
DOSIER: ACERCAMIENTOS HISTÓRICOS A LAS RELACIONES TERAPÉUTICAS /
DOSSIER: HISTORICAL APPROACHES TO THERAPEUTIC RELATIONSHIPS

INTRODUCCIÓN. ACERCAMIENTOS HISTÓRICOS A LAS RELACIONES TERAPÉUTICAS

INTRODUCTION. HISTORICAL APPROACHES TO THERAPEUTIC RELATIONSHIPS

Rosa María Medina Domenech

Universidad de Granada

E-mail: rosam@ugr.es

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-9996-3936>

Pilar León Sanz

Universidad de Navarra

E-mail: mpleon@unav.es

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-0247-6101>

Recibido: 1 octubre 2022; Aceptado: 14 octubre 2022; Publicado: 22 junio 2023

Cómo citar este artículo / Citation: Medina Domenech, Rosa María; León Sanz, Pilar (2023) "Introducción. Acercamientos históricos a las relaciones terapéuticas", *Asclepio*, 75 (1): e01. DOI: <https://doi.org/10.3989/asclepio.2023.01>

Las aportaciones que reúne este monográfico proponen diversos acercamientos a la relación entre pacientes y sanadores en el mundo contemporáneo, una temática que no ha recibido suficiente atención histórica a pesar de sus importantes implicaciones en los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidados. En esta introducción no buscamos llevar a cabo un acercamiento historiográfico exhaustivo. Más bien planteamos una trama de conversaciones posibles –a la luz de las investigaciones históricas que se vienen realizando en los últimos años– y con las que dialogan las aportaciones que recopilamos. Los trabajos de este monográfico se centran, especialmente, en *las dinámicas emocionales y de género que tienen lugar en el seno de estas relaciones y recorren escenarios y enfoques diversos del mundo contemporáneo*. Este marco introductorio nos permite proponer algunos ángulos desde los que afrontar la historia de las relaciones terapéuticas, reflexionar sobre problemas historiográficos comunes e indicar las aportaciones de este monográfico a esa historia. También

reflexionaremos sobre cómo las aportaciones históricas conectan e iluminan preocupaciones frecuentes de la relación terapéutica actual.

Hacer historia de las relaciones entre pacientes y profesionales tiene el valor fundamental de acercarnos a la *historia de la experiencia doliente* y las condiciones que la hacen posible. Se trataría de contribuir a una historia, como sugiere Cristina Rivera Garza (2015, p. 15) que nos haga “pensar con el dolor” y expandir lo que es pensable. Se trata, por tanto, de un hacer descentrado de la historia interna de la (bio)medicina por la “distorsión histórica” que este acercamiento produce de la experiencia del padecimiento (Porter, 1985, p. 175; León, 2008). Conviene advertir que poner el foco en la experiencia no significa homogeneizarla históricamente. Como bien ha argumentado Joan Scott (1991) la concepción misma de experiencia está anclada a lo que una época considera como tal, enredada en y sostenida por la trama de valores, estructuras o discursos que la sostienen. El

significado que otorgamos a una *experiencia*, como es la relación entre sanadores y pacientes, es, por tanto, *históricamente contingente*.

Como ejemplo de esta contingencia podría mencionarse la experiencia de la convalecencia que ha marcado incluso la institución hospitalaria. Particularmente en el siglo XIX, recibió mucha atención en la cultura de la época, aunque, en la actualidad, nos parezca una experiencia lejana. La convalecencia nos enseña que *no podemos reducir la historia de la enfermedad, como experiencia, a la de la relación entre sanadores y pacientes*. Malatesta (2016) ha hecho una advertencia en este sentido: no debemos reducir la relación pacientes-profesionales y su historia a la enfermedad, sino, también, incluir los cuidados, la salud y su mantenimiento. Así lo reflejan retratos como los de Joaquín Sorolla y Bastida (1863-1923) en la conocida como *Convalecencia de mi hija o María en El Pardo* (1907) o autorretratos como el de María Gutiérrez-Cueto Blanchard (1881-1932) pintado entre 1925 y 1926, que reproducimos en la portada de este monográfico. También novelas universales como *Los hermanos Karamazov* (1880) de Fiódor Dostoyevski, *El árbol de la ciencia* (1911) de Pío Baroja o *La montaña mágica* (1924) de Thomas Mann que mostraron no solo que este proceso curativo estaba marcado por la clase social, sino que, en la convalecencia, la presencia médica es tenue en relación con los cuidados generales de la comunidad. En la actualidad, qué duda cabe, no han desaparecido las convalecencias, unos periodos de recuperación en los que los profesionales de la medicina tienen que atemperar las expectativas creadas por las promesas médicas (Meyhew, 2022). Por tanto, aunque la artesanía cotidiana de cuidados necesarios para la recuperación es esencial en la experiencia de enfermar, el significado cultural de la convalecencia ha cambiado profundamente o trasmutado, quizá, en otras experiencias medicalizadas como la cronicidad o los denominados “estados mórbidos” que reflejan la denominada fibromialgia o el síndrome de fatiga crónica (Méndez 2021, 2022).

Si la experiencia de enfermar es *históricamente contingente*, *la propia relación entre quien padece y sus sanadores*, uno de los componentes de dicha experiencia, también lo es. En este sentido es útil entender la enfermedad desde la idea de “enmarcar la enfermedad” que nos propone Charles E. Rosenberg (1997) en la introducción a *Framing disease*. Rosenberg proponía el término “enmarcar la enfermedad” para alejarnos tanto del constructivismo social como del determinismo biológico, términos ambos cargados de debates no siempre fructíferos. Desde esta óptica, la enfermedad cristalizaría en cada época de una manera concreta y,

por tanto, la relación entre sanadores y pacientes contribuye a esa cristalización a través de la circulación, en su seno relacional, de constructos verbales, valores culturales, institucionales o profesionales, configuración de identidades, etc.

En el estudio histórico de la *relación terapéutica* la tarea no solo consiste en *enmarcar esta experiencia* sino también, en analizarla como *experiencia fluida*. Es decir, habría que tener presente en nuestra propia narrativa histórica que *pacientes y profesionales no son roles blindados en una lógica binaria sino que pueden intercambiarse*. Precisamente el juego fluido entre ambos lados de la relación fue el objeto de una película como *El doctor* (Randa Haines, 1991) que con tanto acierto explora el contraste entre vivir la enfermedad de un lado o del otro y los efectos onto-epistemológicos de transitar las fronteras e ir más allá del binarismo. El film está inspirado en la autobiografía del médico Edward E. Rosenbaum, *A taste of my own medicine: when the doctor is the patient* (1988). Según el relato, un prestigioso cirujano diagnosticado de cáncer ha de pasar por todas las vicisitudes de paciente, desde las administrativas a las más humillantes. La clave de este relato reside en su denuncia del lugar predominante de los médicos para definir la enfermedad, cuando, en realidad, son las personas que padecen las más relevantes en el proceso. Su lección es mostrar cómo, al transitar la frontera profesional-paciente-profesional, el cirujano descubre la importancia de reconocer la experiencia desde quien padece y reducir el abismo que parece separar el universo profesional y el doliente. Así lo enseña a estudiantes de medicina haciéndoles pasar un día ingresados, como cualquier paciente, en el hospital. La escena la hemos usado en la docencia para estudiantes de Medicina y causa gran impacto en las aulas oír las palabras del cirujano Jack MacKee pues desentraña una dificultad crucial de la relación entre pacientes y profesionales:

Ahora vais a desnudaros y poner os batas de enfermos. Doctores, habéis dedicado mucho tiempo a aprender los nombres latinos de las enfermedades de vuestros pacientes. Ahora vais a aprender algo mucho más sencillo: los pacientes tienen nombres, Sarah, Alan, Jack... Se sienten asustados, azorados y vulnerables, se sienten mal, lo que más desean es ponerse bien y, con esa esperanza, nos confían sus vidas. Podría intentar explicároslo hasta ponerme ronco, pero creo que no serviría de nada. Yo no lo entendía tampoco. Durante las 72 horas próximas os asignaré a cada uno una enfermedad concreta. Dormiréis en camas de hospital, comeréis comidas de hospital, se os harán todas las pruebas necesarias, pruebas que algún día prescribiréis. Ahora ya no sois médicos, sois enfermos de un hospital.

El fragmento tiene el interés de hacer hincapié en el *valor epistémico de la experiencia de enfermar* para que, quienes ejercen la medicina, puedan entender el universo de quienes padecen. Quizá sea precisamente sobre la base de que la *enfermedad es una experiencia compartida* desde donde se puede establecer una relación terapéutica sólida. Esta valoración de la experiencia de enfermar propia no ha pasado inadvertida para la historiadora Joan Lane (2001), quien también nos recuerda que la historia social de la medicina es la historia de cada experiencia pues “en algún momento todos somos pacientes, de alguna rama de la medicina y lo somos mucho más que nuestros antepasados”.

Poner el foco histórico en la relación (fluida) entre pacientes y profesionales, además de acercarnos a una visión amplia de la experiencia de enfermar, tiene otras implicaciones historiográficas pues *significa alejarse de una historia triunfalista de la medicina como ciencia progresiva*, o de los relatos heroicos sobre sus agentes. Por tanto, pensar la experiencia de enfermar desde la relación entre quienes contribuyen al alivio de las dolencias significa, también, *dejar de pensar en quienes padecen como meros receptores pasivos de soluciones biomédicas* que se han ido perfeccionando a lo largo del tiempo. En nuestro contexto hay acercamientos que iluminan esta cuestión, por ejemplo, el estudio de las narrativas vacunales, publicado por Toledo-Marhuenda y Ballester (2020), que muestra, a través de vivencias personales, la cara oculta de las tecnologías al servicio de la salud pública.

No caer en esas lecturas pasivas de quienes padecen es importante, clínica e históricamente, para profundizar en las relaciones terapéuticas. Pero también es esencial –y está muy relacionada con– sortear *el peligro del presentismo*, del que no está exento ningún área de análisis histórico. Así lo advierten Lynn Hunt (2002) y, en nuestro contexto, Rosa Ballester (2008), quienes han ofrecido reflexiones muy oportunas sobre el riesgo de creer que el presente es el mejor de los mundos posibles. De hecho, en el análisis histórico que nos ocupa ha habido ciertas defensas presentistas que contemplan el papel activo de quienes padecen como “conquista histórica de las sociedades más avanzadas” (Lázaro y Gracia, 2006). Este planteamiento presentista ha sido refutado en numerosos trabajos históricos, algunos ya clásicos como los de Barbara Duden o Michael Stolberg. Ambos mostraron para distintos contextos históricos y geográficos *que la devaluación epistémica del relato de quienes padecen, en el marco de la relación terapéutica, es un fenómeno reciente de la medicina clínica contemporánea*. Dicho con otras palabras, el presentismo de nuestra acelerada cultura

contemporánea nos ha hecho olvidar que la infravaloración del conocimiento de los pacientes es un fenómeno contemporáneo, como recordaremos más adelante. Por tanto, *darle valor epistémico a la experiencia de quien padece* no es un fenómeno relacionado con formas contemporáneas de respeto a los códigos de derechos humanos y reivindicaciones de la autonomía.

Stolberg (2011) muestra que, a comienzos de la modernidad norte-europea, quienes escribían a los médicos tenían hipótesis propias y una visión ontológica de la enfermedad basada en la existencia de una materia mórbida, con diferentes efectos según la parte del cuerpo que la albergaba. Se trataba de una materia susceptible de cambiar por el calor del propio cuerpo o por los tratamientos médicos. Aunque, en sus cartas, los pacientes también mostraban el temor a las obstrucciones o a que los humores desbordaran los límites corporales, la visión humoral parecía menos presente que lo que observó Barbara Duden (1991). Duden mostró cómo, hacia 1730, las mujeres de la ciudad alemana de Eisenach narraban al Dr. Johann Storch sus afecciones ginecológicas desplegando ideas propias sobre el alivio de sus padecimientos. En nuestro propio contexto geográfico, Pardo Tomás y Martínez Vidal (2008) han explorado las cartas de dolientes al médico Juan Muñoz y Peralta (1665-1746) y muestran que pacientes, como el duque de Osuna, usaron técnicas médicas, como tomar el pulso, y que no eran infrecuentes las negociaciones con los médicos sobre el tipo de remedios a emplear. El relato de quienes padecían no se acomodaba a la jerga taxonómica de los médicos, pero las narrativas dolientes tenían la huella del humoralismo con su comprensión de la enfermedad en clave de desequilibrio. Quienes escribían parecían sentirse comprendidos por el médico en su concepción cultural del cuerpo líquido. Los autores achacan esta narrativa humoral de pacientes a la asimilación cultural de los *Regimina Sanitatis* tras siglos de medicina universitaria humoral. Pero, quizá, creer en los efectos saludables de la moderación y el restablecimiento del equilibrio no fuera una asimilación sino, más bien, un saber cultural de quien padece, resultado empírico de la auto observación y un capital histórico, más que una asimilación de teorías doctas.

Un *acercamiento posible al análisis histórico de una relación consiste en conocer los elementos que la componen y cómo se relacionan entre sí*: espacio y tiempo donde tiene lugar, agentes implicados –individuales o colectivos–, afectos, objetos y materialidades, valores culturales, etc. También es esencial conocer las estructuras y dinámicas de poder y resistencia presentes en la relación terapéutica. Abordar esta complejidad de

elementos promete una futura agenda historiográfica compleja a la que este monográfico intenta contribuir.

Aunque el *papel del espacio o lugar en la forma que adquiere la relación con los sanadores*, requiere más atención histórica, ya conocemos algunos efectos. A partir de la segunda mitad del XIX, el *desplazamiento de pacientes a la consulta* de algunos médicos, en lugar de que los galenos acudieran a los domicilios, supuso una redistribución del poder y la autoridad en la relación. Este conocimiento del lugar de las relaciones es decisivo porque ha determinado el tiempo dedicado a la relación pacientes-terapeutas y la forma que adquiere. Cuando los galenos viajaban a las casas de pacientes adinerados que enfermaban, los médicos podían quedarse incluso días si el desplazamiento era largo. Los pacientes eran conscientes de que así la relación se establecía con la persona, y no con el médico, estableciéndose un modelo relacional próximo a la amistad.

En la actualidad, a pesar de conocerse *la enorme eficacia terapéutica de un marco relacional que propicie relaciones de larga duración entre pacientes y profesionales*, no es el habitual. Un estudio noruego reciente, en más de 4,5 millones de personas, demostraba que la continuidad asistencial, contar con el mismo médico durante más de 15 años, y *posibilitar una relación afectiva próxima a la amistad, tiene un efecto terapéutico deslumbrante*, con supervivencias superiores al 30 % entre quienes tuvieron el mismo médico de familia (Sandvik et al., 2022). ¿Qué fármaco tiene estos índices de eficacia? Durante la modernidad quizá fuera esta dinámica relacional amistosa, más horizontal, la que además posibilitó que quienes podían pagar a los médicos pudieran proponer sus propias terapias. Los testimonios que recoge Stolberg indican que los pacientes también confiaban en ese conocimiento íntimo y que, a veces, preferían autocuidarse, con ayuda de textos médicos que cambiar de galeno (Stolberg, 2011, pp. 65-66). En este sentido, también sabemos que la relación terapéutica con el médico era parte de una red más amplia de transmisión —entre pacientes— de saberes terapéuticos sobre los regímenes equilibrados, como ha mostrado Alfons Zarzoso (2001) a través de las cartas privadas de la familia Veciana en el mundo médico catalán del XVIII.

Desde la experiencia contemporánea, es indudable, dadas las quejas cotidianas manifestadas por pacientes y médicos, *que las estructuras sanitarias imponen un espacio y temporalidad en la asistencia que, salvo relaciones muy prolongadas en el tiempo, no facilitan el cultivo de la confianza ni formas de relación más íntimas y próximas a la amistad*. De hecho, la historiografía, en los años ochenta, dio una respuesta crítica —en el texto

clásico de Shorter (1985) *Bedside manners*— a los análisis sociológicos de los setenta que habían denunciado la pérdida de autoridad y poder de la profesión respecto a los pacientes. Sin embargo, paradójicamente, unos años después Shorter (1997) planteó cómo los avances terapéuticos y la tecnología habían arrebatado poder a los profesionales.

La contribución de Alina Danet, *La relación profesionales-pacientes en tiempos de reforma*, precisamente, explora la percepción de algunos profesionales, colaboradores de un diario como ABC, del cambio que iba a suponer, en la relación con los pacientes, la promulgación de la Ley General de Sanidad de 1986 en plena Transición (Ley 14/1986, de 25 de abril). El objetivo esencial de la ley era lograr que la asistencia sanitaria pública alcanzara a una parte más amplia de la población. Pero es indudable que la reestructuración del espacio y tiempo asistencial que supuso su puesta en marcha tuvo efectos en la forma de relación entre pacientes y profesionales, tanto en el medio rural como en el urbano. Los profesionales se lamentaban de la pérdida de privilegios que suponía el nuevo espacio asistencial. Como pacientes actuales que venimos padeciendo la virtualización de la comunicación con profesionales de los centros de salud, desde la pandemia de COVID, no es difícil empatizar con los malestares que pudieran generar aquellos cambios asistenciales. La contribución de Dolores Ruiz-Berdún, *¿Tecnología o acompañamiento del parto? La relación profesional sanitario-gestante en España a lo largo del siglo XX*, también atiende a los efectos del lugar en la relación terapéutica. A través de narrativas profesionales explora la progresiva medicalización e institucionalización del parto, en el transcurso del siglo XX, y sus efectos en la forma de relacionarse de obstetras, matronas y parturientas. El ambiente jerarquizado y medicalizado hospitalario facilitó la apuesta por terapéuticas y técnicas (monitorización fetal, técnicas analgésicas, anestesia epidural) que buscaban la disminución de la morbilidad materno-fetal, pero, a la vez, hacían más cómoda la práctica diaria de profesionales y facilitaba la organización asistencial. Este cambio de espacio relacional tuvo efectos en la textura de la relación al generar mayor distancia, hasta el punto de que aún es un debate profesional.

Unos años antes de los cambios que generaría la Ley General de Sanidad, en 1964, Pedro Laín Entralgo también trató de dar respuesta a los retos —o crisis como anunciaba la portada del libro de *La relación médico-enfermo historia y teoría*— que la progresiva socialización asistencial, la tecnificación o la problemática psicológica suponían para la relación al transformarse los espacios en los que transcurría. El texto, publicado por la editorial *Revista*

de Occidente, hacía un recorrido histórico para proponer *el modelo relacional amistoso, como formulación ideal*. Una monografía recogía la conferencia impartida en abril de 1964 en la Real Academia de Historia, con el título *La amistad entre el médico y el enfermo en la Edad Media* y a la que Dámaso Alonso dio respuesta. Desde su enfoque antropológico y humanístico resaltaba la importancia de conocer dimensiones fundamentales de la existencia humana, como el dolor, la debilidad, el sufrimiento o la impermanencia (Laín Entralgo, 1989, pp. 348 y 351). No podemos afirmar que, en el pasado que vamos conociendo, las terapias fueran más eficaces debido a la amistad con el médico. Pero, quizá, fuera más fácil *establecer vínculos de confianza amistosa* en un marco temporal menos acelerado y en un espacio más conocido, que el que vivimos en la asistencia actual sometida a las presiones del gerencialismo (Sturdy y Cooter, 1998) que sin duda enfrían las relaciones de todo tipo (Illouz, 2007). Aquellos lazos más estrechos no solo vinculaban a galenos y pacientes, lo que quizá sí hacían posible era establecer *comunidades afectivas y narrativas que ampliaban la relación terapéutica dando sentido al padecimiento y facilitando el alivio*.

En este sentido, es muy inspiradora la visión histórica que ofrece Sara Ritchey (2016) sobre el papel de las “curaciones afectivas” en el contexto de las curaciones milagrosas medievales y las comunidades creadas alrededor de “la santa”, una figura maleable y configurada por la comunidad de devotos y devotas cuyo objetivo era el mismo de los médicos: curar el cuerpo. Estas comunidades propiciaban relatos curativos fijados en las santas en las que se colocaba la esperanza de curación y la posibilidad de cambiar el cuerpo. También el estudio de las cartas enviadas al médico suizo Samuel-Auguste Tissot durante el siglo XVIII revela –en un contexto de difusión de los “remedios universales”– el aspecto comunitario de las relaciones terapéuticas, ya que eran *varias las personas que podían ser mediadoras de la relación terapéutica* –especialmente familiares– y, en definitiva, del proceso vital de la enfermedad incluso contribuyendo, con mayor o menor grado de implicación, en la elaboración de los escritos enviados al médico (Louis-Courvoisier y Pilloud, 2004). No parece aventurar demasiado pensar que en otros contextos temporales más cercanos estas dinámicas comunitarias y formas de relación afectiva colectiva también contribuyen a aliviar, como bien conocemos desde nuestras propias experiencias biográficas actuales. Lo que es relevante de este enfoque de la *comunidad curativa* es considerar que en estas comunidades los profesionales de la salud serían un elemento más en una red de mediaciones para el alivio que, entre sí, no entraban en conflicto. Como relata Ritchey, el conocimiento corporal se producía

desde el pluralismo terapéutico en hogares, comunidades religiosas, hospicios o mercados públicos. Desde este ángulo más comunitario, esta historiografía reciente de la salud y la curación en Europa y el Mediterráneo, desde 1250 hasta 1550, pone también el énfasis en el papel de las mujeres en la salud y desenfoca el interés histórico en entornos tradicionales de la universidad o el gremio médico (Ritchey y Strocchia, 2020). Desenfoca, por tanto, el escenario de la relación entre galenos y quien padece como un escenario privilegiado y de carácter dual, constituido por dos polos. Esta historiografía del pasado más lejano amplía y cuestiona nuestro presentismo y nos ayuda a *pensar transhistóricamente las relaciones entre pacientes y profesionales como parte de la trama compleja de la experiencia de enfermar y de las formas de entender el cuerpo y la búsqueda de alivio* en determinados espacios y temporalidades que aportan posibilidades para el presente.

Una dinámica relacional más horizontal e incluso comunitaria, se muestra en la aportación “Género y ‘domesticidad’”. Claves históricas de la relación terapéutica en el origen de la enfermería profesional norteamericana (1800-1860)” de Ana Choperena cuando presenta los cuidados de enfermería en el contexto norteamericano del primer tercio del siglo XIX. La atención doméstica modeló formalmente una actividad que las mujeres habían ejercido con una cierta autoridad. El interés por hacer de la enfermería una ocupación institucionalizada, remunerada y provista de un cuerpo de conocimientos, fue tomando forma a mediados del siglo XIX y condicionó las relaciones terapéuticas. Los testimonios que recoge Choperena indican que la sociedad confiaba en el conocimiento práctico de las mujeres. Fueron esos cuidados los que contribuyeron a que surgiera una nueva relación terapéutica en una red de transmisión más amplia e, inicialmente, menos formal.

Además de ampliar la noción de relación terapéutica –conociendo la contribución del espacio y el tiempo o ensanchando la comprensión de la red relacional–, en la tarea de historiarla es necesario *conocer las iniciativas de la propia medicina para dar respuesta a los retos de la relación entre dolientes y sanadores*. En este sentido fueron decisivas las perspectivas holísticas que vincularon el cuerpo y la psique desde la década de 1920, sobre todo en Centroeuropa (Lawrence y Weisz, 1998; Harrington, 2008), pues facilitaron una comprensión nueva de las relaciones humanas y con la medicina (Hitzer y León-Sanz, 2016). En esta línea, la contribución de Pilar León, *La revisión emocional del encuentro médico-terapéutico en M. Balint, P. Freeling y K. Browne*, con su análisis de los grupos Balint, desarrollados en Londres, en la década de 1960, muestra

cómo la influencia del psicoanálisis dio valor clínico a la escucha activa de dolientes y al conocimiento de las dinámicas emocionales. Estas experiencias escrutaban los efectos somáticos de las emociones y facilitaron la incorporación de la autopercepción de la enfermedad por parte de quienes la padecen. Su contribución también expone los claroscuros de los grupos Balint, como ciertas actitudes profesionales proclives al “pastoralismo”, menos interesadas en incorporar los procesos emocionales de los propios profesionales. Precisamente ciertas ficciones fílmicas de base autobiográfica, como *Las confesiones del doctor Sachs* (Michel Deville, 1999) dan más información sobre la profunda relevancia de las emociones de los profesionales en las relaciones clínicas que la propia historiografía basada en fuentes médicas.

Como en todas las relaciones, en el vínculo entre profesionales y pacientes también están presentes *dinámicas de poder/resistencia entre los agentes implicados*. Por una parte, la medicina, como saber sobre el cuerpo y la enfermedad que enmarca y sustenta el espacio del encuentro terapéutico, se ha convertido en una maquinaria esencial del poder constitutivo (*biopoder*) que la obra de Michael Foucault (1998) identificó con tanta precisión. El biopoder hace nuestros cuerpos (y mentes) legibles ante los demás, va más allá, por tanto, de un funcionamiento represivo. Aunque la modernidad marcó unas prácticas y efectos específicos del poder, esta forma de poder/saber tiene larga trayectoria histórica pues, desde la cultura griega, la medicina ha contribuido a la organización generizada del cuerpo y del orden social (Moreno Rodríguez, 2013) incluso, por indicar otro contexto histórico más contemporáneo, ha incrustado en el discurso estructuras micro-lingüísticas que, como la de “la-mujer”, produjo el determinismo biológico misógino del siglo XIX amparado por la ciencia positiva (Sánchez, 2003).

Sin embargo, sin olvidar que el biopoder constitutivo de los cuerpos define el contexto de las relaciones, *la implicación de médicos y pacientes en dinámicas de poder/resistencia ha sido, y sigue siendo, ambivalente* e incluye formas de poder opresivo. Por un lado, en determinados contextos históricos los médicos mostraron inquietud por prácticas que amenazaban la autonomía de sus pacientes. Teri Chettiar (2012) analizó, en el periodo victoriano, cómo los médicos ingleses, con sus valores de clase media, rechazaron prácticas terapéuticas, como la hipnosis, que suponían una merma en la autonomía y voluntad de sus pacientes, y ponían en riesgo de sufrir abusos, particularmente, a las mujeres. De hecho, por este motivo, la hipnosis quedó excluida como terapia médica seria hacia 1900. En España, a la luz de lo que

conocemos, la hipnosis no suscitó tanto la preocupación por la pérdida de autonomía como interés por su utilidad para la Medicina Forense como técnica para esclarecer la verdad en ciertos delitos (González de Pablo, 2016).

Por otro, no hay que olvidar que la Medicina y sus profesionales han contribuido en ocasiones a un ejercicio del *poder activamente represivo*. Desbordaría el cometido de esta introducción el entrar a analizar en extenso la abundante historiografía reciente sobre las dinámicas de poder patriarcal o colonial y el racismo consiguiente. Pero merece la pena plantear algunos casos por acercarnos a archivos menos conocidos de nuestro contexto territorial o por poner en valor el papel de la historia como memoria colectiva profesional. El estudio del archivo de las quejas planteadas por los obreros de la Sociedad Protectora de Obreros La Conciliación (1902-1936) indica la existencia de actitudes abusivas por parte de algunos profesionales y la capacidad de actuación de los socios-pacientes (León, 2015). Esta es una cuestión aún muy presente. Una de esas luchas vivas sigue siendo contra el uso de medidas de contención mecánica o química, aún tan extendidas, a pesar de que la propia OMS las considera un “fracaso terapéutico”¹. Por las posibilidades transformadoras que la historia representa para el presente, merece la pena reseñar el esfuerzo del colectivo de enfermería por recuperar su memoria histórica y exponer su colaboracionismo con la psiquiatría represiva de los sesenta para vigilar y castigar la diversidad sexual de varones que recibieron terapias aversivas por ser homosexuales (Gillen, 2012). Estos ejercicios de revisión de la memoria histórica de colectivos profesionales son esenciales para reparar y tomar consciencia del ejercicio médico represivo, tarea a la que también puede contribuir el trabajo histórico sobre las relaciones terapéuticas.

Varias de las aportaciones a este monográfico muestran *formas de poder represivo en el seno de las relaciones terapéuticas*. Celia García-Díaz, en *Entre mujeres-locas y hombres-psiquiatras: asimetrías emocionales en la sala 20 del Manicomio Provincial de Málaga (1909-1950)*, afronta uno de esos contextos crueles, el de una psiquiatría —del periodo anterior a la guerra civil y del primer franquismo— que parecía erigirse contra las mujeres. Los fragmentos de cartas personales, en el archivo de historias clínicas del Manicomio Provincial de Málaga, han permitido a la autora un rescate de las vidas de unas pacientes olvidadas por psiquiatras supuestamente responsables de la institución e interesados tanto en legitimar la medicina mental como en una construcción generizada de la locura. El caso estudiado por García-Díaz constata que la tecnificación terapéutico-farmacológica de la locura, de la década

de 1940, dio lugar a la perpetuación y amplificación de una asimetría emocional entre psiquiatras y mujeres/locas, que llevaron a las mujeres ingresadas a desarrollar estrategias de resistencia y de construcción de subjetividades propias. También dos contribuciones que ya hemos mencionado aportan reflexiones esenciales sobre las dinámicas de poder. Dolores Ruiz Berdún en el caso entre obstetras, matronas y las parturientas a las que atendieron a lo largo del siglo XX español. Por su parte, Alina Danet muestra, a través de las noticias aparecidas en el periódico ABC, no solo el discurso más conservador ante la reforma sanitaria, sino las dinámicas de género que emergían en el contexto relacional de las consultas en la Seguridad Social. Estas dinámicas relacionales jerárquicas también están presentes en las contribuciones de Pilar León sobre las relaciones terapéuticas que reflejan las descripciones de los casos clínicos procedentes de consultas de médicos generales ingleses de finales de los años 1950 e inicios de 1960 y en las narrativas profesionales del artículo de Rosa Ballester, *La medicina de los niños. Las peculiaridades pediátricas de la relación médico-enfermo en España (1880-1960)*. Este trabajo, en particular, reflexiona sobre el eje de desigualdad que supone la cultura adulto-céntrica, un sesgo del que nuestra historiografía no está exenta si olvida considerar a la infancia como sujeto clave del mundo de las relaciones terapéuticas.

Como en todas las relaciones humanas, en la establecida entre pacientes y profesionales *el poder no está solo en manos de uno de los componentes de la pareja (o comunidad) que se relaciona*. En siglos (o contextos) lejanos a una asistencia pública universal, la posición socioeconómica del paciente marcaba la dinámica de poder con el médico y, por tanto, la relación misma. Las excelentes investigaciones de Michael Stolberg (2021) *The Doctor-Patient Relationship in the Renaissance* y Carolin Schmitz (2016) *Los enfermos en la España barroca (1600-1740)* ofrecen una amplia ventana para conocer algunos detalles históricos sobre el poder de los pacientes en las dinámicas de la relación con sanadores. Como señala Schmitz (2016, pp. 62 y 328) para los pacientes del médico Juan Muñoz y Peralta (1665-1746), se daban diversas dinámicas: recurrir a influencias para conseguir la visita médica, mostrar disponibilidad a viajar a la casa del médico o alagar al facultativo. Las estrategias para situarse en esa relación con posibilidad de “poder codiseñar el futuro dictamen” eran variadas.

Para esta transformación historiográfica que pone el foco sobre el mundo relacional, ha sido fundamental la expansión del *archivo cultural de la experiencia doliente*, como venimos mostrando, sea por el acceso a archivos específicos de cartas y otros documentos, por las narrati-

vas orales, la lectura a contrapelo de las propias historias clínicas y cartas de pacientes (Villasante, 2018) u otro tipo de fuentes habituales incluyendo las literarias o las ficciones en general. Esta redefinición de “archivo” está siendo una contribución metodológica esencial para la comprensión de la relación histórica entre dolientes y profesionales de la salud. Esta renovación puede contribuir en el futuro a afrontar un último aspecto que también tratan dos de las aportaciones a este volumen. Nos referimos a entender las relaciones terapéuticas no solo como un espacio dinámico atravesado por las relaciones de poder, sino como un auténtico *laboratorio para la producción de saberes sobre el padecimiento* y donde esa producción no sea solo resultado de una cristalización de saberes procedentes de los profesionales. Desde el punto de vista historiográfico se trataría de analizar la historia de esta relación terapéutica con una perspectiva postcolonial, como diría Warwick Anderson (1998) sin una lógica difusionista que sitúa a los profesionales en el centro del saber y a quienes padecen en la periferia. Se trataría, por tanto, de trasladar la atención del poder al saber, pero sin olvidarlo.

Esta consideración de la relación como un espacio horizontal de producción de saberes *experienciales por parte de quien padece* empieza a contar con apoyos historiográficos incluso desde exploraciones de contextos temporales de profunda desigualdad. Pohl (2012), por ejemplo, ha mostrado cómo entre el XIX y XX, personas afroamericanas con diversos padecimientos llamaban a los médicos blancos a sus casas o acudían a la consulta con regularidad. Su investigación destaca que el encuentro interracial involucraba un mayor grado de negociación de la autoridad de lo que sería esperable en el sur de los EE. UU., apenas un siglo después de la revolución americana (1775-1783). Un relato extraído de una historia clínica de abril de 1882, publicada en el *North Carolina Medical Journal*, de una paciente con infección postparto, muestra cómo la paciente guió la aplicación de lavados y drenaje hasta su sanación, sin que el médico impusiera sus criterios. En un trabajo reciente sobre la clínica intersexual, en el estado español, mostramos cómo la relación misma entre pacientes y profesionales puede ser una fuente de producción de saber sobre las concepciones del cuerpo —más allá del binarismo sexual—, si se cristalizan dinámicas, incluso afectivas, que tienen lugar en el universo relacional que alberga la clínica (Fernández-Garrido y Medina-Domech, 2020).

En este monográfico, la contribución de Pilar León muestra cómo, en la Inglaterra de finales de los cincuenta y sesenta, los grupos Balint, de inspiración psicoanalítica, constituidos con General Practitioners, buscaban conocer

los efectos somáticos de las emociones y comprender la influencia en la enfermedad de las emociones de los propios médicos. También la contribución de Sam Fernández Garrido, *Saberes intactos, saberes en contacto*, aporta claves prácticas sobre cómo recoger el saber de quien padece en el marco de las relaciones actuales con profesionales de la medicina. Su contribución responde a preguntas útiles para indagar sobre relaciones terapéuticas actuales: ¿en qué medida las propuestas más recientes desde la propia biomedicina de hablar de “pacientes inteligentes” incorporan el saber de quienes padecen en la trama terapéutica relacional? Plantea, por tanto, los límites de estos modelos emergentes, y aporta una relectura basada en la perspectiva del contacto. Para ello contrasta el enfoque de dos trabajos clásicos de la antropología feminista que criticaron la “Evidence-Based Obstetrics” y dialoga con lecturas fenomenológicas y feministas que trascienden la visión dual y generizada cuerpo/mente. El análisis tiene un valor crítico para el presente pues permite argumentar a favor de encuentros –entre profesionales, pacientes y organizaciones– asentados sobre reequilibrios epistémicos que superen los modelos difusionistas que preservan intacto el papel exclusivo de los saberes biomédicos.

En esta introducción hemos reflexionado sobre algunas cuestiones a tener en cuenta en nuestra tarea de conocer la historia de las relaciones terapéuticas: su historicidad, las determinantes espacio/tiempo que las configuran, las dinámicas de poder/saber que la caracterizan o la definición misma de quienes componen y definen esta

NOTAS

- 1 Véanse algunos colectivos organizados en: Mad in (S)pain <https://madinspain.org/> Contra el aislamiento y la contención mecánica o farmacológica, OSALDE <https://osalde.org/contras-el-aislamiento-y-la-contencion-mecanica-o-farmacologica/> “SAÚDE MENTAL SEN ATADURAS. CONTENCIÓNS CERO”, Movemento Galego da Saúde Mental <https://movementogalegosaudemental.gal/2020/12/10/saude-mental-sen-ataduras-contencions-cero/#0contenciones>, Hagamos de la contención mecánica algo del pasado <https://www.0contenciones.org/>, ¿Existen motivos para atar a un paciente a una cama? «La contención siempre supone un fracaso terapéutico. Lo dice la OMS, no cuatro hippies» <https://www.lavozdegalicia.es/noticia/lavozdelasalud/salud-mental/2022/07/20/existen-motivos-atar-paciente-cama-contencion-siempre-supone-fracaso-terapeutico-dice-oms-cuatro-hippies/00031658330295159238795.htm>

BIBLIOGRAFÍA

- Anderson, Warwick (1998), “Where is the postcolonial history of medicine?”, *Bulletin of the History of Medicine*, 72, pp. 522-530. DOI: <https://doi.org/10.1353/bhm.1998.0158>
- Ballester Añón, Rosa (2008), “En primera persona. Los acercamientos historiográficos a la experiencia humana de la enfermedad, siglos XVIII- XX”. En: Ortiz Gómez, Teresa; Olagüe de Ros, Guillermo; Rodríguez Ocaña, Esteban; Menéndez Navarro, Alfredo; Gil García, Eugenia; Luna Maldonado, Aurelio; Sevilla Olmedo, María Teresa; Gómez-Núñez, Antonio J. (coords.), *La experiencia de enfermar en perspectiva histórica. XIV Congreso*

relación. Hemos planteado someramente formas de conocer ese universo relacional e indicar cómo contribuyen las aportaciones de este monográfico. En términos generales, hemos tratado de mostrar la utilidad de la historia como lugar donde encontrar saberes que aporten luz al presente (Medina Domenech, 2012). Precisamente con la convicción, como también sugiere Dale (2017), de que las humanidades pueden facilitar el diálogo entre pacientes y profesionales y romper las barreras construidas por la defensa de los intereses profesionales. Como señala Robin Wall Kimmerer (2021, p. 161), en relación con el saber indígena botánico, “Algún día el monocultivo intelectual de la ciencia será reemplazado por un policultivo de conocimientos complementarios. Y entonces habrá suficiente para todos”. Sería deseable desplegar el policultivo de conocimientos complementarios –incluyendo la historia y las humanidades– y que compartan la misma finalidad: aliviar el padecimiento. Las aportaciones que pueda ofrecer este monográfico también animan a que futuras exploraciones históricas profundicen en el vínculo entre sentimientos y conocimiento y sigan arrojando luz sobre las complejas dinámicas, incluyendo las de género, inmersas en las relaciones terapéuticas.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Investigación realizada en el marco del Proyecto “Las cosas del enfermar: objetos, emociones y género en la experiencia de la enfermedad y las prácticas médicas para el alivio” Referencia PID2021-122699OB-100, Ministerio de Ciencia e Innovación.

de la Sociedad Española de Historia de la Medicina, Granada, Universidad de Granada, pp. 27-34.

- Chettiar, Teri (2012), “Looking as Little Like Patients as Persons Well Could: Hypnotism, Medicine and the Problem of the Suggestible Subject in Late Nineteenth-Century Britain”, *Medical History* 56 (3), pp. 335-354. DOI: <https://doi.org/10.1017/mdh.2011.39>
- Dale, L (2017), “Book reviews Maria Malatesta (ed), *Doctors and Patients: History, Representation, Communication*. From Antiquity to the Present, San Francisco: University of California Medical Humanities Press, 2015. Pp. xii + 257. £20.91. ISBN 9780 9889865 9 6.”, *Social History of Medicine*, 31 (1), pp. 205-206.

- Duden, Barbara (1991), *The woman beneath the skin: a doctor's patients in eighteenth-century Germany*, Cambridge, Mass., Harvard University Press.
- Fernández-Garrido, Sam; Medina-Domenech, Rosa María (2020), "Bridging the Sexes': Feelings, Professional Communities and Emotional Practices in the Spanish Intersex Clinic", *Science as Culture*, 20 (4), pp. 546-567. DOI: <https://doi.org/10.1080/09505431.2020.1718088>
- Foucault, Michael (1998), "Derecho de muerte y poder sobre la vida". En: *Historia de la sexualidad*, Madrid, Siglo XXI, pp. 162-194.
- Gillen, Sally (2012), "Lessons from history offer insight into today's professional practices", *Nursing Standard*, 26 (46), p. 15. DOI: <https://doi.org/10.7748/ns2012.07.26.46.15.p8949>
- González de Pablo, Ángel (2016), "Consolidar, colonizar, excluir: Estrategias de legitimación de la hispanosis médica". En: Mülberger, Annette (ed.), *Los límites de la ciencia*, Madrid, CSIC, pp. 80-91.
- Harrington, Anne (2008), *The cure within: a history of mind-body medicine*, New York, W. W. Norton.
- Hitzer, Bettina; León-Sanz, Pilar (2016), "The Feeling Body and its Diseases: How Cancer Went Psychosomatic in Twentieth-Century Germany", *Osiris*, 31, pp. 67-93. DOI: <https://doi.org/10.1086/687591>
- Hunt, Lynn (2002), "Against Presentism", *Perspectives on History*, [en línea], disponible en: <https://www.historians.org/publications-and-directories/perspectives-on-history/may-2002/against-presentism> [consultado el 16/2/2021].
- Illouz, Eva (2007), *Intimididades congeladas: las emociones en el capitalismo*, Buenos Aires, Madrid, Katz.
- Kimmerer, Robin Wall (2021), *Una trenza de hierba sagrada: saber indígena, conocimiento científico y la enseñanza de las plantas*, Madrid, Capitán Swing.
- Lain Entralgo, Pedro (1964), *La relación médico - enfermo. Historia y teoría*, Madrid, Revista de Occidente.
- Lain Entralgo, Pedro (1989), *Descargo de conciencia*, Madrid, Barral.
- Lain Entralgo, Pedro; Alonso, Dámaso (1964), *La amistad entre el médico y el enfermo en la Edad Media; discurso leído el día 7 de junio de 1964, en su recepción pública por el Excmo. Sr. Don Pedro Lain Entralgo, y contestación del Excmo. Sr. Don Dámaso Alonso*, Madrid, Gráficas Uguina-Meléndez.
- Lane, Joan (2001), *A social history of medicine: health, healing and disease in England, 1750-1950*, London, Routledge.
- Lawrence, Christopher; Weisz, George (eds.) (1998), *Greater than the parts: holism in biomedicine, 1920-1950*, Oxford, Oxford University Press.
- Lázaro, José; Gracia, Diego (2006), "La relación médico-enfermo a través de la historia". *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29 (3), pp. 7-17. DOI: <https://doi.org/10.4321/s1137-66272006000600002>
- León Sanz, Pilar (2008), "Hacia una historiografía de la enfermedad: Prácticas, profesiones y enfermos", *Memoria y Civilización. Anuario de Historia*, 11, pp. 243-270. DOI: <https://doi.org/10.15581/001.11.33722>
- León Sanz, Pilar (2015), "From Claims to Rights: Patient Complaints and the Evolution of a Mutual Aid Society (Sociedad Protectora de Obreros La Conciliación, Pamplona, 1902-1936)". En: Reinartz, Jonathan; Wynter, Rebecca (eds.), *Complaints, Controversies and Grievances in Medicine: Historical and Social Science Perspectives*, London, Routledge, pp. 109-128.
- Louis-Courvoisier, Micheline; Pilloud, Severine (2004), "Consulting by Letter in the Eighteenth Century: Mediating the Patient's View?". En: De Blécourt, Willem; Osborne, Cornelia (eds.), *Cultural Approaches to the History of Medicine*, London, Palgrave Macmillan, pp. 71-88.
- Medina Doménech, Rosa María (2012), "Sentir la historia. Propuestas para una agenda de investigación feminista en la historia de las emociones", *Arenal. Revista de historia de las mujeres*, 19 (1), pp. 161-199.
- Méndez de la Brena, Dresda Emma (2021), "Morbid States, Struggling Bodies". En: Abbas, Asma; Eubank, Colin (eds.), *Falsework, Smalltalk. Political Education, Aesthetic Archives, and Recitations of a Future in Common*, Hic Rosa Collective, Common Tern Work, pp. 169-170.
- Méndez de la Brena, Dresda Emma (2022), *Estados Mórbidos*, Madrid, Kaótica Libros.
- Meyhew, Emily (2022), "Recovery: The Lost Art of Convalescence by Dr Gavin Francis review - the art of getting better". *The Guardian, Book of the day*, [en línea], disponible en: <https://www.theguardian.com/books/2022/jan/18/recovery-the-lost-art-of-convalescence-by-dr-gavin-francis-review-the-art-of-getting-better>
- Moreno Rodríguez, Rosa María (2013), "Ética y medicina en la obra de Galeno", *Dynamis*, 33 (2), pp. 441-460. DOI: <https://doi.org/10.4321/s0211-95362013000200008>
- Pardo-Tomás, José; Martínez-Vidal, Àlvar (2008), "Stories of disease written by patients and lay mediators in the Spanish Republic of Letters (1680-1720)", *Journal of Medieval and Early Modern Studies*, 38 (3), 467-491. DOI: <https://doi.org/10.1215/10829636-2008-004>
- Pohl, Lynn Marie (2012), "African American Southerners and White Physicians: Medical Care at the Turn of the Twentieth Century", *Bulletin of the History of Medicine*, 86 (2), 178-205. DOI: <https://doi.org/10.1353/bhm.2012.0022>
- Porter, Roy (1985), "The Patient's View: Doing Medical History from below", *Theory and Society*, 14(2), 175-198. DOI: <https://doi.org/10.1007/bf00157532>
- Ritchev, Sarah (2016), "Affective Medicine: Later Medieval Healing Communities and the Feminization of Health Care Practices in the Thirteenth-Century Low Countries", *Journal of Medieval Religious Cultures*, 40 (2), pp. 113-143.
- Ritchev, Sarah; Strocchia, Sharon (eds.) (2020), *Gender, Health, and Healing, 1250-1550*, Amsterdam, Amsterdam University Press.
- Rivera Garza, Cristina (2015), *Dolerse. Textos desde un país herido*, México, Surplus ediciones.
- Rosenbaum, Edward E. (1988), *A Taste of my own Medicine: When the Doctor Is the Patient*, London, Random House.
- Rosenberg, Charles E. (1997), "Introduction", en: *Framing disease. Illness, society and history*, New Brunswick NJ, Rutgers University Press, pp. XIII-XVI.

- Sánchez, Dolores (2003), *El discurso médico de finales del siglo XIX en España y la construcción del género. Análisis de la construcción discursiva de la categoría la mujer*, tesis doctoral, Universidad de Granada.
- Sandvik, Hogne; Hetlevik, Øystein; Blinkenberg, Jesper; Hunskaar, Steinar (2022), "Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway", *British Journal of General Practice*, 72 (715), pp. e84-e90. DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp.2021.0340>
- Schmitz, Carolin (2016), *Los enfermos en la España barroca (1600-1740) y el pluralismo médico: espacios, estrategias y actitudes*, tesis doctoral, Universidad de Valencia, [en línea], disponible en: <https://roderic.uv.es/handle/10550/53956>
- Scott, Joan W. (1991), "The evidence of experience", *Critical Inquiry*, 17 (4), pp. 773-797. DOI: <https://doi.org/10.1086/448612>
- Shorter, Edward (1985), *Bedside Manners: The Troubled History of Doctors and Patients*, New York, Simon and Schuster.
- Shorter, Edward (1997), "The history of the Doctor-patient relationship". En: Bynum, William F.; Porter, Roy, *Companion encyclopaedia of the history of medicine*, London, Routledge, pp. 783-797.
- Stolberg, Michael (2011), *Experiencing illness and the sick body in early modern Europe*, Basingstoke, Hampshire; New York, NY, Palgrave Macmillan.
- Stolberg, Michael (2021), "The Doctor-Patient Relationship in the Renaissance", *European Journal for the History of Medicine and Health*, 78 (1), pp. 45-73. DOI: <https://doi.org/10.1163/26667711-bja10001>
- Sturdy, Steve; Cooter, Roger (1998), "Science, scientific management, and the transformation of medicine in Britain c. 1870-1950", *History of Science*, 36 (4), pp. 421-466. DOI: <https://doi.org/10.1177/007327539803600402>
- Toledo-Marhuenda, José V.; Ballester Añón, Rosa (2020), "Narrativas vacunales y políticas de vacunación contra la poliomielitis en el contexto de la provincia de Alicante (1963-1978)", *Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia* 72 (1), p294. DOI: <https://doi.org/10.3989/asclepio.2020.03>
- Villasante, Olga (2018), "El control de la correspondencia de los enfermos mentales en las instituciones psiquiátricas españolas: entre el cuidado y la censura, 1852-1987", *Historia, Ciencias, Saude, Manguinhos*, 25 (3), pp. 763-778. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-59702018000400009>