

1. El Problema de una Teoría de la Medicina

1.1 Defensa de una Medicina Teórica

Crecimos con la idea de la medicina como *ciencia aplicada* – y eso se refiere – al fin y al cabo, ni a una ciencia, sino a una disciplina, que utilizaría las teorías y los métodos de las llamadas ciencias básicas para las utilidades prácticas de los médicos. A lo más, las reglas de qué y de cómo se debe utilizar aquel *qué* para alcanzar las metas establecidas serían propiedad y responsabilidad propia de la medicina; todo lo otro permanecería propiedad y responsabilidad propia de la física, la química, la biología, la fisiología o la anatomía.

El currículum de la medicina también le corresponde a esa idea. En él los futuros médicos aprenden las teorías de la estructura del cuerpo humano y los complicados mecanismos en su interior, antes de entrar en contacto con seres humanos enfermos durante los semestres clínicos. Durante esos semestres, entonces, aprenden la práctica, es decir, las reglas a través de las cuales se transforman en diagnóstico y tratamiento las teorías aprendidas en el período preclínico. Por ello, los estudiantes de medicina y los médicos tienen dificultades para ver, en qué medida la práctica que aprenden y ejercen, está impregnada de teoría. Creen, que la realidad de las enfermedades ha creado la teoría de la medicina, y no ven, hasta dónde las teorías de ramos ajenos han determinado la realidad de las enfermedades. Evidentemente, otras disciplinas están concientes del hecho que las teorías determinan las prácticas, y no al revés. Así, existe una física teórica y libros sobre biología teórica. Bajo esos puntos de vista, la disciplina de *medicina teórica* es una necesidad urgente.

Desde hace algunos años, el currículum médico contiene disciplinas nuevas: psicología médica, sociología médica, psicoterapia y medicina psicosomática se añadieron aditivamente a los ramos tradicionales; en esos nuevos ramos los estudiantes de medicina aprenden teorías sobre el vivenciar y la conducta humanos y sus alteraciones. Aprenden métodos que fueron desarrollados para el reconocimiento diagnóstico y la terapia de esas alteraciones, ahora comienzan a vislumbrar que los nuevos métodos diagnósticos y terapéuticos se basan en otra teoría de la medicina que aquellos métodos que aprendieron en los ramos tradicionales de la medicina interna, la cirugía, etc. Con ello surgen problemas, que nuevamente afectan la teoría y práctica de los médicos, pero que, debido a la ausencia de una “ciencia básica” destinada para ello no pueden ser tratados, es más, ni siquiera son enunciados.

¿Qué significa el hecho, que tengamos distintas teorías para la medicina, una físico-química para el cuerpo y otra psicológica para el vivenciar y la conducta de los seres humanos?, ¿Se complementan? – y si es así, ¿cómo es tal complementación; qué consecuencias prácticas resultan de ello? O: ¿no se complementan; se excluyen mutuamente? Estamos ante la pregunta, ¿cuál de las dos tiene razón? O: ¿las dos teorías no alcanzan para determinar el fundamento de la medicina; se trata sólo de teorías parciales, que requieren de una tercera teoría superior, a la cual se pueden supeditar? ¿Dónde se encontraría tal teoría superior, y qué consecuencias resultan de ella para las teorías parciales y para la práctica derivada de ellas?

Aquellas son preguntas por teorías. Poseen un significado inmediato para la praxis, la enseñanza y la investigación en medicina; afectan las herramientas del pensar y actuar médico.

El enfrentamiento con esas preguntas es tarea de una *medicina teórica*. Entendemos por ello una disciplina que se enfrenta con los efectos en el actuar práctico de los médicos.

Una disciplina de ese tipo, hasta ahora, existe tan poco como una teoría general de la medicina. Si, consiguientemente, cometemos la osadía de buscar tal teoría, debemos pedir al lector que nos acompañe críticamente en este camino.

1.2 Los Fundamentos de una Teoría del Conocimiento de la Medicina Hoy

1.2.1 La Revolución de nuestra Teoría del Conocimiento en el Siglo 20

A mediados del siglo 19 la física se convirtió en la “ciencia básica de las ciencias naturales”, que debía desarrollar el acceso a la “realidad del ser objetivo” de las cosas. Desde entonces, la medicina se convirtió en una “ciencia aplicada”, es decir, una disciplina que cobraba sus fundamentos teóricos del conocimiento de la física. Eso ha cambiado. Quien hoy en día, quiere discutir acerca de problemas fundamentales de la medicina debe partir desde aquel cambio. F. Cramer, el director del instituto Max – Planck para medicina experimental en Göttingen, lo formuló de la siguiente manera:

“En los últimos años se han consumado algunos cambios fundamentales – aun inadvertidamente para el público científico – de paradigma, que están relacionados con que gradualmente la física ha sido reemplazada por la biología y la medicina como ciencia primordial de las ciencias naturales.”¹

Durante nuestro siglo sucedieron revoluciones en tres disciplinas científicas en el sentido de Thomas Kuhn²:

1. En la primera mitad del siglo 20 la **física cuántica** descubrió, en vez del acceso a la realidad del ser objetivo, el *problema del observador* y, esto quiere decir, según Bohr³ y W. Heisenberg el hecho, que el observador lleva el fenómeno observado a una forma que corresponda con su formulación de la pregunta y con sus posibilidades de responderla.
2. En la **biología**, J. v. Uexküll⁴ planteó la tesis en base a sus investigaciones experimentales en organismos inferiores, que los organismos vivos viven en un *medio ambiente subjetivo*, “específico para la especie” generado por sus receptores para sus tipos de conducta. H. v. Foerster⁵ formuló esta afirmación, en general, como la fórmula, de que los *seres vivos* son

¹ Cramer, F.: Salud, Energía, Resonancia – un concepto de los cambios vivos. En: Bartsch, H.H., Bengel, J. (editores): Salutogenese in der Onkologie (Salutogénesis en la oncología), Karger, Basel 1996.

² Kuhn, Th. S.: Die Struktur wissenschaftlicher Revolutionen (La estructura de las revoluciones científicas). Suhrkamp, Frankfurt 1973.

³ Bohr, N.: Atomphysik und Naturbeschreibung (Física atómica y descripción de la naturaleza), pág. 1, 14. Springer, Berlin 1931:

“En la física, donde se trata de ordenar las experiencias del mundo exterior, naturalmente nos deberemos ocupar menos frecuentemente con la pregunta acerca del carácter de nuestros modos de ver que en la psicología, donde nuestra actividad de pensamiento misma es objeto del examen. Sin embargo, justamente la «objetividad» de las observaciones físicas es apropiada para iluminar agudamente el carácter «subjetivo» de las experiencias.”

El explica que la física aun a fines del siglo 19 por la “clarificación de la legalidad de la mecánica” fortaleció la certeza de una vigencia objetiva de las observaciones físicas.

⁴ Uexküll, J. v.: Bausteine zu einer biologischen Weltanschauung. Bruckmann, München 1913.

J. v. Uexküll define “Medio ambiente” como las partes constitutivas escogidas por los órganos sensoriales y motores de un sujeto vivo. “está claro, sin duda, que si existe un mundo canino distinto al humano, también debe de existir un mundo hípico, de monos etc. Sí, hasta los animales más primitivos se ordenan mundo tras mundo en una secuencia de mil maneras distintas, luminosa.

⁵ Foerster, H. v.: Observing systems. Intersystems Publications, Seaside 1982.

“sistemas observadores” que conducen a “estar – en – forma” a su entorno para sus necesidades y para las posibilidades de su comportamiento. Por ello, para Bateson⁶ existen las “unidades de supervivencia” de “organismo más medio ambiente”.

3. Para la **psicología**, Piaget⁷ señala que la *teoría de la ilustración*, según la cual la observación debería consistir en la reproducción lo más cercana posible al entorno, *se contradice con todas las etapas de la inteligencia*. La percepción no es un proceso pasivo, sino activo y creativo, el cual lleva a “estar – en – forma” al entorno para las necesidades y las posibilidades de comportamiento del sujeto.

Las tres revoluciones comparten el entendimiento que la “realidad” nunca se nos es asequible de manera no-desfigurada, sino solamente vestida de nuestra forma de preguntar predeterminada.

Es un conocimiento, el que se nos haya quitado la seguridad de nuestro pensar e investigar en una realidad predeterminada que sólo tenemos que desvelar. Volvemos a depender de nosotros mismos y de aquello que podemos experimentar en nuestra limitada vida humana y que debemos construir como realidad humana.

Este cambio en nuestra situación teórico científica sobrepasa ampliamente lo que Kuhn describió como cambio de paradigma de una disciplina científica. Para lo que debemos desarrollar, debemos escoger el concepto de cambio de sintagma.

1.2.2 Cómo se crea Conocimiento

En toda interacción entre médico y paciente el problema del conocimiento toma una posición central. Por eso, ahora nos queremos ocupar más detenidamente de ello.

Primero, nos parecen importantes algunas reflexiones de base y determinación de conceptos. Queremos definir como la voz de nuestros pensamientos, el saber que resiste la revisión a través de la experiencia. De alguna manera, se encuentra entre la creencia y la opinión, la creencia contendría certeza (certidumbres subjetivas), que el individuo requiere para la superación de su vida, sin poder confirmarlas en su medio ambiente. Las opiniones, en cambio, (en ciencia hablamos de hipótesis) son cambiables con relativa facilidad a través de experiencias corregidoras. Si se insiste rígidamente en las opiniones como en sentencias de fe inamovibles, entonces hablamos de delirio.

Como ciencia queremos entender la ampliación metódico-sistemática de nuestro saber en relación con una extensión de la base empírica y el desarrollo de una teoría. La teoría es un sistema de afirmaciones no contradictorias, que ordena los datos empíricos (las frases básicas) y nos posibilita pensar nuestras experiencias y hablar de ellas.

Sólo si se toma el concepto de ciencia en esa extensión tan amplia y general, y no se liga a algún método, se pueden resumir los intentos de las disciplinas científicas más diversas bajo una sola

⁶ Bateson, G.: *Ökologie des Gestes (Ecología del espíritu)*, pág. 620. Suhrkamp, Frankfurt 1985.

⁷ Piaget, J.: *Jean Piaget sobre Jean Piaget*, pág. 30, Kindler, München 1981: “Según la concepción corriente el mundo externo está completamente separado del sujeto, a pesar que incluye el cuerpo del sujeto. Según esto, el conocimiento objetivo parece ser simplemente el resultado de una totalidad de actos de registro....La única tarea de la inteligencia consistiría en ordenar las diferentes cantidades de información sistemáticamente....; mientras más leales a la realidad sean las imágenes decisivas en este proceso, tanto más libre de contradicciones será el sistema resultante...No obstante, efectivamente todas las etapas del desarrollo, sobre todo la sensomotora y las etapas previas al lenguaje de la cognición adaptativa y de la inteligencia, están en contradicción con esta comprensión pasiva del acto de entender.”

definición. Entonces, pierde sentido la pregunta provocadora acerca del psicoanálisis como ciencia, ya que según esa definición amplia, naturalmente, no puede haber duda de que el psicoanálisis es una ciencia.

Como el ser humano no es una *tabula rasa*, que colecciona impresiones simples, sino un ser con limitados órganos de percepción, con una historia, con un complejo proceso de socialización y experiencias muy subjetivas, no son asequibles en ninguna parte los datos empíricos objetivos, como fueron exigidos por empirismo y positivismo como base de nuestro conocimiento. Todas nuestras percepciones son co-creadas por una teoría, un pre-saber, de tal manera que Einstein, con razón, pudo decir que nuestras teorías determinan lo que vemos y describimos.

Si, de esta forma, la ganancia de datos ya se hace problemática y más o menos “subjetiva”, entonces, esta primera inseguridad de la adquisición de conocimiento se incrementa ostensiblemente con una segunda. Ya que todos los datos se pueden interpretar de distintas formas.

El saber se puede adquirir de dos maneras: por un lado, a través de experiencias actuadas, por otro lado, a través de la adjudicación e interiorización del saber tradicional, es decir, de las experiencias que otros seres humanos (a veces generaciones completas) hicieron antes de nosotros. Debido a que siempre sólo podemos hacer una limitada cantidad de experiencias, dependemos – sobre todo en la ciencia, pero también en general – del saber tradicional.

Para esclarecer, cómo se adquiere conocimiento a través de la experiencia actuada, queremos derribar a la brevedad el modelo de la adquisición de conocimiento como acción.

Para ganar la acción como modelo, pura y no reducida a algunos aspectos parciales, primero debemos preguntar, qué representa cómo fenómeno autónomo. La respuesta es:

“Originalmente y llevada a su forma más general, la acción constituye: la relación con el mundo. De esta relación, de alguna manera, participamos.

Si analizamos el acontecer completo de una acción, en él se pueden distinguir distintas fases o etapas. Tomemos como ejemplo cualquier acción, por ejemplo aquella, en que trepo un árbol y saco una manzana. Sucede lo siguiente:

1. Veo algo, por ejemplo colores y formas, que a través de una interpretación simultánea son elucidados como árbol frente a un muro que entre sus ramas lleva una manzana.
2. Manzana, árbol y muro me otorgan guías de acción, de utilizar el muro como apoyo y el árbol como escalera para coger la manzana.
3. En cuanto intento llevar a cabo tales instrucciones, se dilucidará si la interpretación fue correcta. Podría ser, que el muro cediera, el tronco o la manzana estuvieran podridos”(Th. V. Uexküll 1963).

Una acción se desarrolla, entonces siempre, según el siguiente esquema:

1. Un fragmento del mundo que me rodea es interpretado.
2. Lo interpretado me otorga ciertas guías de acción.
3. En la relación con el mundo sucede una prueba, si la interpretación y sus guías de acción fueron correctas.

Sin poder entrar en detalles, queremos indicar que este esquema básico no sólo tiene una connotación cognitiva, sino también emocional, que es muy importante para la medicina psicosomática. La pregunta, si una guía de acción que surge desde la interpretación hipotética de una situación, puede ser resolver sus problemas o no, puede ser decisiva para la supervivencia. En este contexto, podemos hablar de un *principio de realidad pragmático*. Una situación problema sin resolver, en caso de una debida urgencia, puede desatar una reacción de alarma con

todos los fenómenos de acompañamiento psíquicos y somáticos. En nuestro caso de la cosecha de la manzana, la imagen de la manzana entre las ramas en el caso de un desnutrido desataría una actividad que acompaña la esperanza de evitar una muerte por hambre. Si entonces, la guía de acción se presentara como impracticable, el ánimo podría convertirse en desesperación y finalmente en retiro y apatía, como puede ser el caso de una náusea (Th. V. Uexküll 1952). En cambio, si la guía de acción resulta practicable, esto significa un aumento en vitalidad, desde la psicología del comportamiento se trata de castigo o premio.

Papousek (1975) indica que la forma básica de este esquema de acción es congénita. Escribe:

“Las situaciones que le ponen problemas al niño, para cuya solución no dispone de programas, ya a temprana edad son respondidas con reacciones de alarma (...) Cuando el lactante no encuentra la solución correcta en una situación problema, primero incrementa su esfuerzo, pero sus intentos rápidamente pierden la coordinación... Esto puede llegar tan lejos, que amenace con una sobrecarga del organismo. Aquí podemos observar en el lactante un cambio repentino de conducta, que recuerda a la inhibición de protección de Pawlow o al reflejo de simulación de muerte. El lactante permanece quieto y con ojos que miran sin convergencia y pasa a la respiración del sueño.”

Se trata de un cambio a un estado, en el cual el mundo se apaga y el lactante sólo es cuerpo, un fenómeno al cual volveremos más adelante.

Además del *principio de realidad pragmático*, con sus dos modelos de reacción, activación o retiro, debemos interiorizar un modelo de *principio de realidad comunicativo* (Th. V. Uexküll, Wesiack 1979), que también tiene etapas muy tempranas, quizá congénitas. Lo describimos como la sensación de un eco en personas relevantes de nuestro entorno, que acompaña todas nuestras interpretaciones y reacciones de comportamiento y que nos da la seguridad de nunca encontrarnos completamente solos y aislados. Winnicott (1973) describió, cómo en la infancia temprana la presencia de la madre le otorga esa seguridad al niño, que es necesaria para que se pueda entretener consigo mismo. Aparentemente, en ese estadio la sensación del eco aún requiere de un apoyo visible o auditivo. La pérdida de la sensación de realidad comunicativa juega un papel en ciertos estados depresivos. Supusimos, que tal pérdida también juega un papel en pacientes que se han aislado y separado de la realidad, como se ha descrito en enfermedades crónicas. Resumamos las reflexiones de este párrafo:

El saber se origina por la experiencia actuada y nos ayuda a desarrollar programas, con ayuda de los cuales podemos superar más o menos bien nuestras tareas vitales. Tanto la formación de conocimiento pre científica como la sistemática y metódicamente llevada siempre se desarrolla a través de las siguientes tres etapas:

1. Percepción (acumulación de datos)
2. Interpretación de lo percibido como algo determinado (como objeto de nuestro “interés”), que nos otorga guías de acción para nuestro comportamiento y actuar siguiente
3. Prueba de realidad

Einstein (1938) formuló en 1938 acertiva y claramente en su metáfora del reloj cerrado, el hecho que nunca captamos la realidad “objetivamente” y sólo logramos hacernos imágenes de ella, que se basan en interpretación:

“Los conceptos físicos son libres creaciones del espíritu humano, y, aunque quiera parecer así, no están determinados claramente por el mundo exterior. En nuestro esfuerzo de comprender el mundo, nos parecemos en cierta manera a un ser humano, que quiere comprender el mecanismo de un reloj cerrado. Ve la esfera, las manecillas, escucha el tictac, pero no tiene posibilidad alguna de abrir la envoltura. Si es astuto, puede pensar en la imagen de un mecanismo que explique todo aquello que observa. Pero nunca podrá estar seguro, que su imagen es la única que

explica su observación. Nunca estará en la situación de comparar su imagen con el mecanismo real. Sí, ni siquiera se puede imaginar, qué sentido tendría tal comparación.”

Desde ya, se muestra, que no entendemos con suficiencia las enfermedades de nuestros pacientes, mientras separemos las reacciones de su organismo de su entorno, de sus relaciones objeto y de la situación, en la cual se encuentra, respectivamente. Las observaciones fisiológicas del organismo y del comportamiento, evidentemente deben ser complementadas por la vivencia subjetiva de los pacientes y por sus relaciones sociales, para poder aprehender completamente el devenir mórbido y ayudar eficazmente. La revolución teórico científica tiene dos consecuencias para la medicina:

1. Individuo y entorno no se deben observar por separado. Con ello, estamos frente al problema, de cómo su relación se lleva a conceptos, que le otorguen indicaciones concretas al médico, las cuales le permitan sus tareas diagnósticas y terapéuticas.
2. Hasta ahora, sólo podemos poner en paralelo los resultados de los métodos fisiológicos, psicológicos y sociológicos. Sin embargo, para la comprensión del ser humano enfermo como fenómeno somato-psico-social, requerimos de modelos a través de los cuales se pueda interpretar las relaciones entre estos tres ámbitos.

1.3 Una Historia Clínica Cotidiana

Entra una mujer pequeña, obesa, de cerca de 50 años de edad a la consulta, cuya apariencia denota antipatía y poca higiene personal. Cuenta, que en los últimos catorce días ha sufrido en dos oportunidades episodios nocturnos de disnea y dolor precordial, de tal manera que temió morir. Luego de indagar en las otras situaciones vitales, cuenta entre sollozos, que hace muchos años vive en malas nupcias con un hombre, que la descuida y que se ausenta por varias noches seguidas. Entre ellos, hace tiempo solamente existe silencio o pelea. El hijo mayor ya se cambió de casa, y el primer ataque cardíaco nocturno sucedió, luego que su hijo menor, el favorito, explicara que ya no estaría dispuesto a seguir escuchando las peleas caseras y que en los días siguientes se cambiaría a la casa de su pareja. En este momento de la conversación, con tono afligido y acusador, ella comienza a llorar.

El aspecto de la paciente, obesa – con su talla de 164cms pesaba 108kgs – una cianosis de labios insinuada y disnea, permitió pensar en una insuficiencia cardíaca por alteración en la relación entre masa corporal e inotropismo. Esta primera impresión se confirmó por el examen físico, que arrojó una moderada hipertrofia y dilatación ventricular izquierda, una hipertensión arterial moderada y una leve hiperlipidemia; no se encontraron otros compromisos orgánicos.

Durante el examen físico se demuestra, que la paciente – a diferencia de la primera impresión – no es poco higiénica ni tampoco antipática. Más tarde, ella relata que ya en su casa parental se sentía poco querida y rechazada, que ya en el colegio era molestada por compañeros por su incipiente obesidad y que se embarazó a los dieciocho años huyendo hacia el matrimonio, donde, sin embargo, tampoco encontró calor humano ni amor, sino sólo rechazo.

La postura inicial del médico, que primeramente estaba marcada por rechazo, cambió durante la entrevista en el sentido de interés progresivo y complacencia creciente. Hasta aquí la historia de la enferma.

Si aplicamos nuestro modelo de conocimiento en la historia clínica enunciada, entonces el médico percibe fenómenos por un lado acústicos, y por otro, sobre todo visuales y táctiles, que codifica cómo símbolos.⁸

⁸ Más tarde profundizaremos en el proceso interpretativo entre médico y paciente, de cómo desde dos realidades individuales iniciales, por lo menos parcialmente, emana una realidad conjunta.

Las percepciones acústicas se entienden como comunicaciones verbales de la pacientes acerca de su historia clínica y su vivenciar, es decir, su miedo de morir y de separación, su abatimiento y aislamiento, mientras que los fenómenos visuales y táctiles son interpretados como síntomas de la obesidad, hipertensión e insuficiencia cardiaca latente.

En la relación siguiente con la paciente se prueba (etapa 3), si la interpretación (etapa 2) de lo percibido (etapa 1) es asertivo o no en cuyo caso tendrá que ser sustituido por otras interpretaciones.

Finalmente, el médico se encuentra ante la tarea de integrar sus percepciones (iniciales) en un cuadro completo (= diagnóstico) de la paciente, que a su vez, deberá ser permanentemente probado y, en caso necesario, corregido.

1.4 Enumeración De Los Problemas

Este, como cada encuentro con el paciente, enfrenta al médico con una cantidad de problemas, de los cuales apenas logra dar cuenta en la prisa de la cotidianeidad, y que, sin embargo, acá queremos describir para analizarlos más adelante. Para obtener información por el paciente y poder “tratar-lo”, el médico debe entrar en una interacción con él. Aquí ya se presenta el **problema del observador**.

La cantidad de las impresiones, que el médico adopta con sus pacientes, en parte conciente y en parte inconcientemente, lo obligan a ordenar este caos de percepciones. En esto depende de ideas de modelo y esquemas de ordenamiento. Ante todo, debe estar conciente, que en estas percepciones primeramente se trata de su propia realidad individual y no la de sus pacientes.

Los problemas, que resultan de esto y que están muy entrelazados, se pueden ordenar bien bajo cuatro puntos de vista. Estos son:

- los afectivos
- los cognitivos
- los éticos
- los pragmáticos.

1.4.1 Los Problemas Afectivos De La Relación Médico – Paciente

Aquí, nuevamente, se pueden distinguir tres círculos problemáticos según puntos esenciales. Estos son:

- el miedo y la inseguridad
- los sentimientos básicos de confianza o desconfianza
- las emociones, que pasan desde simpatía y “amor”, por rivalidad y rabia, hasta antipatía u “odio”.

Inicialmente, el encuentro entre médico y paciente está marcado por miedo y desconfianza. Nuestra paciente tuvo la sensación de una amenaza existencial y el miedo, de “tener que morir”. Por eso, buscó ayuda en un médico. Las siguientes preguntas la preocupan concientemente y con mayor intensidad ante e inconcientemente: ¿habré encontrado el médico correcto? ¿reconocerá la esencia de mi sufrimiento? ¿me podrá ayudar?

Sin embargo, también el médico, inicialmente, siente gran inseguridad. Él se pregunta: ¿por qué esta paciente viene justo ahora, por qué me viene a ver a mí? ¿reconoceré la esencia de su sufrimiento y la podré ayudar? En esta situación de miedo e inseguridad, inicialmente, para el paciente es más fácil que para el médico, porque puede – por lo menos transitoriamente – delegar su miedo e inseguridad al médico y entregarle la responsabilidad de la solución de sus problemas. Así, se siente (inicialmente, al menos) marcadamente aliviado. Para el médico, en este sentido, es mucho más difícil. Sólo como asistente en el hospital puede delegar su inseguridad y responsabilidad al médico jefe/tratante. Sin embargo, así no hay principalmente nada ganado, ya que el problema sólo se ha corrido a otro nivel de relación interpersonal. Como puntos de referencia de su inseguridad al médico solo le quedan la “ciencia” y su experiencia. Sin embargo, esto significa, que él está obligado a trabajar con ideas de modelo – o más agudamente expresado – con prejuicios, que ha adoptado y aprendido o ha desarrollado a lo largo de su vida.⁹ En la formación, al estudiante de medicina y joven médico se le indica en muy raras ocasiones que debe aprender a vivir con una cuota de inseguridad, y que esto es francamente productivo. La idea objetivista de la enfermedad, dominante actualmente en las aulas, – que según nuestra concepción está equivocada – produce la ilusión, que la enfermedad es netamente determinable, y por eso debe ser nítidamente diagnosticada.

En esto se pasa por alto, que debemos diferenciar al o menos tres conceptos de diagnóstico:

- el **diagnóstico clínico** común

En nuestro caso clínico, esto significa, “obesidad”, “insuficiencia cardíaca latente”, y “depresión”. El diagnóstico clínico es muy importante, ya que permite una clasificación de las enfermedades. Nuestra paciente es ubicada en una determinada clase de enfermedades de nuestro sistema nosológico.

- el **diagnóstico extenso**, en el sentido de Balint

Recién al incluir la situación psicodinámica y social de la paciente, la sensación de no ser querida y ser rechazada, tanto como la crisis actual, con la separación inminente de su hijo, podemos entender a la paciente. Recién ahora obtenemos guías de acción, de cómo podemos tratar la obesidad, la insuficiencia cardíaca y la depresión con mayor eficacia.

- el diagnóstico “hipocrático”, es decir, la “**suma del conocimiento**” acerca del paciente.

Si tomamos el diagnóstico como la suma del conocimiento, entonces inmediatamente nos damos cuenta, que se trata de un proceso infinito, cuya meta determinamos, pero cuyo final jamás podemos alcanzar. Por eso, nos gusta hablar del *círculo diagnóstico-terapéutico* (Wesiack 1980) y nos referimos a lo siguiente:

En cada interacción con el paciente, independiente si es de tipo verbal, no verbal o instrumental, ampliamos nuestro conocimiento, es decir, nuestro diagnóstico. Simultáneamente, también cambia la vivencia y el estado del paciente. Sólo si pensamos de manera reduccionista y mecánica, nos podemos entregar a la ilusión, que el paciente no cambiará debido a los métodos diagnósticos y seguirá siendo el mismo después de la intervención.

Entonces, en principio, diagnóstico y terapia son procesos infinitos, que persisten en forma de espiral y que recién terminan, cuando la relación médico-paciente – independiente de la razón – haya llegado a su fin.

Miremos el diagnóstico bajo el punto de vista de la “suma del conocimiento”, entonces también comprendemos, que siempre permanecerá cierta inseguridad. Esta inseguridad es inquietante y creativa al mismo tiempo. Si el médico no soporta tal necesaria inseguridad, entonces no

⁹ El significado de idea de modelo se profundizará detenidamente en el capítulo 2.

solamente iniciará esfuerzos cada vez más aparatosos y elevará sus costos cada vez más, tampoco sabrá enseñar a sus pacientes a soportar cierta inseguridad de su vida. O, lo que es peor, se comprometerá precozmente con un diagnóstico y obviará síntomas que no calzan con su diagnóstico. Esa es la patogénesis más importante de los diagnósticos errados.

Dediquémonos ahora a los sentimientos básicos de confianza y desconfianza. Confianza y desconfianza son actitudes emocionales básicas, que empapan y determinan nuestro vivir, vivenciar y actuar. E. Erikson (1957) (cap. 5, pág. 300) habla de *confianza-original* o *desconfianza-original*, que se ya forman durante los primeros meses de vida durante la interacción con la madre. Esta *confianza-original* o *desconfianza-original*, adquiridas tempranamente nos acompañan y afectan una vida entera. También es de sustancial influencia en nuestras futuras actitudes dependientes de situación.

En la interacción entre médico y paciente, es un requisito esencial una cierta confianza básica del paciente. Una gran confianza inicialmente alivia el tratamiento; sin embargo, es un precioso bien, que por desilusión puede cambiar fácilmente hacia lo contrario.

Para el médico, por un lado, es ventajosa una cierta “sana” desconfianza hacia sus propios modelos y prejuicios, ya que lo conserva de convertirse en víctima ciega de sus prejuicios y preestablecerse en esquemas diagnósticos y terapéuticos. Sin embargo, por otro lado, incrementa su inseguridad y le quita mucho de su poder de convicción sugestiva. Por ello, el médico crítico y responsable siempre realiza una empresa arriesgada entre, por un lado, una inseguridad tranquilizadora pero creativa y, por otro lado, la búsqueda de seguros puntos orientadores. También en nuestra paciente se pudo distinguir claramente tanto una fluctuación entre desconfianza y confianza, entre miedo e inseguridad, como una búsqueda de seguridad. Su ánimo básico, sin duda, era la desconfianza. Se sentía rechazada y no querida por toda una vida. En tono lamentoso y acusador relató su historia previa e introdujo así su problema psicosocial en la interacción con el médico.

Desde Freud llamamos ese fenómeno ubicuo, según el cual los modelos relacionales una vez experimentados y aprendidos también son aplicados involuntariamente en nuevas relaciones y situaciones, como *transferencia*. A través de ese comportamiento, el médico es involucrado en la problemática relacional de sus pacientes y contesta instintivamente con una resonancia afectiva, que en la terminología psicoanalítica se llama *contratransferencia*.

En la contratransferencia del médico o del terapeuta, se deben distinguir dos componentes: por un lado el comportamiento de transferencia del médico, que también transmite su propio modelo relacional a su paciente, y la contratransferencia en sentido más estricto, es decir, la resonancia afectiva a la transferencia del paciente.

Para el experto la resonancia afectiva, es decir el segundo tipo de contratransferencia, constituye una referencia importante para la problemática relacional de los pacientes. En la medicina puramente científicista no se consideraban estos importantes aspectos de la relación médico paciente. Por ello, sus posibilidades no se podían utilizar ni de modo diagnóstico ni terapéutico. Recién, a través de Michael Balint, quien sensibilizó a los médicos a esos problemas relacionales en los grupos denominados por él, estos aspectos se deslizaron hacia la conciencia del médico.

En nuestro caso clínico, la resonancia afectiva, la contratransferencia del médico, es claramente comprobable. Ya al entrar a la consulta, el médico tiene la sensación de una mujer antipática y poco aseada, a la cual en realidad, intuitivamente prefiere rechazar. A través del modo de hablar y de comportarse lleno de reproches, lamentoso y acusador de la paciente, este rechazo sólo se ve inicialmente incrementado. Cuando reconoce esta resonancia afectiva como componente de la contratransferencia, esta le otorga indicios acerca de la problemática relacional de la paciente. Ahora él cree estar frente a un ser humano, que siempre se siente rechazado y repelido en todas partes y que desarrolla este modelo relacional también en la interacción con el médico. Tras el

desarrollo de estos procesos afectivos y cognitivos del médico, se substituyen los iniciales sentimientos de rechazo por una actitud emocional, que se pueden describir bien con los términos “interés” y “complacencia”.

En el intento de analizar esta relación entre médico y paciente, nos llama la atención, lo entrelazados que se encuentran los procesos cognitivos y emocionales, y cuánto influyen las vivencias emocionales, que se desarrollan en gran parte en un ámbito inconciente y preconciente, en las ideas cognitivas¹⁰.

1.4.2 Los Problemas Cognitivos de la Relación Médico – Paciente

Todo médico se plantea la pregunta: ¿Reconoceré el sufrimiento de mi paciente, le podré ayudar? Con ello, se plantean los problemas cognitivos de la relación médico – paciente.

En nuestra paciente, el médico pudo distinguir una gran cantidad de “señales”¹¹ – en la medicina los llamamos síntomas. Podemos diferenciar síntomas subjetivos (*symptoms*) y objetivos (*signs*). El relato de la paciente acerca de su historia previa, la situación familiar, la experiencia de separación y las sensaciones nocturnas de dificultad respiratoria y miedo los imputamos a los síntomas *subjetivos*, ya que aquí dependemos de los datos otorgados por la paciente y no los podemos comprobar de inmediato.

Por otra parte, podemos imputar todo lo que se puede observar a los síntomas objetivos. Ellos son la obesidad, la hipertensión, la hipertrofia y moderada dilatación del ventrículo izquierdo, mas también la postura abatida y la manera de hablar lamentosa y acusadora. Todo ello puede ser medido y el habla se puede grabar en una cinta magnetofónica.

La medicina objetivista y positivista distingue entre los así llamados datos *duros* y *blandos* y tiende a asignar los hallazgos objetivos, incluso obtenidos con ayudas técnicas, a los datos objetivos, mientras que los síntomas subjetivos se asignan a los datos blandos. Quien se ha dedicado detenidamente a la interpretación de placas radiográficas, extendidos de médula ósea e incluso hallazgos banales de laboratorio, luego comenzará a dudar de la “dureza” de tales datos, incluso cuando se han eliminado en gran parte los errores técnicos, que nunca se pueden excluir completamente. Dado que también los así llamados datos duros obtenidos con instrumentos precisos de medición, primeramente requieren de una interpretación.

Referido a nuestra paciente, esto significa, que es una pregunta de definición y de consenso entre expertos, desde cuándo, por ejemplo, hablamos de “obesidad”, “hipertensión”, “hipertrofia ventricular izquierda” y valores sanguíneos elevados.

Sin embargo, la obra cognitiva más difícil del médico consiste en la elaboración de un diagnóstico, que integre síntomas somáticos, psíquicos y sociales. Ese diagnóstico integrado es requisito para un plan terapéutico racional. Con ayuda de ideas de modelo aprendidos avistamos los hallazgos y los distribuimos según los cuadros clínicos ideales típicos. En nuestra paciente llegamos a los diagnósticos clínicos “obesidad”, “insuficiencia cardíaca latente” y “depresión”. Tras la inclusión de los hallazgos psicodinámicos y psicosociales que fueran de nuestro alcance, llegamos a un diagnóstico extenso (en el sentido de Balint), que podríamos formular de la siguiente manera: Mujer rechazada y poco querida, que vive en matrimonio deteriorado, que dado de la separación inminente de su hijo reacciona con un ataque de dificultad respiratoria y miedo a

¹⁰ Ciompi (1982) indica, que actualmente sólo disponemos de teorías separadas del desarrollo emocional (por ejemplo, psicoanálisis) y cognitivo (por ejemplo, Piaget), que sin embargo, aún está pendiente una teoría ampliada, que vincule lo emocional y lo cognitivo.

¹¹ En los capítulos 2 y 3 profundizaremos detenidamente en el significado de los símbolos y la teoría de los símbolos (semiótica).

morir, en el cual difícilmente y sin seguridad alguna se puede determinar este ataque es psicógeno u orgánico. El ataque se precipitó con bastante seguridad por una experiencia psíquica. Sin embargo, lo que sucedió biológicamente – un asma cardial por estados circulatorios congestivos – ulteriormente sólo se puede suponer y nuevamente es, en gran parte, un asunto de interpretación según distintas ideas de modelo.

Estamos en camino hacia la suma del conocimiento acerca de esa paciente, mas no podemos llegar al final de este camino. En la medida en que nos introducimos en ese camino, ya estamos en medio del proceso, que llamamos *círculo diagnóstico terapéutico*. Cada conocimiento adicional que ganamos y que le comunicamos a la paciente, completa nuestro diagnóstico y ayuda a la paciente a ganar comprensión de las relaciones en el proceso mórbido. Así, también es un trocito de terapia. En contraste, en cuanto observamos detenidamente las reacciones de la paciente a nuestras medidas terapéuticas, ampliamos y profundizamos nuestra guía de acción y nos posibilita diseñar un plan terapéutico.

1.4.3 Los Problemas Éticos de la Relación Médico Paciente

En la interacción entre médico y paciente sucede mucho que fuera de esa interacción sería imposible y que, en parte, conllevaría sanciones jurídicas. En ese contexto se puede mencionar, que se conversan los ámbitos más íntimos de la vida entre médico y paciente, que el paciente debe dejarse “examinar”, es decir, se debe desnudar y dejarse observar y tocar. Le permite al médico, entrar en su ámbito íntimo del alma y corporal. Además, le permite al médico, tomar acciones que el jurista clasifica bajo “daño corporal”. Para regular esa interacción entre médico y paciente, tempranamente – al principio de la actividad médica regulada – se desarrollaron deontologismos médicos, es decir, doctrinas de obligaciones, que se asemejan mucho en los distintos círculos culturales. Expresan que el médico debe considerar el bienestar del paciente como máximo bien y tratar todo lo que haya sabido durante el tratamiento como secreto – el llamado secreto médico. En este sentido, se le hace obligación, no aprovecharse de la dependencia del paciente, más que nada desde el punto de vista económico y sexual.

En el mundo occidental el juramento hipocrático representa un código de conducta médica, que durante años rigió como guía del actuar médico, no obstante, hoy sabemos que este juramento no proviene de Hipócrates, sino que es anterior, de origen pitagórico.

Sin embargo, la medicina moderna pone el médico ante nuevos problemas éticos no resueltos. ¿Cómo debe comportarse, por ejemplo, ante la planificación familiar, la inseminación asistida o incluso extracorpórea? ¿Cómo debe tomar postura ante las intervenciones muchas veces extraordinariamente cambiantes de la personalidad, que ya hoy, y más adelante en mayor medida, son técnicamente posibles? ¿Cuándo puede, por fin, dejar morir un paciente, cuya muerte no puede impedir (pero aplazar por mucho tiempo) a través de aparatos técnicos? ¿Sólo puede mitigar el sufrimiento, o también acortarlo? ¿Dónde están los límites?

1.4.4 Los Problemas Pragmáticos de la Relación Médico Paciente

El fin de la actividad médica es la “intervención” terapéutica exitosa, que le debe ayudar al paciente a mejorarse o a estar mejor. Más adelante mostraremos, que existen sólo dos “herramientas antropológicas”, consistentes en la mano y la palabra, para influir en el entorno y modificarlo. Obviamente, esto también es válido para el médico. En la medicina biotécnica, casi exclusivamente se realizan “maniobras”, dado que todas las manipulaciones técnicas – por lo demás, pueden ser muy complejas – son finalmente efectos refinados de nuestras manos.

Para el médico es de significado determinante, que domine las “técnicas” de las medidas diagnósticas y terapéuticas, es decir, su “oficio”. Lo mismo es válido para la supervisión psicoterapéutica de los pacientes. También esas “técnicas” de diagnóstico y terapia debe haberlos aprendido el médico y ser capaz de aplicarlos adecuadamente.

En el apartado sobre la teoría de símbolos (ver pág. 107) mostraremos, que cada símbolo según Pierce es ternario y está constituido por un portador simbólico material, un significado inmaterial o código, con cuya ayuda se designa lo designado. Referido a la problemática pragmática del médico, esto significa que codificamos los síntomas de nuestros pacientes en símbolos, que entonces nos entregan guías de acción diagnósticas y terapéuticas.

En este libro suponemos que el médico domina las “técnicas” diagnósticas y terapéuticas que utiliza. Nos focalizamos aquí en la teoría detrás de las técnicas y las teorías marcadoras y la integración de sus “técnicas” de mano y palabra.

1.5 El Concepto De Estrés Como Intento De Solución

La ocupación por un concepto de estrés para una teoría común de la medicina es importante por dos razones:

1. El concepto *estrés* no designa una enfermedad en particular, sino un hecho general (biofísico) que se desarrolla en todas las enfermedades específicas, con otras palabras algo, que se podría designar como *estar enfermo en general*. Selye (1946), a quien le debemos el concepto, describe la situación de manera impresionante, reconociendo por primera vez la necesidad de tal idea: como estudiante de medicina se sorprendía de por qué sus profesores clínicos, ante la idea de pacientes con diferentes enfermedades infecciosas, daban tan poca importancia a síntomas impresionantes, que primeramente saltaban a la vista. Todos tenían fiebre, sufrían de falta de apetito, debilidad generalizada, cefalea, etc. Sin embargo, estos síntomas impresionantes apenas se tomaban en cuenta. En vez de ello, los estudiantes debían memorizar otros síntomas mucho menos impresionantes, con cuya ayuda se pueden diferenciar estados mórbidos específicos. La medicina, que se enseñaba, era una medicina de las enfermedades específicas; en cambio, una medicina del estar enfermo muy impresionante e inespecífico era abandonado. Con estos problemas Selye se confrontó una vida entera y desarrolló, finalmente, a través de su concepto de estrés, una teoría del estar enfermo inespecífico o general.
2. El concepto *estrés* significa más que una enfermedad específica. Las “causas”, que provocan el cuadro situacional también son inespecíficas. Dado que las noxas físico-químicas, virus, bacterias, conflictos psíquicos o aprietos sociales llevan a un mismo cuadro situacional, el factor desencadenante sólo puede ser algo que le es común a todas estas *causas específicas de enfermedad* y que se podría designar como *nocividad inespecífica* o *inconveniente simplemente*.

Según esto, las enfermedades específicas: sarampión, escarlatina, hipertensión arterial, úlcera gástrica, depresión, etc. no serían más que variantes o distintas expresiones (de este *estar enfermo en general*) y las causas específicas de tipo físico-químico, biológico, psíquico o social nada más que distintos tipos de juego – para todas ellas característica – de un *inconveniente* general.

El problema teórico, que a pesar de no estar explícitamente desarrollado en el concepto de estrés, pero que se plantea inevitablemente, es la pregunta por la relación general entre el estar enfermo y las causas de enfermedad, o (como en nuestra paciente) entre la enferma, su constitución y

disposición y los factores circundantes con sus potencias enfermanes en los planos biofísicos, psíquicos y sociales.

Volvemos a encontrar, entonces, en el concepto de estrés ambos círculos problemáticos, que habíamos designado como pregunta por las relaciones entre individuo y entorno y como pregunta por las relaciones entre los factores fisiológicos, psíquicos y sociales. A la primera de estas dos preguntas Selye trató de responder con su teoría de estrés. En esto juega un rol especial, como pudimos ver, el concepto de especificidad.

1.5.1 Especificidad, Etiología y Patogénesis

Es importante, que no perdamos estos dos problemas básicos de vista, cuando entremos en el espesor de las ideas de salud y enfermedad, que están irreflexivamente detrás de estos numerosos términos, según los cuales el médico se debería orientar. Dado que estos términos rara vez se definen con claridad, muchas veces se utilizan en distintos contextos y con distintos, a veces hasta contradictorios significados. Esto vale en especial para el término *especificidad*. La contraposición del estar enfermo en general por un lado como estado, que – a diferencia de la salud – sería común a todas las enfermedades, y las enfermedades específicas por otro, utiliza el término fenomenológicamente en el sentido de una característica delimitada para el planteamiento diagnóstico. Los síntomas específicos, que aparecen en el sarampión, faltan en la rubéola, que a su vez está marcada por síntomas específicos, que faltan en el sarampión, etc.

El significado fenomenológico-diagnóstico para la delimitación de las unidades mórbidas no sólo se aminora por el hecho, que las enfermedades no representan categorías fijas, sino también que a lo largo del tiempo van cambiando, en parte por un diagnóstico cada vez más preciso, en parte por condiciones ambientales en gran parte desconocidas. Esto se muestra muy impresionantemente en la diferenciación diagnóstica, por ejemplo en la subdivisión de unidades mayores, como la diferenciación entre asma extrínseca e intrínseca, entre Hepatitis A y B como entre B y no B o la descripción de subgrupos para la hipertensión esencial o la úlcera duodenal (Weiner 1981, Overbeck 1975).

En otro contexto distinto se utiliza el concepto de especificidad, cuando se trata de preguntas de etiología o patogénesis; aquí sirve para la designación de distintas ideas de relaciones provocadoras de enfermedad o condiciones provocadores de enfermedad. Se esclarece, cómo el problema de la relación entre individuo y entorno es responsable de la inseguridad reinante.

Meyer (1984) refiere nuevos intentos de adquirir mayor claridad para la utilización del término de especificidad.

La respuesta simple, que Selye prometió dar con su modelo de estrés a una buena cantidad de estas preguntas, fue una razón para el entusiasmo con el cual inicialmente se aceptó su modelo. Según ese modelo, el *estar enfermo en general* ya no constituiría el trasfondo de las enfermedades específicas, sino también su causa, es decir, el término de especificidad fenomenológico-diagnóstica inmediatamente se convirtió en un término que debería designar un suceso causal.

1.5.2 Lo Que Es Estrés

Selye designó como estrés una compleja reacción del organismo ante influencias inespecíficas del entorno (estresores o estímulos), en la cual diferencia tres fases:

- La fase de la *reacción de alarma* (fase 1) que ante estresores importantes puede llevar a la muerte en horas o días. En ella se pueden observar síntomas bastante característicos que sólo se designan como síntomas “inespecíficos” – dado que en el estadio inicial de muchas enfermedades infecciosas se pueden encontrar y por ello no dicen nada acerca de la naturaleza específica de cada enfermedad.
- Si esa fase se pasa, sigue la fase de *adaptación o resistencia* (fase 2). Ahora desaparecen los síntomas iniciales, con la adaptación al entorno cambiado se relaciona una mayor fuerza de resistencia.
- Sin embargo, si la influencia de los estresores permanece inalterada o incluso se incrementa, se llega finalmente a la fase de *agotamiento* (fase 3) en la cual están agotadas las reservas de adaptación. Ahora aparecen las enfermedades (por ejemplo, hipertensión, úlceras gástricas, reumatismos, asma, reacciones alérgicas, enfermedades cardíacas y renales), que Selye designó como *enfermedades adaptativas*; con ello se expresa que son introducidas o incluso empeoradas por el cuerpo mismo a través de intentos de adaptación inadecuados ante influencias de daño sólo potencial. La pregunta de qué enfermedad se produce, plantea importantes problemas importantes, que especialmente las busca esclarecer la investigación psicosomático-médica (compare Uexküll, Th. v., Psychosomatische Medizin, 5. Ed. 1996).

Estresores son, según Selye, todos aquellos procesos del entorno que llevan a estas reacciones del organismo. Se trata, entonces, de hechos ubicuos, en los cuales sería indiferente si son percibidos como agradables o desagradables. (“(...) *a painful blow and a passionate kiss can be equally stressful*” (Selye 1974)) y si son de naturaleza física, biológica, psicológica o social. El estrés, entonces, no solamente es consecuencia de daño físico, tensión psíquica o aprensión social: acompaña cada acto de nuestra vida – sí, incluso es vital cierta cantidad de estimulación y reacción. Muy poco o demasiado son igualmente dañinos; en el primer caso se habla de *deprivación*, en el segundo de *distrés*.

Los autores:

Thure von Uexküll, nacido en 1908 en Heidelberg, hijo del biólogo Jacob von Uexküll (1864-1944). Estudio de Medicina, 1936-1952 asistente y después médico adjunto de G. von Bergmann en Berlín y München, 1952-1953 beca de Rockefeller en EEUU en los centros para medicina psicosomática, médico invitado de el servicio de Medicina Interna del Presbyterian Hospital de la Columbia University, 1955-1966 director del policlínico médico de la universidad de Giessen, 1966-1976 director de la sección de medicina interna y psicosomática en el departamento de medicina interna y pediatría de la universidad de Ulm. Desde 1976 emérito en Frankfurt/Breisgau. 1994 Doctor De Honor de la universidad de Tartu (Dorpat), Estland. Falleció el 24 de Septiembre de 2004 en Freiburg, Alemania.

Wolfgang Wesiack, nacido en 1924 en Graz, Estudio de Medicina, Filosofía y Psicología en las universidades de Berlín, Freiburg im Breisgau, Praga y Erlangen, Especialización en Medicina Interna, Psicoterapia y Psicoanálisis, 1960-1983 Internista y Psicoterapeuta en consulta libre, desde 1960 docente y analítico de estudios de la academia para Psicoterapia en Stuttgart, 1972 habilitación en el ramo “Medicina Psicosomática” en Ulm, 1978 profesor universitario en Ulm, desde 1984 profesor universitario para Psicología Médica y Psicoterapia en la universidad Innsbruck. Desde 1994 emérito en Innsbruck.

Texto traducido del primer capítulo del libro “Theorie der Humanmedizin, Grundlagen des Ärztlichen Denkens und Handelns”, Thure von Uexküll, Wolfgang Wesiack, Urban und Schwarzenberg, 3. Auflage, 1998, Austria

“Teoría de la Medicina Humana, Bases del Pensar y Actuar Médico”; Traducción: Alejandra Voigt Amion, Médico de Familia, Valparaíso, Chile, Junio 2003; Revisión para Publicación, Septiembre 2013