

## **“RELACIÓN TRANSACCIONAL MÉDICO-PACIENTE”**

*Permitidnos recordaros que siempre que se constituye un “grupo de personas”, en interrelación emocional –como sucede en este taller ahora-, los valores que indican actividad psicoendocrina van aproximándose entre sí, disminuyendo las diferencias individuales.*

*La armonía del grupo o la introducción de un elemento extraño se refleja en los resultados. En un grupo supeditado al líder o monitor, la cifra de ácidos grasos libres es menor que si está en rebelión contra él. Si la estructura del grupo es percibida como algo impuesto, a la que hay que someterse y conformarse, la reacción psicoendocrina es intensa; si por el contrario el grupo se siente unido, las cifras de ácidos grasos libres desciende (estudios de Mason y Brady determinando corticosteroides y catecolaminas, y los de Back y Bogdonoff, calibrando la reacción emocional por la determinación de ácidos grasos libres)*

*El objetivo de este taller es resucitar el enfoque que Juan Rof Carballo dio a su libro “Teoría y Práctica Psicosomática. Ed. DDB”, y que tan buenos resultados nos da a nosotros. Decía D. Juan en la introducción de dicho libro en 1984:*

“El enfoque psico-bio-social de George.L. Engel –profesor en Rochester de Medicina Psicosomática- debe ser completado con un factor más: el histórico. Solo el estudio histórico-social de la época en que vivimos puede enseñar al médico los poderes patógenos que se ocultan en una sociedad enferma. Ha de dar ese “paso atrás” que le permita comprenderse él mismo dentro de esta sociedad de transición como elemento que pueda juzgarla y corregirla.

Tal, es en suma, el enfoque que he pretendido dar a este libro: **el de una Medicina que se examina a si misma sin perder de vista las calidades morbosas de la sociedad en que vive.** El médico no ha de ser funcionario ni sacerdote, ni biomédico ni psicoanalista. Ha de ser un hombre nuevo dentro de una sociedad nueva que contribuirá a forjar con su critica, su reflexión y su análisis. Partiendo siempre de lo que desde sus orígenes ha sido el médico: una forma de amor al prójimo llena de saber y de penetración”.

...El desarrollo de la especialización médica, favorecido por el descubrimiento de refinadas técnicas de investigación y de diagnóstico han ido produciendo un optimismo justificado acerca de las posibilidades de la orientación físico-química en Medicina. La que ve en el organismo humano tan sólo un complicado mecanismo, una “máquina” de sutiles engranajes que se prolongan hasta las más entrañas bioquímica de la célula...

... la medicina actual, a la que injustamente se reprocha ser mecanizada, fría y sin alma, salva niños con cardiopatías congénitas, a personas valiosas con coronarias ocluidas, a paciente con tumores diversos recuperándolos para la sociedad y permitiéndoles llevar una vida fecunda.

Lo más humano siempre será salvar vidas y si a esto añadimos que hoy los más necesitados pueden beneficiarse de métodos costosos, de tratamientos como el riñón artificial o la asistencia intensiva o de una intervención a corazón abierto hay que reconocer que en el haber de esta Medicina sin alma o estrictamente “organicista” figuran más conquistas en los tres últimos decenios que en toda la restante historia de la Medicina...

Lejos ya, muy lejos de la Medicina de Epidauro, **el hombre moderno al ir perdiendo poco a poco aquello que según mi buen amigo Ludwig Schajowicz caracteriza al hombre, su “necesidad de experimentar lo sagrado”**, convertido en mero dato para las estadísticas en un hombre función (Zinoviev), en ruedecilla pasiva de la cultura, está de a punto de entregar el

negocio de la salud (de la salud corporal se entiende, pues la otra no importa) de manera total a la Administración....Llegase así en el olvido de esa unidad sagrada que es el hombre, entre lo que llamamos “cuerpo” y lo que se designa como “alma”, a una grotesca caricatura.

Pero la biología tiene venganzas muy sutiles para los que olvidan su infinita complejidad. Ante una Medicina, que deja sin atender lo que se llama “ el alma” del hombre, se desarrolla un proceso social digno por lo menos de ser señalado. La sociedad actual se caracteriza por una necesidad cada vez más irresistible, de ser atendida “en forma de Medicina” de sus infinitas miserias personales.

La infelicidad personal, familiar, o social repercuten en el presupuesto médico de las grandes instituciones sanitarias y la “sociedad paternalista” se ve desbordada por el despilfarro de los medios con que se trata de subvenir a lo que, disfrazado de “enfermedad orgánica” no es más que “padecimiento del hombre”... En una palabra, el olvido de la persona entera del hombre, en cuerpo y alma, se ha pagado caro: por la sociedad con la amenaza de una bancarrota, por el médico admirablemente especializado y dueño de sus técnicas con la pérdida de su personalidad social, teniendo que resistirse, cada día más en vano, a su transformación en funcionario, en instrumento de una sociedad enferma...”

*Decía también Eric Fromm, en su libro "Tener o Ser", al comenzar el apartado titulado "la necesidad económica de un cambio humano":*

"...los rasgos de carácter engendrado por nuestro sistema socioeconómico, o por nuestra manera de vivir, son patógenos y a la larga enferman al individuo..."

*Y en el apartado "los fundamentos del carácter social" escribe:*

"...la estructura del carácter del individuo medio y la estructura socioeconómica de la sociedad de la cual forma parte son interdependientes.

...la estructura socioeconómica de la sociedad modela el carácter social de sus miembros, para que deseen hacer lo que deben hacer".

*Y reconocía Rof Carballo su temor de que los intereses en juego, políticos, sociales y económicos apoyasen todavía durante largo tiempo el dogmatismo de la Biomedicina (decía D. Gregorio Marañón que “Dogmatismo” es “la presunción de los que quieren que su doctrina o sus aseveraciones sean tenidas por verdad inconcusa”). Que promueve el enfoque impersonal y mecánico de la clínica, la profesionalización del medico y la formación dentro de la Sanidad de un irreductible “sistema de castas”, con jerarquías administrativas y técnicas...*

**...El medico actual –sigue diciendo D. Juan- tiene poca preparación para cuidar de manera real y autentica el “sufrimiento del hombre”, abusa para tapar dicha poca preparación de las técnicas que muchas veces no resuelven los sufrimientos de los enfermos, y así nace lo que se denomina “la medicina del despilfarro”.**

*Palabras de un gran maestro de esta ciencia y de este arte que es la Medicina, que mantienen aun hoy en 1999, a nuestro entender, toda su vigencia*

*¿Conocéis el libro “La estructura de la magia. Volumen I y II” (Ed. Cuatro vientos)?. En el, Richard Bandler y John Grinder –creadores de la Programación Neurolinguística- exponen una serie de patrones que identificaron al grabar en video a tres psiquiatras punteros: Fritz Perls, creador de la escuela de terapia conocida como Gestalt; Virginia Satir, una extraordinaria psiquiatra familiar, capaz de resolver difíciles relaciones familiares que muchos otros terapeutas creían intratables; y Milton Erickson, el mundialmente famoso hipnoterapeuta. Dichos patrones, son de gran ayuda para una comunicación más efectiva.*

*¿Conocéis la frase “El fármaco de uso más frecuente en la práctica médica es el propio médico”? ¿Habéis leído el apartado “El médico como medicamento”. Rof Carballo, Urdimbre afectiva y enfermedad. Ed. Labor?*

*Con esto queremos llamar vuestra atención sobre esa interacción que se establece entre el médico y el paciente con el fin de devolverle a este la salud, aliviar sus padecimientos y prevenir la enfermedad que se conoce con el nombre de relación médico-enfermo.*

**La relación médico-paciente, sigue siendo, a pesar de los enormes avances tecnológicos, fundamental para la práctica médica y por ello imprescindible en la formación integral del médico.**

“La atención médica (dice textualmente Pérez-Gaspar en el Manual del Residente de Psiquiatría. Lab. Beecham) es una forma específica de asistencia, de ayuda técnica interhumana. Su especificidad le viene dada tanto por las especiales características del “objeto” a reparar -que es un sujeto, un ser humano-, como por algunas de las características de la técnica de reparación -en la que participa como instrumento la misma personalidad de otro ser humano.

En ambos casos, lo que hay que “arreglar” y el que “arregla”, son personas humanas y la relación interhumana forma parte de la misma técnica., Con palabras de Kollar: se espera que el médico se ocupe no sólo del organismo enfermo, sino, así mismo, del estado del organismo entero, del hombre en su totalidad, porque se encuentra de hecho frente a una persona no ante un órgano aislado, ni ante una psique abstracta”

*Fijaros bien, la relación medico-paciente, es una relación interhumana y los estudios han aclarado que en la comunicación humana, el 55% lo hace el lenguaje corporal, el 38% el tono de voz y solo el 7% el contenido de las palabras. Por ello, y para que no nos quedemos atrapados en lo verbal, comencemos, a darnos cuenta de nuestras posiciones, gestos, expresiones y de lo que sentimos y pensamos...*

### ***Introduzcamos ahora la palabra transaccional.***

Leemos en el libro de Rof Carballo, “Urdimbre afectiva y enfermedad”:

“Dewey y Bentley,anglosajones, clasificaron el tipo de pensamiento en tres grupos:

1. Autoaccional, en el cual las cosas se conciben como actuando por un poder propio. Se trata del llamado pensamiento prelógico o mágico, característico de los pueblos primitivos.
2. Interaccional, es decir, de relación directa de causa a efecto, de estímulo y respuesta. Es el pensamiento mecanicista clásico, sobre el que está edificada casi toda la medicina.
3. Finalmente, en la consideración transaccional de los fenómenos el organismo tiene que ser estudiado siempre en conexión con su mundo, dando por supuesto que no es posible conocer uno solo de ellos sin deformar la realidad de ambos.

La transacción es “toda actividad o acción que concierne a dos cosas que recíprocamente se afectan o se influyen”.

Sí teniendo los ojos tapados, tactamos un objeto, recibimos, según la fisiología clásica, unos estímulos; nuestros receptores sensibles *son estimulados* por un objeto exterior. Ahora bien, esto no es exacto. Por la sencilla razón de que al tactar un objeto –por ejemplo, al tocar yo, ahora, con mi mano, está mesa – *escojo los puntos que me van a excitar*, es decir, *seleccionó involuntariamente el estímulo*.

No me es posible decidir qué es lo que ha sido antes, quien ha empezado, si yo a seleccionar con mis movimientos musculares los puntos que han de ser “estímulo”, o la percepción subjetiva de estos puntos la que me ha movido a una inconsciente selección. Percepción y movimiento forman un círculo en indisoluble movimiento, círculo que yo rompo artificialmente en el momento en el que me quiero dar cuenta y analizar *que es movimiento o qué es sensación*. Pero, en la realidad, ambos -movimiento y sensación-constituyen un círculo figural, una gestal, una totalidad, modelo de toda realidad biológica para Victor Von Weizsäcker.

Y no sólo de toda realidad biológica, sino también, traspuesto este esquema en la esfera antropológica, *modelo de la relación médico enfermo*. De igual suerte que la mano que tasta del investigador y el objeto tactado constituyen un círculo figural, también **tras toda acción terapéutica del médico, tras todo acto diagnóstico, existe un proceso ciclo mórfico, es decir, un círculo figural: un dar y un tomar mutuos.**

Así, por ejemplo, el médico que *no quiere enterarse* de la intimidad del enfermo, inconscientemente, al dirigir su atención en el interrogatorio *hacia lo que quiere oír*, es decir, hacia los datos que llama concretos, por ejemplo la cronología del dolor, sus características, con que se calma, etcétera, *bloquea* la expresión efusiva del enfermo y su referencia de aquellos otros datos que, justamente, iban a serle preciosos para una comprensión personal de su paciente. O bien, imaginemos, para mayor claridad, que están frente a frente médico y enfermo.

Pensemos que conectado con cada uno de ellos tenemos un sensible aparato que nos mide la ansiedad de cada cual. Así, al principio, la gráfica de ansiedad del enfermo, antes de empezar a contar su mal, estará altísima; la del médico también se encuentra en un punto alto, sobre todo si es joven, pues tendrá miedo a no acertar en un diagnóstico difícil. Pasan unos minutos: el médico empieza a “ver claro”, va tomando confianza en sí mismo, piensa –con razón o sin ella- que puede ayudar a su enfermo. Impalpablemente su confianza en sí mismo actúa reduciendo la ansiedad del cliente; este, a su vez, cobra confianza en su médico, con lo cual ya está realizada la mitad de la empresa terapéutica.

Pero ahora, de pronto, ante el persistente empeño del enfermo en contar su vida, el médico muestra impaciencia; imaginemos, por ejemplo, que cree haber concedido ya demasiada atención a su enfermo y que piensa que otros están esperándole. Automáticamente la ansiedad del paciente va a ascender de nuevo, su confianza se desmoronara un poco. Este “descenso” en la confianza que el enfermo le prestaba, a su vez, actúa inconscientemente sobre el médico y aumenta su irritabilidad, etcétera. El “círculo figural” funciona en cada momento como una interrelación humana exquisitamente ajustada”

Para poner esto de manifiesto con mayor claridad veamos, como se lleva a cabo una experiencia en un moderno Instituto de investigaciones psicosomáticas.

Se trata de saber cómo se modifica la función de la corteza suprarrenal, glándula que reacciona sutilmente a todo *estrés*, es decir á toda sobrecarga física o emocional, determinando la cantidad de hidrocorticoides en la sangre de unos enfermos.

Intentase provocar en ellos una frustración profunda, para lo cual se escogen enfermos que están ya desde hace tiempo en relación psicoanalítica con un médico de la clínica y de los cuales, gracias a su análisis, conocemos las capas profundas de la psique que pueden ser “tocadas” o afectadas al referirnos a determinados contenidos de su vida.

Un experimento *interaccional* -el que hace unos pocos años hubiera sido considerado como el más *científico*-consistiría sencillamente en el que un médico cualquiera evocara ante el paciente estos recuerdos traumáticos. Ahora bien, esto *hoy ya no es un método rigurosamente científico*. Veamos, en cambio, como se procede. El médico estresor, es decir provocador del estímulo, y el enfermo se encierran en una habitación, una de cuyas paredes tiene una ventana de cristal que permite sólo ver desde fuera.

Las reacciones de enfermo y médico son cuidadosamente vigiladas por dos observadores calificados que están detrás de esta ventana. El médico *no puede vigilarse a sí mismo*, aunque es un analista muy bien preparado para conocer sus propias reacciones emocionales profundas, por haber estado sometido a un análisis didáctico.

Pero, a pesar de todo, involuntariamente, al ver que sus palabras desencadenan en el enfermo una gran ansiedad, sin quererlo, reducirá su estimulación. O, al revés, irritado porque el enfermo no reacciona, la aumenta. Los “observadores” están allí para estudiar el sistema transaccional que constituyen médico y enfermo. Y para corregir el error involuntario que, pese a su deseo de ser objetivo, está cometiendo el médico frustrador, al querer irritar, o creer que irrita, a su enfermo.

Es decir, en realidad están analizando el “círculo figural” que constituye el enfermo en su existencia *como persona* (pues, por el psicoanálisis del mismo, se conocen las fuentes de ese vivo reaccionar) y el médico *como persona*; esto es, el enfrentamiento de dos existencias en mutua transacción”.

*Recalamos pues que “todos nosotros, en el fondo, estamos codeterminados por otro ser; somos siempre algo en función de otro”.*

*Cuando se toma en consideración esta relación transaccional entre médico y enfermo, pronto empiezan a aparecer casos sorprendente.*

Así Weiner, Singer y Reiser (citados por Rof en “Teoría y Práctica Psicosomática”) descubren que algunos sujetos con hipertensión esencial, cuando se les presenta los cartones de la prueba TAT, con sus historias, se comportan de manera impersonal, distante y desconfiada. Procuran “aislarse” del médico.

Ahora bien, anteriores experiencias han confirmado repetidas veces que los hipertensos son hiperreactivos a los estímulos físicos, por ejemplo a la prueba presora del frío, a los cambios de postura, o a la maniobra de Vasalva. Este proceder de “aislamiento” del hipertenso en lo que concierne a las influencias que provienen de su interacción con el médico, tiene evidentemente un sentido defensivo.

Se trata precisamente de sujetos muy vulnerables a las emociones y por eso se acorazan contra ellas. Sólo el análisis transaccional de su relación con el médico permite poner esto al descubierto.

En consecuencia, insiste Rof, concluimos con Singer que **es “la relación transaccional con otras personas, más que el contenido de la conversación... la variable importante que determina variaciones fisiológicas”**; Algunos autores sugieren: “El contenido de la charla quizás juegue un papel, pero facilitando o dificultando la relación transaccional” (Williams). En este sentido Williams y colaboradores hablan de una “fisiología transaccional”.

**Por ello es preciso, si se quieren analizar variables fisiológicas, estudiar durante largo tiempo a los pacientes y establecer con cuidado cual es la intensidad y sentido de la relación transaccional entre paciente y medico. Aun dentro de este nivel, que parece un perfeccionamiento, nos queda lo más peliagudo. Saber cuál es la “actitud emocional profunda” del investigador. Ya que esta, mal que le pese, está constantemente influyendo en los resultados que obtiene.**

*Ilustremos esto un poco más, con dos ejemplos, uno sacado de “Urdimbre afectiva y enfermedad”, cap. VI, “Dimensiones interpersonales de la medicina de hoy”, sobre las emociones en una sala del hospital. El experimento llevado a cabo en Oklahoma, por Schottstaedt, Pinsky, Mackler y St. Wolf demostrando, después de analizar meticulosamente la eliminación de agua, sodio, potasio, calcio, nitrógeno y creatinina de enfermos sometidos a “régimen de balance”, que estas cifras varían en grado apreciable según la situaciones de conflicto surgidas en la interacción social entre los enfermos.*

*Los observadores eran cinco médicos, dos de ellos con preparación psicológica, un estudiante de medicina y un sociólogo que vivía en el hospital sin que los enfermos se dieran cuenta de que era un investigador.*

*El trabajo demuestra que la unidad metabólica se comportaba como una comunidad bien definida con sus juegos de tensiones emocionales entre sus componentes, sus valores, su jerarquía de prestigio entre los enfermos (generalmente, el de más prestigio era el de enfermedad más grave o más atendida por los médicos, o bien el prestigio se debía a la buena educación del enfermo) y sus tabúes.*

*En días determinados, en que por conflictos diversos, la “atmósfera” de la sala era particularmente agitada, aumentaba el porcentaje de respuestas metabólicas a posibles episodios de estrés o sobresalto. Así, por ejemplo, un día se pide por cuestionario, a las enfermeras que den su opinión sobre que enfermos son los que, personalmente, prefieren. Las enfermeras se agitan, eluden hacerlo, y esto crea una atmósfera que repercute claramente en los resultados bioquímicos. Las principales fuentes de variación derivaron de dificultades en las relaciones interpersonales.*

*Nos interesa mucho recalcar que la situación emocional de las enfermeras es capaz de modificar los resultados del estudio metabólico de los enfermos. La conclusión, importantísima, es que una sala del hospital, por bien dotada que éste, no es nunca un ambiente neutro donde puedan sacarse conclusiones de lo que ocurre con el enfermo que ocupa una cama, sin tener en cuenta sus relaciones interpersonales con toda la comunidad que forman enfermos, médicos y enfermeras... Se incurrirá por tanto en graves errores al no tener presente esto en la investigación.*

*El segundo ejemplo, sacado de “Manifiesto para una nueva medicina”, es acerca de unos estudios que Salvador Minuchin –psiquiatra y pionero de la terapia familiar, dirigió en el Centro de Orientación Juvenil de Filadelfia- sobre una serie de niños y adolescentes con enfermedades físicas graves, incluidas el asma, la artritis reumatoide, la anorexia nerviosa y la diabetes juvenil. La hipótesis de Minuchin era que estos trastornos eran tan emocionales como físicos, y que las interacciones familiares podían afectar profundamente a su curso y a su resultado.*

Minuchin descubrió que algunos de estos niños sufrían lo que él llamaba “diabetes psicósomática”. Normalmente no se distinguía de otros diabéticos juveniles, pero en el contexto de determinados tipos de estrés familiar, sus respuestas fisiológicas cambiaban de forma drástica. Sus niveles de ácidos grasos (los indicadores de activación emocional que Minuchin

midió) subían entonces y su glucemia se disparaba fuera de control: a veces ni siquiera la insulina surtía efecto.

Cuando Minuchin examinó estas familias, descubrió que los niños o estaban sometidos a una atención familiar excesiva y sobreprotectora, o hacían de “mediadores” en los conflictos de los padres.

Cuando la entrevista se realizaba a solas con los padres y se les exhortaba a manejar por sí mismo los conflictos existentes entre ellos, el nivel de ácidos grasos de uno o de ambos progenitores subía.

Cuando los niños diabéticos eran introducidos en la situación, se convertían en una especie de pararrayos del estrés familiar. Mientras que los niveles de ácidos grasos de los padres se mantenían constantes, los de los niños subían precipitadamente, desencadenando una serie de acontecimientos que a veces conducían a una crisis diabética.

Minuchin concluyó que la diabetes juvenil, uno de los estados patológicos biomédicos descritos con más claridad, era de hecho una enfermedad familiar, además de individual; su tratamiento correcto no sólo requería una dieta especial e inyecciones de insulina, sino también terapia familiar.

*Estamos intentando, llamarles la atención a ustedes de esas actitudes inconscientemente asumidas en sus estudios de biomedicina, que hacen que releguen estas y otras muchas observaciones a la zona marginal de su atención. Deseamos que empiecen a reconocerlas, y a darles importancia. **Solo entonces comenzaran a comprender que TODOS los padecimientos humanos son psicósomáticos.***

***La existencia humana es determinada radicalmente por la coexistencia. Todos nosotros, estamos codeterminados por otro ser; somos siempre en función de otro.***

Decía Von Weizsäcker “No es el yo el absoluto metafísico, sino el nosotros” y R. Siebeck “***No podemos comprender al hombre como ser aislado; el hombre esta tejido con su mundo circundante, con la comunidad de los demás hombres***”. Y M. Bally: “el hombre natural no existe, en su esencia, cada hombre es prójimo, es decir miembro de una comunidad, perteneciente a un grupo y a una época determinada...”

Dice bellamente el Profesor de Neurofisiología José M. Rodríguez Delgado: “Los seres humanos nacen con gran falta de madurez neuronal, lo que imposibilita la presencia de funciones mentales. Por eso los recién nacidos no pueden andar, hablar, asociar ideas o tocar el piano.

El desarrollo las neuronas individuales exige el aporte información sensorial. El recién nacido lo tiene que aprender todo. Hay que enseñarle a controlar esfínteres y a comer, a jugar y a conocer, incluso a querer. La información recibida del exterior estructura las ramificaciones y las funciones neuronales. Es algo parecido al cincel del escultor que crea formas y belleza en el mármol inerte.

De esta manera los códigos informativos de fuera se materializan en el cerebro de dentro. Como el recién nacido no pueden elegir ni sus alimentos, ni su información sensorial, la responsabilidad de su formación mental y emocional no es individual, sino social. El dinamismo neuronal es mucho mayor de lo que se creía antes.

Incluso en las personas mayores hay una continua renovación química en el cerebro. La identidad personal no es un elemento estático, sino que está en continua reconversión que hay que procurar dirigir con motivaciones personales e inteligentes. No basta conocerse si mismo, hay que estar en continua renovación constructiva”.

*Y son clásicos y conocidos me imagino por todos ustedes, aunque me imagino que no lo tienen siempre presentes, los experimentos de psicología de la percepción, en los cuales se comprueba que lo que percibimos hemos sido “condicionados” para percibirlo, hemos aprendido a percibirlo. Nosotros hemos aprendido en la Facultad a percibir el órgano enfermo, las alteraciones de la homeostasis, etc...es decir el aspecto biológico del enfermar y mucho menos a tener presente esos otros aspectos como el psicológico, el social, el histórico y el existencial.*

*Es pues importante y necesario que empecemos a formarnos en esos otros aspectos y ese creo yo que es el gran reto, el gran objetivo de una Sociedad Científica de Medicina Psicosomática.*

*Dice al respecto el Dr. José M<sup>a</sup>. López Sánchez en el capítulo “Historia clínica y Medicina Psicosomática” del volumen II de “Resúmenes de Patología Psicosomática”-:*

*“La escucha del médico debe estar particularmente sensibilizada y entrenada. Solo de la capacidad y la penetración de esta escucha podemos esperar, en nuestro abordaje desde el paradigma psicosomático, el conocimiento fundamental de la relación de convergencia y de vecindad entre la enfermedad y ciertos significados particulares del sujeto. Esta capacidad de escucha por parte del médico es necesaria ya en la recogida de la historia clínica, el documento más importante en Medicina, cada vez también más despreciado.*

*Resulta sorprendente (y denotativo de la degradación de la asistencia en las instituciones públicas) el que la historia clínica la haga hoy el último médico residente que ha llegado, o un enfermero, o un trabajador social...*

*Ya Balint repetía: “Si el médico formula preguntas, recibe respuestas, pero casi nada más.*

*...El médico escucha y con su capacidad de comprensión puede penetrar muy diversos planos: el de los síntomas, el de la patogenia, el de las causas concurrentes, el de las circunstancias facilitadoras y desencadenantes, pero también el de la oportunidad de la enfermedad, el del sentido de la enfermedad en la biografía de su paciente”.*

*En toda historia clínica, pero sobre todo en el paradigma psicosomático, la capacidad de comunicación del médico resulta imprescindible para un buen diagnóstico y para un buen tratamiento.*

***Esta capacidad de comunicación no se suele entrenar en las Facultades.***

*Permitidnos llamar por último la atención sobre un aspecto, que aunque ignorado en la formación del médico, nosotros después de muchos años de investigación y práctica clínica psicosomática hemos llegado a la conclusión de que es sumamente importante y por ello queremos traerlo aquí a colación: es la faceta existencial. En el fondo la mayoría de los hombres buscan sentido a sus experiencias, y a veces se preguntan ¿cuál es el sentido de la vida?*

*Yujiro Ikemi (Presidente del Colegio Internacional de Medicina Psicosomática) dijo en un Simposio celebrado en Córdoba en octubre de 1979, y que se publicó bajo el título:*

*“Science et Conscience. Les deux lectures de l’univers” (Stock, 1980): “...pudiera ser que el objetivo final de toda psicoterapia (y nosotros queremos recordarles que todo acto médico es psicoterapéutico) sea precisamente esa Iluminación que es el objetivo del Zen”*

*Las escuelas de Oriente, hablan de la existencia de un ego personal y de un Yo transpersonal. En el yoga (que quiere decir UNION) se intenta unificar a ambos. Cuando se logra que el ego personal se convierta en el YO total, se alcanza el pináculo del desarrollo y la Iluminación.*

***Mientras mayor sea la correlación ínter hemisférica (es una medida de similitud entre patrones electrofisiológicos registrados en diferentes zonas cerebrales, pero mostrando índices temporales de tal similitud) ,más cerca se encuentra una persona de la totalidad –Yo transpersonal-; en cambio, mientras menor sea esta correlación, más separación existe entre lo puramente personal –ego- y lo colectivo –Yo total-.***

*La técnica de observación de los propios contenidos, es la más idónea para lograr la hiperunificación (implica el acto de poner la atención en uno mismo). Podemos ejercitarnos unos segundos, con un ejercicio que consiste en que vayamos haciéndonos conscientes y verbalizando aquello de lo que somos conscientes: “Ahora, me doy cuenta de algo... interior, exterior o fantasía” ¿Dónde esta nuestra atención?*

*En un estudio realizado por Jacobo Grimberg-Zylberbaum, éste demostró, que **a medida que dos sujetos entran en comunicación directa** -acontece cuando los sujetos son capaces de sentir su mutua presencia sin necesidad de utilizar señales sensoriales tales como imagen del otro, ni verbalización, ni contacto táctil o cualquier otro medio físico de comunicación- **sus patrones de correlaciones ínter hemisféricas individuales** (estados bajos de correlación ínter hemisférica se asocian con estados internos de desequilibrio -dispersión, angustia, miedo, sensaciones de ausencia de centro integrador, es decir sensaciones de desintegración yoica-, mientras que altos niveles del correlación ínter hemisférica se presentan cuando un sujeto logra estar en contacto con su yo en equilibrio, calma e integridad -estados de satisfacción interior intensa, paz, éxtasis) **sufren una modificación que los hacer volverse parecidos entre sí.***

*¿Creéis que esto no influye en la relación transaccional terapeuta-paciente? ¿Pensáis que ello no tiene influencia sobre los estados que vivencia el paciente en la interacción con su terapeuta, y que determinan esa fisiología transaccional que hace que ciertos terapeutas consigan lo que otros no han podido conseguir?*

*¿Se referirá a todo esto el Dr. Ángel Escudero –cirujano que opera a sus pacientes sin anestesia química- cuando al hablar de la Psicoanestesia Volitiva –así denomina él a la anestesia psicológica que sus pacientes son capaces de conseguir y que les permite estar despiertos, muy tranquilos, sonriendo...mientras se les interviene quirúrgicamente- cuando en la pagina 176 de su ultimo libro “Curación por el pensamiento- Noesiterapia” dice:*

*“es más fácil conseguirla que explicarla. Y sin duda, hay factores emocionales y afectivos que el terapeuta despierta en su paciente, con su clara actitud de buscar el bien que necesita, que condicionan y facilitan su obtención.*

*El amor con que es tratado el paciente actúa como catalizador de estos fenómenos psicobiologicos”.*

*Nos gustaría recomendarles para que profundicen en este aspecto tan desconocido como descuidado en nuestra época, la lectura del libro “El sabor de la Iluminación” de Jacobo Grimberg-Zylberbaum. Ed. Sirio.1994., del cual resaltamos estas frases:*

*“El ser humano posee, como uno de sus más notables atributos, la capacidad de experimentar una gama extraordinariamente amplia de estados. Estos fluctúan entre los extremos más devastadores de la confusión, angustia y dolor psíquicos hasta los más nobles y extáticos sentimientos de amor y paz interiores.*

A lo largo de la historia de la humanidad, han aparecido seres humanos que han manifestado la existencia de una forma de ser y sentir que representan la cúspide de todas las posibilidades humanas. El hecho de que algunos seres humanos hayan sido capaces de experimentar tal estado implica que este es posible para cualquiera y que su acceso es parte de la herencia humana. A este estado sublime se le denomina “Iluminación”.

El estado de Iluminación ha recibido diferentes denominaciones según la tradición a la que han pertenecido los hombres y las mujeres que han logrado experimentarla. Sin embargo, y a pesar de esta diversidad semántica, la experiencia la que se refieren parece ser la misma.

La ciencia no puede fundamentar la vivencia del iluminado, puesto que ésta se refiere a un conocimiento que pertenece al ámbito de lo inmutable y absoluto. Sin embargo, la ciencia sí es capaz de mostrar los correlatos físicos y fisiológicos de algunas manifestaciones de tales vivencias y crear modelos que las expliquen.

***La Iluminación no es lugar geográfico o un evento externo, no requiere de parajes especiales o de aislamiento. Más bien, acontece cuando la Realidad es percibida sin filtros, ni descripciones intermediarias.***

Cuando un niño nace su percepción no se encuentra estructurada. Tanto sus padres, la comunidad y la escuela se encargan de conformar su percepción de acuerdo con los moldes establecidos.

**Cuando alguien es capaz de darse cuenta de que su percepción de la Realidad no es pura, sino determinada por el mito que ha hecho suyo y puede darse cuenta de las características y del poder de este mito, da un primer paso hacia la Iluminación.**

***El estado de Iluminación implica la desaparición de todo filtro en la percepción, tanto del entorno como de sí mismo.*** Esta desaparición hace que no exista preconcepción ni estructura de separación entre el sujeto y la Realidad. Por lo mismo, ***el estado de Iluminación no puede describirse, puesto que trasciende el razonamiento lineal.***

La aniquilación del mito de identidad sostenido por las estructuras introyectadas, aquellas que confundimos con nuestra naturaleza real y que compartimos con los seres humanos que, como nosotros, han sido educados en forma similar y que, por tanto perciben también de forma similar a nosotros, es recordamos el primer paso hacia la Iluminación..

***La Iluminación, determina un cambio en la percepción,*** sobre todo, un descubrimiento acerca de la naturaleza de quien percibe y un contacto íntimo con un sí mismo puro y libre de ataduras.

Generalmente la identidad personal sufre una verdadera expansión durante el proceso de desarrollo que desemboca en la Iluminación.

Generalmente nos identificamos con nuestro cuerpo creyendo que la muerte del mismo conllevará nuestra desaparición total. Esta identidad se refuerza por la percepción que los otros tienen de uno mismo. Sin embargo esta identidad es ilusoria y no corresponde a nuestra naturaleza esencial.

El cuerpo, la mente, las emociones, son otras tantas vestiduras del verdadero Yo, el cual se viste con ellas, pero se encuentra “fuera” del espacio y tiempo, más allá de todo concepto y explicación. ***El contacto con quien verdaderamente somos es la Iluminación.*** En ella no desaparece la individualidad, sino que se expande para abarcar lo todo.

Por tanto el concepto de la Iluminación indica que ésta aparece cuando un sujeto logra percibirse asimismo en Unidad con una naturaleza que se encuentra en todo. La Realidad a la que tiene acceso el iluminado es esa misma naturaleza que no admite separación alguna entre

Observador y lo observado. Por otro lado, *la Iluminación no pueden describirse, sino solamente vivirse. Cuando alguien tratar de llegar a la Iluminación a través del pensamiento racional fracasa puesto que la Iluminación trasciende a la mente condicionada*".

*Queremos terminar recordándoos que hay muchos tratamientos a disposición del paciente, tanto médicos como quirúrgicos, y ninguno funciona siempre. Nuestros pensamientos pueden mejorar, anular o invertir los efectos del tratamiento.*

*Lo importante es que el medico sea congruente - es decir cuando todos sus canales de salida: postura corporal y movimientos, tonalidad, ritmo de voz y palabras están representando el mismo mensaje o mensajes compatibles- acerca del tratamiento que receta. Cuando médico y paciente creen que un tratamiento tiene posibilidades de ser efectivo, el paciente mejora en un 70% de los casos, incluso si el tratamiento es un placebo. La congruencia cura.*

*El tratamiento más eficaz según nuestra experiencia clínica consta de cuatro aspectos:*

1. *La congruencia del médico.*
2. *La creencia congruente del paciente.*
3. *La relación empática entre médico y paciente –la comunicación directa-.*
4. *El efecto directo del tratamiento.*

#### **Bibliografía recomendada:**

*Rof Carballo, Juan. "Urdimbre afectiva y enfermedad". E. Labor. 1960*

*Rof Carballo, Juan "Teoría y Practica Psicosomática". Ed.DDB. 1984*

*Rof Carballo, J y Del Amo, J "Terapéutica del Hombre". Ed..DDB. 1986*

*Richard Bandler y John Grinder "La estructura de la magia. Vol. I y II". Ed. Cuatro Vientos.1980 y 1994*

*O'Connnor Joseph y Seymour John. "Introducción a la Programación Neurolingüística". Ed. Urano. 1992*

*James S. Gordon. "Manifiesto para una nueva Medicina". Ed. Paidos contextos.1997.*

*Jacobo Grimberg-Zylberbaum. "El sabor de la Iluminación". Ed. Sirio. 1994*

*Jacobo Grimberg-Zylberbaum "Los chamanes de México. El cerebro y los chamanes". 2ª edición. 1990. Ed. I.N.P.E.C.*

*Manual del Residente de Psiquiatría. Lab. Smithkline-Beecham. Ed.1997.*

*Gregorio Marañon. "La Medicina y nuestro tiempo". Ed. Espasa-Calpe. 4ª edición.1969.*

*Dr. Ángel Escudero Juan. "Curación por el pensamiento-Noesiterapia-". Autoedición.1998.*

*O'Connor Joseph & Mcdermott Ian. "PNL para la salud". Ed. Urano.1996*

*Daniel Goleman. "El Punto Ciego".Ed. Plaza & Janés. 1997*

*Erich Fromm. "Tener o Ser". Ed. Fondo de Cultura Económica. 1986*

*J. Krishnamurti. "Comentarios sobre el vivir. Volumen I, II y III". Ed. Kairos.*

*Jose M.ª López Sánchez y otros. "Resúmenes de Patología Psicosomática" Volumen I y II. Ed. Circulo de Estudios Psicopatologicos de Granada.1989.*

***Texto base del Tercer Taller del I Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Psicosomatica. 14 de mayo de 1.999***

**Por: Julio Velázquez Troncoso  
Médico. Psicoterapeuta.**