos orgánicos, físicos o psicológicos sobre la persona. Considerando los cambios de vida a medida que van desarrollándose, cuando sobrepasan cierto límite pueden

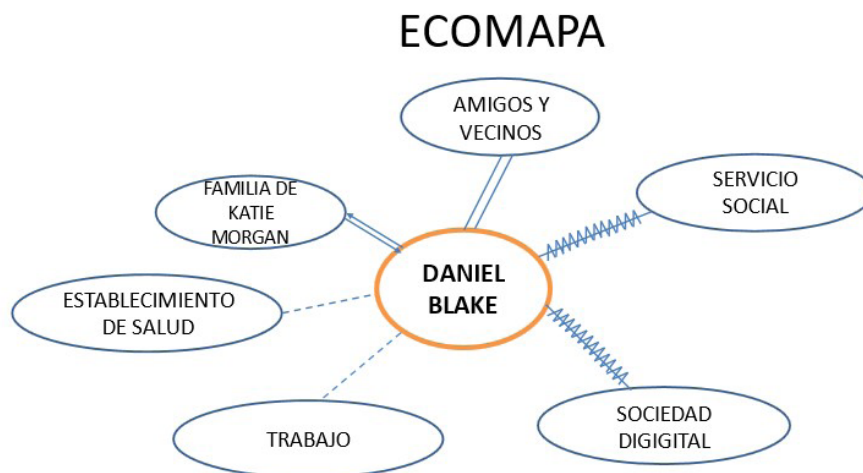


Figura 3. Ecomapa de Daniel Blake
Fuente: I, Daniel Blake (2015). Elaboración propia

producir el suficiente estrés para perturbar la funcionalidad de la persona. Cada evento posee un valor adjudicado: menos de 150 (riesgo bajo de 30% de presentar enfermedad psicosomática) entre 150 a 300 (riesgo intermedio de 50% de presentar enfermedad psicosomática), y más de 300 (riesgo alto de 80% de presentar enfermedad psicosomática). A mayor crisis, mayor riesgo de enfermedad²⁻⁴.

En la película, Daniel Blake está expuesto a una serie de eventos estresantes que condicionan un mayor deterioro de su estado de salud, resumidos en la Tabla 1. Según la escala, Daniel presenta un Riesgo Moderado a Alto de sufrir enfermedad por nivel estresante al que está sometido (lo que desencadena el infarto que acaba con su vida). Faltaría considerar la implicancia de que no tenga ningún apoyo familiar (pues vive solo), a pesar de tener a Katie como amiga, quien también tiene varios problemas.

Diagnóstico clínico de Daniel Blake

Desde el inicio de la película se menciona que Daniel sufre de un problema cardíaco, como

secuela de un infarto de miocardio que presentó mientras se desempeñaba como carpintero, resultando como consecuencia de ello, el que no puede laborar por orden de su cardióloga de cabecera. Se propone el diagnóstico primario de Enfermedad de la Arteria Coronaria (EAC) que conllevó a un Infarto Agudo de Miocardio (IAM); en este sentido es de resaltar la presencia algunas características de Daniel que encajan en lo que conocemos como «factores de riesgo cardiovascular», así destacan el ser adulto mayor, varón, ser de contextura endomorfa, además de los que no se mencionan en el filme^{6,7}. Tenemos que el IAM es una entidad relativamente frecuente, considerada la primera causa de muerte en el mundo y asociado a factores de riesgo comúnmente conocidos, como la hipertensión, la diabetes, la obesidad, el sedentarismo, etc⁶. El IAM es la manifestación más severa de la EAC, que causa más de 2,4 millones de muertes en Estados Unidos, más de 4 millones de muertes en Europa y el norte de Asia, y más de un tercio de las muertes anuales que ocurren en países desarrollados⁸. El infarto del miocardio se debe a

Tabla 1. Escala de Eventos Críticos de Daniel Blake

Evento estresante	Puntaje
1. Enfermedad	53
2. Perder el trabajo	47
3. Desempleo	47
4. Cambios a nivel socioeconómico	38
5. Cambios importantes en las condiciones de vida	25
6. Cambio en los hábitos personales	24
7. Cambio de hábitos de dormir	17
8. Leve transgresión de la ley por los disturbios que ocasiona fuera de las oficinas del Servicio social, amonestación por daños	11
Total	262

Fuente y elaboración propia.

la rotura de una placa aterosclerótica vulnerable o a la erosión del endotelio de la arteria coronaria⁸. Los factores que influyen en la gravedad de la isquemia incluyen si el vaso se ocluyó parcial o completamente, la duración de la oclusión, el área total de miocardio afectado, la presencia de colaterales y la idoneidad de la reperfusión después del tratamiento⁸⁻¹². Sin embargo, no podemos asegurar que el IAM sea la única posibilidad diagnóstica de Daniel, hay que tener en cuenta que diversas patologías de origen cardiovascular pueden darnos un cuadro clínico similar al presentado en el filme.

El apoyo diagnóstico que se evidenció en el filme fue un ecocardiograma que es un estudio de imágenes que permite valorar la tanto la anatomía como funcionalidad de las diferentes estructuras del corazón, permite realizar seguimiento y observar la respuesta del corazón al tratamiento que recibe el paciente^{13,14}. Otra prueba diagnóstica que no se muestra en el filme, pero es muy probable que se le haya realizado a Daniel, es una prueba de esfuerzo, para evaluar la capacidad de actividad física que puede realizar el paciente luego de un evento

agudo¹⁵. En cada caso, el diagnóstico de IAM se basa en la evidencia de biomarcadores de necrosis de miocitos y en criterios electrocardiográficos (ECG) de isquemia o infarto. Las isoformas I y T de la troponina cardíaca (cTn) han surgido como los biomarcadores de diagnóstico preferidos, porque son muy sensibles y específicos para la lesión miocárdica, detectables en dos a tres horas y alcanzan su punto máximo en 24-28 horas⁸.

Los minutos finales del filme muestran a un Daniel abatido, preocupado, ansioso, con un semblante depresivo, derrotado y abandonado a su suerte, con una negativa a continuar en la lucha por la que tanto había sacrificado. Las escenas de la sala jurídica donde Daniel apelaba el subsidio de incapacidad laboral, siendo estos sus últimos instantes de vida, muestran como él acude al baño a lavarse el rostro, cuando intempestivamente se desploma para nunca más levantarse. Se propone como diagnóstico, un episodio de muerte súbita cardíaca (MSC), basado en el historial médico presentado, y la muy probable existencia de remodelado cardíaco producto del IAM sufrido¹³.

Tratamiento

En la película dejan claro que Daniel estaba bajo un tratamiento, pero no se menciona qué medicamentos está recibiendo, se presume que estaría usando antiagregantes plaquetarios de primera línea como el ácido acetilsalicílico, que es de uso muy frecuente. Una evaluación del tratamiento idóneo para el paciente debería sopesar la inclusión de hipolipemiantes, fundamentalmente estatinas, a la terapia; no solo con el objetivo de bajar los niveles de colesterol, sino también para prevenir la formación de nuevas placas de ateroma o estabilizar las ya existentes y cuya ruptura son las causantes de los eventos cardíacos. Los betabloqueadores, también forman parte del esquema de tratamiento; estos son medicamentos que disminuyen el estrés del ejercido sobre el corazón, de tal manera que pueda realizar su trabajo con menor carga y pueda sobrellevar la situación. Además, se debe considerar los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, como captopril o enalapril, o antagonistas del receptor de la angiotensina II, como losartán o valsartán, que están orientados a evitar la remodelación cardíaca que se puede dar a consecuencia de un evento agudo como es el IAM. Probablemente éstos eran todos los medicamentos que formaban parte del esquema terapéutico que recibía¹⁶⁻²⁰.

Conclusiones

Esta película, más allá de su logro y virtuosismo técnico, es útil, para la medicina, por varias razones. Primero, devela la naturaleza de un sistema de salud que, de modo general, se asume como un modelo (sobre todo para «países en vías de desarrollo»); como se muestra este sistema se encuentra amenazado por el logro de la eficiencia y la eficacia de la gestión, habiendo olvidado, enteramente, que su vocación es el bienestar del paciente. Segundo, que cuando un sistema es el que falla, la discusión en torno al

rol de las personas se apaga o se desplaza; llama la atención que en la película solo una funcionaria se haya salido del libreto establecido por las normas y exigencias laborales y haya mostrado que justamente un poco de humanidad marca la diferencia; lamentablemente, en el discurso que estructura el film, este acto termina costándole caro a la funcionaria, ya que se ha normalizado justamente el cumplimiento de la ley. Aún queda pendiente el análisis más detallado de las condiciones del sistema de salud inglés, sin embargo, esta película ha develado un aspecto muy difícil de pasar inadvertido. Tercero, muestra un cuadro clínico que como hemos mostrado, puede ser analizado tanto desde un contexto individual, familiar y comunitario; como del aspecto clínico, siendo en todos estos ámbitos de mucha utilidad para evidenciar, a un estudiante, el rol que le compete en el ejercicio y desarrollo de una medicina integral, la atención centrada en el paciente²¹⁻²⁵. Por estas, entre otros motivos, el film «*I, Daniel Blake*» se constituye en un referente que debe ser expuesto y discutido en los distintos espacios en los que se erige la formación universitaria en medicina humana.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Abadia E, Oviedo D. Itinerarios burocráticos de la salud en Colombia: la burocracia neoliberal, su estado y la ciudadanía en salud. *Rev. Gerenc. Polit. Salud, Bogotá, Sup. 9; 2010(18): 86-102.*
2. Amadeo J, Andrezza R, Chioro A. The British National Health Service: a history of reforms, 1990-2002. *Cad. Saúde. Pública 2021; 37(5):e00233820.*
3. Robertson R, 2017. Satisfacción pública con el NHS y la atención social en 2016: resultados y tendencias de la encuesta británica de actitudes sociales.

A PROPÓSITO DE YO, DANIEL BLAKE (2016): DIAGNÓSTICO CLÍNICO SOCIAL Y BUROCRATIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

JANET CORDORI-CARPIO; RICARDO CHÁVEZ-BAUTISTA; ALEJANDRA CHÁVEZ-ESCATÉ;
MARIO CARRIÓN-CHAMBILLA; HANS CONTRERAS-PULACHE

4. Friebel R, Molloy A, Leatherman S, Dixon J, Bauhoff S, Chalkidou K. Achieving high-quality universal health coverage: a perspective from the National Health Service in England. *BMJ. Global. Health.* 2018; 3: e000944.
5. Valdés AA. Crisis normativas y no normativas del desarrollo familiar. Valdes Angel Alberto, Vera Jose Angel, Urias Manuela, Ochoa Jose Manuel, coordinators. *Familia y crisis. Estrategias de afrontamiento.* 2nd ed. Mexico City: CLAVE; 2017. p. 49-59.
6. Bajaj A, Sethi A, Rathor P, Suppogu N, Sethi A. Acute Complications of Myocardial Infarction in the Current Era: Diagnosis and Management. *J. Investig. Med.* 2015;63(7):844-855.
7. Arora G., Bittner V. Chest pain characteristics and gender in the early diagnosis of acute myocardial infarction. *Curr. Cardiol. Rep.* 2015;17(2):5.
8. Reed Grant W, Rossi Jeffrey E, Cannon Christopher P. Acute myocardial infarction. *Lancet.* 2017;14;389 (10065):197-210.
9. Morin Daniel P, Homoud Munther K, Estes Mark NA 3rd. Prediction and Prevention of Sudden Cardiac Death. *Card. Electrophysiol. Clin.* 2017;9(4):631-638.
10. Anderson Jeffrey L, Morrow David A. Acute Myocardial Infarction. *N. Engl. J. Med.* 2017;25;376(21):2053-2064.
11. Fife A, Farr E. Acute myocardial infarction. *Nurs Stand.* 1998 Mar 18-24;12(26):49-54; quiz 55-6.
12. Gossage James R. Acute myocardial infarction. Reperfusion strategies. *Chest.* 1994;106(6):1851-1866.
13. Rademakers LM, Van Nunen LX. Images in clinical medicine. Ventricular Septal Defect after Acute Myocardial Infarction. *N. Engl. J. Med.* 2016;9;374(23):e28.
14. Iliceto S, Marangelli V, Marchese A, Amico A, Galiuto L, Rizzon P. Myocardial contrast echocardiography in acute myocardial infarction. Pathophysiological background and clinical applications. *Eur. Heart. J.* 1996;17(3):344-353.
15. Mannering D, Cripps T, Leech G, Mehta N, Valentine H, Gilmour S, et al. The dobutamine stress test as an alternative to exercise testing after acute myocardial infarction. *Br. Heart. J.* 1988;59(5):521-526.
16. Pollard TJ. The acute myocardial infarction. *Prim. Care.* 2000;27(3):631-649.
17. Ugalde H, Ugalde D, Muñoz M. Features of acute myocardial infarction among aged patients. *Rev. Med. Chil.* 2013 8;141(11): 1402-1410.
18. Sanz R, Mazzei L, Manucha W. Implications of the transcription factor WT1 linked to the pathologic cardiac remodeling post-myocardial infarction. *Clin. Investig. Arterioscler.* 2019;31(3):121-127.
19. Jazayeri Mohammad-Ali, Martin P. Sudden Cardiac Death: Who Is at Risk? *Med. Clin. North. Am.* 2019;103(5):913-930.
20. Barnett R. Acute myocardial infarction. *Lancet.* 2019;29;393(10191):2580.
21. Suárez M. El genograma: herramienta para el estudio y abordaje de la familia. *Rev. Méd. La Paz.* 2010;16(1):53-57.
22. Suárez M. Aplicación del Ecomapa como herramienta para identificar recursos extrafamiliares. *Rev. Med. La Paz.* 2015;21(1):72-74.
23. Lip C, Rocabado F. Ministerio de Salud, Universidad Norbert Wiener, Organización Panamericana de la Salud. Determinantes sociales de la salud en Perú. Lima: SINCO; 2005.
24. Organización Mundial de la Salud. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Rio de Janeiro: OMS; 2011.
25. Ford S. Patient-Centered Medicine. Transforming the Clinical Method. 2nd ed. London: CRC Press; 2013.

ISSN electrónico: 1885-5210

DOI: <https://doi.org/10.14201/rmc.30623>

CINE PARA REALIZAR EVALUACIONES FORMATIVAS DE PSICOLOGÍA EN TRES GRADOS DIFERENTES DE LA UNIVERSIDAD POMPEU FABRA (UPF)

Cinema to Carry Out Formative Examinations of Psychology in Three Different Degrees of the Pompeu Fabra University

Jorge PÉREZ ¹; Eva BAILLÈS ²

¹ Grupo de Investigación Educativa en Ciencias de la Salud. Universidad Pompeu Fabra Barcelona.

² Servicio de Psiquiatría. Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona.

Correos electrónicos: jordi.perez@upf.edu; ebailles@vhebron.net

Recibido: 18 de julio de 2022

Aceptado: 31 de julio de 2022

Resumen

Se narra el uso del cine comercial para realizar evaluaciones formativas de Psicología en tres grados diferentes de la Universidad Pompeu Fabra (UPF): Criminología, Biología Humana y Medicina. Se comparan los resultados en los tres grados. Los estudiantes de Criminología obtuvieron resultados inferiores a los de Biología Humana y de Medicina.

Palabras clave: cinemeducation; evaluaciones formativas; evaluación de los aprendizajes.

Abstract

The use of commercial cinema to carry out formative examinations of Psychology in three different degrees of the Pompeu Fabra University (UPF): Criminology, Human Biology and Medicine is narrated. Results in the three grades are compared. The students of Criminology obtained lower results than those of Human Biology and Medicine.

Keywords: cinemeducation; formative assessment; learning assessment.

Introducción

La evaluación de los aprendizajes de los estudiantes es un elemento crucial en cualquier proceso educativo ya que permite conocer el grado de asunción de los objetivos previstos^{1,2}. Es notorio que los estudiantes afrontan sus aprendizajes en función del tipo específico de evaluación utilizada²⁻⁴ y en consecuencia ésta debe estar subordinada a los objetivos de aprendizaje. Así, la elección del tipo de evaluación más adecuado es fundamental en cualquier proyecto educativo. Por suerte, los docentes disponen de una variedad de métodos que pueden ser usados de forma correcta⁵⁻⁷.

Para favorecer el aprendizaje de los estudiantes, voces expertas en educación recomiendan que además de la evaluación sumativa se utilice la formativa. Este tipo de evaluación, si bien no tienen contingencia sobre la nota, permite tanto al alumno como al profesor conocer la situación de aprendizaje durante el proceso docente^{2,8,9}.

El uso del cine como herramienta docente ha sido utilizado de forma habitual en numerosas carreras universitarias^{10,11} y especialmente en estudios de ciencias de la salud^{12,13}. En la Facultad de Ciencias de la Salud y de la Vida (FCSV) de la Universidad Pompeu Fabra (UPF) se utiliza el cine comercial con diferentes objetivos docentes y en diversas asignaturas de las titulaciones de Medicina y de Biología¹⁴⁻¹⁶. Ello permitió a nuestra Facultad recibir la máxima distinción a la Calidad Docente por parte de la Generalitat de Cataluña en 2009.

Los autores del presente trabajo han sido los docentes responsables de impartir una asignatura de Psicología en tres grados diferentes de la UPF: Criminología y Políticas Públicas de Prevención, Biología Humana y Medicina. Los planes docentes de las tres asignaturas eran muy similares si bien existían diferencias concretas adaptadas a cada una de las tres titulaciones.

Para fomentar el aprendizaje de los estudiantes, en los tres estudios se programaron dos evaluaciones formativas que podían tener una pequeña aportación a la nota final. Éstas estaban ligadas al reconocimiento de los procesos psicológicos impartidos en clase durante el visionado de dos películas de cine comercial.

El objetivo de nuestro trabajo consiste en explicar la experiencia de dichas evaluaciones formativas, así como destacar las posibles diferencias de resultados entre los estudiantes de las tres titulaciones.

El marco de la experiencia

La experiencia se desarrolló durante cuatro cursos académicos (de 2010 a 2015) en tres asignaturas de la UPF, cada una de ellas con 6 ECTS:

- Psicología y Psicopatología, troncal del grado de Criminología y Políticas Públicas de Prevención que se imparte en el primer curso.
- Psicología, troncal del grado de Medicina, impartido de forma conjunta con la UAB, cursada en el primer año de carrera.
- Psicología, optativa del grado de Biología Humana que se imparte en el tercer curso.

En cada asignatura se realizaban dos evaluaciones formativas durante el desarrollo del curso, la primera a la mitad del proceso docente y la segunda al final del mismo. Dichas evaluaciones eran obligatorias ya que se consideraban claves para fomentar el aprendizaje¹⁷. Cada evaluación formativa implicaba tres sesiones:

- La visualización en situación de clase de las dos películas seleccionadas: *El Milagro de Anna Sullivan/ The Miracle Worker* (1962) de Arthur Penn, proyectada a mitad del curso y *La Naranja Mecánica/A Clockwork Orange* (1971) de Stanley Kubrick visionada al finalizar el curso.

- La realización de la evaluación propiamente dicha sobre preguntas relacionadas con el temario impartido y el contenido de la película¹⁷.
- Una sesión de retroalimentación (feed-back) donde los profesores dispensaban el resultado de la prueba a los estudiantes y se comentaban las respuestas esperadas.

En el caso que las evaluaciones fueran superadas (notas superiores a 5) los alumnos podían tener un plus proporcional a su nota entre 0,15 y 0,3 puntos en cada evaluación (un máximo de 0,6 puntos entre las dos evaluaciones).

Método

Participantes

Los participantes en el estudio fueron todos los estudiantes matriculados en las tres asignaturas y cursos estudiados que realizaron las evaluaciones formativas. En total participaron 715 alumnos, 335 de Criminología (CRI), 249 de Medicina (MED) y 131 de Biología Humana (BH).

Material

Para la realización del estudio se utilizaron las calificaciones decimales obtenidas por los estudiantes en las pruebas formativas realizadas.

Procedimiento

En cada curso y titulación, a la mitad del proceso docente, se proyectaba la primera película y al final del curso la segunda. Ambas eran visualizadas por los alumnos en situación colectiva, en la misma aula donde se impartían las clases y dentro del horario asignado a la asignatura. Al siguiente día que se impartía clase

de la materia, se administraba la prueba consistente en responder a una serie de preguntas cortas, unas 20, sobre los procesos psicológicos explicados hasta el momento relacionados con la película proyectada¹⁷. Una semana después de la prueba, existía una sesión de retroalimentación donde se dispensaba el cuadernillo de examen corregido a cada alumno y se repasaban todas y cada una de las preguntas. En esta sesión participaban todos los alumnos, cada uno contestaba una de las preguntas que había respondido correctamente. Los docentes incidían en aquellos conceptos que no habían sido consolidados de forma correcta.

Para el presente estudio las calificaciones se agruparon en cuatro categorías: Suspenso (0-4,99), Aprobado (5-6,99), Notable (7-8,99) y Sobresaliente (9-10). Para cada una de las dos evaluaciones y para cada curso se realizaron comparaciones entre los resultados de los alumnos de los tres grados implicados utilizando el estadístico Chi cuadrado. En los casos donde el número de alumnos en alguna de las casillas era inferior a 5, se comprobó la significación mediante la Prueba exacta de Fisher.

Resultados

La tabla 1 presenta los resultados de la primera evaluación formativa en los cuatro cursos estudiados y en los tres grados. Se presentan el número y porcentaje de estudiantes ubicados en las cuatro categorías realizadas, así como las diferencias entre grupos. También se muestran los valores de Chi cuadrado y su significación estadística. En los cuatro cursos, los resultados del grado de CRI fueron inferiores a los de MED y de BH. Si bien en general las respuestas de los alumnos de BH y de MED fueron muy parecidas, en el curso 2014-15, los estudiantes de BH tuvieron mejor resultado que los de MED.

Tabla 1. Estudiantes y porcentajes de éstos en función del rendimiento en la primera evaluación (*El Milagro de Anna Sullivan / The Miracle Worker*)

		CRI	MED	BH	Diferencias Chi ² (gl=3)
2010-11	S	31 (39,7)	1 (2,1)	1(2,9)	BH,MED> CRI CRI-MED=41,10*** CRI-BH=43,43*** MED-BH= 4,51
	A	31 (39,7)	11 (22,9)	3 (8,8)	
	N	14 (17,9)	28 (58,3)	19 (55,9)	
	Sob	2 (2,7)	8 (16,7)	11 (32,4)	
2011-12	S	15 (18,8)	1 (1,5)	1 (3,8)	MED,BH>CRI CRI-MED=49,33*** CRI-BH= 22,21*** MED-BH=0,98
	A	36 (45,0)	5 (7,3)	2 (7,7)	
	N	24 (30,0)	41 (60,3)	17 (65,4)	
	Sob	5 (6,2)	21 (30,9)	6 (23,1)	
2013-14	S	17 (18,5)	5 (7,9)	2 (5,7)	BH,MED>CRI CRI-MED= 29,52*** CRI-BH=43,95*** MED-BH=4,91
	A	46 (50,0)	13 (20,6)	4 (11,4)	
	N	28 (30,4)	34 (54,0)	16 (45,7)	
	Sob	1 (1,1)	11 (17,5)	13 (37,2)	
2014-15	S	16 (18,8)	5 (7,1)	1 (2,8)	BH>MED>CRIM CRI-MED=24,83*** CRI-BH=55,89*** MED-BH=17,24***
	A	36 (42,4)	12 (17,2)	1 (2,8)	
	N	30 (35,3)	39 (55,7)	13 (36,1)	
	Sob	3 (3,5)	14 (20,0)	21 (58,3)	

CRI=Criminología; MED=Medicina; BH=Biología Humana; ***p<0,001; S=Suspense, A=Aprobado; N=Notable; Sob=Sobresaliente

En la tabla 2 se muestra la misma información dispensada en la tabla 1 pero, en este caso, referente a los resultados de la segunda evaluación. Nuevamente, los estudiantes de CRI tuvieron unos resultados significativamente inferiores a los de sus compañeros de los otros dos grados. En tres cursos las respuestas de los alumnos de BH y de MED fueron similares, pero en uno de ellos, 2010-11, los primeros tuvieron puntuaciones significativamente superiores a los segundos.

Discusión

El objetivo del presente trabajo consistía en narrar una experiencia de utilización del cine comercial como herramienta docente, en este caso para la realización de evaluaciones

formativas. En todos los cursos, los resultados académicos finales fueron muy positivos, excelentes en los grados de Medicina y de Biología Humana.

Pensamos que las evaluaciones formativas fueron muy relevantes para garantizar el éxito académico de nuestros alumnos de los tres grados ya que tenemos evidencia de la utilidad de dichas evaluaciones en la consolidación de los aprendizajes^{9,18}.

Nuestra experiencia docente permitía a los estudiantes conocer sus fortalezas y sus debilidades que podían ser corregidas después de las sesiones de retroalimentación. Así mismo, los docentes disponíamos de información precisa sobre los objetivos educativos perfectamente asimilados o sobre aquellos en los que se tendría que incidir.

Tabla 2. Estudiantes y porcentajes de éstos en función del rendimiento en la segunda evaluación (*La Naranja Mecánica/A Clockwork Orange*)

		CRI	MED	BH	Diferencias Chi ² (gl=3)
2010-11	S	34 (41,5)	3 (6,3)	1 (2,9)	BH>MED>CRI CRI-MED=28,26*** CRI-BH=59,36*** MED-BH=16,42***
	A	32 (39,0)	16 (33,3)	1 (2,9)	
	N	14 (17,1)	24 (50,0)	19 (55,9)	
	Sob	2 (2,4)	5 (10,4)	13 (38,3)	
2011-12	S	20 (25,9)	1 (1,5)	2 (7,7)	BH,MED>CRIM CRI-MED=58,51*** CRI-BH= 34,18*** MED-BH=2,35
	A	36 (46,8)	8 (11,9)	3 (11,5)	
	N	21 (27,3)	40 (59,7)	14 (53,9)	
	Sob	0 (0)	18 (26,9)	7 (26,9)	
2013-14	S	42 (47,2)	4 (6,3)	3 (8,8)	BH,MED>CRI CRI-MED=45,73*** CRI-BH=34,13*** MED-BH=0,62
	A	30 (33,7)	15 (23,8)	6 (17,7)	
	N	14 (15,7)	32 (50,8)	18 (52,9)	
	Sob	3 (3,4)	12 (19,1)	7 (20,6)	
2014-15	S	21 (26,3)	3 (4,5)	3 (7,9)	MED,BH>CRI CRI-MED=31,75*** CRI-BH=8,79* MED-BH=5,78
	A	32 (40,0)	12 (17,9)	14 (36,8)	
	N	23 (28,7)	36 (53,7)	15 (39,5)	
	Sob	4 (5,0)	16 (23,9)	6 (15,8)	

CRI=Criminología; MED=Medicina; BH=Biología Humana; *p<0,05; ***p<0,001; S=Suspense, A=Aprobado, N=Notable, Sob=Sobresaliente

Las encuestas de satisfacción de los estudiantes en los tres grados, especialmente en el de Criminología, siempre mostraron resultados muy positivos y, precisamente, en los comentarios de los estudiantes se destacaba de forma especial las evaluaciones formativas.

Como segundo objetivo, queríamos comprobar posibles diferencias en los resultados de las evaluaciones formativas entre estudiantes de los tres grados donde se impartía la asignatura.

Tal como se ve en el apartado de resultados, siempre los estudiantes de Criminología tenían peor rendimiento que sus compañeros de Biología Humana o de Medicina. Esto no sería sorprendente debido a marcadas diferencias en las características académicas de los alumnos

de los distintos grados. La nota de corte de los estudios de Criminología, inferior a 7, era sensiblemente más baja a las de los otros dos grados, superior a 11. Por el contrario, las cohortes de Biología Humana y de Medicina eran muy semejantes y los resultados en la mayoría de los casos fueron similares. No obstante, en dos ocasiones aparecieron diferencias significativas favorables a los alumnos de Biología Humana. En este caso, ello se debería a posibles diferencias en la madurez de los estudiantes ya que las asignaturas se cursaban en años diferentes, en primero en Medicina y en tercero en Biología Humana.

Consideramos que, dados los resultados excelentes en la evaluación final de todas las asignaturas en todos los cursos estudiados,

donde el éxito académico fue prácticamente total, y la gran satisfacción de los alumnos por las actividades de las evaluaciones formativas deberíamos mantenerlas con el formato realizado.

Nuestra experiencia positiva pone en valor la utilidad de las evaluaciones formativas y las posibilidades que tiene el cine comercial para consolidar el aprendizaje de los procesos básicos, de las diferencias individuales, del comportamiento social y de los trastornos del comportamiento en las materias de Psicología

Referencias

1. Guilbert JJ. Education handbook for health personnel. 6th ed. Geneva: World Health Organization; 1992.
2. Wass V, Van der Vlugten C, Shatzer J, Jones R. Assessment of clinical competence. *Lancet*. 2001; 357: 945–949.
3. Rolfe I, McPherson J. Formative assessment: How am I doing? *Lancet*. 1995; 345: 837–839.
4. Cohen-Schonatus J. Student assessment and examination rules. *Med.Teach*. 1999; 21(3): 318–321.
5. Schuwirth LW, Van der Vleuten CPM. Different written assessment methods: what can be said about their strengths and weakness? *Med. Educ*. 2004; 38(9): 974-979.
6. Epstein RM. Assessment in medical education. *N. Engl. J. Med.*; 2007: 356: 387-96
7. Nolla-Domenjó M. La evaluación en educación médica. *Principios básicos*. *Edu. Med*. 2009; 12(4): 223-229.
8. Friedman M. AMEE Guide No 14: Assessment in outcome-based education. *Med. Teach*. 1999; 21(1): 23–25.
9. Rushton A. Formative assessment: A key to deep learning? *Med. Teach*. 2005; 27(6): 509-513.
10. Baños JE, Pérez J. Cómo fomentar las competencias transversales en los estudios de Ciencias de la Salud: una propuesta de actividades. *Edu. Med*. 2005; 8(4): 216-225.
11. Calvo Iglesias E, Verdejo Rodríguez A. El cine, un recurso didáctico para la introducción de la perspectiva de género. *Rev. Inves. Educ. Uni*. 2019; 2(1): 58-73.
12. García Sánchez JE, Trujillano Martín I, García Sánchez E. Medicina y cine ¿Por qué? *Rev. Med. Cine*. 2005; 1(1): 1-2.
13. Alexander M, Lenahan P, Pawlow A. *Cinemeducation: a comprehensive guide to using film in medical education*. Oxford: Radcliffe Publishing; 2005.
14. Baños JE, Aramburu J, Sentí M. Biocinema: la experiencia de emplear películas comerciales con estudiantes de Biología. *Rev. Med. Cine*. 2005; 1(2): 42-46.
15. Farré M, Pérez J. Uso del cine comercial en la docencia de Bioética en estudios de Biología. *Rev. Med. Cine*. 2011; 7(1): 3-7.
16. Pérez J, Aramburu J, Baños JE, Bosch F, Díez J, Farré M, Girvent M, Sentí M, Valverde O. Uso del cine comercial como herramienta docente en estudios en ciencias de la salud. Una experiencia multidisciplinar y colectiva. *FEM*. 2014; 17(3): 131-135.
17. Pérez J, Baillès E. Uso del cine comercial en la enseñanza de Psicología para estudiantes de Medicina y de Biología. *Rev. Med. Cine*. 2020; 16(4): 297-305.
18. Carrillo-de-la-Peña MT, Baillès E, Caseras X., Martínez A, Ortet G, Pérez J. Formative assessment in pre-graduate students of health sciences. *Adv. Health Sc. Educ*. 2009; 14: 61-67.

CINE PARA REALIZAR EVALUACIONES FORMATIVAS DE PSICOLOGÍA EN TRES GRADOS
DIFERENTES DE LA UNIVERSIDAD POMPEU FABRA (UPF)

JORGE PÉREZ; EVA BAILLÈS



Jorge Pérez Sánchez. Profesor jubilado. Fue Profesor Titular de Psicología Médica y director de la Oficina Educativa de la Facultad de Ciencias de la Salud y de la Vida de la Universidad Pompeu Fabra (UPF). Fue decano de dicha facultad entre 1999 y 2011. En el año 2006 recibió el premio a la trayectoria docente del Consejo Social de la UPF y en 2011 la distinción Vicens Vives de la Generalitat de Catalunya a la calidad docente. Actualmente es colaborador del Grupo de Investigación Educativa en Ciencias de la Salud (GRECS) de la UPF.



Eva Baillès Lázaro es doctora en Psicología por la Universidad Pompeu Fabra. Actualmente ejerce como psicóloga clínica en el Hospital Vall d'Hebrón de Barcelona. Previamente había sido profesora asociada en las Facultades de Medicina y de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), y en la Facultad de Ciencias de la Salud y de la Vida de la Universidad Pompeu Fabra (UPF).

ISSN electrónico: 1885-5210

DOI: <https://doi.org/10.14201/rmc.29549>

HASTA EL ÚLTIMO HOMBRE (2016) Y EL PERSONAL MÉDICO DE LA SANIDAD MILITAR DE EUZKADI DURANTE LA GUERRA CIVIL (1936-1937)

Hacksaw Ridge (2016) and the Healthcare Workers of the Basque Military Health Services During the Civil War (1936-1937)

Aritz IPIÑA BIDAURAZAGA 

Facultad de Medicina y Enfermería. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública UPV/EHU (España).

Correo electrónico: aritz.pina@ehu.eus

Recibido: 13 de junio de 2022

Aceptado: 16 de junio de 2022

Resumen

Hasta el último hombre (2016) de Mel Gibson representa perfectamente la brutalidad de la guerra y una de sus contradicciones: aquellos que luchan juntos, pero mientras unos van armados y dispuestos a matar, los otros van desarmados y listos para arrebatar víctimas a la propia muerte. Soldados y sanitarios de primera línea no siempre bien avenidos, pero unidos por las circunstancias bélicas.

A través de *Hasta el último hombre* (2016) y más concretamente estudiando su personaje principal, Desmond Doss, queremos analizar el personal de primera línea de la Sanidad Militar de Euzkadi durante la Guerra Civil española. Saber qué tipo de personal sanitario compartió el campo de batalla, cuáles eran sus funciones e identificar en qué categoría del personal sanitario de Euzkadi se encuadraría Desmond Doss.

Palabras clave: Guerra Civil; País Vasco; sanidad militar; médicos; sanitarios.

Abstract

War brutality is perfectly represented by *Hacksaw Ridge* (2016) by Mel Gibson, as well as one of its contradictions: among those men who fight together, there are some who are armed and ready to kill, whereas others are unarmed and ready to snatch casualties from the death itself. Relations between front line soldiers and healthcare workers were not always harmonious, but they were put together under war circumstances.

Through «Hacksaw Ridge», and focusing on its main character, who is called Desmond Doss, we intend to analyze the front line personnel of the military health service of Euzkadi during the Spanish Civil War. Also, we want to identify in which healthcare personnel category Desmond Doss would fit within, which his role would have been, as well as with who other type of health workers he would have shared battlefield.

Keywords: Civil War; Basque Country; military health services; doctors; healthcare workers.

Ficha técnica

Título: *Hasta el último Hombre.*

Título original: *Hacksaw Ridge.*

País: Estados Unidos.

Año: 2016.

Director: Mel Gibson.

Música: Rupert Gregson-Williams.

Fotografía: Simon Duggan.

Montaje: John Gilbert.

Guión: Robert Schenkkan y Andrew Knight

Interpretes: Andrew Garfield, Sam Worthington, Hugo Weaving, Vince Vaughn, Teresa Palmer, Luke Bracey, Rachel Griffiths, Richard Roxburgh, Matt Nable, Nathaniel Buzolic, Ryan Corr, Goran D. Kleut, Firass Dirani.

Color: Color.

Duración: 131.

Género: Bélico, drama, biográfico, II Guerra Mundial.

Idioma: Inglés.

Productoras: Lionsgate, Pandemonium, Permut Productions, Vendian Entertainment, Kylin Pictures, Cross Creek Pictures, Demarest Film.

Sinopsis: *Hasta el último hombre* narra la historia de Desmond Doss, un joven religioso estadounidense que se alista en el ejército con la intención de servir a su país ayudando a sus

compañeros y sin portar armas. Tras un duro periplo en el campo de entrenamiento Doss será destinado a Okinawa y allí participará en la guerra como médico – sanitario, llegando a evacuar a 75 de sus compañeros. Doss fue el primer objetor de conciencia que recibió la Medalla de Honor del Congreso por su labor sanitaria durante la guerra.

Premios:

2016: Premios Óscar: Mejor montaje y sonido.

2016: Globos de Oro: Nominada a mejor película-drama, director y actor (Garfield).

2016: Premios BAFTA: Mejor montaje. 5 nominaciones.

2016: Festival de Venecia: Sección oficial (fuera de concurso).

2016: National Board of Review (NBR): Mejores 10 películas del año.

2016: American Film Institute (AFI): Top 10 - Mejores películas del año.

2016: Critics Choice Awards: Mejor película de acción y actor - acción (Garfield).

Enlaces:

<https://www.imdb.com/title/tt2119532/>

<https://www.filmaffinity.com/es/film550924.html>

HASTA EL ÚLTIMO HOMBRE (2016) Y EL PERSONAL MÉDICO DE LA SANIDAD MILITAR
DE EUZKADI DURANTE LA GUERRA CIVIL (1936-1937)
ARITZ IPIÑA BIDAURRAZAGA



Cartel español

Introducción

A través de *Hasta el último hombre* y de su personaje principal, Desmond Doss, queremos analizar y explicar cuál fue el papel desarrollado por el personal médico sanitario del Cuerpo de Ejército de Euzkadi durante la Guerra Civil española mientras éste estuvo activo, 1936-1937. Para ello creemos imprescindible describir algunos hechos históricos que ayuden a contextualizar nuestro análisis.

La Guerra Civil española fue el resultado de un Golpe de Estado perpetrado el 18 de julio de 1936 por elementos militares y civiles de ideología derechista, carlista y monárquica. El Golpe no triunfó y en pocos días España se vio envuelta en una guerra civil que duraría casi 3 años, que originó miles de víctimas y exiliados, y de la cual saldrían victoriosos los elementos golpistas¹.

En las provincias vascas la respuesta al Golpe fue desigual: Bizkaia y Gipuzkoa se mantuvieron leales a la II República, mientras que en Araba/Álava los sublevados se hicieron con el poder. El 1 de octubre de 1936 las Cortes de la II República aprobaron el primer Estatuto de Autonomía del País Vasco y el 7 del mismo mes se formaría el primer Gobierno Vasco presidido por José Antonio de Aguirre².

La Sanidad Militar de Euzkadi se creó tras la aprobación del Estatuto, el 13 de octubre de 1936, y su primer jefe fue el doctor Fernando de Unceta Iza. Sanidad Militar no dependió del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco, sino que fue un organismo del Departamento de Defensa que dirigía José Antonio de Aguirre³. Sanidad Militar tuvo amplias competencias y funciones, son dos las que destacan: la formación y dirección de personal sanitario de primera línea, bajo el mando directo del médico José Luis Arenillas Ojinaga que ostentó el cargo de Inspector General de Sanidad de Frentes de Combate y los hospitales de retaguardia dirigidos por el propio Fernando Unceta⁴.

Las funciones del personal médico – sanitario de primera línea

Las autoridades de Sanidad Militar comprendieron que la guerra no es un campo destinado para la improvisación⁵, por lo que desde el primer momento delimitaron las funciones del médico, enfermeros y camilleros de los batallones, unidades principales de combate en el teatro de operaciones vasco. Para el caso de los practicantes no hemos encontrado hasta la fecha una delimitación clara de sus funciones.

Todos los batallones del Cuerpo de Ejército Vasco contaron con una sección de Sanidad Militar, que, en cuanto a mando directo, permisos, cambios de destino y reportar incidencias dependía de la propia Sanidad Militar y no del batallón. La intendencia de éste se encargaba de suministrar comida y reponer la ropa rota.

El número de sanitarios en los batallones fue modificado por las necesidades de la propia guerra. En un principio, octubre – noviembre de 1936, un batallón contaba con dos médicos, pero la necesidad de crear nuevos batallones obligó a reducir ese número a sólo uno, debido a la escasez de personal médico con edades comprendidas para acudir al frente de combate. Por lo que sobre el papel el personal sanitario de batallón, formado por unos 750 – 800 hombres, a partir de enero de 1937 quedó en 1 médico, 2 practicantes, 6 enfermeros, 19 camilleros, 5 acemileros, 1 ambulancia, 2 furgonetas, 1 coche ligero.

Las funciones del médico de batallón: En el campo de batalla, los deberes primordiales del médico de batallón eran los de tratar rápidamente las heridas y la pronta evacuación de los heridos a los coches ligeros o ambulancias, para que los trasladasen a los hospitales oportunos. Las instrucciones a este respecto eran claras «la cirugía no comienza en la mesa de operaciones sino en el frente»⁶.

El médico era asignado al batallón antes de que éste partiera al frente de combate, teniendo la obligación de instruir a los soldados en el

empleo de las bolsas de cura individual. Además, se encargaría de instruir a los enfermeros y camilleros, adiestrándoles en el manejo y uso del material que les era conferido, pasando revista para comprobar el material gastado y la necesidad de su renovación.

Para ello era necesario dotar al médico de autoridad militar, por lo que en un primer momento fueron nombrados tenientes, siendo ascendidos en diciembre de 1936 al grado de capitán. Este estatus les situó en la cúspide de graduación del batallón, sólo por debajo del comandante y al mismo nivel que los jefes de compañía.

En la localidad, cuartel o sector en el que estuviera destinado el medico debía de instalar un hospital de primera línea, aproximadamente a unos 1.500 o 2.000 metros del frente de combate, techo que también se aprecia en la película *Hasta el último hombre*. Allí debía de verificar las curas de urgencia y atender las necesidades sanitarias que no requiriesen una evacuación inmediata.

El médico debía de estar en permanente contacto con la oficialidad del batallón y saber en todo momento de los planes de avance o repliegue, ya que debía de indicar a los enfermeros

y camilleros el lugar exacto donde estarían los coches ligeros o ambulancias, para no demorar lo más mínimo el traslado de heridos (Foto 1).

Así mismo, los médicos debían de llevar un libro – registro para los heridos o enfermeros, también conocido como *libro de curas*⁷, y también debía de enviar a la sección de Información y Estadística de la Jefatura de Sanidad Militar una relación de bajas diaria, por lo que su labor no era únicamente sanitaria sino también administrativa.

En el caso de que el batallón participase en una acción bélica con muchos heridos, era función del médico solicitar refuerzos sanitarios o más material médico a otras unidades, hospitales o sanitarios del sector.

Las funciones de los enfermeros de batallón: Los enfermeros debían de situarse entre los camilleros y el médico del batallón.

Su misión principal era la de «tapar heridas en el trayecto entre la línea de fuego y el lugar donde se encontraba el médico de batallón» y la de *aplicar garrotes e inyecciones estimulantes*, además de realizar inmovilizaciones.

Su equipo sanitario sería una bolsa de urgencia que contaría con gasas, algodón, vendas, yodo, alcohol, linimento, pomadas antisépticas,



Foto 1. Cirujano interviniendo en un puesto de socorro de retaguardia

jeringas e inyecciones estimulantes⁸. El personal auxiliar, como los acemileros y sus mulos, estarían bajo su mando, por lo que la correcta evacuación de heridos también correspondería a los enfermeros. Para ello contaban también con una graduación militar, la de sargento.

Los enfermeros no sólo debían tener conocimientos precisos y básicos para ejecutar una primera cura con éxito, sino que tenían que tener nervios de acero, ya que en sus manos quedaba la responsabilidad del bienestar de los heridos hasta que éstos llegaban al puesto de socorro⁹ (Foto 2).

Las funciones de los camilleros: la misión principal de los camilleros era la de recoger inmediatamente los heridos de la línea de fuego y trasladarlos hasta el puesto de socorro, donde debían dejar al herido, recoger una camilla vacía y volver al frente.

Eran escogidos entre los soldados más fuertes y aguerridos de batallón. Entre los capitanes médicos y mandos militares existieron muchas discusiones a cerca de la figura del camillero. Los capitanes médicos solicitaron una plantilla fija de camilleros, logrando alrededor de 19 por batallón, mientras que los mandos militares deseaban

que el camillero realizara la función de soldado-camillero y que sólo dependiese del médico en el momento sanitario. Este hecho implicaba que el soldado-camillero hiciera guardias y demás funciones militares, hecho que no aprobaban los médicos, ya que, llegado un momento de necesidad sanitaria, el soldado-camillero podía estar saliente de una guardia o de cavar trincheras y sus capacidades físicas mermadas. El número de soldados-camilleros de batallón rondaba los 60 pero no dependían de Sanidad Militar sino del batallón, por lo que esta dualidad fruto de las necesidades bélicas en muchos momentos supuso una desorganización.

La camilla no debía ser llevada sobre los hombros, sino con las manos, para vigilar al herido y evitar que éste cayese al suelo. La falta de camillas no eximía de recoger heridos, ya que éstos debían llevarse al puesto de socorro cogiéndolos uno por los sobacos y otro por la flexura de las rodillas¹⁰.

Algunos de los testimonios recogidos por distintos combatientes califican a los camilleros y enfermeros como cobardes, tal y como se aprecia también en la película, ya que algunos de los compañeros y oficiales de Desmond Doss



Foto 2. Desmond Doss (Andrew Garfield) presionando la herida de un soldado

lo apodan como *Desmond el cobarde*. El hecho de no llevar un arma larga, como los camilleros del Cuerpo de Ejército Vasco, que no la portaban, pero sí era opcional llevar una pistola, en muchos casos hacía que sobre éstos recayese el estigma de «cobardes sin agallas que habían escogido el camino fácil para eludir el peligro del frente»¹¹.

Ser enfermero o camillero era un riesgo mayor que el de un combatiente, ya que mientras que éste permanecía a cubierto o repeliendo el fuego, el personal sanitario debía de moverse de un lado a otro recogiendo heridos, representando en muchos casos un blanco muy fácil al ir cargados con heridos (Foto 3). Datos aportados por la Sanidad Militar de Euzkadi indican que unos 24 enfermeros y 160 camilleros murieron en el frente de combate¹².

Las funciones de los practicantes: las instrucciones impresas por Sanidad Militar no recogen información sobre sus funciones, desconociendo el motivo, tal vez por una omisión o tal vez porque el documento localizado en el Archivo Histórico de Euzkadi se encuentre incompleto.

Los batallones contaban con varios practicantes que en muchos casos realizaban la labor

de ayudantes de médico en el puesto de socorro del batallón. Al igual que el médico, el practicante era personal técnico cualificado, por lo que su número era escaso y debía de permanecer en retaguardia, ya que su trabajo no se podía realizar bajo fuego enemigo. En algunos casos ante la falta de médicos, ya fuese por la captura de los mismos por el enemigo o al haber sido éstos heridos, el practicante llegó a desempeñar el papel del médico, sobre todo en los meses finales de la contienda en tierras vascas o cántabras, junio – agosto de 1937. Muchos de ellos estuvieron durante meses a las órdenes del médico y ante la falta del mismo los responsables de Sanidad Militar asumieron que era necesario ascender a este *ayudante* para intentar suplir las carencias que hacia el final de la guerra tuvo el Ejército Vasco referente a médicos de batallón.

Desmond Doss ¿médico o enfermero de batallón?

Una vez analizadas las características del personal sanitario de los batallones vascos queremos profundizar en la figura de Desmond Doss



Foto 3. Camilleros evacuando a un herido en medio del combate

y encuadrarlo, si es posible, dentro de una de las figuras anteriormente mencionadas.

A lo largo de *Hasta el último hombre* (2016) vamos descubriendo rasgos de la personalidad de nuestro protagonista, un hombre marcado por dos hechos violentos. El primero de ellos se produjo cuando era un crío y consistió en golpear a su hermano con un ladrillo en la cabeza mientras se peleaban y eran jaleados por su padre. Su madre calmó a Desmond y le manifestó que el asesinato es el peor pecado de todos y que arrebatar una vida es el hecho que más hiere a Dios. La figura del padre es importante en el desarrollo de nuestro protagonista. Es un hombre destrozado por la Primera Guerra Mundial y alcohólico que golpea a su mujer y a sus hijos. El segundo hecho violento sucede cuando en medio de una agresión machista, Desmond desarma a su padre y le apunta con una pistola. En ese momento promete a Dios que no volverá a empuñar un arma.

El primer contacto con la medicina surge tras ayudar a un hombre que ha sufrido un accidente laboral. En el hospital conoce a la mujer de su vida y le confiesa que siempre ha querido ser médico, (doctor en versión original), pero que nunca ha podido estudiar. Este hecho nos indica que Desmond Doss no es licenciado en medicina, por lo que no podemos calificarle como médico.

La II Guerra Mundial le lleva a Desmond, objetor de conciencia, a alistarse en el Ejército, pero su forma de servir a su país será actuando como sanitario militar (*medic* en inglés) y no portando un arma, por lo que se negará si quiera a tocar una. Este hecho supondrá un auténtico calvario durante la instrucción militar, ya que sus mandos y algunos compañeros se ensañarán con él, agrediendo físicamente o apodándole *Desmond el cobarde*. El objetivo de sus oficiales será que abandone voluntariamente el Ejército, y ante su negativa llegarán a instruirle un juicio militar acusándole de no obedecer las órdenes de sus

superiores. La intervención de su padre ante su antiguo capitán y que en 1945 ostentaba el cargo de general, hará que sea absuelto y pueda desempeñar su cargo como sanitario sin la necesidad de portar un arma.

En mayo de 1945 su unidad es llevada a Okinawa, teatro bélico de máxima importancia para derrocar al Imperio Japonés. La primera impresión del campo de batalla sobrecoge a Desmond y sus compañeros, ya que se topan de bruces con los hombres que tienen que relevar. Las caras de los supervivientes y sobre todo la cantidad de muertos que llevan sus vehículos impacta en los bisoños soldados sin experiencia militar.

Su primer objetivo será tomar la escarpada de Maeda, Hacksaw Ridge para los estadounidenses. Antes de producirse el combate se aprecia cómo se despliegan los camilleros con material sanitario, pero nuestro protagonista no se encuentra entre ellos, sino que avanza con el resto de los soldados hacia la primera línea.

Los combates en *Hasta el último hombre* (2016) reflejan la brutalidad desgarradora de la guerra, y en ellos cobrará importancia el sanitario de combate o *medic* en jerga inglesa. Con el primer paciente que atiende Doss, al que repite una y otra vez que se tape la herida y que haga presión en la misma, podemos apreciar cuál va a ser la función de nuestro protagonista. El segundo paciente es un hombre que ha perdido ambas piernas y al que realiza dos torniquetes de urgencia. Otro *medic* le indica que le dé morfina y que siga buscando heridos, ya que éste no durará ni un día. Al no llegar ningún camillero será el propio Doss quien lo lleve ante éstos. La conversación que se produce entre el *medic* y los camilleros está cargada de tensión, ya que uno de ellos le indica que debe hacer un triaje y que ese herido no es prioritario. La autoridad de Desmond se impondrá y el herido será evacuado, por lo que se aprecia que Doss tiene cierto mando sobre los camilleros.

HASTA EL ÚLTIMO HOMBRE (2016) Y EL PERSONAL MÉDICO DE LA SANIDAD MILITAR
DE EUZKADI DURANTE LA GUERRA CIVIL (1936-1937)
ARITZ IPIÑA BIDAURRAZAGA

Una vez cesado el combate Desmond seguirá buscando heridos junto con uno de los hombres que lo humilló durante el adiestramiento. Durante el primer combate, Doss le salva la vida, por lo que se ganará su respeto.

La contraofensiva japonesa se produjo al día siguiente, obligando a los estadounidenses a replegarse en medio de un auténtico caos. Todos los hombres que pueden abandonaran la posición salvo Desmond Doss, que solo y desarmado

comenzará a localizar heridos y a evacuarlos del acantilado. Durante toda la tarde y noche Doss localizará al menos a 75 compañeros, los estabilizará limpiando sus heridas, aplicando torniquetes o suministrando morfina y conseguirá bajarlos con cuerdas a través de la escarpa (Foto 4).

Los mandos militares se darán cuenta de este hecho al día siguiente, y cuando el capitán pregunte quién está evacuando a los heridos, otro de los soldados le contestará que *Desmond*



Foto 4. Desmond Doss (Andrew Garfield) evacuando un herido desde del acantilado Hacksaw Ridge



Foto 5. Desmond Doss (Andrew Garfield) evacuando a un herido

el cobarde. Este hecho hará cambiar a todos la percepción que tienen sobre Doss y partirán a darle cobertura para que él mismo pueda abandonar esa posición, ya que durante su última intervención sanitaria ha sido descubierto por los japoneses.

La hazaña de Doss será reconocida por todos y cada uno de sus compañeros, incluso por los médicos y cirujanos que tratan a los compañeros que él mismo ha rescatado. Su valor en el campo de batalla le supuso ser el primer objetor de conciencia que recibió la Medalla de Honor del Congreso de los Estados Unidos.

Si analizamos médicamente las acciones llevadas a cabo por nuestro protagonista podemos afirmar que el papel que desarrolla es el de enfermero de batallón, a pesar de que durante la película se le califique de médico, error atribuible a la traducción del término utilizado en inglés para designar a los sanitarios de combate, *medics*. Doss no es licenciado en medicina, y durante la película no se aprecia qué formación sanitaria recibe en el ejército, pero durante los combates su tarea consistirá en estabilizar a los heridos, *tapar* las heridas, aplicar torniquetes, suministrar morfina o incluso plasma, y tendrá cierta autoridad sobre los camilleros. Características similares a los enfermeros de batallón que hemos analizado con anterioridad.

Conclusiones

La principal conclusión que obtenemos de esta película es la importancia de la sanidad y de los profesionales sanitarios. Un profesional sanitario correctamente formado y motivado salva vidas, en la vida civil o en el campo de batalla.

Esta película logra desterrar el mantra que durante años ha recaído sobre los sanitarios militares o camilleros, que en muchos casos eran calificados de cobardes por dedicarse a otras labores en el campo de batalla. No podemos olvidar que mientras un soldado permanecía

a resguardo o disparando, los camilleros o *medics* se movían por el campo de batalla sin posibilidad de defenderse al estar atendiendo o trasladando heridos (Foto 5).

La Sanidad Militar de Euzkadi fue una de las ramas del Cuerpo de Ejército Vasco que mejor funcionó, fundamentalmente debido a la profesionalidad y formación de sus integrantes, desde el camillero, enfermero o enfermera, hasta los médicos.

Referencias

1. Preston P. La Guerra Civil española (edición actualizada). Madrid: Debate; 2016.
2. Beldarrain Olalde P. Historia crítica de la guerra en Euzkadi (1936-1937). Oñati: Intxorta 1937 Kultur Elkartea; 2012.
3. Zabala Allende F. El Gobierno de Euzkadi y su labor legislativa, 1936-1937. 2ª ed. OÑATI: I.V.A.P.; 2006.
4. Muñoz Rivero M^ªT. La Sanidad Militar en Euzkadi durante la Guerra Civil (1936-1937). *Boletín de la R.S.B.A.P.* 1996-1(52): 213-320.
5. Sanidad Militar de Euzkadi. La Sanidad Militar en Euzkadi. Bilbao; 1936.
6. Archivo Histórico de Euzkadi. Fondo: Colección Instituto Bidasoa – Fondo Luis Ruiz de Aguirre. Instrucciones para el personal médico sanitario. Signatura 23.06. Capítulo IV.
7. Gondra J. Libro de curas del Batallón Perezagua. Entre los días 12 de febrero y 29 de marzo de 1937. Bidebarrieta: revista de humanidades y ciencias sociales de Bilbao. 2007; 18: 169-198.
8. Archivo Histórico de Euzkadi. Fondo: Colección Instituto Bidasoa – Fondo Luis Ruiz de Aguirre. Instrucciones para el personal médico sanitario. Signatura 23.06. Capítulo VI.
9. Tito D. ¡Sanitario! Sanidad Militar en la Guerra Civil Española, Ejército Republicano. Torrazza Piemonte: Amazon Italia Logistica; 2021. p. 116.
10. Archivo Histórico de Euzkadi. Fondo: Colección Instituto Bidasoa – Fondo Luis Ruiz de Aguirre.

HASTA EL ÚLTIMO HOMBRE (2016) Y EL PERSONAL MÉDICO DE LA SANIDAD MILITAR
DE EUZKADI DURANTE LA GUERRA CIVIL (1936-1937)
ARITZ IPIÑA BIDAURRAZAGA

Instrucciones para el personal médico sanitario. Signatura 23.06. Capítulo V.

11. Tito D. ¡Sanitario! Sanidad Militar en la Guerra Civil Española, Ejército Republicano. Torraza Piemonte: Amazon Italia Logística; 2021. P. 116.

12. Archivo Histórico de Euskadi. Fondo: Colección Instituto Bidasoa – Fondo Luis Ruiz de Aguirre. Cartel de la Sanidad Militar de Euzkadi. Sección: Fondo Fotográfico. Signatura: 408/N1_10_E6H10-E6.



Aritz Ipiña Bidaurrazaga. Facultad de Medicina y Enfermería. Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública (UPV/EHU). Licenciado en Historia por la Universidad de Deusto y Doctor en Historia Contemporánea por la UPV/EHU. Hasta la fecha el autor ha desarrollado varias líneas de investigación, siempre ligadas a la prosopografía, la represión franquista y la Sanidad Militar de Euzkadi durante la Guerra Civil. Realizó su tesis doctoral sobre la depuración laboral que sufrieron los funcionarios municipales y provinciales de Bizkaia por parte de las autoridades franquistas a partir de 1936. Tiene múltiples publicaciones sobre dicha materia, tanto en revistas como en capítulos de libro. En la actualidad está centrado en analizar la Sanidad Militar de Euzkadi durante la Guerra Civil, así como el análisis prosopográfico de dicho personal. Respecto a esta materia ha publicado distintos materiales sobre el último jefe de la Sanidad Militar de Euzkadi así como el desarrollo de la misma.

ISSN electrónico: 1885-5210

DOI: <https://doi.org/10.14201/rmc.30624>

EN TORNO AL CONCEPTO DE SALUD Y ENFERMEDAD. UN DIALOGO ENTRE LA MEDICINA, LA LITERATURA Y LA FILOSOFÍA

Around the Concept of Health and Disease. A Dialogue between Medicine, Literature and Philosophy

Agustín HIDALGO BALSERA ^{id} (✉); María GONZÁLEZ-GARCÍA ^{id}; Sara GONZÁLEZ-RODRÍGUEZ ^{id}; Javier BORDALLO LANDA ^{id}

Área de Farmacología, Departamento de Medicina, Universidad de Oviedo. Instituto Universitario de Oncología del Principado de Asturias (IUOPA), Fundación Cajastur. Instituto de Investigación Sanitaria de Asturias (ISPA) (España).

Autor de contacto: Javier Bordallo

Correo electrónico: bordallojavier@uniovi.es

Recibido: 20 de marzo de 2022

Aceptado: 30 de abril de 2022

Resumen

Un problema de la medicina son las incertidumbres epistémicas que le son propias, tanto por sus métodos de elaboración conceptual como por las que toma de las ciencias naturales y sociales en las que se apoya. En consecuencia, la medicina no es una ciencia, aunque sus bases son cada vez más científicas. Dado que en la medicina en general, y en los conceptos de salud y enfermedad, y en la realidad de los enfermos hay componentes biológicos, psicológicos y sociológicos, no tiene nada de particular invocar a la filosofía y a la literatura para la elaboración de las teorías de la medicina. En este artículo planteamos algunos de estos enfoques, se resaltan las limitaciones de la concepción biologicista y reduccionista de la medicina y se estima que adquiere mayor potencia explicativa de los conceptos de salud y enfermedad cuando se consideran los aspectos humanos y sociales de la teoría y la práctica de la medicina. Además, la literatura aporta una imagen social de la medicina y de los enfermos que deberíamos integrar en los conceptos de salud, enfermedad y enfermo. Llamamos, por último, la atención sobre un proceso que parece haber desaparecido de la práctica médica como es la convalecencia y la necesidad de una completa restauración de la

salud por el riesgo, como advierte el aforismo hipocrático, de que de los residuos que quedan de las enfermedades, suelen surgir las recidivas.

Palabras clave: literatura; filosofía; formación médica; salud; enfermedad; enfermos; sistemas de salud.

Abstract

A problem of medicine is the epistemic uncertainties that are inherent to it, due to its both conceptual elaboration methods and those it takes from the natural and social sciences on which they are based on. Consequently, medicine is not a science, although its basis are scientifically increasing. Given that there are biological, psychological and sociological aspects in medicine in general, and in the concepts of health and disease, and in the reality of patients, there is nothing special about invoking philosophy and literature for the elaboration of theories of medicine. In the present article we consider some of these approaches, the limitations of the biological and reductionist conception of medicine are highlighted and it is estimated that it acquires greater explanatory power of the concepts of health and disease when the human and social aspects of theory and medicine are considered. In addition, literature provides a social image of medicine and of patients that we should integrate into the concepts of health, disease and patient. Finally, we draw attention to a process that seems to have disappeared from medical practice, such as convalescence and the need for a total restoration of health due to the risk, as the Hippocratic aphorism warns, that the residues that remain from disease, relapse often occurs.

Keywords: literature; philosophy; medical training; health; disease; patients; health systems.

Introducción

Aunque sus fundamentos son cada vez más científicos, la medicina no es una ciencia. Esto es reconocido tanto por teóricos de la ciencia como por profesionales de la medicina. El propio Ortega y Gasset sostenía que

La medicina no es ciencia. Es precisamente una profesión, una actividad práctica. Como tal, significa un punto de vista diferente de la ciencia. Se propone curar o mantener la salud en la especie humana. A este fin echa mano de cuanto parezca a propósito: entra en la ciencia y toma de sus resultados cuanto considera eficaz pero deja el resto; está ahí para afrontar soluciones, si son científicas, mejor¹.

Es indudable que los fundamentos de las ciencias en las que se apoya (física, química, biología) son cada vez más sólidos y, gracias a sus desarrollos tecnológicos, permiten hacer pronósticos más certeros. Sin embargo, y a pesar de ello,

No existe una ciencia médica sino un discurso científico utilizado por la medicina. Sólo hay ciencia de lo general, no de lo particular. Las leyes de la ciencia no pueden aplicarse a la medicina. El sujeto está por fuera de ella, ya que sus síntomas son unos significantes que hacen que cada cual se pueda distinguir de los demás².

Por su parte, Mario Bunge, abunda en un pensamiento similar cuando afirma que:

La medicina no es una ciencia básica como la biología. Tampoco es un arte, como la poesía o la pintura. Más bien, es una técnica a la par de la ingeniería y de la administración de empresas. No se propone encontrar leyes básicas, sino utilizar el conocimiento de las mismas para tratar casos patológicos. Ya no es una técnica artesanal equivalente a la del zapatero remendón, sino una técnica científica, o sea, fundada sobre resultados de la investigación biológica³.

Desde hace siglos, la medicina observa atentamente los experimentos con animales para

encontrar paralelismos con los fenómenos que se producen en el organismo de los pacientes, y lo hace para proceder, en su momento, al experimento decisivo con el cuerpo humano. Pero la medicina no tiene leyes que, como las ciencias, puedan expresarse en términos matemáticos y se cumplan como desarrollo de la fórmula que la expresa⁴.

En todo caso, la medicina va adquiriendo características que definen a una serie de actividades consideradas científicas. Entre ellas, los hechos de tener base científica y técnica, utiliza procedimientos científicos comunes a las ciencias naturales (observación, comparación, etc.), la posesión de un cuerpo de conocimientos y prácticas consolidados, transformar su conocimiento en profesión mediante el desarrollo de procedimientos exitosos, tiene una historia de miles de años sobre descripción de enfermedades y terapias, utiliza una metodología específica como es la nosología médica basada en el ensayo clínico que es racional y lógico en su elaboración, y, a través del cual, busca explicaciones causales a las enfermedades, y puede confirmar o rechazar sus conclusiones, que, con frecuencia, llegan a ser predictivas. La medicina, por otra parte, tiene capacidad transformadora de la biología y de la naturaleza humana, y se expresa en un lenguaje específico. Además, reconoce una sociología tanto interna (sociología médica) como externa (medicina social, antropología médica), es transdisciplinar (combina saberes teóricos y prácticos), tiene carácter normativo (establece qué es sano y enfermo, qué es enfermedad y no enfermedad, qué es correcto e incorrecto), es una disciplina prescriptiva (no solo se encarga de explicar determinados fenómenos sino que también propone una intervención en el mundo de acuerdo con ciertas ideas de lo que consideramos bueno o malo) y actúa en un complejo entramado de actores (los enfermos, los profesionales sanitarios y la sociedad en su conjunto que es la

que posibilita y sanciona toda la atención sanitaria)⁵.

En consecuencia, la medicina trasciende el propio acto médico y puede entenderse como una práctica social institucionalizada⁵ en la que pueden distinguirse varios contextos: el tecnocientífico implícito al conocimiento médico, el histórico y cultural, el social y el político (Figura 1).

Sobre el concepto de salud

Un problema de la medicina es que su ejercicio está lleno de incertidumbres epistémicas y esto se debe, en buena parte a que, como hemos comentado más arriba, no tenemos un concepto unánime de salud ni una teoría general de enfermedad como tampoco lo tenemos de enfermo. Lo que sí parece claro es que el acto médico se aproxima a un tratado de filosofía. Como escribió Mario Bunge,

Un médico filosofa todo el día. Cuando razona bien practica la **lógica**; cuando supone que los genes y los virus son reales aunque no se perciban, adopta el **realismo científico**; cuando rechaza que las enfermedades son de índole espiritual, suscribe una concepción **naturalista** del mundo; y cuando presta su ayuda, practica una **filosofía moral humanista** [...] Al comparecer el paciente, el médico da por sentado que se trata de un ser real (**realismo ontológico**) que viene en busca de ayuda, cosa que el médico se apresta a proporcionarle lo mejor posible y conforme al precepto hipocrático que manda ayudar sin dañar (**humanismo**). Para averiguar qué lo trae a su paciente, el médico pregunta qué le pasa: da así por sentado que hay algo que puede llegar a saber (**realismo gnoseológico**) y otro tanto que puede hacer (**optimismo praxiológico**). Pero también el médico pondrá en duda lo que le cuenta el paciente (**escepticismo metodológico**), entenderá que la ciencia es la mejor vía para conocer los hechos (cientifismo) y, para prescribir, pondrá en práctica la máxima «Conocer antes que actuar» que resume la **praxiología científica**³.

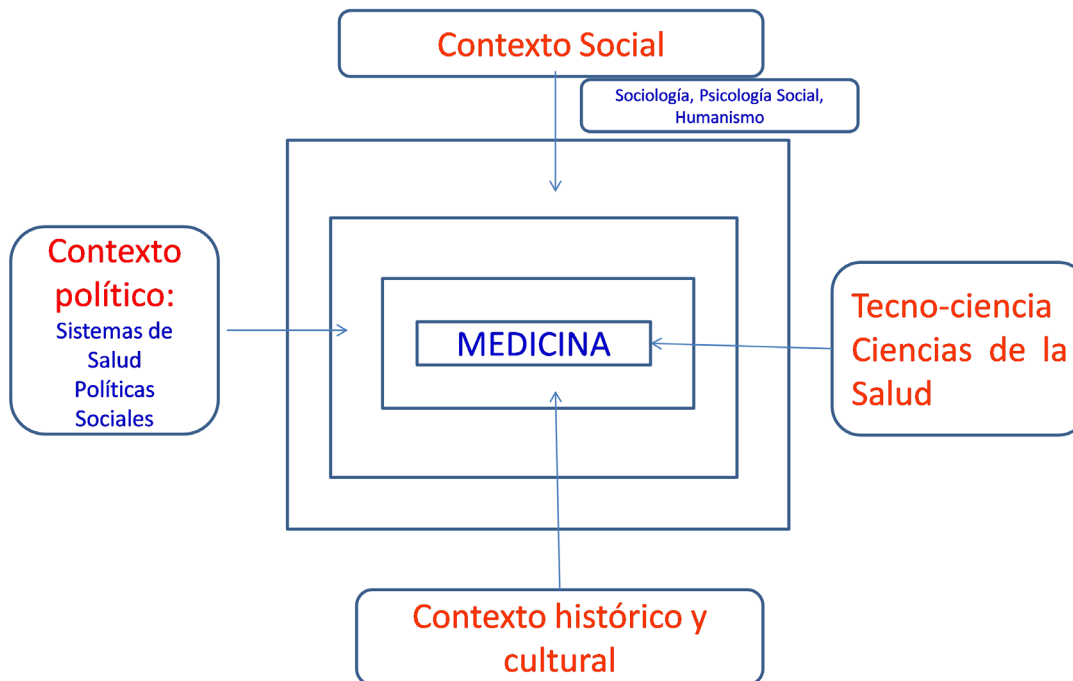


Figura 1. La medicina trata y previene la enfermedad mediante el conocimiento elaborado por la biomedicina, las ciencias biomédicas o ciencias de la salud. Esta actividad de sanación (tratamiento de la enfermedad) se produce en un contexto histórico y cultural que es el que define qué se entiende por salud y enfermedad en cada momento y las ventajas de tratar y controlar las enfermedades. Entendemos, por tanto, en este contexto histórico la actitud personal ante la enfermedad. El contexto político explica los sistemas de salud y las políticas sociales que una sociedad se concede, lo que condiciona el acceso a la salud y la salubridad de las ciudades,..., y sociedades. El contexto social, integrado por todos los sistemas de valores, de relación de interdependencia entre los individuos que cohesionan las relaciones sociales y nos definen como comunidad; es decir, el contexto en el que se generan y desarrollan todos los contextos.

En un intento de ilustrar estos hechos, repasamos algunas acepciones procedentes de fuentes dispersas que relacionan la medicina con la filosofía en un intento de comprender el complejo mundo de la salud, la enfermedad y el enfermo. Podemos empezar por decir que por salud entendemos la ausencia de enfermedad, un concepto considerado obsoleto pues uno puede asumir que disfruta de un considerable

nivel de salud aún cuando padezca diferentes grados de enfermedades o afecciones que imponen niveles de limitaciones que no interfieren de forma crítica con la actividad del individuo. Otra aproximación, antigua y poética al concepto de salud, es hacerla sinónimo del «*silencio de los órganos*». Y, efectivamente, nos sentimos sanos cuando no tenemos signo alguno que delate la presencia de la alteración de algún órgano; es

decir, cuando ningún síntoma nos recuerda que hay una estructura y función alterada. El propio poeta Paul Valéry se hace eco de esta expresión cuando escribe que «La salud es el estado en el cual las funciones necesarias se realizan insensiblemente o con placer»⁶. Expresiones similares atribuye Canguilhem a diferentes autores en términos tales como «En el estado de salud no se sienten los movimientos de la vida, todas las funciones se realizan en silencio», siendo el silencio de los órganos la característica más sobresaliente de la salud. El propio Diderot escribía que «Cuando uno está sano, ninguna parte del cuerpo nos instruye de su existencia; si alguna de ellas nos avisa de esta por medio del dolor es, con seguridad, porque estamos enfermos»⁶.

Pero probablemente la expresión que más fortuna ha adquirido es la definición de la Organización Mundial de la Salud que propone que la salud es un ambicioso *Completo bienestar físico, mental y social*, que fue matizándose en la reunión de Alma Ata con la pretendida voluntad de alcanzar la *Salud para todos en el año 2000*, y devino en el propósito más humilde de *Promoción de la salud* adoptado en 1986. Declarar la *salud para todos* es una especie de delirio de omnipotencia⁷ que ninguna organización está en condiciones de ofrecer y llevar a término. Dejémoslo, pues, en un deseo utópico pero realmente inalcanzable que, además, tiene serios inconvenientes como el de provocar un aumento desmesurado de enfermos ya que, en las condiciones actuales, pocos pueden considerarse sanos y muchos enfermos. Por añadidura, contribuye a promover la medicalización de las sociedades en su sentido más amplio.

En un sentido más realista podemos invocar la opinión de diferentes autores, procedentes unos del mundo de la literatura, y otros del de la medicina y la filosofía. Así, José Luis Sampedro y Valentín Fuster⁸, estiman que

Salud es un término relativo. La salud, en realidad, no existe o sólo existe en términos relativos. Todos tenemos alguna deficiencia. Alguien definió a la persona sana como «paciente no explorado». El que no tiene alto el colesterol, tiene anemia, la nariz tapada o cualquier otra cosa, pero como es sabido nadie es perfecto. Todo el mundo tiene una salud que se puede porcentuar, cuantificar de más o de menos, pero todo el mundo tiene un grado de no salud. Por eso cada cual debe aceptar sus condicionantes⁸.

En otro orden de cosas, se atribuye al filósofo Gadamer la siguiente expresión:

¿En qué consiste el bienestar si no es precisamente en el hecho de que no constituye nuestro centro de atención, y así nos permite estar libremente abiertos y dispuestos a todo? La salud, cuando está, no se siente, y en general tampoco se ve. Se siente, se percibe sólo como carencia y, por lo tanto, como necesidad: se reconoce en los otros cuando uno mismo sufre física o psicológicamente, incapacitado por la misma invalidez para hacer lo que quiere o lo que solía hacer.

No dejan de ser engorrosas estas expresiones y no lo es menos lo que nos dice Emmanuel Kant:

Uno puede sentirse sano; es decir, juzgar según u sensación de bienestar vital. Pero jamás puede saber que está sano... La ausencia de la sensación (de estar enfermo) no permite al hombre expresar que está sano de otro modo que diciendo estar bien en apariencia⁶.

Propone Khant que es imposible saber si estamos sanos; es decir, que la salud es un objeto al campo del saber o, dicho de otro modo, no hay una ciencia de la salud; es decir, la salud no puede ser explicada por teoremas, pues, como ya indicó Claude Bernard,

No hay en fisiología más que condiciones propias de cada fenómeno que es preciso determinar con exactitud, sin perderse en divagaciones sobre la vida, la muerte, la salud, la enfermedad y otras entidades de la misma especie⁹.

Por otra parte, Cristian Saborido (2020)⁵, introduce otra serie de conceptos que giran en torno a la salud. Así, por ejemplo, hace una aproximación a la salud desde el modelo biomédico en el que hace sinónimo el término salud del concepto de *Normalidad Estadística*, entendiendo por tal «el estado funcional común a la mayoría de los individuos de una población». Si bien este concepto es muy gráfico, exige por una parte la existencia y aceptación de unos valores de referencia o de *normalidad* (que deben ser consensuados por la comunidad) y, por otra, que debamos aceptar como *normales* enfermedades muy prevalentes (como la miopía, la caries, etc.). Este *modelo* de salud ha recibido las denominaciones de *Fisiológico* (porque se basa en el equilibrio funcional homeostático), *Reduccionista* (porque asienta en el reduccionismo metodológico propio de las ciencias exactas a la hora de describir y clasificar las enfermedades) y *Mecanicista* (porque entiende la enfermedad como un fallo mecánico del funcionamiento armónico de la fisiología corporal). Su gran ventaja, por otra parte, es que alude a una explicación causal como la alteración elemental que puede explicar la manifestación de la enfermedad. Su concepción, es obvio, es completamente biologicista por lo que no es de extrañar la existencia de corrientes que presentan la medicina como una biología aplicada, cuya importancia es elevada en enfermedades monofactoriales pero tiene dos limitaciones importantes para una explicación general de todas las enfermedades: a) la salud y la enfermedad son conceptos integrados por multitud de componentes y b) excluye los aspectos psicológicos y sociales tanto de la salud como de la enfermedad por no citar que es una concepción completamente ahistórica de ambos conceptos.

Otra aproximación comentada por el mismo autor⁵, desde una perspectiva holística (o, dicho de otro modo, desde la teoría constructivista) propia del modelo bio-psico-social, estima que

la salud es una valoración personal, que una persona está sana si se siente bien y puede *funcionar* en su contexto social, lo que supone que el individuo mantiene su capacidad para vivir de forma satisfactoria, de adaptarse de forma normativa a su entorno (ecologismo) y la ausencia de sufrimiento. Estos tres últimos aspectos implican que individuos con niveles aceptables de enfermedad pueden vivir de forma satisfactoria (por ejemplo, cojos) aceptando sus limitaciones, ajustando su vida a esas limitaciones y a su entorno siempre que el nivel de sufrimiento resulte aceptable. Esto también implica que

Una persona está completamente sana si y solo si se encuentra en un estado mental y físico en el que es capaz de realizar en su entorno el género de cosas que son necesarias y suficientes para su felicidad mínima⁵.

Pero alguien puede estar sano a pesar de tener una enfermedad siempre que no le impida ser feliz (enfermedad crónica, catarros...). Pero también, la simple ausencia de enfermedades no garantiza, que estemos sanos, pues circunstancias como la bancarrota, el desempleo, el desengaño amoroso, algunas enfermedades no mortales, etc., pueden provocar incapacidad para lograr el bienestar.

Este *modelo* de salud se corresponde con la aproximación Bio-Psico-Social de salud y enfermedad que entiende ambos procesos a través de un modelo multifactorial en el que tiene cabida tanto las alteraciones fisiológicas como esa entidad tan compleja que es el individuo como persona, lo que aporta un importante componente constructivista; es decir, está abierta a concebir tanto la salud como la enfermedad como una construcción social. Esto es importante y llama la atención sobre el hecho de que ninguna de las concepciones de la salud (y de la enfermedad) debe ser excluyente, sino que es razonable concebirlos como un pluralismo integrador en el que caben ambas acepciones. En

todo caso, esto puede llevarnos a otorgar valoraciones morales a las diferentes concepciones de conducirse ante la salud y la enfermedad: formas correctas (sanas o saludables) e incorrectas (insanas, insalubres o enfermedad) de vivir, lo que puede conducir a la aceptación o rechazo social de los afectados, como ha ocurrido a lo largo de la historia.

Concepto de enfermedad

Durante siglos, la enfermedad fue considerada como una posesión por parte de un ser maligno al que solo un taumaturgo podía vencer. De hecho, en el Antiguo testamento, enfermedades como la lepra es vista y rechazada como una impureza y los leprosos son separados de las comunidades. Las primitivas (o primeras) formas de cura son religiosas. De hecho, en los templos de Asclepio, los enfermos son recibidos, examinados y tratados de acuerdo a ritos cuyo participante simbólico era la serpiente. Hoy, alejado el mito, la enfermedad puede definirse, de igual forma que la salud, de varias formas. Una de ellas es como la ausencia de un completo bienestar físico, emocional y social. Y también como

Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos y cuya evolución es más o menos previsible⁷.

Sin embargo, estaremos de acuerdo en que la experiencia de vida social y las diferentes culturas tienen un papel decisivo a la hora de «construir» socialmente la enfermedad (y la medicina). Es algo externo a la propia enfermedad y a la propia medicina, pero forma parte de la vivencia de la misma. Una cosa es lo que «es» la enfermedad biológica y otra bien diferente «cómo se vive» esa experiencia de enfermedad («quebranto de salud») a nivel personal y social. Por eso es razonable aceptar que en la enfermedad existen tres componentes: a) **Biológicos**, tales como la

Fisiopatología/psicopatología de la enfermedad que explican las alteraciones funcionales con o sin alteración orgánica; b) **Afectivos**; es decir, la forma particular de vivir la enfermedad, que afecta al bienestar emocional (dolor, enfermedad que degrada, despersonalización); y c) **Sociales y culturales**, que afectan a la vida de relación social del enfermo y a la propia construcción social de la enfermedad, dentro de los que pueden incluirse factores extrínsecos tales como la concepción de la enfermedad propia de cada sociedad, las enfermedades que se consideran degradantes o estigmatizadas y la actitud ante el dolor y la consideración social del enfermo como elemento productivo.

Por otra parte, como muestra la figura 2, si bien tenemos aproximaciones para entender, explicar y tratar las modificaciones biológicas y, en menor medida, las afectivas, estamos bastante desvalidos en el abordaje de los aspectos sociales y culturales de la enfermedad porque no se relacionan con valores aptitudinales basados en componentes epistémicos que podemos adquirir en los estudios de Grado y postgrado, sino que se relacionan con criterios sociales y culturales que conforman las actitudes y el comportamiento de los ciudadanos (sanos y enfermos). De hecho, todos los desarrollos de ayudas sociales, intervenciones estatales en promoción de la calidad de vida, de derechos a vivienda digna y alimentación saludable, a un salario digno, etc., quedan por fuera de las competencias profesionales de la medicina y los médicos únicamente pueden ofrecerlas a modo de recomendaciones, siendo su ejecución tributaria de profesionales con otras titulaciones. Y sobre todos estos aspectos, que condicionan la vivencia de la enfermedad por el individuo, tenemos poca o nula influencia a título personal, pero sufrimos sus consecuencias. De hecho la enfermedad es impredecible en un momento dado. «La enfermedad no es un hecho predeterminado, llega impuesta»¹⁰, nos dice con precisión Juan Gracia Armendariz en su *Diario del*

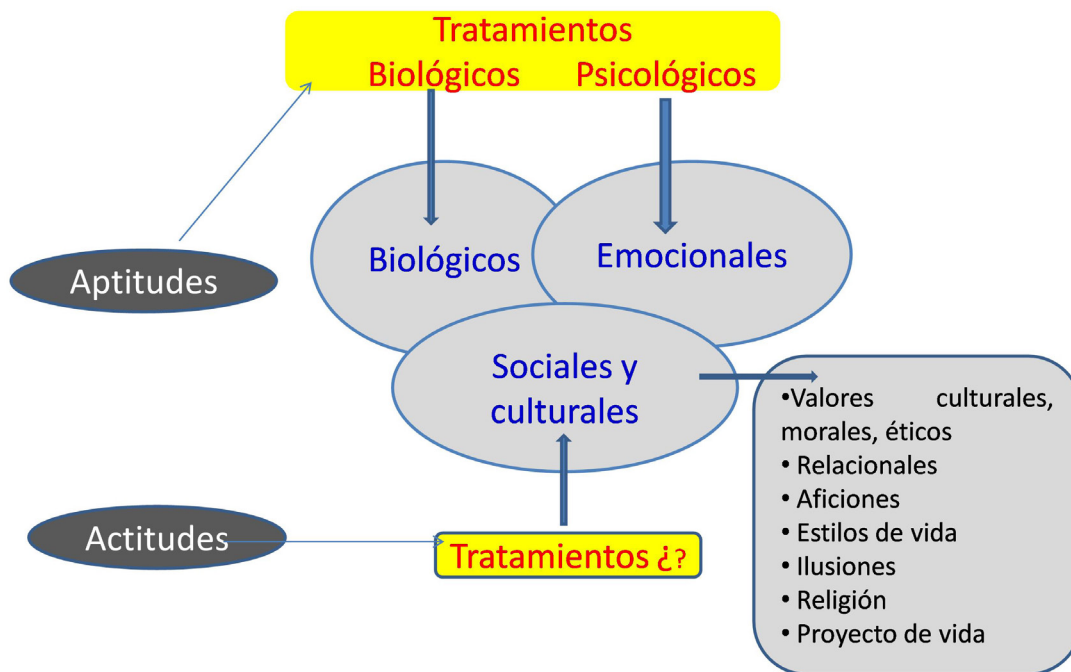


Figura 2. En la enfermedad participan aspectos biológicos, emocionales, y sociales y culturales. Pero la formación académica únicamente está enfocada a la adquisición de competencias aptitudinales que permiten al médico instaurar tratamientos encaminados a los componentes biológicos y emocionales de la enfermedad. Sin embargo, los aspectos sociales y culturales, que son aspectos actitudinales, que también se afectan con la enfermedad, sólo pueden ser tratados con medidas sociales en cuya adopción la ciencia en general y la medicina en particular tienen poco que aportar.

hombre pálido. Y ante esta situación cada uno respondemos de una forma determinada según nuestra formación y cultura. Cultura que nos ha llevado a entender las enfermedades pandémicas como *invasiones extranjeras* (las pestes, el SIDA, la sífilis, el Covid, etc), como juicios sociales y, dependiendo de su localización, como enfermedades aceptables, reprobables o que inducen espanto^{11,12}.

Por otra parte, si bien es cierto que todo paciente acaba sufriendo una enfermedad de la que no se podrá curar, no es menos cierto que estar enfermo conlleva no sólo una alteración orgánica sino una afectación psicológica y social que vendría definida por el denominado Síndrome

del desasosiego, caracterizado por desánimo, desdicha, desolación, desaliento, desgracia, desencanto, desazón, desconcierto, desamparo y desconfianza, que tienen un importante componente personal y social así como toda una serie de factores no racionales que participan en la vivencia de la enfermedad; entre ellos, el miedo a la despersonalización o al dolor. En este sentido, escribió Oliver Sacks¹³ en *Despertares*:

El miedo a sufrir, enfermar y morir, a perder nuestra personalidad y a que se interrumpa el contacto con el mundo que nos rodea es el más elemental e intenso que conocemos, e iguales de elementales e intensos son nuestros sueños de recuperarnos

de la enfermedad, de renacer, de que se restauren de un modo maravilloso nuestra salud y nuestro contacto con el mundo¹³.

Y con una intensidad equivalente, Juan Gracia Armendáriz escribe en *Diario del hombre pálido*:

Temo al dolor. Temo que el dolor borre la claridad. Temo que el dolor me invada y me reduzca a un animal doliente. Temo perder la dignidad, el respeto a los otros, a mí mismo. Temo los dedos enguantados de un cirujano y el olor nauseabundo de la asepsia. Esos materiales diseñados para abrir la piel, estirar los músculos, horadar entrañas, explorar cavidades, circunvalaciones, arboledas sanguíneas. Temo el recuerdo de todo eso¹⁰.

Se recoge también la impotencia y el dolor que sienten los familiares por las palabras del médico cuando ante la pregunta¹⁴: «¿No hay remedio contra el dolor de una persona derrotada, acabada que tiene más de ochenta años y ninguna esperanza de recuperación?» la respuesta fue que «no había remedio»¹⁴. La consolidación de los cuidados paliativos y de la eutanasia evitaría posteriormente el sufrimiento estéril.

Sin olvidar el desprecio actual por la enfermedad y el dolor como sugiere la pregunta de Andrzej Szczeklik: «¿y qué sucede con la enfermedad y el sufrimiento? sencillamente los desterramos de nuestra conciencia»⁴. La respuesta es demoledora: «el culto al éxito obliga a ser siempre joven y sano. El mundo de la cultura de masas no admite ni el dolor ni el sufrimiento, los aborrece. Como paso siguiente a una educación sin estrés, se ha procedido «a expulsar del mundo el dolor con exorcismos»⁴, y plenamente coincidente con las observaciones de sociólogos actuales^{11, 15, 16}.

El enfermo

No existen enfermedades, sino enfermos. Este adagio no sólo es aceptado en el mundo de la medicina sino también en el mundo profano.

Vicente Valero¹⁷, por ejemplo, dice haberlo aprendido durante las visitas a los enfermos acompañando a sus padres. Sin embargo, y a pesar de su aceptación universal, no deja de resultar curiosa la escasez de medios que ofrecen una definición del término *enfermo*. Incluso hay diccionarios terminológicos de ciencias médicas que no lo mencionan. El de la Real Academia de la lengua nos dice que enfermo es *el que padece una enfermedad*, y lo hace sinónimo de paciente cuya entrada indica que es *aquel que padece*, que etimológicamente, deriva de sufrimiento. Y no falta quien resalta que «no es el sufrimiento en sí lo que en el fondo más se teme, sino el sufrimiento que degrada»¹². Sin embargo, este pensamiento de Susan Sontag pertenece a un época pasada pues, si bien es cierto que el sufrimiento que degrada continua siendo rechazado por las personas, no es menos cierto que en el tiempo que vivimos cualquier tipo de sufrimiento es rechazado, no cabe en una sociedad donde sólo tienen cabida las personas jóvenes, sanas, libres, perfectamente constituidas y sin traba personal y social alguna.

Otros términos que giran en torno al concepto de enfermo son los de *usuario*, para referirse a quien utiliza los servicios sanitarios, empleado preferentemente por los evaluadores de las políticas sanitarias, o incluso *cliente*, para designar al enfermo real o potencial con el que se establece una relación comercial y que tanto está creciendo hoy en nuestro país dado el empeño en el deterioro del servicio público de salud y la promoción de la medicina privada a través de aseguradoras. Eso sí, no falta un día mundial del enfermo, impulsado por el Vaticano siendo Papa Juan Pablo II, que se celebra el día 11 de febrero para «simbolizar la voluntad de ponerse al servicio del otro, del prójimo, para ayudarlo y acompañarlo en su padecimiento». Tal vez esta parquedad terminológica indica que no necesitamos una definición porque todos sabemos que un enfermo, aunque sea imaginario es el

portador de alteraciones orgánicas y funcionales que desencadenan una enfermedad.

Es el diagnóstico el que te convierte en enfermo, te confiere una nueva identidad, pasar de ser una persona con una vida profesional, personal y social a convertirte en un concepto en el que las dimensiones dominantes son el dolor, el aislamiento, la dependencia, la necesidad de internamiento, la inseguridad en el futuro, la fractura biográfica y la incertidumbre a corto y largo plazo. No obstante, cuando la enfermedad puede calificarse como leve o de buen pronóstico, las situaciones anteriores se entienden como transitorias y, por tanto, como llevaderas. Sin embargo, cuando la enfermedad es grave, el diagnóstico se convierte en una sentencia que llena de zozobra al afectado. Andrés Neuman aborda este aspecto, en su libro *Hablar solos*¹⁸, en el que describe un viaje de despedida de un camionero enfermo de cáncer con su hijo, un viaje siempre aplazado pero que ahora se vuelve imprescindible. En este libro Neuman nos dice que

Desde el día que te dan el diagnóstico el mundo se divide inmediatamente en dos grupos, el grupo de los vivos y el grupo de los que van a morir pronto, todos empiezan a tratarte como si ya no formarías parte de su club, ahora eres del otro, en cuanto me di cuenta no quise decirle nada a nadie, yo no quería compasión, lo único que quería era un poco de tiempo, en el trabajo, por ejemplo, si lo dices en el trabajo los compañeros dejan de hablarte de sus problemas, dejan de pedirte cosas aunque todavía puedas hacerlas, dejan de comentarte los planes del año que viene, en fin, te borran de los asuntos del club, no es sólo la enfermedad, los demás también te quitan el futuro, incluso la familia, ¿sabes?, ya no te consultan nada, ya no eres un pariente, eres sólo un problema colectivo, y en el hospital, bueno, ¿qué te voy a decir?, aquí es más evidente todavía, los vivos miran a los que van a morir, hijo,[...]»¹⁸.

Y puntualiza que «lo que más odia del hospital es cómo, mientras va empeorando, todo el mundo se cree en la obligación de ponerle cara

de optimismo»¹⁸. En otras palabras, la enfermedad, como el dolor y la muerte, representan la expulsión del mundo de los sanos para incorporarse al mundo de los enfermos: «Un sitio de marginación al que se accede y del cual no se puede volver hasta que se haya recuperado»¹⁹.

Pero ser un enfermo o estar enfermo, supone incorporar una serie de características a tu personalidad previa. En primer lugar, tu vida se ve trastocada, tu proyecto vital, alterado:

Quando el que habla es el cuerpo enfermo, cuando los dolores son recurrentes, cualquier equilibrio o armonía en nuestra vida cotidiana se ve irremediabilmente trastocada, herida²⁰.

En segundo lugar, te enfrentas en soledad a la nueva situación: El sufrimiento, el dolor, la enfermedad toda es personal, se pasa en primera persona por muchas ayudas y compañías que te dispensen. Como indica Albert Jovell:

Aunque uno se pueda sentir muy acompañado, se transita por un soledad muy intensa. Para mí, la enfermedad me está resultando una experiencia agotadora, con un gran desgaste psicológico²¹.

De modo similar se expresa Levi:

La experiencia de la enfermedad es de índole personal. Los demás pueden ver al enfermo, condolerse de él, ayudarlo en lo posible, pero no pueden sustituir su experiencia. La medida del dolor y la enfermedad es variable. La intensidad con la que se vive no puede tener una exactitud precisa [...]. Lejos de idealizaciones románticas o heroísmos, la muerte es simplemente el fin de la vida, aceptarla es parte de la condición humana¹⁹.

En tercer lugar, hay que aceptar que la enfermedad y el enfermo no son ni una metáfora ni una abstracción social, sino entidades reales que viven situaciones reales más allá de las estrictamente biológicas. No en vano,

El enfermo que llega a un hospital es una persona que ve disminuida su capacidad física, psicológica, o incluso una mezcla de ambas. Los profesionales sanitarios no deberían obviar este hecho.

Deberían proteger a los pacientes. Dentro del sistema sanitario, hay distintos tipos de pacientes. Entenderlos y ofrecerles lo que necesiten es una prioridad del personal sanitario²².

En cuarto lugar podemos citar que un enfermo, una enfermedad, es un sistema complejo en el que hay componentes biológicos, psicológicos, sociales y culturales. Fernando Gil Villa es elocuente en este sentido:

Los biólogos nos hablan del límite darwinista como obstáculo para acabar con el cáncer descargando el peso de la esperanza en la prevención. Parecen ignorar, sin embargo, que existe otro límite igualmente relevante en el terreno social: el cáncer no puede comprenderse con éxito ni atacarse con éxito si se analiza desde un punto exclusivamente biológico. [...] Como fenómeno social, muestra los mismos aspectos problemáticos que las grandes cuestiones sociales de nuestra época, definidas por situaciones paradójicas: libertad, igualdad y fraternidad en la atención al cáncer, o a la enfermedad²¹.

Citemos en último lugar, una clara característica: El enfermo es una persona, «alguien que tiene un nombre, una historia, una experiencia, relaciones, una vivencia singular como enfermo»²³. Recuerda Lagrée que el respeto a la persona está en el corazón de la vida ética que se puede resumir en la regla de otro:

No hagas a otros lo que no quieres que te hagan a ti. La vida que merece ser preservada y mantenida no es la vida biológica, el funcionamiento de los órganos, sino la vida personal, la vida relacional y consciente²³.

Pero uno no nace persona, se hace.

De ahí que no se comprende sino en la articulación de tres planos distintos pero enlazados: el plano biológico del individuo, de su programa genético y de sus disposiciones innatas; el plano relacional de su ser con otro, de su afectividad y de su historia; el plano simbólico de la inscripción en una cultura, en una lengua, en una tradición y en la continuación de su vida en un discurso²³.

Por último, no debemos olvidar que en los últimos años se ha ido abandonando la relación paternalista entre médico y enfermo para ir avanzando hacia una relación más igualitaria. Esto implica que, independientemente de los aspectos reseñados más arriba, estamos ante un nuevo modelo de paciente que cuenta con un mayor nivel educativo, tiene acceso a mayor información sobre salud mediante internet y los medios de comunicación, incorpora una cultura de derechos del consumidor, presenta mayor tendencia a formar parte de asociaciones de pacientes, busca estrategias de autocuidado, contempla la salud como un bien individual y se manifiesta activo en su defensa, es más consciente de sus derechos como pacientes y participa en las decisiones sanitarias. Todo ello, lo implica un nuevo modelo de paciente que exige un nuevo modelo de relación con el profesional sanitario y los proveedores de recursos sanitarios.

Para finalizar, queremos traer a colación el tema de la convalecencia, entendiendo por tal el estado de la persona que recobra o recupera gradualmente el vigor y la salud después de haber padecido una enfermedad o de haberse sometido a un tratamiento médico. Y por convaleciente, la persona que está recuperando la salud después de una enfermedad o de un tratamiento médico.

Josefina Aldecoa ha definido la convalecencia como un camino lento de regreso a la salud²⁴, y le reconoce algunas propiedades como que nos aísla de las exigencias del mundo exterior, que nos advierte de la necesidad de cuidarnos para no recaer, que nos libera de la culpa contraída al enfermar y nos reconcilia con nuestro cuerpo. Para ello, reducida al mínimo la fuerza física, flotamos en el mundo, la impaciencia desaparece, nos sumerge en un estado de somnolencia, de hibernación forzosa; perdemos el sentido del tiempo y su transcurso; los recuerdos del pasado reaparecen con intensidad incluso los sumidos en lo más hondo del subconsciente²⁴. Y, como literata, piensa que es el estado de convalecencia el

ideal para el proceso creativo de la literatura y el arte por la soledad y el aislamiento que impone. Por su parte, Vicente Valero considera que

La enfermedad convierte a los enfermos en seres postrados con un único deseo: recuperarse, volver a estar sanos. Sin embargo, en su convalecencia, no todos los enfermos que visitábamos se comportaban del mismo modo, ni siguiera cuando padecían la misma dolencia¹⁷.

Y refiere los tipos de convalecientes que se muestran en la Tabla 1. Sin embargo, la recuperación total y la vuelta al origen sigue siendo el arma de doble filo de la salud de los enfermos porque sobre todos nosotros pende el aforismo hipocrático que sostiene que «Los residuos que, tras una crisis, quedan en las enfermedades, suelen causar recidivas»²⁵.

Tabla 1. Tipos de enfermos convalecientes según Vicente Valero¹⁷.

Tipo	Descripción
Enfermo quejoso	Emite <i>ayes</i> continuos sobre sus patologías y, sin embargo, no evita los movimientos que producen el dolor: p.e. mover una articulación. También incluye los que exageran la sintomatología: «pasó la tarde quejándose como si lo acabaran de apalear, cuando tenía un catarro mal curado».
Enfermo dicho so de estar enfermo	«A algunos parecía gustarles estar enfermos, y tal vez eran los que, precisamente, más gesticulaban y aseguraban sentirse peor, incluso próximos a la muerte».
Convaleciente travieso	Aunque tuviera una afección seria, «encontraba satisfacción en incumplir todo lo que el médico le había ordenado»: no tomaba las pastillas, comía lo proscrito, etc.
El enfermo triste, callao	«Enfermo callado, encogido en su butaca, que seguramente deseaba que no hubiera ido nadie a visitarlo, pero que sabía que aquellas visitas le hacían bien a su familia, a la que tenía martirizada con su pesimismo y mal humor».
Enfermo sabelotodo	«Creía saber más que nadie de medicina y de enfermedad, más incluso que los médicos que la visitaban –con los que discutía acaloradamente– y disfrutaba mucho explicando con minucioso detalles las características de sus dolencias, las causas y sus posibles consecuencias, y los medicamentos más apropiados para su curación».

Referencias

- Ortega y Gasset. La misión de la universidad y otros ensayos sobre educación y pedagogía. Madrid: Alianza Editorial; 1999.
- Briceño MA. Epistemología y medicina compleja. Madrid: Medicrit; 2005.
- Bunge M. Cápsulas. Madrid: Gedisa; 2003.
- Szczeklik A. Catarsis. Barcelona: Acantilado; 2010.
- Saborido C. Filosofía de la medicina. Madrid: Tecnos; 2020.
- Canguilhem G. Escritos sobre la medicina. Buenos Aires: Amorrortu; 2004.
- Cesana G. El oficio de curar. Madrid: Encuentro; 2007.
- Sampedro JL y Fuster V. La ciencia y la vida. Barcelona: De Bolsillo; 2016.
- Bernard C. Introducción al estudio de la medicina experimental. Barcelona: Fontanella; 1976.
- Gracia Armendáriz J. Diario del hombre pálido. Madrid: Demipage; 2010.

*EN TORNO AL CONCEPTO DE SALUD Y ENFERMEDAD. UN DIALOGO ENTRE
LA MEDICINA, LA LITERATURA Y LA FILOSOFÍA*
AGUSTÍN HIDALGO BALSERA; MARÍA GONZÁLEZ-GARCÍA; SARA GONZÁLEZ-RODRÍGUEZ;
JAVIER BORDALLO LANDA

11. Gil Villa F. La cara social del cáncer. Barcelona: Octaedro; 2012.
12. Sontag S. El Sida y sus metáforas. En La enfermedad y sus metáforas. Barcelona: De Bolsillo; 2011.
13. Sacks O. Despertares. Barcelona: Anagrama; 2005.
14. Puértolas S. Con mi madre. Barcelona: Anagrama; 2011.
15. Bauman Z. Vida líquida. Barcelona: Austral; 2012.
16. Bauman Z. Vida de consumo. Madrid: Fondo de cultura económica; 2010.
17. Valero V. Enfermos antiguos. Cáceres: Periférica; 2020.
18. Neuman A. Hablar solos. Madrid: Santillana; 2012.
19. Levy M de A. Enfermedad, dolor y muerte en dos novelas españolas del siglo XXI. *Acta Lit.* 2014; (49): 105-122.
20. Martínez Passarge ML. Poética del cuerpo enfermo. *Revista de poesía Alforja* 2004; 31: 1-3.
21. Jovell A. El médico social. Barcelona: Prateus; 2012.
22. Allué, M. El paciente inquieto. Barcelona: Ediciones Bellaterra; 2013.
23. Lagrée J. El médico, el enfermo y el filósofo. Madrid: La esfera de los libros; 2004.
24. Aldecoa J. Convalecencia y creación. En VVAA. Con otra mirada. Una visión de la enfermedad desde la literatura y el humanismo. Madrid: Taurus; 2000. pp.19-30.
25. Hermosín Bono MA. Tratados Hipocráticos. Madrid: Alianza Editorial; 1996.

EN TORNO AL CONCEPTO DE SALUD Y ENFERMEDAD. UN DIALOGO ENTRE
LA MEDICINA, LA LITERATURA Y LA FILOSOFÍA
AGUSTÍN HIDALGO BALSERA; MARÍA GONZÁLEZ-GARCÍA; SARA GONZÁLEZ-RODRÍGUEZ;
JAVIER BORDALLO LANDA



	<p>Agustín Hidalgo Balsera era licenciado y doctor en medicina por la Universidad Complutense de Madrid y Profesor de Farmacología de la Universidad de Oviedo. Entre sus áreas de interés se encontraban la repercusión social de los medicamentos y la representación social de la medicina y la enfermedad a través de las manifestaciones artísticas y los medios de divulgación científica y comunicación social.</p>
	<p>María González García es Diplomada en Enfermería y Fisioterapia. Máster en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos. Desarrolla su labor asistencial como enfermera de cuidados intensivos. Colaboradora en un proyecto de innovación docente en Grado de Enfermería de la Universidad de Oviedo. Recientemente ha presentado su Tesis Doctoral bajo el título «<i>Ciencia, enfermedad y medicamentos en la prensa diaria de ámbito nacional</i>».</p>
	<p>Sara González-Rodríguez es Licenciada en Biología y Bioquímica y Doctora por la Universidad de Oviedo. Su trabajo científico, desarrollado tanto en la Universidad de Oviedo en el Área de Farmacología, como en la Freie Universität de Berlín y la Universidad Miguel Hernández de Elche, se centra en el estudio de la farmacología del dolor neoplásico experimental.</p>
	<p>Javier Bordallo Landa es doctor en Medicina por la Universidad de Oviedo. Antigo Investigador del programa Ramón y Cajal, es actualmente Profesor Titular de Farmacología. Se define como amante del cine clásico y de ficción científica, y ha sido coordinador del curso de Extensión Universitaria de Cine y medicina y de la asignatura de Cine, Literatura y Medicina impartidos en la Universidad de Oviedo.</p>

ISSN electrónico: 1885-5210

DOI: <https://doi.org/10.14201/rmc.30625>

ENFERMEDAD Y RELACIÓN DE PAREJA

Illness and Relationship

Agustín HIDALGO BALSERA  ([✉](mailto:hidalgo@uniovi.es)); Begoña CANTABRANA PLAZA 

Área de Farmacología (Departamento de Medicina). Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Oviedo (España). Instituto Universitario de Oncología del Principado de Asturias (IUOPA). Fundación Bancaria Caja de Ahorros de Asturias. Instituto de Investigación Sanitaria de Asturias (ISPA).

Correos electrónicos: hidalgo@uniovi.es; bego@uniovi.es

Recibido: 19 de junio de 2022

Aceptado: 20 de julio de 2022

Resumen

La enfermedad, especialmente las enfermedades crónicas y graves, pueden resultar abrumadoras no sólo para el enfermo sino también para la pareja y el entorno familiar. No resulta extraño, pues, que se produzcan disensiones en las relaciones intrafamiliares que abarcan todo el espectro posible, desde el divorcio a la reconciliación. Este artículo es una aproximación a algunas de las situaciones que pueden darse en este difícil equilibrio generado por la irrupción de una enfermedad real o imaginaria. La base del artículo son historias tomadas de la literatura si bien se incluye alguna anécdota ilustrativa tomada de la vida cotidiana, algún hecho real que añade verosimilitud a no pocas historias de ficción. En concreto, se comentan historias relacionadas con parejas que no se constituyen por la aparición de enfermedades, parejas que se rompen de forma muy precoz sin oportunidades para consolidarse. Otras veces, es el rechazo del enfermo a su propio medio lo que rompe la relación de pareja. Pero también hay parejas que se forman a pesar de la enfermedad o a causa de ella, o parejas en riesgo de separación que se consolidan cuando aparece la enfermedad, sin que sea anecdótico un doble comportamiento: ruptura inicial y reconciliación posterior. Tan compleja es la relación de pareja y tanta zozobra aporta la enfermedad a la misma.

Palabras clave: enfermedad; relación de pareja; ruptura matrimonial; cuidados; apoyo emocional.

Abstract

The disease, especially chronic and serious diseases, can be overwhelming not only for the patient but also for the couple and the family environment. It is not surprising, then, that dissensions occur in intra-family relationships that cover the entire possible spectrum, from divorce to reconciliation. This article is an approach to some of the situations that can occur in this difficult balance generated by the outbreak of a real or imaginary disease. The basis of the article are stories taken from literature, although some illustrative anecdotes taken from everyday life are included, some real event that adds plausibility to many fictional stories. Specifically, stories related to couples that do not form due to the appearance of illnesses, couples that break up very early without opportunities to consolidate are discussed. Other times, it is the patient's rejection of his own environment that breaks the couple's relationship. But there are also couples that are formed despite the disease or because of it, or couples at risk of separation that are consolidated when the disease appears, without a double behavior being anecdotal: initial breakup and subsequent reconciliation. So complex is the couple's relationship and so much anxiety brings the disease to it.

Keyword: illness; relationship; marital breakdown; care; emotional support.

Introducción

La decisión de vivir en pareja responde, sin duda, a muchas motivaciones. Compartir la vida es la que mayoritariamente se puede invocar. Compartirla para lo bueno y para lo malo hasta que la muerte separe a los miembros de la pareja es la leyenda utilizada en los matrimonios oficiados por el rito católico. Sin embargo, este tipo de ritual es cada vez menor. Van creciendo las uniones civiles, las uniones de hecho sin un «*vínculo indisoluble*», las uniones homosexuales (por diferentes ritos...) y las convivencias sin otro aditamento que la voluntad de vida en común. Todo tipo de unión puede disolverse por procedimientos civiles y/o religiosos o, sencillamente, por una separación tácita sin terceros de por medio cuando así se decide, desde que fue iniciado por la entrada en vigor de la Ley 30/1981² de 7 de julio del divorcio y sus sucesivas modificaciones.

Las ocho causas principales de separación son: falta de comunicación, creerse demasiado buenos,

«Considera, señora, que el amor nace y se engendra en nuestros pechos, o por elección o por destino: el que por destino, siempre está en su punto; el que por elección puede crecer o menguar, según pueden menguar o crecer las causas que nos obligan y mueven a querernos» (Miguel de Cervantes. Los trabajos de Persiles y Segismunda)¹

sentirse atrapados, no se cumplen las expectativas, tener diferentes personalidades, falta de confianza, cambio de prioridades e infidelidades³. En todo caso, según datos del Instituto Nacional de estadística el número de divorcios ha descendido desde los 120.001 de 2008 a los 77.200 de 2020⁴. Es de notar que en ninguno de los casos se cita la implicación de la enfermedad en la separación de las parejas. Queremos pensar que esto es así porque la mayoría de las parejas tenemos la suerte de sentirnos acompañados en la enfermedad. Sin embargo, esto requiere una fortaleza de ánimo y una entereza emocional⁵ que no siempre es posible ofrecer por diferentes motivos.

Como tantos otros, este es un artículo incompleto sobre un tema muy amplio. Por tanto, su objetivo no va más allá de plantear la percepción de una relación (causal unas veces, circunstancial otras) que, si bien no adquiere valores suficientes para formar parte de las estadísticas,

sí tienen entidad para crear situaciones literarias por la presunción de que se presentan con cierta frecuencia, tal vez con más de la deseada y de la documentada. Tampoco se pretende relatar situaciones de personas afectadas por entidades nosológicas tal y como las describen los libros de texto de los estudios de Medicina; antes bien, traeremos a la narración situaciones descritas en las novelas (literarias, por tanto) o en obras testimoniales percibidas como motivo para no iniciar o para discontinuar una relación de pareja. Por tanto, el tema se plantea para que futuras contribuciones a la *Revista de Medicina y Cine* puedan ampliarlo, matizarlo, y, en suma, engrandecerlo.

Parejas que no llegan a constituirse

La enfermedad como motivo para eludir una vida en pareja y tener descendencia

Sin duda las razones para no vivir en pareja pueden ser diversas. Más allá de las diez que recoge la revista *Cosmopolitan*⁶, a nuestro propósito podemos añadir que una de ellas, no incluida en la frívola relación de la revista antes aludida, es el miedo a transmitir enfermedades o una predisposición a las mismas. Un buen ejemplo puede ser el pintor noruego Edvard Munch (1863-1944) quien nos dejó conocidísimas obras expresionistas como *La niña enferma*, *El día después*, *Ansiedad* o *El Grito* entre otras manifestaciones de sus estados de ánimo. Como es conocido⁷, Munch tuvo una vida enfermiza. De hecho, sus ataques de pánico y sus crisis de angustia fueron frecuentes y están en el fondo de algunas de sus obras, entre ellas *El Grito*, cuya génesis describió en los siguientes términos:

Paseaba por el camino con dos amigos cuando se puso el sol. De pronto el cielo se tornó rojo sangre. Me paré, me apoyé sobre la valla extenuado hasta la muerte. Sobre el fiordo y la ciudad negros azulados la sangre se extendía en lenguas de fuego. Mis amigos siguieron y yo me quedé atrás temblando

de angustia, y sentí que un inmenso grito infinito recorría la naturaleza⁷.

Munch dejó escrito en *El Friso de la vida* las razones por las que no se casó para no transmitir a su hipotética descendencia los desequilibrios que le acompañaron a lo largo de su vida:

Para poder entender mis afirmaciones de que me parecía un crimen por mi parte casarme, puedo informar de lo siguiente: mi abuela materna murió de tuberculosis. Mi madre murió de tuberculosis al igual que mi hermana Hansine. Al parecer la tía que vino [a vivir] con nosotros también tuvo tuberculosis. Toda su vida sufrió catarros con expectoraciones de sangre además de bronquitis. Mi hermana Sofie murió de tuberculosis. Los demás niños padecimos durante la infancia fuertes catarros — Llegué enfermo al mundo, me bautizaron en casa y mi padre creyó que no iba a vivir — Apenas pude asistir al colegio— Constantemente sufría descomunales resfriados y fiebres reumáticas — Tenía hemorragias y expectoraciones de sangre. Mi hermano tenía los pulmones delicados y murió joven de pulmonía. Mi abuelo paterno el deán murió de tuberculosis de médula — De allí creo que le vino a mi padre ese nerviosismo y esa vehemencia enfermizos — Los mismos males que fuimos desarrollando crecientemente los hijos⁷.

En otro pasaje de la misma obra recopilatoria, encontramos este otro fragmento:

Recibí en herencia dos de los peores enemigos de la humanidad: Las herencias de la tuberculosis y la enfermedad mental. La enfermedad, la locura y la muerte fueron los ángeles negros junto a mi cuna. Una madre que murió temprano me dejó la semilla de la tuberculosis; un padre hipernervioso – pietista – religioso hasta rozar la locura, de una antigua estirpe, me dejó las semillas de la locura. [...] La enfermedad me persiguió durante toda mi infancia y juventud. El bacilo de la tisis clavó victorioso su estandarte rojo sangre en el pañuelo blanco, y mis seres más queridos fueron muriendo uno detrás de otro. ¿Habría de fundar un hogar enfermo en este mundo?⁷.

El arte se convirtió en su única meta. Así que pensó que podría encontrar una mujer -que significara algo para él- fuera del matrimonio.

Parejas iniciadas en noviazgos que no evolucionan por motivo de la enfermedad

Es muy difícil, a los 20 años, saber si quieres pasar toda la vida con un enfermo a pesar del amor/cariño que le profesas. Y todavía es más difícil tomar la decisión de hacerlo y mantenerlo. Esta es la historia que Emmanuel Carrère nos cuenta en *De vidas ajenas*⁸.

A los 18 años, a Étienne le diagnostican un cáncer óseo en una pierna y lo dan por curado después de un tratamiento con quimioterapia. Cuatro años después tiene una recidiva y deben amputarle la pierna. El pasaje en que se lo comunica a su novia Aurélie está descrito por Emmanuel Carrère los siguientes términos:

Se acostaron en la cama y él le dijo: el lunes van a cortarme la pierna, y por fin rompió a llorar. Mientras iba anocheciendo, se quedaron horas abrazados, o más bien él permaneció en brazos de ella, que le estrechaba con todas sus fuerzas y le acariciaba el pelo, la cara, el cuerpo entero, quizá hasta la pierna que pronto ya no existiría. Ella le decía en voz baja palabras tiernas, pero cuando él le preguntó si le seguiría queriendo con una sola pierna, ella fue honesta: no lo sé⁸,

pero levantaba los ojos hacia su rostro y, en voz baja le decía «Estoy aquí, Étienne. Estoy aquí». «Aurélie aguantó un año y después lo dejó. Entre los veintidós y los veintiocho años, Étienne estuvo sin mujer»⁸.

También Juan Gracia Armendáriz refiere, en su obra *Diario del hombre pálido*⁹, escrito a modo de diario mientras espera un trasplante renal, cuenta que a uno de los enfermos con los que coincide en las sesiones de hemodiálisis lo dejó su novia por su condición de enfermo:

En la sala, Kevin me cuenta que su novia lo dejó cuando supo que estaba enfermo. Son las leyes

de su etnia y las acata, pero no puede disimular el dolor que le causan esas costumbres. Kevin es gitano⁹.

Historias similares se pueden encontrar en la obra de Ricard Ruíz Garzón *Las voces del laberinto*¹⁰ sobre los enfermos mentales.

Parejas que se rompen de forma precoz, sin tiempo para consolidarse

Hay matrimonios que se rompen de forma precoz. Los datos del Instituto Nacional de Estadística⁴ sugieren que un porcentaje de los divorcios se producen en el primer año. Sin embargo, no es infrecuente la separación en plazos más cortos: unos meses, a la vuelta de la luna de miel (del *viaje de novios*), o antes: el mismo día de la boda.

Recuerdo un episodio de estas características que ocurrió en mi juventud dentro del microcosmos del pueblo en que nació. Fue durante la década de los años 70 del pasado siglo. Se había acordado un matrimonio entre una mujer muy conocida del pueblo por su trabajo en un establecimiento público y un hombre (también del pueblo pero emigrado años antes). Aunque el matrimonio la obligaba a desplazarse fuera del pueblo, la mujer quedaría *amparada*. Pero en la noche de bodas, en el cuerpo desnudo de su flamante esposo no reconoció atractivo suficiente para permanecer junto a él. Antes bien, identificó signos inequívocos de enfermedad e impureza, y salió corriendo perseguida por miedos atávicos y pautas de conducta saludables ancladas en el mito. La mujer cogió la puerta para no volver aludiendo que los genitales del marido eran *píos*; es decir, pecosos, alteración de la pigmentación atribuida a las malas artes o encantamientos que reconocen como patogenia la saliva de las salamanzas. De ahí, la expresión: «es pío, le ha escupido una salamanza». La mujer rompió el matrimonio aquejada de ignorancia, incultura y mitos impensables hoy, volvió a la casa donde servía (donde continuó hasta su muerte)

y continuó con su desvergüenza frenopática de la que no libró ni al sacerdote que los unió.

Esta historia me vino a la memoria de forma reiterada durante la lectura de la novela *Chesil Beach*¹¹, del autor británico Ian McEwan, en la que se describe el fracaso del matrimonio, también el día de la boda, entre Florence y Edward. La historia ocurre en 1962, antes del mayo revolucionario y de los movimientos de liberación sexual de la mujer, de la convulsión social de Berkeley, de las comunas, los psicodislépticos y del primer disco de los Beatles. Ocurre en una Inglaterra desperezándose de la postguerra pero aún conservadora. Florence descende de un padre empresario de éxito y de una madre profesora universitaria de filosofía, ambos muy distantes, de carácter frío y poco amantes de Florence de la que parecen librarse mediante el matrimonio con Edward, un chico universitario, de familia humilde, con una madre enajenada a consecuencia de un accidente de automóvil, y padre profesor en un instituto. Florence ama la música, y es una notable intérprete de violín que aspira a fundar y dirigir un cuarteto de cuerda, ama a Edward con un amor no carnal cuyas manifestaciones (besos, caricias atrevidas, penetración...) le aterrorizan. Edward es licenciado en historia, conocedor y amante de la naturaleza, de la vida y de Florence a quien quiere con todas las connotaciones de la palabra amor, incluido el amor carnal.

La noche de boda, en un hotel próximo a la playa de Chesil Beach, las caricias del amante son percibidas por Florence como una presión insoportable, como una agresión. Cuando la inexperiencia y la precipitación de Edward se derraman sobre Florence, ella abandona la habitación entre acusaciones de conducta humillante y repugnante. La escena, descrita con una extraordinaria delicadeza narrativa por Ian McEwan, expone en toda su extensión la falta de diálogo entre emoción y sensualidad entre los protagonistas, el miedo a la pérdida de libertad

por la entrega al otro, la falta de tiempo para una maduración tranquila y un acceso sereno a la carnalidad marital, elemento esencial para la consolidación de las parejas como reflejó claramente Elena Arnedo en su obra *La picadura del tábano*¹², en la que sostiene que buena parte de las relaciones sexuales dentro de la pareja se llevan a cabo, precisamente, para la consolidación de la pareja. Florence sospechaba que «Había en ella alguna anomalía profunda, que ella siempre había sido distinta y que al fin estaba a punto de ser descubierta»¹¹.

Con el fin de salvar el matrimonio y conservar al marido, Florence, convencida de su amor por Edward (y también por mantener las apariencias), propone una relación basada en el amor y la libertad de cada uno para el desarrollo profesional, pero alejada de todo contacto sexual, lo que Edward rechaza ofendido. La propuesta fue formulada en los siguientes términos:

Quiero decir lo siguiente: Edward, te quiero, y no tenemos que ser como todos, o sea, nadie en absoluto..., nadie sabría lo que hemos hecho o no. Estaríamos juntos, viviríamos juntos, y si tú quisieras, quisieras realmente, es decir, siempre que ocurriera, y por supuesto ocurriría, yo lo entendería, más que entenderlo, lo querría, lo querría porque quiero que seas libre y feliz. Nunca estaría celosa, siempre que supiera que me quieres. Yo te amaría y haría música, es todo lo que quiero hacer en la vida.

Iracundo, Edward la rechaza ofendido

Me engañaste. En realidad, eres un fraude. Y sé exactamente qué otra cosa eres. ¿Sabes lo que eres? Eres frígida, eso es lo que eres. Completamente frígida. Pero pensaste que necesitabas un marido, y yo fui el primer puñetero idiota que se presentó¹¹.

Sin duda, podemos considerar que se trata de una enfermedad social, que una educación más liberal, menos atosigante y desprejuiciada hubiera salvado esta relación, le habría aportado la sexualidad necesaria para consolidar la pareja.

Pero también se habría salvado con el cariño lenitivo y sereno que describe Ian McEwan:

Lo único que ella había necesitado era la certeza de que él la amaba y la tranquilidad de que él le hubiera dicho que no había prisa porque tenían todo la vida por delante. Con amor y paciencia, sin duda los dos habrían salido adelante¹¹.

Rotura de la relación por el rechazo del enfermo hacia la pareja o la familia

Generalmente esta situación puede darse como consecuencia de la enfermedad y la adopción del enfermo para no ser una carga. Veamos un par de ejemplos.

Soledad Puértolas, en su libro «*Mi amor en vano*»¹³, aporta información de interés en varios aspectos. Por una parte, uno de los personajes, un joven (Enrique) sufre un accidente de tráfico por conducción temeraria de su pareja. Queda parapléjico y con importantes problemas emocionales que le llevan a alejarse de familia y amigos para abordar en solitario la nueva situación. Esa fractura con la vida de antes del accidente se agudiza al cambiar al barrio en el que vive actualmente. Pero traba relación de amistad con otros personajes: Dayana (que evoca su vida de artista y la relación de amor desestructurado con un marido alcohólico) y la hija, Violeta, una emotiva y enamoradiza muchacha.

Otra protagonista, Teresa, que asiste al mismo gimnasio que Enrique, refiere el dolor limitante, provocado por una hernia discal sin respuesta favorable al tratamiento, que describe en los siguientes términos:

Sus dolores eran insoportables, me dijo, no podía apoyar en el suelo la pierna izquierda, por las noches se despertaba y se subía a la buhardilla, donde escuchaba música a través de los auriculares para no despertar a su marido y a sus hijos. Tenía el ánimo por los suelos¹³.

El dolor cambia la relación familiar:

Te sientes llena de amor, pero, en determinado momento, todo da la vuelta, y esa persona que te obsesionaba sólo es alguien que puede escucharte y comprenderte, protegerte, y sus sueños empiezan a causarte molestias, te aburren. Ahora lo que queremos es que nos escuche, que nos acompañe, que viva por nosotros las incomodidades de la vida, que se encargue de los trámites. Pero eso, precisamente, es el comienzo del final [...], has perdido la capacidad de amar¹³.

Además, el dolor le cambió la vida, su actividad laboral, la relación con el marido y la familia; los hijos han crecido y no tiene ninguna obligación clara ni actividad laboral. El marido tampoco ayuda:

Lo único que se le ocurre decirme a mi marido es que me ocupe de mí misma, que con eso ya tengo bastante. ¡Vaya solución! Lo que yo quisiera de verdad es no ser yo la que se ocupase todo el rato de mí, a mí no me sale ser así, me gustaría que fuera otra persona quien se encargara de cuidarme. A veces pienso que ése es el fallo, que mi matrimonio ha fracasado¹³.

Ante esta situación, decide abandonar el matrimonio por la incompreensión y porque marido e hijas parecen incapaces de comprender el dolor de la madre. Otra vez la incapacidad de acompañar o el peso de ese acompañamiento como detonante de una rotura de pareja:

Ha hecho todo lo posible para poner a mis hijos, sobre todo a las niñas, contra mí. Ha sido fácil, jugaba con ventaja, está sano, es fuerte, y ahora las niñas dan poco trabajo, ahora da gusto estar con ellas, y ellas, como es natural, rechazan la enfermedad, los niños no quieren saber nada de los enfermos, no quieren sentirse impresionados ni preocupados, y él se ha pasado el tiempo diciéndoles: Pobre mamá, no hay que molestarla, tiene que descansar... ¡Pobre mamá! Nadie puede querer a una pobre mamá, todo el mundo se harta de una pobre mamá¹³.

Enrique y Teresa profundizan una relación emocional y sensorial de enamoramiento de

él y entretenimiento de ella, pero la novela de Soledad Puértolas parece negar el amor pleno y la relación de pareja entre las dos personas con discapacidad: la invalidez de Enrique y los incapacitantes dolores de espaldas de Teresa. La ilusión de Enrique de entregarse plenamente a esa relación queda cortada por el anuncio del próximo matrimonio de Teresa con un masajista atlético de manos prodigiosas.

Otro ejemplo lo encontramos en la novela *El pie de Jaipur*¹⁴ en la que Javier Moro describe la historia de Christophe, un joven de veinte años que, en 1982 se había desnucado al lanzarse al mar, se había seccionado la médula espinal a la altura de la sexta vértebra cervical por lo que perdió toda movilidad, sensibilidad y reflejos, paralizado desde el cuello hasta los pies; es decir, Christophe se había convertido en un tetrapléjico. A pesar de ello, su novia Mathilde no lo abandonó e insistió en cuidarle, aprovechando los espacios que la familia de Christophe le dejaba; pensaba que «aunque no saliese adelante nos arreglaríamos, me tenía a mí y podríamos vivir. Yo estaba dispuesta a todo, me había hecho a la idea de cuidarle las veinticuatro horas del día»¹⁴.

El estado de Christophe se preveía irreversible y éste, aun reconociendo que su novia se portaba muy bien con él («Venía casi todos los días en moto, y eso que trabajaba y estudiaba. Me ayudó mucho porque yo no estaba precisamente «en forma»¹⁴), decidió dejarla ya que cuando pensaba en el futuro, no veía viable la relación. Se decía que «La quería demasiado como para condenarla a cuidar de un inválido toda la vida. Ella se merecía algo mejor»¹⁴. Y de esta forma decidió que debían romper la relación:

- «Yo no puedo proporcionarte un porvenir. No tengo nada que ofrecerte. Es mejor que te busques a otro.
- No me apetece olvidarte y buscar a otro. Nosotros tenemos lo más importante: un pasado común, breve pero intenso. ¿Por qué

echarlo a perder? ¿Crees que sería más feliz con un hombre por el simple hecho de que se pueda mover con sus piernas?

- No quiero que echés a perder tu vida.

Ante la situación, y como último intento de continuar la relación, Mathilde preguntó:

- ¿Me quieres? Dime la verdad. A lo que Christophe contestó: No –mintió- No te quiero. Ya no te quiero. Lo dijo tres veces para no dejar dudas»¹⁴.

La afectación por enfermedades que producen espanto (la locura)

Más allá de los estigmas que afectan a la enfermedad mental, es cierto que el comportamiento de enfermos durante afecciones mentales, sobre todo los cuadros psicóticos, producen miedo en el entorno, a lo que no es ajena la «mirada de loco» que suele caracterizar a estas personas. Estas miradas, algunos de esos comportamientos, terminan por minar la confianza del entorno más próximo y no es infrecuente que trate de evitarse poniendo distancia. Por eso, hay ocasiones en las que la separación en una pareja, otrora unida, sorprende por la falta de comprensión de la enfermedad mental o por el agotamiento de compartir algunos tipos de comportamiento. Naturalmente que somos conscientes de las diferencias entre un psicópata y un psicótico, pero hemos de reconocer que compartir la vida con un psicótico crónico con evolución en brotes más o menos severos produce un desgaste físico y emocional difícilmente asumible por muchas personas. Un buen ejemplo son las situaciones que se recogen en *Las voces del laberinto*¹⁰. También a modo de ejemplo se comentan otras dos obras, *Los perros negros*,¹⁵ de Ian McEwan, y *Locura*,¹⁶ de Mario de Sá-Carneiro.

Ian McEwan aborda una relación deteriorada por la enfermedad mental en su libro *Los*

*perros negros*¹⁵. En él, la invocación de enfermedad mental trufada de fe religiosa y de reflexión ambientalista es la excusa para plantear una separación matrimonial entre los dos personajes protagonistas de la novela, June y Bernard. El matrimonio de estos dos personajes se celebró inmediatamente después de la segunda guerra mundial, y la separación, aunque nunca se divorciaron, se produce en su viaje de bodas. June se queda en el Languedoc francés dedicada a la meditación y Bernard en Londres dedicado a la política. Puede entenderse que el amor sobrevive a las creencias y que, por eso, mantienen el matrimonio sin disolver; pero también, es la excusa para dibujar una historia ideológica de las corrientes europeas posteriores a la segunda guerra mundial.

En la obra se alude, con mayor o menor intensidad, en varias ocasiones, a alteraciones mentales que oscilan entre la depresión y las crisis de angustia. La alusión central es a los perros negros. Comenta el editor que el poeta romano Horacio sugirió que la visión de perros negros era de mal augurio, que Winston Churchill hablaba del perro negro de la depresión. En la historia de la medicina, lo negro, lo oscuro, alude tanto a los malos pronósticos como a profundas alteraciones del humor, relacionado generalmente con la depresión. No en vano, la depresión fue asociada en su momento con una discrasia de la bilis negra. También en literatura es frecuente la alusión a lo negro (negros pensamientos) para referirse de forma metafórica a la depresión. Así, sólo por poner un ejemplo, José Agustín Goytisolo se refiere al «*hondo pozo oscuro*» en su poema *Llega el lítio*.

En todo caso, algún fragmento del libro parece describir más una crisis de ansiedad/angustia que una depresión verdadera. Es cuando escribe

Estaba en mi cuaderno, el sueño de duermevela, corto, invariable, que la había perseguido durante cuarenta años: dos perros bajan corriendo por un

sendero hasta la garganta. El más grande deja un rastro de sangre, muy visible sobre las piedras blancas. June sabe que el alcalde del pueblo cercano no ha mandado a sus hombres a dar caza a los animales. Descienden hasta la sombra que arrojan los altos riscos, entran en los matorrales del fondo y suben por el otro lado. Ella los ve de nuevo, al otro lado de la garganta, dirigiéndose a las montañas, y aunque se alejan de ella, éste es el momento de terror que la sacude; sabe que volverán¹⁵,

lo que rememora la descripción de la percepción que lleva a Edvard Munch a concebir y pintar su cuadro *El Grito* comentado más arriba.

En su obra *Locura*¹⁶, Mario de Sá-Carneiro describe la historia del escultor Raúl Vilar que presenta un comportamiento paranoico en relación al amor, fruto del que llega a la convicción de que el amor verdadero es el espiritual y que el carnal está condenado al fracaso porque cuando el cuerpo pierde frescura surgirá el rechazo y la falta de deseo. En uno de los brotes de la enfermedad pide a su mujer que se suicide con él en plena juventud para poner fin a sus vidas en pleno goce amoroso, antes de que el tiempo los deteriore y pierdan su atracción mutua. En el siguiente brote, y con el fin de ofrecer a su mujer «la mayor prueba de amor» argumenta: «Lo que amo es tu alma y esa, aunque el cuerpo sea feo, será siempre bella... la amaré siempre»¹⁶. Esto, en su delirio, le obliga, como prueba de amor, a desfigurarle el cuerpo para que quede sólo el alma a la que amar, y le anuncia, mientras esgrime un frasco de vitriolo con el que pretende desfigurarla:

Voy a despedazar la obra maestra de tu rostro... volverlo una cicatriz horrible, donde no se aprecien las facciones... sin ojos... sin labios... Voy a quemar tus senos... ensuciar para siempre la blancura inmaculada de tu carne... Y así, un monstruo repelente, seguiré amándote, te amaré mucho más, porque todo el tiempo será para verte el alma... tu alma querida y tierna. No tengas miedo... no grites... no grites... Vas a ser muy feliz... Vamos a ser muy felices¹⁶.

Como la mujer consigue zafarse de la situación, él se suicida ingiriendo el contenido del frasco.

Delirio de celos

«*Oh celos, turbadores de la sosegada paz amorosa; celos, cuchillo de las más firmes esperanzas*» (Miguel de Cervantes. *La Galatea, libro tercero*)¹.

Un caso particular de enfermedad mental que puede afectar a la relación de pareja es el delirio de celos. De las diferentes acepciones que ofrece el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua para el término celos, la que se relaciona con el tema de este artículo supone que por celos debemos entender la «Sospecha, inquietud y recelo de que la persona amada haya mudado o mude su cariño, poniéndolo en otra». Un ejemplo ilustrativo de lo que acabamos de decir se encuentra en la tragedia *Otelo, el moro de Venecia*¹⁷ que nos legó Williams Shakespeare. En ella, el intrigante Iago urde un enredo que termina generando en Otelo un delirio de celos hacia su esposa Desdémona, a la que acusa de infidelidad a pesar de que ella niega los hechos. Desdémona muere estrangulada por Otelo mientras proclama que muere injustamente asesinada, de una muere inocente. Otelo reconoce que el asesinato no es por odio sino por honor.

Algo similar, aunque no tan trágico, describe David Grossman en su novela *Delirio*¹⁸ en la que el protagonista Shaul llega a la conclusión de que las salidas diarias de su mujer para ir a nadar durante una hora son, en realidad, para encontrarse con un amante con el que se entregará a juegos que nunca ha experimentado con él. Cuando anuncia que se toma unos días de vacaciones para meditar, él piensa que se trata de pasarlos con el amante que le oculta y emprende una búsqueda a lo largo de la noche con la intención de sorprenderlos, lo que no ocurre. Buscando el origen de la relación con el amante, o el momento en que la esposa decide abandonarlo, Shaul reflexiona:

A veces pienso que quizá le vi a Elisheva –así se llama su esposa- una expresión nueva ese día, cuando tomó la decisión, y que no me di cuenta de lo que significaba. O intento recordar alguna época, digamos de unos cuantos días o una semana, en que se mostrara más alegre que de costumbre, exultante, irracional, o incluso con ciertas intenciones de venganza por el hecho de haberse liberado finalmente de mí por completo¹⁸.

Y es que para el celoso, cualquiera excusa es buena, y no es necesaria que sea verdadera. De hecho, en *Otelo, el moro de Venecia*, Iago justifica su comportamiento con los siguientes términos: «Yo dije lo que pensaba, y no dije más que lo que él mismo (Otelo) encontró que era probable y verdadero».

El efecto destructor de los celos también lo aborda Miguel de Cervantes en *La Galatea*¹:

Y, porque se vea la destrucción que hace en los enamorados pechos esta maldita dolencia de los rabiosos celos, en siendo el amante celoso, conviene -con paz sea dicho de los celosos enamorados-, conviene, digo, que sea, como lo es, traidor, astuto, revoltoso, chismero, antojadizo y aun mal criado; y a tanto se extiende la celosa furia que le señorea, que a la persona que más quiere es a quien más mal desea.

Considera David Grossman que los celos –los celos obsesivos- tienen un elemento creativo, cruel y perverso que produce gran dolor al prójimo, pero que a pesar de eso

Debemos tener en consideración la completa entrega del celoso a las fantasías a las que lo arrastran los celos, y el modo en que traduce los distintos acontecimientos de la realidad que lo rodea hasta convertirlos en un sistema casi hermético de símbolos, pensamientos e ideas fuertemente ligados a esos celos, que se alimentan y retroalimentan en el interior del mismo sistema [...] hasta legitimar en el celoso una especie de identidad interna y primaria que está desligada de cualquier vínculo externo que lo pruebe en la realidad o que le permita mantener una comunicación lógica con otras personas,

con otras conciencias, y de ahí la posibilidad de hablar del delirio provocado por los celos como una suerte de actividad artística¹⁸.

Y remata Miguel de Cervantes con otro pasaje de *La Galatea* que asocia celos a enfermedad:

No son los celos señales de mucho amor, sino de mucha curiosidad impertinente; y si son señales de amor, es como la calentura en el hombre enfermo, que el tenerla es señal de tener vida, pero vida enferma y mal dispuesta; y así, el enamorado celoso tiene amor, mas es amor enfermo y mal acondicionado¹.

Parejas que se forman a pesar de la enfermedad

El mismo Étienne al que aludíamos más arriba, abandonado por su novia Aurélie al perder la pierna por el cáncer, encuentra el amor, el matrimonio y la descendencia a pesar de la amputación. Una abogada, como él, le conoce en un curso, se enamora de él y le compromete hasta conseguir compartir la vida. Nathalie, que así se llama su futura esposa, lo encuentra un hombre «brillante, original, iconoclasta» del que le emociona «/a dulzura de su voz» y le sugiere que detrás de su humor hay una «riqueza de experiencia, un misterio que la fascina»⁸. Surge entre ellos un «amor confiado, compartido, cierto, que va a constituir el fundamento de toda una vida». A pesar de las limitaciones físicas y de la incertidumbre por la paternidad que alberga Étienne («está más o menos seguro de que la quimioterapia le ha vuelto estéril»), Nathalie lo asume y razona que «forma parte del conjunto, y el conjunto le conviene»⁸.

En la misma obra de Carrere, Juliette y Patrice aportan otro ejemplo de relación estable entre una mujer con problemas físicos y su futura pareja. Juliette sufre parálisis de las piernas provocada por la comprensión medular debido a la fibrosis ocasionada por la radioterapia de un linfoma. Juliette es descrita como guapa, inteligente

y enamorada del ejercicio del derecho como forma de justicia social y de protección ante el liberalismo económico. Patrice es dibujante de comic, naturalista y un hombre acostumbrado a vivir al día, sin grandes problemas pasados ni ideaciones de futuro que puedan complicar su existencia. Vive al día y disfruta con ello.

Se conocen en una sesión de ejercicios de relajación como aproximación a las artes escénicas.

El profesor los lleva al teatro, en el teatro había que subir unos peldaños y Juliette no podía hacerlo. Patrice es tímido pero fuerte. Desde el primer día, cogió a Juliette en brazos y en adelante nadie le disputó este privilegio. Ella en brazos de él, subieron todos los peldaños que se les presentaban. (...) Sus dedos se rozaban, se acariciaban, se entremezclaban durante horas, no era nunca igual, era siempre distinto, siempre perturbador. Él apenas se atrevía a creer que aquel milagro le sucediese a él. Después se besaron. Después hicieron el amor. Él la desvistió, la tuvo desnuda en sus brazos, manipuló dulcemente sus piernas casi inertes. Para los dos era la primera vez⁸.

Él la toma en brazos para sortear las escaleras y así, escalera a escalera, van consolidando una dependencia mutua que termina en una relación estable, en tres hijas y una corta pero intensa carrera judicial truncada por la muerte de Juliette a los 33 años por un cáncer de mama con metástasis pulmonares.

Otros ejemplos los encontramos en la ya aludida novela de Javier Moro, *El Pie de Jaipur*¹⁴. El protagonista de la misma consigue recuperar buena parte de la movilidad e incluso llega a poder conducir un vehículo. Según la narración, durante el proceso de rehabilitación, conoce a la que terminará convirtiéndose en su esposa, con la que alcanza una vida plena. También es recomendable la lectura de la novela *Días sin hambre*¹⁹ que Delphine de Vigan dedica al tema de la anorexia. Se trata de una obra que muestra la dureza del tratamiento hospitalario de la

anorexia, de cómo hay pacientes que la superan y otros no, del exquisito y humano trato del médico protagonista a las pacientes y cómo de la relación entre el médico y la enferma nacen la amistad y el amor que termina en un estable y fértil matrimonio.

También es notable para este epígrafe la novela *Después del invierno*²⁰, de Guadalupe Nettel, en la que una joven mexicana, que realiza estudios en París, traba amistad con un misterioso vecino del mismo inmueble aquejado de una hipertensión pulmonar de mala evolución. La amistad inicial deriva en amor y vida y cuidados en común.

Para cerrar este epígrafe, queremos dejar constancia de *Dicen los síntomas*²¹, novela de Bárbara Blasco que narra el acompañamiento hospitalario en los días finales de la vida del padre. Durante esas largas estancias, una de las protagonistas, que acude diariamente al cuidado nocturno del padre, totalmente inconsciente, traba conversación con el compañero de habitación del padre; ésta deriva hacia un conocimiento más pormenorizado y un interrogatorio en el que la mujer obtiene información de las enfermedades y patologías heredables del hombre. El contacto llega a la intimidad y, dado que la mujer tiene claro que no desea una vinculación estable de pareja, y que este hombre cumple los requisitos para convertirla en madre (sobre todo porque morirá en poco tiempo y no será posible que surja un vínculo estable ni interferencia en el cuidado del hijo), se apresura a concebir con el enfermo en las noches de insomnio mientras su padre avanza hacia su inexorable final.

La enfermedad reafirma la pareja

«- ¿Es tan malo como parece?
¿Crees que es cáncer?
- No lo sé. Lo que sé, y me consta que tú también sabes estas cosas, es que tu vida está a punto..., bueno, ya ha cambiado.

Esto va a ser largo, ¿entiendes? Y tú has de estar ahí para dar tu apoyo, pero también debes descansar cuando lo necesites. Este tipo de enfermedades pueden uniros o pueden separaros. Ahora más que nunca, debéis apoyaros el uno al otro»²².

Hay ocasiones en las que la enfermedad reafirma la relación de pareja. A modo de ejemplo puede servirnos el libro autobiográfico del médico Paul Kalanithi titulado *Recuerda que vas a morir. Vive*²². En él, Paul y Lucy son una pareja que se ha conocido durante sus estudios universitarios. Ambos han estudiado medicina y están en la fase de residencia en un hospital americano. El estrés y la intensidad de las condiciones de trabajo de los residentes condiciona dudas sobre la viabilidad de la relación y la estabilidad de la pareja hasta el punto de que ella insiste en realizar terapia de pareja en un intento de sacar adelante la relación ante la que protesta:

Me da la sensación de que sólo estamos conectados a medias. No quiero enterarme de tus inquietudes por pura casualidad. Cuando te digo que me siento aislada, no parece que ni lo consideres un problema. Necesito hacer algo diferente²².

Estando en esta tesitura, a Paul le diagnostican un cáncer de pulmón lo que condiciona un cambio radical tanto en la vida de los protagonistas como en la relación de pareja. Paul piensa que «una grave enfermedad (como esta) no te cambiaba la vida, más bien te la destruía»²². A partir de este momento, ya no sería posible seguir la vida que llevaban, sino que, se dirigieran a donde se dirigieran, deberían dar un rodeo. Después de la consulta con su oncóloga, conocida la tipificación molecular del tumor y la posible respuesta a terapia dirigida, la expectativa de hasta cinco años de vida les lleva a plantearse la posibilidad de tener un hijo que pueda recordar alguna vivencia de su padre. En

consecuencia, acuden a un «banco de esperma para preservar los gametos y dejar las opciones abiertas»²² dado que los medicamentos oncológicos pueden tener efectos deletéreos sobre la calidad del esperma.

No obstante, las zozobras de Paul persisten y presiona a la oncóloga en demanda de precisión de supervivencia a pesar de que, como médico, conoce que

los médicos deben situar esas expectativas dentro del marco de probabilidades razonables. Pero lo que buscan los pacientes no es un conocimiento científico que los médicos ocultan, sino una verdad existencial que cada persona debe hallar por su cuenta. Zambullirse demasiado en estadísticas es como aplacar la sed con agua salada. La angustia que implica afrontar la mortalidad no se remedia con probabilidades²².

En paralelo, inician una terapia de pareja con una terapeuta, especializada en pacientes con cáncer, ante la que desgranaban cómo el cáncer había afectado a sus vidas, de las incertidumbres del futuro, de la dificultad de hacer planes y de la necesidad de apoyarse el uno al otro, hasta el punto de que «el cáncer había contribuido a salvar nuestro matrimonio»²².

Finalmente deciden tener un hijo porque

Aunque nuestro matrimonio hubiera atravesado un periodo enrarecido hacia el final de mi residencia, ambos habíamos seguido siempre muy enamorados. Nuestra relación aún estaba preñada de sentido, poseía un vocabulario común en permanente evolución sobre lo que de verdad importa. Si la relacionalidad humana constituía los cimientos del sentido, a ambos nos parecía que criar hijos añadía otra dimensión a ese sentido. Era algo que siempre habíamos querido, y los dos nos sentíamos impulsados por instinto a hacerlo todavía, a añadir otra silla a la mesa familiar²².

Paul falleció ocho meses después del nacimiento de su hija.

Pareja que se rompe y se vuelve a unir cuando llega la enfermedad

Este no es un caso infrecuente en la vida real ni en la literatura. Una novela, con tintes autobiográficos que describe un caso que se ajusta a este perfil es *Un matrimonio feliz*²³ cuyo autor, Rafael Yglesias, da cuenta de una relación de infidelidades y dificultades de comunicación en la pareja que el cáncer de la esposa y su evolución final termina en una dedicación del autor al cuidado de la esposa y a la reordenación de toda la familia.

Otra novela, ésta del autor Rafael Caunedo, titulada *Lo que ella diga*²⁴ cuenta la vida de Santiago, un arquitecto con intensa actividad profesional y deportiva. Poco después de obtener la titulación y empezar a trabajar, se casa con Celia, traumatóloga, su novia de toda la carrera y tienen a su hija Ariadna. Cuando nace la niña, Santiago está lejos de casa y Celia empieza a sentir que ese distanciamiento no le satisface, que su marido no termina de madurar y que continúa siendo un joven alocado, a raíz de lo que deciden separarse mediante «una ruptura civilizada y aséptica, hecha con bisturí de precisión, de manera que la herida cicatrizaba sin marca y sin posibilidad de infección»²⁴.

Poco después, Santiago tienen nueva novia, Laura, «Guapa. Objetivamente guapa, guapa de revista, de belleza universal». Cuando la conoce, Santiago ya tiene los primeros síntomas de Esclerosis Lateral Amiotrófica. Andando el tiempo, dado que la sintomatología se agrava, Laura le comunica. «He pensado que podría irme a vivir contigo. Está claro que necesitas ayuda ya, ahora es el momento. No puedes negarte». Pero, poco a poco, la situación le va pesando y es incapaz de disimular la desazón que le produce hasta que, sintiéndose totalmente superada y prescindible, tomó la decisión de marcharse:

Ya no podía con más médicos, más pruebas, más de nada. Su complejo de esclava había llegado a su

fin. Quiso considerarlo una relación fallida, una de tantas, pero ella sabía que el caso era especial²⁴.

Cuando empieza la sintomatología de la ELA, a quien primero llama Santiago es a Celia. Y es ella quien le hace la primera exploración, quien le pone en contacto con otros médicos y le acompaña a recibir el diagnóstico definitivo además de intermediar entre los especialistas médicos y Santiago sobre la conveniencia de tal o cual práctica, de tal forma que

La enfermedad de Santiago se había interpuesto entre ella y la felicidad. Desconocía la razón, pero algo dentro de su cabeza la hacía mantenerse al tanto de todo lo referido a su evolución²⁴.

Si a esto unimos las visitas programadas con su hija, puede presentarse lo que ocurrió y con lo que Celia no contaba, como que

Comenzó a sentirse parte de una vida que había dejado atrás (...), a sentirse encasillada en el papel de esposa. Incomprensiblemente, amistades y familia pasaron a considerarla como parte orgánica de la familia. (...) Y ella se sentía culpable de no estar con él²⁴.

Así pues, fue a vivir con Santiago y lo acompañó hasta el fin de sus días.

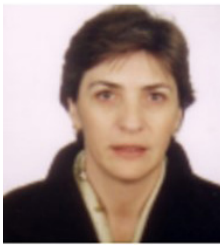
Referencias

1. Cervantes Saavedra M de. Sobre el amor. Selección de Eva Catalán Galán. Madrid: Taurus; 1991.
2. Ley 30/1981, de 7 de julio, por la que se modifica la regulación del matrimonio en el Código Civil y se determina el procedimiento a seguir en las causas de nulidad, separación y divorcio. BOE 20 de julio de 1981 (172).
3. Olmos F, Ibañez M. Estas son las principales 8 causas de divorcio. El Comercio. 25 de agosto de 2017. [Consultado el 3 de abril de 2022].
4. Instituto Nacional de Estadística. Nota de prensa. Estadísticas de nulidades, separaciones y divorcios. 2020. INE. 27 de septiembre de 2021. [Consultado el 3 de abril de 2022].
5. Gillies A. Las amapolas del olvido. Madrid: Planeta; 2011.
6. Revista Cosmopolitan. Diez razones para no vivir con tu pareja. Cosmopolitan México. 8 de julio de 2014. [Consultado el 3 de abril de 2022].
7. Munch E. El friso de la vida. Madrid: Nórdica Libros; 2015.
8. Carrere E. De vidas ajenas. Barcelona: Anagrama; 2011.
9. Gracia Armendáriz J. Diario del hombre pálido. Madrid: Demipage; 2010.
10. Ruiz Garzón R. Las voces del laberinto. Historias reales sobre la esquizofrenia. Barcelona: Paidós; 2002.
11. McEwan I. Chesil Beach. Barcelona: Anagrama; 2008.
12. Arnedo E. La picadura del tábano. Madrid: Aguilar; 2003.
13. Puértolas S. Mi amor en vano. Barcelona: Anagrama; 2014.
14. Moro J. El pie de Jaipur. Cuando solo queda la pasión de vivir. Barcelona: Seix Barral; 2006.
15. McEwan I. Los perros negros. Barcelona: Anagrama; 2018.
16. Sa-Carneiro M. Locura. Palencia: Menos Cuarto; 2010.
17. Shakespeare W. Otelo, el moro de Venecia. En Tragedias. Barcelona: RBA Editores; 1994. Pp. 247-328.
18. Grossman D. Delirio. Barcelona: Lumen; 2011.
19. Vigan D de. Días sin hambre. Barcelona: Anagrama; 2013.
20. Nettel G. Después del invierno. Barcelona: Anagrama; 2014.
21. Blasco B. Dicen los síntomas. Barcelona: Tusquets; 2020.
22. Kalanithi P. Recuerda que vas a morir. Vive. Barcelona: Seix Barral; 2016.
23. Yglesias R. Un matrimonio feliz. Barcelona: Libros del Asteroide; 2011.
24. Caunedo R. Lo que ella diga. Madrid: Ediciones Versátil; 2017.

ENFERMEDAD Y RELACIÓN DE PAREJA
AGUSTÍN HIDALGO BALSERA; BEGOÑA CANTABRANA PLAZA



Agustín Hidalgo Balsera era Licenciado y Doctor en Medicina por la Universidad Complutense de Madrid y Profesor de Farmacología de la Universidad de Oviedo. Entre sus áreas de interés se encontraban la repercusión social de los medicamentos y la representación social de la medicina y la enfermedad a través de las manifestaciones artísticas y los medios de divulgación científica y comunicación social.



Begoña Cantabrana Plaza es Licenciada y Doctora en medicina por la Universidad de Oviedo y Profesora Titular de Farmacología en la misma universidad. Su actividad científica se centra en la farmacología hormonal y dedica atención preferente a diferentes aspectos de la innovación docente en los grados de medicina y enfermería.

ISSN electrónico: 1885-5210

DOI: <https://doi.org/10.14201/rmc.29235>

LA CARA DAÑINA Y PELIGROSA DEL DEPORTE: LO QUE REVELA SECRETOS DEL DEPORTE: PUNTO DE BREAK (TV) (2021)

The Harmful and Dangerous Face of Sport: Revealing Sport Secrets: *Breaking Point* (TV) (2021)

Gioconda Carmen del Pilar ORÉ-CCOYLLAR¹; Hans CONTRERAS-PULACHE ²

¹ Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Norbert Wiener, Lima. (Perú).

² South America Center for Education and Research in Public Health, Universidad Norbert Wiener, Lima, Lima (Perú).

Autor para correspondencia: Hans Contreras-Pulache

Correo electrónico: hans.contreras@uwiener.edu.pe

Ficha técnica

Título original: *Untol: Breaking Point*.

Otros títulos: *Secretos del deporte: Punto de break* (España).

País: Estados Unidos.

Año: 2021.

Director: Chapman Way, Maclain Way.

Música: Bocker Way.

Fotografía: Adam Stone.

Montaje: Robert Ryang.

Intérpretes: Mardy Fish, Andy Roddick, Kevin O'Connor, Christian Locascio, Tom Fish, Stacey Gardner.

Color: color.

Duración: 68 minutos.

Género: Documental deportivo. Deporte. Tenis. Episodio de TV.

Idioma original: inglés.

Productora: Players' Tribune, Propagate, Stardust Films.

Sinopsis: La presión de continuar la tradición ganadora de EE.UU. en el tenis llevó a Mardy Fish a lidiar con su salud mental, algo que afectó su vida personal y deportiva.

Comentario: La realidad del deportista de élite dentro y fuera de la cancha.

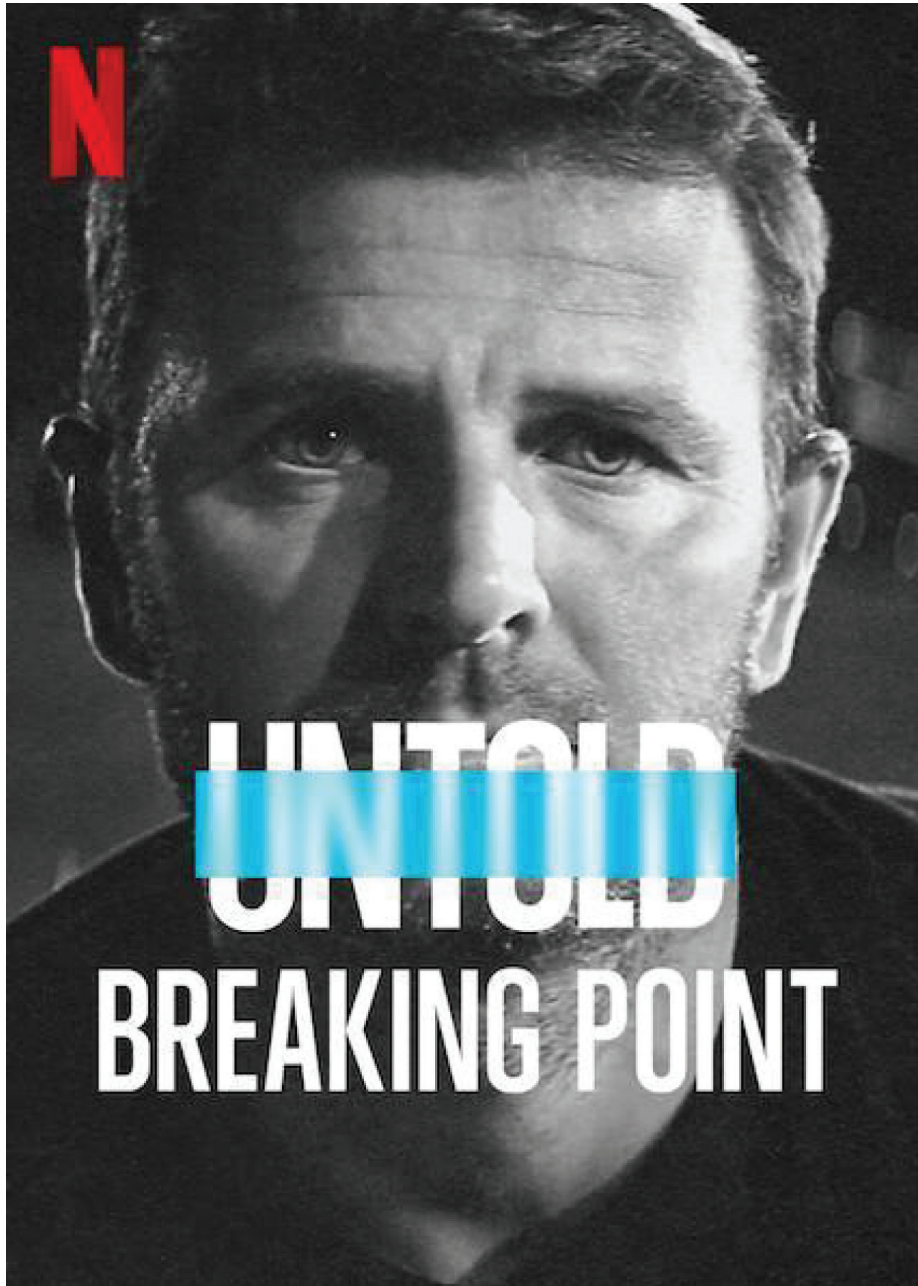
Disponibilidad: Netflix

Enlaces:

<https://www.filmaffinity.com/es/film841789.html>

<https://www.netflix.com/pe/title/81026434>

LA CARA DAÑINA Y PELIGROSA DEL DEPORTE: LO QUE REVELA SECRETOS
DEL DEPORTE: PUNTO DE BREAK (TV) (2021)
GIOCONDA CARMEN DEL PILAR ORÉ-CCOYLLAR; HANS CONTRERAS-PULACHE



Cartel original

Acción: Estados Unidos. Época 2021.

LA CARA DAÑINA Y PELIGROSA DEL DEPORTE: LO QUE REVELA SECRETOS DEL DEPORTE: PUNTO DE BREAK (TV) (2021)
GIOCONDA CARMEN DEL PILAR ORÉ-CCOYLLAR; HANS CONTRERAS-PULACHE



Foto 1. La exigente preparación física que implica ser uno de los mejores de EE. UU.

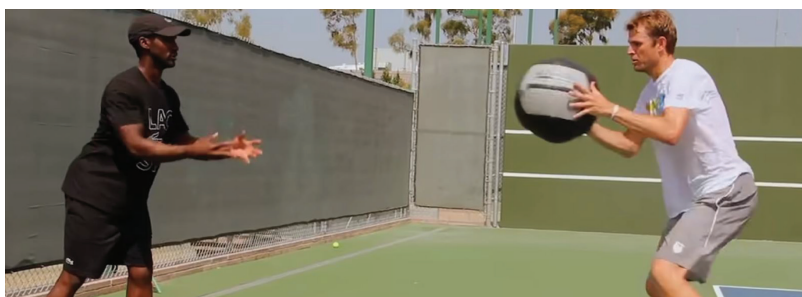


Foto 2. El entrenamiento en el tenis exige un trabajo de entrenamiento individualizado e integral

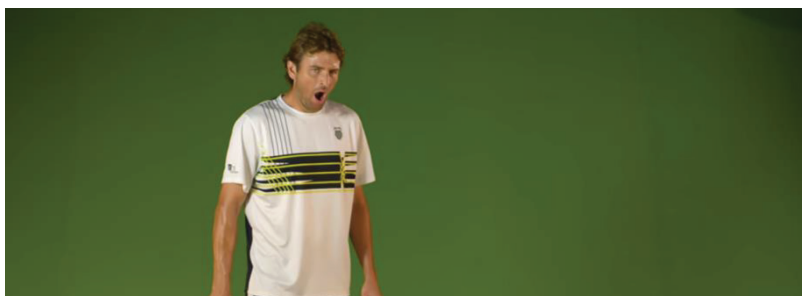


Foto 3. El film muestra al deportista, durante sus días de trabajo, acosado por el cansancio



Foto 4. El film representa la crisis personal como un homúnculo sufriendo en el interior de la cabeza

LA CARA DAÑINA Y PELIGROSA DEL DEPORTE: LO QUE REVELA SECRETOS
DEL DEPORTE: PUNTO DE BREAK (TV) (2021)
GIOCONDA CARMEN DEL PILAR ORÉ-CCOYLLAR; HANS CONTRERAS-PULACHE



Foto 5. Intolerancia, frustración, ira, violencia



Foto 6. El film muestra los episodios de pánico desenfocando la imagen

ISSN electrónico: 1885-5210

DOI: <https://doi.org/10.14201/rmc.28954>

ASIA (2021): VISIÓN DE UNA ENFERMEDAD CRÓNICA DEGENERATIVA

Asia (2021): Vision of a Chronic Degenerative Disease

Gabriela CEVALLOS-SOLORZANO ^{1b}; Natalia BAILON-MOSCOSO ^{1b}

¹Departamento de Ciencias de la Salud. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Técnica Particular de Loja. Loja (Ecuador).

Correos electrónicos: gcevallos@utpl.edu.ec, ncbailon@utpl.edu.ec

Ficha técnica

Título: *Asia*.

Título original: *Asia*.

País: Israel.

Año: 2021.

Director: Ruthy Pribar.

Música: Karni Postel.

Fotografía: Daniela Nowitz.

Montaje: Neta Dvorkis.

Guión: Ruthy Pribar.

Intérpretes: Alena Yiv, Shira Haas, Tamir Mula, Gera Sandler, Eden Halili, Or Barak, Nadia Tichonova, Mirna Fridman, Tatiana Machlinovski, Evgeny Tarlatzky, Karni Postel, Liran David.

Color: color.

Duración: 85 minutos.

Género: drama, familia, enfermedad, maternidad.

Idioma original: hebreo.

Productora: Gum Films.

Sinopsis: «La maternidad de Asia siempre ha sido más una lucha que un instinto. Haber tenido a su hija cuando aún era adolescente marcó desde el principio su relación con Vika. Pese a que viven juntas, ambas apenas tienen contacto entre sí. Asia se concentra ahora en su trabajo como enfermera, mientras que su hija se pasa el día con sus amigos en el parque de skate. Esta rutina cambia drásticamente cuando la salud de Vika empieza a deteriorarse. En ese momento, Asia debe convertirse en la madre que su hija necesita desesperadamente. Su enfermedad se acaba convirtiendo en una oportunidad única para reflejar el amor que une a esta pequeña familia». (FILMAFFINITY).

Enlaces: <https://www.filmaffinity.com/es/film551892.html>

https://www.imdb.com/title/tt10032266/?ref_ext_shr_lnk

ASIA (2021): VISIÓN DE UNA ENFERMEDAD CRÓNICA DEGENERATIVA
GABRIELA CEVALLOS-SOLORZANO; NATALIA BAILON-MOSCO

GUM FILMS PRESENTA

SHIRA HAAS

ALENA YIV

ASIA


UNA PELÍCULA DE RUTHY PRIBAR



Cartel en español

Acción: Jerusalén.

Época: Finales del 2018.

Rev. Med. Cine. 2022; 18 (4), 411-418 Ediciones Universidad de Salamanca /  J. Med. Mov., 2022; 18 (4), 411-418

A



B



Fotograma 1. El consumo de alcohol no es compatible con los medicamentos administrados a Asia (A), lo que produce que termine en el hospital por un desmayo (B)



Fotograma 2. La condición de Asia va decayendo e ingresa en el hospital bajo el cuidado de su madre

A



B



C



D



Fotograma 3. Escenas en las que se demuestran las distintas ocupaciones diarias de un profesional de enfermería en un hospital y que a la vez es madre de una persona con una enfermedad crónica



B



Fotograma 4. Existe deformidad en sus manos que le impiden sujetarse, además va presentando dificultad para levantarse (A) y caminar (B)

A



B



Fotograma 5. Asia pierde progresivamente su capacidad de movilización. Dificultad para subir por si sola las escaleras (A) y debe usar silla de ruedas que faciliten su desplazamiento, que es maneja por su madre (B)



Fotograma 6. Madre de Asia le ayuda con todas sus necesidades diarias debido al progreso de la enfermedad



Fotograma 7. Asia necesita oxígeno todo el tiempo para poder respirar



Gabriela Cevallos-Solórzano, es Bioquímica Farmacéutica por la Universidad Técnica Particular de Loja – Ecuador. Máster en Técnicas de Caracterización y Conservación de la Diversidad Biológica por la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid–España. Actualmente es Docente-Investigadora del Departamento de Ciencias de la Salud e integrante del Grupo de Investigación Biomedicina y Ambiente de la UTPL. Profesora de las cátedras de Biología Celular y Biología Molecular.



Natalia Bailon-Moscoso, es Bioquímica y Farmacia por la Universidad de Cuenca Ecuador. Realizó sus estudios de Doctorado en Ciencias Biomédicas en la Universidad Nacional Autónoma de México, obteniendo el título de PhD con mención honorífica. Coordinadora del Grupo de Biomedicina y Ambiente de la UTPL en Loja, Ecuador. Actualmente Docente-Investigadora del Departamento de Ciencias de la Salud de la UTPL. Profesora de la cátedra de Genética Clínica y Patología Molecular.



En la portada

Cruz de los Ajusticiados. Finales del siglo XV. Estilo gótico-plateresco
Cruz de los Ajusticiados. End of the 15th century. Gothic-plateresque style

REVISORES DEL AÑO 2022

Miguel Abad Vila	Sergas. Ourense (España)
Matías Astroza Rodríguez	Quipú Psicólogos. Madrid (España)
Wilson Astudillo Alarcón	Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos y de Paliativos sin Fronteras (España)
Josep E. Baños	Universitat de Vic (España)
Antonio Blanco Mercadé	Sacyl. León (España)
José Miguel Biscaia Fernández	Universidad Europea de Madrid (España)
Javier Bordallo Landa	Universidad de Oviedo (España)
Oscar Botasso	Universidad Nacional de Rosario (Argentina)
Irene Cambra-Badii	Universitat de Vic (España)
Ricardo Canal	Universidad de Salamanca (España)
Begoña Cantabrana	Universidad de Oviedo (España)
Antonio Casado	Universidad del País Vasco (España)
Germán Domínguez-Vías	Universidad de Granada (España)
Magí Farré	Universitat Autònoma de Barcelona (España)
María José Fresnadillo	Universidad de Salamanca (España)
Enrique García Merino	IES Martínez Uribarri. Salamanca (España)
María García Moro	IQVIA. Madrid (España)
José Elías García Sánchez	Universidad de Salamanca (España)
Agustín Hidalgo Balsera	Universidad de Oviedo (España)
María Teresa Icart Isern	Universidad de Barcelona (España)
José Lázaro González	Sacyl. Zamora (España)
Lucía Lázaro Martín	Sespa. Gijón (España)
Francisco S. Lozano Sánchez	Universidad de Salamanca (España)
Ángel Martín del Rey	Universidad de Salamanca (España)
Carmen Mendinueta Aguirre	Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos y de Paliativos sin Fronteras (España)
Nina Méndez Domínguez	Universidad Marista de Mérida (México)
Rosa Belén Mohedano Del Pozo	Universidad Europea de Madrid (España)
Laura Moratal	Universidad de Buenos Aires (Argentina)
Carlo Orefice	Universidad de Florencia (Italia)
Alberto E. Ottavio	Universidad Nacional de Rosario (Argentina)
Jorge Pérez	Universitat Pompeu Fabra (España)
Juan Antonio Rodríguez Sánchez	Universidad de Salamanca (España)
Jesús Santos Velasco	Universidad de Extremadura (España)
Mercedes Santos Vivas	Sermas Madrid (España)
Jesús Seco Calvo	Universidad de León (España)
María Cristina Tarrés	Universidad Nacional de Rosario (Argentina)
Mario de la Torre	Universidad de Granada (España)

CONTENIDOS / CONTENTS

OBITUARIO / OBITUARY

In memoriam. Agustín Hidalgo Balsera Enrique García Sánchez	307
--	-----

EDITORIALES / EDITORIALS

<i>La parábola del buen samaritano y la transformación de los cuidados</i> Agustín Hidalgo Balsera; María González-García	309
--	-----

ARTÍCULOS / ARTICLES

El pabellón de oficiales (2001): <i>Heridas faciales en la Primera Guerra Mundial</i> Emilio Pintor Holguín; Nieves Martínez Alsina; María Rosa García villalobos; Carmen Martín Carreras-Presas; Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas	315
---	-----

<i>Koe no katachi (A silent voice)</i> (2016) de Naoko Yamada: diversidad funcional, acoso escolar e ideación suicida en la adolescencia en el cine de animación japonés Miguel Abad Vila.....	329
--	-----

El cine debate y la formación humana en las carreras de la salud. Experiencia cubana Rosa María Medina Borges; Kenia Bárbara Díaz Pérez; Amalia Yolanda Álvarez Medina	337
---	-----

A propósito de <i>Yo, Daniel Blake</i> (2016): diagnóstico clínico social y burocratización del sistema de salud Janet Cordori-Carpio; Ricardo Chávez-Bautista; Alejandra Chávez-Escate; Mario Carrión-Chambilla; Hans Contreras-Pulache	347
--	-----

Cine para realizar evaluaciones formativas de psicología en tres grados diferentes de la Universidad Pompeu Fabra (UPF) Jorge Pérez; Eva Baillès	357
--	-----

<i>Hasta el último hombre</i> (2016) y el personal médico de la Sanidad Militar de Euzkadi durante la Guerra Civil (1936-1937) Aritz Ipiña Bidaurrazaga.....	365
--	-----

<i>En torno al concepto de salud y enfermedad. Un dialogo entre la medicina, la literatura y la filosofía</i> Agustín Hidalgo Balsera; María González-García; Sara González-Rodríguez; Javier Bordallo Landa.....	377
---	-----

<i>Enfermedad y relación de pareja</i> Agustín Hidalgo Balsera; Begoña Cantabrana Plaza.....	391
---	-----

MEDICINA EN FOTOGRAMAS / MEDICINE IN FILM STILLS

Fotogramas

<i>La cara dañina y peligrosa del deporte: lo que revela secretos del deporte: Punto de break</i> (TV) (2021) Gioconda Carmen Del Pilar Oré-Ccoyllar; Hans Contreras-Pulache.....	405
--	-----

<i>Asia</i> (2021): <i>visión de una enfermedad crónica degenerativa</i> Gabriela Cevallos-Solorzano; Natalia Bailon-Moscoco	411
---	-----

REVISORES / REVIEWERS

Revisores del año 2022.....	421
-----------------------------	-----