

La muralla y la pirámide

Doctor J. ROF CARBALLO

I

EN nuestro país, de costumbres intelectuales broncas, no es frecuente el gesto elegante del profesor PELÁEZ REDONDO, gracias al cual puedo conocer, antes de ser publicadas, sus interesantes observaciones sobre la docencia de la Medicina psicosomática. Tiene sobrada razón el doctor PELÁEZ en desinteresarse de la polémica, que casi nunca contribuye a la verdad, por hacerse con harta frecuencia en función de los espectadores que, en nuestro país, aun en las serenas esferas de la inteligencia, continúan conservando taumomáquicas aficiones al derramamiento de sangre. Dialogar es otra cosa, sobre todo después de que la Medicina psicosomática existe, razón por la que no me puedo sustraer a la tentación de hacerlo con persona a la que profeso tanta estima como es el profesor PELÁEZ REDONDO. En la experiencia psicosomática, el venerable método del diálogo se ha enriquecido: aprendiendo a escuchar lo más profundo de lo que el interlocutor dice se descubre no sólo la propia verdad, sino también la que, por ser común a los dos, es la verdad de todos.

Escuchando de esta suerte lo que PELÁEZ ha escrito, en el fondo y no en la superficie, me encuentro totalmente de acuerdo con él, aunque a lo mejor él piensa que no lo está conmigo. Así, coincido con él en que «Patología psicosomática» es designación transitoria y de compromiso, similar—la comparación de PELÁEZ es excelente—a expresiones como «Patología celular», «Patología de la permeabilidad», etc. Le agrada saber a PELÁEZ que un significado «psicosomático» proponía recientemente que, puesto que la mayoría de los médicos ya estaban convencidos de la importancia de esta corriente de la Medicina, su nombre podía desaparecer. En realidad, *no hay más que una Patología*, que unas veces es de las plantas, otras de los animales y que cuando al hombre se refiere, es siempre, dígame lo que se diga, *psicosomática*. Ya que el hombre es por esencia un ser psicosomático. Lo que no quiere decir—¡cuidado!—que «tie-

ne psique» y que «tiene soma», sino que para verlo de manera «total», completa, ha de ser estudiado desde las dos vertientes.

II

Desde que, ya hace catorce años, comencé a hablar y escribir de «problemas» y de «inquietudes» psicosomáticas—pues más que «ideas» o «dogmas» o «teorías» son esto, inquietudes—vi elevarse ante mí una espesa muralla de indiferencia, de incompreensión, de hostilidad y de silencio. Ahora bien, la práctica de la Medicina que, para llamarla de alguna manera, designamos como psicosomática, enseña que estas *barreras son indispensables componentes de la realidad*. No hay otra forma de llegar a una dialéctica entre las posiciones clásicas de la Medicina y las posiciones nuevas que mediante barreras defensivas que se derrumban y rehacen a cada paso, y que sólo muy lentamente se van venciendo. Lo mismo que no hay forma de cambiar profundamente una personalidad, convirtiéndola en otra—más amplia, más rica, menos inhibida—que *mediante las resistencias*. Para el psicoterapeuta, las resistencias son, como para el alpinista las rocas verticales, un motivo de fruición; sabe, al verlas, que tiene ante sí algo sobre lo que trabajar. Lo malo es cuando no hay murallas ni resistencias, pues entonces el caso es, decididamente, desesperado.

Estoy completamente de acuerdo con PELÁEZ REDONDO en el carácter deleznable y poco crítico de la gran mayoría de los trabajos de Medicina psicosomática, sobre todo los de la primera época. Hoy ya se hila un poco más delgado. En esta opinión, ni él ni yo somos originales; los más distinguidos cultivadores de la Medicina psicosomática denuncian, una y otra vez, las inmensas deficiencias metodológicas, críticas, teóricas, etc., de estos estudios. Muchas de estas críticas han sido publicadas en *Psychosomatic Medicine*, revista que hoy, tras veintitrés años de

existencia, tiene a gala, un poco ingenuamente, rechazar más de la mitad de los trabajos que la envían. En el *Journal of Psychosomatic Medicine*, nacido para aumentar el rigor crítico, se mantiene—aunque todavía con cierta dificultad—una calidad aún más acendrada. Pero, aparte de todo esto, la Medicina psicossomática ha constituido un poderoso foco de atracción para toda suerte de personalidades inestables, fantaseadores sempiternos, indisciplinados, aulistas, con nula capacidad para un trabajo crítico y serio, que se han apresurado a volcar en artículos pseudocientíficos sus problemas y ambiciones personales. Es realmente asombroso que la frágil barquilla de la Medicina psicossomática, ya de salida con escaso lastre científico, no haya naufragado en su navegación de los últimos treinta años bajo el peso de las innumerables tonterías y dislates que se han abrigado bajo su pabellón. Este aspecto casi milagroso de la supervivencia de la Medicina psicossomática, no frente a las críticas, sino ante el desbordamiento de la fantasía y ante la poquísima calidad científica de la gran mayoría de sus cultivadores, es lo que he subrayado en mi anterior artículo en MEDICAMENTA como signo de que algo importante tiene que estar sucediendo tras este singular fenómeno histórico. Personalmente confieso que en este momento las únicas «resistencias» a la Medicina psicossomática que me preocupan son las que en otro trabajo (1) he dado a conocer como «disfrazadas de fervor y de entusiasmos»; es decir, aquellas que, las más de las veces inconscientemente, otras con bien visible pillería, ponen en juego los mismos que se declaran sus defensores.

Aun dejando de lado ambas taras—trabajos endebles y personalidades autistas y estrambóticas—nos encontramos—sigo de perfecto acuerdo con el profesor PELÁEZ—en esta orientación de la Medicina con un conjunto abigarrado de conceptos, de materias y de objetivos. Para unos autores, la Medicina psicossomática tendría un contenido concreto: estudiar, según la definición de HALLIDAY y de KISSEN, «ese tipo de trastorno cuya naturaleza sólo puede ser apreciado investigando, junto a las alteraciones físicas, las alteraciones emocionales o psicológicas». Para otros—entre los que me cuento—, la Patología psicossomática es una encrucijada, cada día más amplia y concurrida, en la que vienen a terminar, convergendo, nuevos puntos de vista, nuevas corrientes de estudio, nuevos métodos, nuevas disciplinas de importancia creciente y todas ellas indispensables para el clínico contemporáneo. Así, por ejemplo, la Neurofisiología de los mecanismos superiores de integración neurovegetativa; el moderno Psicoanálisis, la Psiquiatría dinámica, la Etología, la Ecología clínica, la Ciencia de la comunicación, la Patología psicossocial, los estudios de «condicionamiento» y de aprendizaje, la ciencia de la conducta, el estudio de la relación médico-enfermo, la Psicoterapia en sus múltiples y diversas modalidades, etc. etc. Culminaría, por último, en esa Patología psicossomática así concebida el llamado *enfoque multidisciplinario* de los problemas médicos, en el cual, además de las antes mencionadas, figuran como *actitudes científicas nuevas* dos muy radicales e imprescindibles: la consideración de las modificaciones que todo observador, por el hecho de serlo, introduce en un experimento y los problemas de la relación entre lenguaje y pensamiento; es decir, el intento de superar los dispositivos semánticos y conceptuales que, en cierto modo, fuerzan a la ciencia occidental a una forma deter-

minada y unilateral del estudio y del control sobre la Naturaleza (RUESCH).

Este complejo abigarrado, pujante, lleno de vida, pero todavía indeciso y confuso, lleno de posibilidades, inquietudes, promesas, etc., es—lo reconozco con el profesor PELÁEZ REDONDO—un poco desconcertante. Se parece a esas ciudades de pioneros, bulliciosas, donde coexisten el aventurero y el hombre de empresa, la mujer equívoca y la buena madre de familia y que las películas del Oeste nos muestran con un «Show-Boot» navegando, majestuoso, por el fondo. Ante ellas puede mantenerse la actitud del cuáquero que cree que tal caos demoníaco no puede subsistir durante mucho tiempo. O la del hombre cauto que se pasea, receloso, por la ciudad, presto a proteger su cartera o su vida. O la del pazguato que la recorre admirándolo todo, encontrándolo todo maravilloso y asombrándose de su vitalidad y de su fuerza. Todos tienen razón; hasta el que piensa que tal estado de cosas ha de ser por fuerza transitorio. PELÁEZ es un poco como el hombre cauto que se defiende; yo, un mucho, como el bobalicón que todo lo encuentra admirable. Lo importante no son nuestras actitudes, sino el que los dos nos paseemos por la ciudad y que pensemos, con más o menos convicción, que en ella se está fraguando un mundo nuevo.

III

Asimismo estoy bastante de acuerdo con PELÁEZ REDONDO en sus consideraciones sobre la «psicología profunda», aun cuando no las crea del todo exactas. Hace ya muchos años que el problema central del psicoanálisis no es el inconsciente, sino la *psicología del yo*, esto es algo que entra de lleno en la clásica «psicología de la conciencia». Por otra parte, como conclusión de un reciente libro mío, en su última página, hablo con asombro de la dramática peripecia en que, por ahora, ha terminado la aventura iniciada por SEGISMUNDO FREUD:

«... Para al final, descubrir, inesperadamente, en la nueva encrucijada a la que se llega tras rondar por simas y vericuetos del humano enfermar, que el hombre se constituye, de manera imperativa, con esa misma realidad del amor desde la cual, un día, en Galilea, se nos enseñó que los pacientes y los pobres de espíritu y las pecadoras arrepentidas, y los publicanos humildes y los samaritanos compasivos, y los niños, son quienes están en la inmediata proximidad del "reino de los cielos"...»

Pero PELÁEZ puede responderme—y con razón—que estas ideas, que no son sólo mías, sino de dos grandes psicoanalistas *freudianos ortodoxos*, de dos figuras directoras del pensamiento psicoanalítico de Europa, de G. BALLY y de G. BENEDETTI, no son aceptadas ni mucho menos por otros psicoanalistas, principalmente de habla hispánica, que piensan, por el contrario, que ser técnico en psicoanálisis es incompatible con tener un sentimiento religioso y que hasta es preciso ser materialista y ateo para llevar a cabo, de manera impecable, su misión técnica.

IV

Me sorprende un poco la energía con que PELÁEZ rechaza la idea de crear «una nueva asignatura» sobre Patología psicossomática. El lector, si me conoce, me creará sin juramento si digo que jamás se me ha

(1) J. ROF CARBALLO: «La formación del médico en Medicina psicossomática». *Boletín del Instituto de Patología Médica*, XV, 277-288, 1960.

pasado por las mientes que llegue a existir tal cátedra, y que si alguna vez oí hablar de su posible creación, he combatido inmediatamente esta idea como disparatada. Pero, acostumbrado a oír con el «tercer oído» las voces del subconsciente, no puedo por menos de preguntarme: ¿Por qué preocupa tanto esta cuestión al profesor PELÁEZ REDONDO? ¿Sabrá, menos ingenuo que yo, cosas que ignoro? ¿Estará al tanto de intenciones que se me ocultan? Conociéndole como le conozco, creo puede eximirse de ese morbo del «espíritu de escalafón» o «espíritu de cuerpo». (¡Qué estremecedora expresión—oía decir a LAÍN hace unos días—, que hubiera conmovido a San Pablo hasta los tuétanos!?, *espíritu de cuerpo* que, con el «capillismo», son las dos hidras que, en este momento, corren la Medicina española. Vamos a esperar, como hace el psicoterapeuta, y algún día saldrá por algún lado el motivo real de esta preocupación.

Por el momento, también aquí he de decir que es tanta mi conformidad con lo que PELÁEZ piensa sobre la imposibilidad de enseñar, como si fuera una cátedra más, la Patología psicosomática, que habiendo creído oportuno estos días el Decano de la Facultad de Medicina de Madrid, el Profesor VELÁZQUEZ, lleno de entusiasmo por la renovación de las enseñanzas médicas, autorizarme para que diera un curso sobre estas cuestiones, yo me encuentro ahora en una situación de perplejidad. Al quedar desprovisto—también en estos días—de la mínima policlínica hospitalaria donde reclutaba mi experiencia, tengo que hacer esta enseñanza sólo con conferencias teóricas, las cuales, si un día pudieron servir de «propaganda» o de «difusión» de la Medicina psicosomática, hoy, a mi modo de ver, *se han vuelto absolutamente inútiles para enseñar en forma real y auténtica lo que la Medicina psicosomática significa.*

V

En efecto, al cabo de los años, descubrimos que una de las cosas más importantes que han resultado de la «orientación» o de la «inquietud» psicosomática es algo que atañe, profundísimamente, a la enseñanza del médico. Es esta cuestión que se encuentra aún en situación problemática, de ensayo, sobre la cual estamos realizando alguna experiencia en sitios diversos; por ejemplo, el grupo de Rochester con medios fabulosos, otra BALINT en la Clínica de TAVISTOK de Londres, alguno en Suramérica, principalmente en Chile, y otra, yo y mis colaboradores, de manera modestísima y sin medios de ninguna clase, en el Hospital General de Madrid, desde hace cuatro años. A pesar del poco tiempo transcurrido, y por crítica que tenga que ser aún mi actitud respecto a sus resultados, no puedo ocultar que, a mi juicio, *no hay inconveniente en asegurar que representan, dentro de la enseñanza de la Medicina, un cambio tan revolucionario y prometedor como lo fué en su día la introducción de la práctica de autopsias en las Facultades o la enseñanza del método experimental.*

No debe ser esta afirmación mía tan exagerada como a primera vista parece cuando, no ha mucho, *The Lancet* concedió uno de los más codiciados puestos de la literatura médica, el de su artículo de fondo, a un trabajo de BALINT en el que se resume el informe que sobre la enseñanza de la Medicina solicitó de él la Organización Mundial de la Salud. Comienza en este artículo la enseñanza actual de la Medicina científica a una pirámide en cuyo ápice se encuentra el médico consultor. En los hospitales de todo el mundo son hoy vistos los enfermos de manera impersonal; primero, puestos en manos de las enferme-

ras; después, en las de los internos; más adelante son examinados por los jefes clínicos y los especialistas, y sólo por último, si «el caso» lo merece «por interesante», es visto por el médico principal de la Clínica. En el cuerpo o «interior» de la pirámide están aquellos que apenas ven al enfermo: analistas, radiólogos, electrotécnicos, etc. Este sistema es de gran eficacia en la práctica porque, en cada momento, el rigor y la exactitud del trabajo de cada miembro de la pirámide es controlado por los demás. Excepto el jefe consultor, todos los demás elementos del sistema pueden ser sustituidos, sin gran detrimento de su eficacia, por otros miembros. Tiene, en cambio, este sistema el inconveniente de que dificulta y hasta, llevado al extremo, imposibilita ver al enfermo como un todo, y que cuando es «el todo» del enfermo lo que sufre, esto se escapa a la perspicacia de «la pirámide». Impide también que se establezca entre médico y enfermo esa íntima relación humana que, en muchas ocasiones, es imprescindible para llegar a un diagnóstico correcto y todavía más imprescindible si se quiere llegar a una terapéutica eficaz.

Tal *pirámide* modela profundamente la formación del médico, el cual, si va a ser especialista, no es perturbado por ella; pero si decide ser un médico general, va a echar después de menos, durante toda su vida, esa admirable organización diagnóstica dentro de la que se sentía amparado y sin necesidad de tomar sobre sí la responsabilidad fundamental de la salud de sus pacientes. Por este motivo, añade BALINT, «los médicos generales se sienten como exilados y nostálgicos, fuera de su país natal, del hospital de enseñanza». Esto explica—sigue diciendo—por qué razón fracasan en lo que concierne al empleo de todas sus posibilidades, ya que sólo están preparados para actuar como eslabones o elementos de la pirámide, para funcionar como colaboradores o técnicos y no para ser plenamente médicos. Ya que esto último implica «entrar en la comprensión de los problemas emocionales del paciente», cosa que sólo es posible si se les ha adiestrado en lo que BALINT llama: «la relación psicoterapéutica».

Las dificultades técnicas que este adiestramiento supone no pueden ser exactamente comprendidas más que por aquellos médicos que las *han vivido* en la práctica. Implica no «un aprendizaje», esto es, no una «incorporación de saberes o de conocimientos», sino *un cambio lento, insensible y profundo de la propia manera de ser*, un cambio que enseña a percibir «de otra manera» lo que el enfermo dice y que, casi imperceptiblemente, nos hace *actuar de otra forma*, con más eficacia. Supone algo todavía más difícil: una sutilísima vigilancia de nuestras reacciones más escondidas y un conocimiento más o menos hondo de nuestros personalísimos problemas y de nuestros inevitables «escotomas». No puedo extenderme aquí sobre estas cuestiones que, en forma parcial, han sido tratadas por mí en el trabajo «Formación del médico en Medicina psicosomática» (1). Técnicas relativamente sencillas, pero de sorprendente eficacia para conseguir esto, han sido desarrolladas, como acabo de indicar, por diversos autores: BALINT, el grupo de la Universidad de Rochester, en Nueva York, y —hasta hace pocos días—por mí mismo y mi grupo de colaboradores. Se trata todavía de ensayos y no estoy nada seguro que el mismo método que da brillantes resultados en el refinado clima psicoterapéutico de la Clínica Tavistok o en Rochester pueda, sin más, ser aplicado entre nosotros. Lo mismo que PELÁEZ, también tengo mis recelos. Así, por ejemplo, la «psicoterapia de grupo» que, al parecer, se ha

(1) Loc. cit.

