

PRESENTACION

A lo largo de 1996 tuvieron lugar en España y en otros países distintos actos conmemorativos del nacimiento del Profesor Emilio Mira y López, mereciendo citarse -por próximos a nosotros y por su significación emotiva- aquéllos que se celebraron en Madrid y Barcelona, organizados por las respectivas universidades y por las sociedades científicas, médicas y psicológicas.

En ocasión de tales actos se glosó ampliamente la personalidad humana y científica de E. Mira y López, dejándose patente la actualidad que conservan muchos de sus pensamientos y de sus publicaciones -que no sin razón se ha dicho, en más de una ocasión, que se anticiparon con frecuencia a su época- y surgiendo la idea de reeditar algunas de las obras del desaparecido maestro. A tal respecto nos pareció especialmente idónea la reedición de su «Manual de Psicoterapia» que presentamos; idónea por su temática general y por su contenido psiquiátrico y psicológico, disciplinas ambas nucleares en el estudio, conocimiento y comprensión de la conducta humana, sobre las que cabalgó la dedicación de maestro, experimentador y clínico de E. Mira a lo largo de su vida.

Hemos de subrayar que consideramos especialmente interesante reproducir unas páginas que estuvieran lejos de una caducidad propia del paso de los años -la primera edición de esta obra se hizo en Buenos Aires, en 1942- y que conservaran un alto valor docente, mérito que se cumple en la mayoría de los capítulos de este libro, a sabiendas que puedan contener, también, ciertos puntos de vista y criterios del autor más acordes con los conocimientos de su época, hoy en día un tanto renovados. Sin embargo, nos atrevemos a afirmar que las lecciones de este «Manual de Psicoterapia» siguen ofreciendo un marco sólido y esclarecedor de los distintos temas que desarrolla.

Por si ello fuera insuficiente comprobará el lector que E. Mira dejó manifiesta en muchas de las páginas de este libro, como era habitual en él con su amplio conocimiento de las «ciencias del hombre», su personal posición. En otras palabras; junto a la objetiva y cuidada formulación de cuantos temas desarrolla a lo largo de la obra, el autor no duda en manifestar, con seriedad y a la vez prudente convicción, aquello que, como médico hecho a los planteamientos clínicos cotidianos, como psicólogo y como maestro, siente y piensa de una determinada teoría o de una técnica psicoterapéutica, siempre dentro de los cánones respetuosos del pensamiento y de la libertad del buen científico.

No extrañará, pues, quien leyere que valorando tales consideraciones se decidiera una nueva edición en «facsimil» de este tratado. Lo cual ha sido posible, contando, por un lado, con la voluntad y la generosidad de los hijos del autor y, por otro lado, con la gestión y mecenazgo de SmithKline Beecham de España, firma farmacéutica abierta, como en otras ocasiones ha evidenciado a un amplio campo de manifestaciones científicas y culturales.

Estamos seguros que la publicación del «Tratado de Psicoterapia» de E. Mira y López contribuirá con creces, dentro del año conmemorativo de su centenario, a que las presentes y futuras generaciones de médicos y de psicólogos sigan conociendo y valorando el saber y la labor del que fue primer Profesor de Psiquiatría en el mundo universitario español.

Prof. C. BALLUS
*Catedrático de Psiquiatría,
Universidad de Barcelona
(Barcelona, 17 noviembre, de 1997)*

PALABRAS PREVIAS

El mero hecho de escribir algo publicable acerca de un tema tan delicado y difícil como el que figura en las cubiertas de este libro, resultaría una muestra de ridículo narcisismo si el autor no tuviese poderosos motivos para realizarlo.

Así ocurre, en efecto, en nuestro caso: a los treinta años de ver sufrir miles de enfermos y a los veinticinco de querer serles útil como médico hemos llegado a la conclusión de que una mayoría de colegas vive, todavía, desplazada de la órbita en que ha de centrarse su interpretación del Hombre que, al padecer, se entrega ingenuamente a ellos en busca de remedio.

Una década de labor docente en diversos países nos ha convencido, también, de que no cabe culpar a los médicos de su miopía en la comprensión y en la ayuda de lo que ellos llaman "casos" y que son, siempre, nada más y nada menos que criaturas humanas palpitantes de anhelos, seres temporalmente desvalidos o vencidos, cuya vida y cuyas obras penden a cada momento de nuestra negligencia, de nuestro error y de nuestro impenitente dogmatismo.

Falta en las Facultades de Medicina de los países latinos e indoamericanos la enseñanza oficial de la Psicoterapia. Las autoridades académicas creen que ésta se reduce a un apéndice de a Psiquiatría, cuando no opinan que el conocimiento psicológico es depositado, a modo de maná, de un modo providencial, sobre los alumnos en el curso de sus deambulaciones por las frías y lóbregas salas hospitalarias.

De vez en cuando surge un simpático viejecito que, al llegar a su fase de reblandecimiento, se siente invadido por un sarampión filosófico o psicológico tardío -helas!- y no desaprovecha ocasión en sus lecciones para destacar el misterioso influjo que "el alma" del enfermo ejerce sobre el curso de su proceso. Pero tales adeptos, así como algún que otro psicópata energuménico que adopta posturas de audaz intransigencia en sus concepciones y propugna convertir la

enseñanza médica en pura docencia psicológica, no son, como se comprende, de gran ayuda para el avance de nuestra disciplina.

Aun en los ambientes más favorables para la comprensión psicosomática de la Medicina existe una resistencia considerable a conceder a la Psicoterapia todo el papel y todo el rango que merece. Reciente está, por ejemplo, la publicación de los planes de estudio propuestos para la reforma de la Enseñanza Médica en la Universidad bonaerense: en los más indulgentes con nuestro criterio sellegaba hasta concederla el mismo número de horas que a la Odontología. Y francamente, aun aceptando que los trastornos dentarios tengan la misma importancia etiopatógena que los psíquicos, ¿habrá quién sostenga que ambos pueden comprenderse en igual tiempo?

Porque no hay lugar para la enseñanza de la Psicoterapia no hay, en realidad, psicoterapeutas de tipo «medio», así como, en cambio, hay pediatras, urólogos, fisiatras, etc., a granel. De ello deriva no sólo el mantenimiento sino el auge de actividades paramédicas de todo género, a las que millares de dolientes van en busca del alivio que no supieron darle los galenos rabiosamente empeñados en la captura del «foco lesional». Y cuando, merced al esfuerzo ingente de algunas individualidades beneméritas, se despierta la inquietud en el joven profesional y trata de adquirir por su propia cuenta una visión de las técnicas y los criterios de la Psicoterapia actual: ¿qué textos tiene a su disposición en nuestro idioma? Cierto es que hay algunas buenas traducciones de obras fundamentales, pero casi todas adolecen del defecto de propugnar una visión UNILATERAL del campo de estudio, pues sus autores son progenitores de sendas teorías con las que quieren abarcar e interpretar toda su problemática. Superar esa falta y brindar al estudioso un panorama, si no completo cuando menos armónico, de las doctrinas y los métodos psicoterápicos resulta una tarea difícil pero necesaria si se quiere evitar en estas latitudes la cristalización de núcleos sectarios.

Mas otro motivo, no menos impelente, ha movido nuestra pluma a redactar el presente Manual y es: el de dejar constancia escrita del curso que acerca de esa materia profesamos, hace un año, en la Facultad de Medicina porieña. Para un docente exilado, el honor de tener tal oportunidad le obliga a someter su tarea a la crítica de quienes no pudieron o no quisieron juzgarla directamente. Por ello este libro representa una versión fidedigna de aquel esfuerzo. A quienes deseen imponerse de los antecedentes obligados en esta clase de

trabajos nos permitimos recomendar la previa lectura de nuestra Psicología Evolutiva y de nuestro Manual de Psiquiatría, ya que difícilmente se puede hacer terapia sin haber hecho diagnóstico y éste, a su vez, presupone el conocimiento del funcionalismo normal.

No seríamos sinceros si ocultásemos un tercer y más íntimo factor en la constelación determinante del texto que estamos presentando. Todo él ha sido escrito a pocos metros de distancia de un Ser querido -nuestra Madre- que con entereza y serenidad ejemplares iba cumpliendo las dolorosas etapas de preparación para su viaje hacia el Infinito. Coincidió casi su partida con la terminación de esta obra. Y no hay duda que el presenciar a diario la ineficacia de todos los recursos de la Medicina y ¡a Cirugía actuales para detener el «exceso de vitalidad» de unas cuantas células cancerosas ha sido un acicate que ha vencido mis últimos escrúpulos de modestia.

No basta consolar; hay que luchar bravamente para conseguir que la personalidad humana enfrente el dolor y el sufrimiento con algo más que una pasiva resignación. Hay que declarar una sola guerra en el Mundo: la guerra contra la infelicidad y contra la Muerte. En ese combate, la Psicoterapia, tanto individual como social, tiene un puesto de avanzada.

Antes de ocultarse, el Autor quiere, también, estampar los nombres^T de quienes~r~con un espontáneo y generoso gesto de ayuda, le han proporcionado los medios necesarios para ociar en la redacción del Manual: los Dres. César Coronel, Arturo Cuitarte, Leandro fíelguera y Ramón Melgar. A ellos y a muchos más colegas argentinos que lo han psicoterapizado (perdónese el neologismo) les guarda, en sn más pura intimidad, eterna gratitud.

E. MIRA

Buenos Aires. Octubre de 1941.

CAPITULO I

Objeto y fines de la psicoterapia. El concepto de «enfermedad» a través de los tiempos y en la actualidad. Síntesis evolutiva de las curaciones por «el espíritu». Diferencias fenoménicas entre «ser», «estar», «vivir» y «sentirse enfermo». Su importancia en la determinación del curso morbooso.

Paralelamente al progreso de los conocimientos en el campo de la Medicina, y coincidiendo con el formidable avance que la Psicología -la ciencia de moda- ha experimentado en nuestro siglo, se ha observado la condensación del concepto de Psicoterapia, hasta hace poco nebuloso y oculto entre los pliegues de la superstición, de la ignorancia o de la fe sugestiva.

A pesar de que etimológicamente hablando la Psicoterapia parece fácilmente definible (psicoterapia = terapia por la psique, es decir, acción curativa obtenida mediante el empleo de recursos que obran directamente sobre la *persona* enferma y no sobre su organismo o cuerpo), lo cierto es que todo intento de aquilatar su objeto y fines supone tomar posición doctrinal en las denominadas ciencias del espíritu (*Geistwissenschaften*), ya que *no* es posible precisar la «técnica» psicoterápica sin antes tener un criterio acerca del Hombre, de sus posibles trastornos y de las llamadas «fuerzas curativas» radicadas en la esfera psíquica de su individualidad. Expresado de otro modo: para conocer el *cómo* hay que saber el *qué* y el *para qué*. Mas la búsqueda de éstos plantea a su vez la posesión de otros «cornos» y es por ello que el investigador científico, mal a su pesar, se ve obligado en toda exposición didáctica a recurrir al andamiaje, hipotético del "*como si*"

Aplicando este recurso a nuestra tarea, diremos que, cuando menos provisionalmente, el *objeto* de la Psicoterapia es el hombre *que sufre* o *que hace sufrir*. El de la psicoterapia *médica* -que es el

que ahora nos interesa- resulta ser el hombre *enfermo*, o sea el hombre que sufre o hace sufrir por hallarse privado de hígidez.

En cuanto a los *finés* de la Psicoterapia, en general, son los de suprimir el sufrimiento humano, y los de la psicoterapia médica son los de colaborar con la somatoterapia (o sea la terapia del cuerpo) en el restablecimiento -y a veces incluso el establecimiento- de la normalidad biológica (concebida como el «más perfecto equilibrio dinámico obtenible entre las propiedades del Ser y la mayor eficiencia conseguible en sus reacciones»). Ahora bien, antes de pasar adelante en la consideración detallada de la problemática de esta especialidad -la más joven y compleja de las que hoy tiene la Medicina- será conveniente revisar, brevemente, las principales mutaciones experimentadas por el concepto de «enfermedad» hasta llegar a nuestro tiempo y, también, la evolución de los métodos psicoterápicos hasta llegar a su estado actual.

EL CONCEPTO DE LA «ENFERMEDAD»

Integrando los datos que pueden hallarse en las obras fundamentales de J. Ballard, Me. Curdy - G. Grant, Haggard, Bromberg y W. Wolff, respecto a la «historia» de la «idea» de enfermedad y los deducidos por Weizsacker, Klages y Prinzhorn en sus análisis psicofilosóficos de la misma (v. bibliografía final), podemos llegar a la siguiente sinopsis que, por lo demás, nos aclarará muchos hechos aparentemente inexplicables (y entre ellos el escepticismo, cuando no la hostilidad, con que muchos médicos acogen todavía a la actuación psicoterápica, que no pocas veces confunden con la simple «charloterapia» o con la terapéutica psiquiátrica).

El hombre primitivo identificó, en los albores de su existir consciente, las alteraciones observadas en su «área corporal» durante los estados emocionales, los de debilidad o fatiga y los de enfermedad, haciéndolos equivalentes signos de amenaza, desvalimiento o sufrimiento que debían ser evitados y temidos. En todos esos estados, junto a la transformación desagradable (disfórica) de su cenestesia, se revelaban molestas sensaciones localizadas en la región precordial y, a la vez, aparecía la elevación cutánea rítmica con el latido de la punta cardíaca. Esto fijó la atención del hombre primitivo en la mitad izquierda de su cuerpo, ya que era en donde

más se localizaban los fenómenos *objetivos* (no solamente visibles, sino *palpables*, cuando aplicaba la palma de su mano sobre la zona) coincidentes con todo malestar. De aquí que un lado del cuerpo -y con él un hemiespacio- adquiriese una significación distinta («siniestra»).

De otra parte, cada vez que el Sol -al cual siempre propendía a mirar- desaparecía, a su *izquierda* (Occidente) las sombras de la noche lo llenaban de frío, soledad y angustia, cuando no de muerte; por el contrario, cada vez que el Sol aparecía a su derecha (Oriente) volvían a él la luz, el calor y la vida. Por ingenuos que fuesen aquellos hombres, pronto se dieron cuenta que el curso de derecha a izquierda -en la bóveda celeste-del Sol correspondía al camino que va del día a la noche, y de este descubrimiento derivaron -por simple conexión asociativa- la creencia de que el Sol era la Fuerza Sobrenatural que todo lo dominaba, que su marcha hacia el hemiespacio izquierdo (ocaso) era tan temible como deseable era su aparición subsiguiente en el derecho. Puestas en relación las dos coincidencias (subjetiva y objetiva) del desvalor del hemiespacio izquierdo, el mundo quedó dividido en dos mitades, cada una de las cuales adquiría diversa significación mágica (y que aun conservan hoy, como lo prueba la costumbre de «dar la derecha» al invitado y usar la «mano derecha» en nuestras relaciones sociales).

Así se establecieron progresivamente las siguientes ecuaciones significativas:

HEMIESPACIO DERECHO: *Sol = Vida = Luz = Salud = Poder = Calor = Fuerza = Deidad = Bien.*

HEMIESPACIO IZQUIERDO: *Noche = Muerte = Oscuridad = Frío = Desvalidez = Demonismo = Mal.*

El culto al Sol fue la primera manifestación del «temor existencial colectivo» y del «deseo de salvación» que unió a los hombres que por primera vez dejaban de ser «cosas *en el Mundo*» para sentirse «seres *frente al Mundo*». En virtud del principio mágico (basado en la asociación por semejanza) de que *formas iguales o parecidas tienen propiedades iguales o parecidas*, el círculo solar comenzó a ser reproducido toscamente por doquier. Y en virtud de otro principio mágico (basado en la asociación por contigüidad),

según el cual las *formas* (objetos o personas) que han estado en contacto intercambian sus propiedades, empezó a colocarse a las personas toda clase de «símbolos mandálicos» (*mandala* es una voz sánscrita equivalente a «círculo mágico») para protegerlas contra la enfermedad y la muerte, asegurándolas su salvación de la «noche eterna». Es así como las prácticas mágicas adquieren significado médico y pronto aparecen vinculados en la persona del mago hechicero los poderes para dominar la «fuerzas del Mal», dando a este término (mal) su doble acepción de *enfermedad* y *desgracia*.

Más tarde, al transformarse la magia en liturgia religiosa y el hechicero en sacerdote, siguen todos los sistemas religiosos vinculando a sus templos la obra de *salvación* y de la *saneación*. La enfermedad es concebida como signo de la cólera divina o como castigo por el pecado; consiguientemente, precisa la ofrenda expiatoria para su curación. En la misma ceremonia se obtiene la depuración del alma y la salud del cuerpo. A través de los diversos sistemas teológicos, perdura, sin embargo, el primitivo simbolismo solar (hoy visible, en la religión cristiana, en infinidad de «mándalas»: la llamada «coronilla» del cura (que reproduce el símbolo solar sobre su cabeza), los rosarios y anillos, las velas y las coronas de los santos, los vasos y cálices y las sagradas formas); incluso la cruz cristiana (derivada de la cruz en aspa de molino) es derivada del símbolo solar, como puede verse en la iconografía reunida por W. Wolff en su trabajo «Una nueva teoría de la vida simbólica» (v. bibliografía final).

Hasta hace escasamente tres siglos, la medicina propiamente dicha, fundada por el Asclepiade de Coos, luchaba impotente contra la creencia de que las enfermedades habían de ser atendidas y tratadas en los llamados «templos hospitalarios» (sabido es que en Francia todavía son bastantes las poblaciones en las que junto a la «Maison de Dieu» (catedral) está el «Hotel de Dieu» (hospital). No obstante, el iluminismo trajo, con las obras de Scott y de Weyer, la decadencia del «siniestro» Demonio en la producción de enfermedades. Se cerró para siempre el «Martillo de las Brujas» (*Malleus Maleficarum*) y se renunció también a los complicados simbolismos litúrgicos de la alquimia y de la astrología, tras de los que C. Jung ha desentrañado asimismo el simbolismo mandálico (solar). Pero nuestras Facultades Médicas conservan todavía el color *amarillo* como recuerdo de sus orígenes, y no son pocos los llamados «círculos médicos» en donde se trata de luchar contra la enferme-

dad, de acuerdo con criterios semejantes a los ya reseñados (nótese que las pildoras, discos u obleas y tabletas son asimismo símbolos mandálicos).

Si ahora analizamos el concepto de «enfermedad» o «enfermo» a la luz de nuestra ciencia actual, veremos, como dice Klages, que a medida que la Medicina ha progresado, aquel ha ido apareciendo más impreciso y difícil de delimitar, hasta convertirse en un simple juicio de valor, o mejor, de desvalor que no permite definición exacta. En efecto, no cabe apoyarse en los conceptos de *norma* o normalidad (frecuencia), puesto que hay enfermedades que son normales (caries dentaria, por ejemplo), ni tampoco en el de síntomas, puesto que éstos, sobre faltar en muchos casos (pentosuria y múltiples afecciones incluso tumorales) no son más que signos expresivos del trastorno morboso, pero no pueden identificarse con él; tampoco podemos basarnos en el criterio de *lesión*, ya que junto a enfermedades no lesionales hay lesiones que no producen enfermedad propiamente dicha y que incluso pueden favorecer el rendimiento humano (los llamados callos profesionales y diversas hipertrofias y compensaciones vicariantes). Finalmente, tampoco cabe fundamentar el concepto de lo morboso en la «vivencia de enfermedad» (sentirse enfermo), pues ésta falta en no pocos enfermos graves y se acusa en sanos aprensivos; ni en el coeficiente de vitalidad o «eficiencia biológica», ya que ésta varía notablemente, de acuerdo con factores mesológicos y ritmos tróficos individuales, sin por ello llevar al sujeto a la categoría de enfermo.

En suma, pues, nos hallamos ante el hecho de que precisa adoptar una modesta y humilde postura *empírica* y considerar -como postula Weizsacker- que enfermo es «todo aquel que solicita los servicios profesionales de un médico y éste cree que puede y debe rendírseles».

SINTESIS EVOLUTIVA DE LAS CURACIONES POR EL ESPIRITU

Correspondiendo al dilatado período en que la Humanidad vivió sumergida en el animismo mágico y en el pensamiento ahlógico o prelógico, las primitivas actuaciones psicoterápicas eran concebidas como rituales adaptados en su estructura y expresión a

las rígidas y a la vez evanescentes concepciones del Mundo y sus Fuerzas. Los débiles pero astutos ancianos a quienes era confiada la tarea de sanar los enfermos, desarrollaron una complicada serie de «encantamientos», de medidas restrictivas y de curiosos ceremoniales que llenan las atrayentes páginas de la gran obra de Frazer (*The Golden Bough*) y constituyen al antecedente de las prácticas que aun hoy se usan, en lugares poco civilizados, por los llamados «curanderos». Para conseguir la protección mágica, se trataba de hacer contactar al enfermo con «amuletos», es decir, con objetos dotados de «fuerza curativa», por su parentesco categorial con los Poderes teicos. Más tarde, ya transformada la magia en religión, en los templos de Isis, Osiris y Serapis, la divinidad «conversaba» mediante un inocente procedimiento de ventriloquia, con el espíritu enfermo (lo que demuestra, cuando menos, que uno de los dos personajes de la cura -el Asclepiade- se había liberado ya de la superstición) y no desdeñaba en indicarle reglas higiodietéticas o prescribirle brebajes y darle consejos, al igual que cualquier galeno.

En la Era Cristiana, a pesar de la obra de las grandes figuras de la Edad Media, las curaciones «por el espíritu» revistieron de nuevo el carácter, ciegamente sugestivo, de actos de «purificación» y su fracaso condujo a la Iglesia a usar el expeditivo procedimiento de la combustión ígnea de los recalcitrantes, que eran entonces considerados como «poseídos por el demonio». No deja de ser curioso que siendo éste, por definición, incombustible, se acudiese a tal procedimiento para destruirlo, aun a costa de la vida de la víctima; parece ser, sin embargo, que con ello se perseguía, más que la liberación de ésta, el escarmiento de posibles futuros enfermos. En pleno siglo XV, el papa Inocencio VIII dio una bula laudatoria al libro «*Malleus Maleficarum*», especie de Biblia de los Inquisidores, en el que se concretaban los medios simplistas de «diagnóstico» y «terapéutica» aplicables a tales «poseídos», «embruajados» o «hechizados» (en su mayoría mujeres o enfermos mentales).

Los albores ideológicos de la Revolución propiciaron un enorme avance en las técnicas de exploración somática (hasta poco antes, como es sabido, estaban prohibidas las necropsias) y gracias a ello volvió a centrarse la Medicina como ciencia natural, desposeyendo a reyes, papas y demás magnates de sus atributos curativos para ponerlos en manos de los humildes barberos que sabían ma-

nejar la lanceta sangradora. Cullen lanza la primera clasificación racional de enfermedades después de varios siglos; no obstante, un nuevo «mándala» -la baqueta de Mesmer- hace rebrotar, decenios después, la «magia» curativa. Esta vez el «maná» se llama «magnetismo animal» y se concentra por doquier: en árboles, varillas, botellas, etc. De todas suertes, empiezan ya a precisarse las esferas de acción de la Psicoterapia y Somatoterapia; a nadie se le ocurre ya, a fines del siglo XVIII, utilizar las fuerzas curativas del «espíritu» para tratar un «cólico miserere»; los pacientes de «cálculos» prefieren la adormidera a las oraciones.

En el siglo pasado, la terapia sugestiva -única forma conocida de la Psicoterapia- se centra alrededor del hipnotismo, cuya vida (de Puysegur a Bernheim) solamente se ve comprometida por el rebrote de la terapia religiosa, pero esta vez con menos fuerza, pues ya no cuenta con el apoyo «oficial» de los altos poderes eclesiásticos. No obstante, la llamada «Christian Science», en pleno auge en Norteamérica, y también en Inglaterra a principios del novecientos, hace pensar en que la Psicoterapia puede volver a sumergirse en un credo religioso. Pero al propio tiempo que esto ocurre, los conocimientos psiquiátricos progresan enormemente, triunfa la concepción «cerebral» de la mente humana y empieza a formarse el edificio de la Psicología Profunda, gracias a la ingente obra de Freud.

El psicoanálisis, la persuasión (Dubois) y la llamada «medicina moral» (P. Janet) introducen por primera vez una concepción científica (con aspiración lógico-sistemática) en el campo psiquiátrico. Se precisan los llamados «mecanismos» de la cura mental y se comprende, por vez primera, que cada tipo de enfermo necesita preferentemente un tipo de psicoterapeuta, un tipo de técnica y, a ser posible, un «marco ambiental» adecuado para ser sensible al influjo psíquico curativo.

En la actualidad, la Psicoterapia se integra a la Psicohigiene, del propio modo como la Medicina a la Profilaxis; una penetración más íntima de la comunidad de sus problemas ha hecho vincularse a médicos psicoanalistas, pedagogos, sociólogos, juristas, psiquiatras y psicólogos consultores en la *obra de ayuda y conducción del «Homo socialis»*: la Psicoterapia se ha hecho predominantemente *educadora, correctora y psicagógica*. Por ello se ha vuelto también un tanto *normativa* y se ha desinteresado del «accidente» morboso-sintomático para enfocar, en toda su dimensión, el problema del

encaje del Ser-en-el-Mundo y el Vív/er-en-el-Mundo. De aquí se deriva, como afirma Prinzhorn, un mayor ámbito y una mayor responsabilidad de acción, que trasciende de los límites de la Medicina y abarca ya los de la Filosofía Científica: el psicoterapeuta actual ha de tender a ser nada menos ni nada más que el Súper-Hombre de Nietzsche. ¡Pesada y excesiva tarca para sus débiles fuerzas, pero inmenso estímulo para su vocación!: en esta joven y compleja disciplina radica, en suma, la esperanza de convertir nuestro actual «valle de lágrimas» en otro de «paz y alegría», como señala Samuel Hartwell, en su discurso presidencial de la American Orthopsychiatric Association.

DIFERENCIAS FENOMENICAS ENTRE «SER», «ESTAR»,
«SENTIRSE» Y «VIVIR» ENFERMO

Hemos visto antes que el concepto de «enfermedad» es ya inservible para la Medicina actual y tan sólo puede conservarse, como término heurístico, en su acepción popular. Debemos, pues, tratar de precisar los contenidos fácticos que aquél trata de englobar. Esto es tanto más necesario, cuanto que el psicoterapeuta se encuentra específicamente interesado en aportar «claridad y distinción» en su campo de actuación, para que no pueda ser tildado de ingenuo, pretencioso o de simple charlatán.

Desde un plano fenoménico, resulta evidente que precisa, cuando menos, diferenciar los cuatro significados del «ser», «estar», «sentirse» y «vivir» enfermo:

Un hombre «es» enfermo cuando posee *consustancialmente* (entiéndase: constitucionalmente) una insuficiente vitalidad, una defectuosa integración de su unidad funcional o una desviación de su plan de maduración evolutiva que lo llevan inexorablemente a quedar separado por debajo del promedio de *eficiencia biológica* característica de su generación. Unas veces existirán en él, visibles, alteraciones objetivas, morfológicas o bioquímicas que señalarán (en forma de lesión estática o disfunción dinámica) su condición patológica; otras, ésta solamente se evidenciará de un modo esporádico, cuando circunstancias mesológicas pongan en marcha forzada sus dispositivos reaccionales y manifiesten la defectuosa *calidad estructural* de los mismos. Hay un «ser» enfermo,

de este segundo tipo, que interesa de un modo singular al psicoterapeuta: el llamado «disarmónico» o «psicópata».

Un hombre «está» propiamente enfermo cuando en un *momento* o *período* de su curva existencial se produce, en su organismo o en su persona, una *alteración* tal que, en uno o en varios de sus planos funcionales, se originan la insuficiencia, la desintegración o la desviación a que antes nos hemos referido y, por ende, disminuye su *eficiencia vital* (aun cuando pueda circunstancialmente -como ocurre, por ejemplo, en los estados maníacos- aumentarse o acelerarse el ritmo de sus procesos y reacciones psicobiológicas).

Un hombre «se siente» enfermo, independientemente de que lo esté o no, cuando autopercibe («se da cuenta» o «conciencia») algún signo vivencial correspondiente a la zona somática o al área tímica de su individualidad y lo *interpreta* como indicador de un estado patológico (al no considerarlo producido por modo natural, habitual, de reacción ante un estímulo o situación anormal). Según que ese signo o conjunto de signos, proceda del campo sensorial (extraceptivo), mioarticular (propioceptivo), o visceral (intraceptivo), la vivencia morbosa adquiere una u otra tonalidad, intensidad, localización y duración, pudiendo oscilar (el juicio resultante) entre el temor o «sospecha» y la creencia o «certeza» de sufrir un estado morboso.

Finalmente, un hombre «vive» enfermo cuando la noción de que lo está alcanza tal grado de prepotencia en el campo de su conciencia, que desplaza a los demás contenidos de interés, enfoca hacia sí la capacidad autoscópica (es decir, el poder de auto-observación) y, a la vez, supedita la conducta y cambia la perspectiva total del sujeto ante su momento vital. Fácilmente se adivina que no es lo mismo vivir enfermo que vivir «como» enfermo: para lo primero, se necesita sentirse enfermo; para lo segundo, basta con aceptar que se está o que se es enfermo, o tener interés en parecerlo.

Los dos primeros hechos (ser o estar enfermo) son objetivos, y como tales parece que habrían de ser siempre apreciados por el médico, mas no es así, ya que este requiere para denotarlos el descubrimiento de los signos sintomáticos que los revelen y ello *no* es cosa fácil en muchos casos. En cambio, el facultativo puede disponer siempre de la expresión (verbal o mímica) del tercero, a pesar de ser eminente subjetivo; y también le es dado comprobar casi siempre el cuarto, cuando se produce. En ambos, sin embargo, necesita para hacerlo del concurso *voluntario* del paciente y en ello

estriba, precisamente, una de las más frecuentes causas de error diagnóstico, que por sí sola justifica la necesidad de la enseñanza de la Psicología Médica: *resulta que lo que el enfermo muestra más aparentemente ante el facultativo no es, por regla general, su lesión o sus disfunciones, sino, en el mejor de los casos, el efecto que, aquélla o éstas, le ocasionan en su autognosis* (conciencia individual)... y aun esto lo ha de revelar a través de un lenguaje francamente impreciso (ya que corresponde a vivencias no frecuentes ni genéricas).

Ahora se comprende la influencia que la debida apreciación de las diferencias antes establecidas ha de tener, por parte del enfermo y del médico, en la determinación del curso morbo. Por parte del enfermo ocurrirá que si lo *es* (constitucionalmente hablando), no se *sentirá* serlo, ya que le faltará el *contraste* necesario para apreciar directamente su anomalía y puede en tal caso incluso suceder que, al notar objetivamente las diferencias que le separan de los demás, proyecte sobre éstos la tara, en vez de reconocérsela a sí mismo (tal ocurre con infinidad de psicópatas, oligofrénicos, deficitarios sensoriales, etc.); la consecuencia de ello será no solamente su resistencia a dejarse tratar, sino su tendencia a reaccionar violentamente contra quienes intenten ayudarlo terapéicamente. Si, de otra parte, a un estado morbo con sus correspondientes vivencias patológicas no corresponde una decisión de suprimirlo por parte de quien lo tiene, puede ocurrir que o su portador no altere su régimen habitual de vida (y en tal caso lo prolongue o lo empeore) o que se habitúe a él hasta el punto de hallar -en su nuevo y morbo modo de existir- más aliciente que en el antiguo (tal ocurre, por ejemplo, en las denominadas «perversiones», «toxicomanías» y en no pocas psiconeurosis).

En cuanto al médico, no hay duda de que sus dos principales tareas son, precisamente, las de separar, en primer lugar, las alteraciones *objetivas* y las *subjetivas* y, en segundo término, las permanentes o constitucionales y las *accidentales* o adquiridas. Tal separación es mucho más importante que la que hasta ahora se establecía entre los llamados síntomas psíquicos, lesionales y funcionales, primarios (patogénicos) y secundarios (patoplásticos), cualesquiera que sea la anomalía observada. En efecto, estas tres últimas dicotomías se basan en criterios conceptuales, en tanto que las dos primeras, aun siendo también hasta cierto punto heurísticas, tienen un sólido y real apoyo fáctico: son alteraciones subjetivas (*Subjektive Klagen* de Jaspers, o «quejas» subjetivas), las que el sujeto *verbalmente expresa* como indicios de sus viven-

cías morbosas; son, en cambio, alteraciones objetivas (*Objektive Beschwerden*) las que el médico o psicoterapeuta denota a través de su activa exploración y que corresponden a modificaciones vitales ignoradas o no expresables intencionalmente por el sujeto. Asimismo, son alteraciones *permanentes* las propias o *características* de su dinamismo biológico y por tanto *pre-existentes*, presentes y *consecuentes* a su actual estado. En cambio, son *accidentales* las que no podían denotarse en su existir premórbido ni tampoco persistirán un vez que haya desaparecido el trastorno motivante de la intervención facultativa.

En la medida en que en un cuadro morbozo *predominan las alteraciones subjetivas sobre las objetivas* se desplaza el acento calificador del mismo hacia el campo de la psicogénesis y aumenta, por tanto, la necesidad de una intervención *psicoterápica* (lo que, no obstante, no presupone una mayor benignidad del pronóstico, como muchos creen). Análogamente, en la medida en que *predominan las alteraciones permanentes sobre las accidentales* habrá que pensar más, que el reajuste vital haya de hacerse -cualquiera que sea el trastorno existente- mediante la modificación de las condiciones ambientales y menos mediante el cambio de las disponibilidades reaccionales del sujeto. O dicho de otro modo: cuanto mayor sea la importancia de las tara genotípica en la producción de un estado morbozo, tanto menor será el efecto del «ataque terapéutico» al núcleo morbógeno, y tanto más será necesario buscar el equilibrio vital a expensas de la adecuada modificación de las «condiciones» en que el sujeto va a seguir viviendo.

No hay duda que el ideal terapéutico en que en lo posible coincidan los grados de «estar», «sentirse» y «vivir» enfermo, pues en tal caso no habrá falta de ajuste entre el juicio que el médico se forme del enfermo y el que éste tenga de su propio estado, lo que facilitará enormemente la tarea curativa. Tan pronto como se desequilibren en uno o en otro sentido esos tres factores, surgirá el desacuerdo entre las actitudes del terapeuta y el paciente y será necesario que el primero consuma una buena parte de sus energías en la previa labor de conseguir que el segundo tome *artificialmente* la justa y conveniente postura ante su trastorno. Schilder, en su reciente *Psicoterapia*, señala cuan difícil es que en la práctica se obtenga la anterior coincidencia y explica cómo precisamente en los estados morbosos *más graves* acostumbra a faltar casi por completo la vivencia de los mismos, al paso

que ésta se acusa con caracteres impresionantes en otros que son casi insignificantes.

Más adelante daremos la explicación de esta discordancia y basaremos en ella las normas a seguir en las actuaciones psicoterápicas. Ahora solamente nos queda decir (para terminar de hacer ver la importancia que tales hechos tienen en la determinación del curso morbo), que, en definitiva, lo que determina que el paciente acuda al médico en busca de alivio o curación no es ninguno de ellos aisladamente, sino la *creencia de que el terapeuta pueda serle útil*.

Así, pues, la existencia de un trastorno morbo en un sujeto tiene menos importancia que su reacción ante él para determinar, o no, que aquél se «ponga en manos de un médico». Porque este «ponerse en manos» representa adoptar una submisiva y pasiva actitud -de verdadero *paciente*- ante el terapeuta; ello es tan difícil, que pocas veces se consigue y aun entonces también precisa evitar que por una sobreestimación del poder (mágico) del médico, el enfermo lo espere todo de él y no luche por su parte para vencer su desequilibrio. Obtener el adecuado encauce en esta *relación interpersonal* para la obra en común, es decir: conseguir que la *sociedad privada* (bipersonal) del médico y el enfermo funcione adecuadamente es, sin duda, algo que requiere unas grandes condiciones psicológicas por parte del terapeuta y que no puede reemplazarse por una superabundancia de otras cualidades técnicas. No haberlo apreciado así hasta ahora es la causa de que multitud de «curanderos» tengan mayor clientela y obtengan mejores éxitos que no pocos catedráticos de Medicina.

En suma; el psicoterapeuta médico no ha de buscar la etiqueta diagnóstica ante el enfermo, sino la amplia e integral comprensión de los fenómenos (subjetivos y objetivos, permanentes y accidentales) que le han conducido a necesitar su ayuda. Ha de ver, entonces, cuáles son las correspondencias que existen entre ellos, ha de estudiar las actitudes de reacción personal de su paciente frente al hecho morbo, frente al ambiente en que éste se desarrolla y frente a la propia intervención terapéutica. Entonces y sólo entonces establecerá la pauta de modificaciones que precisa hacer en el sujeto, en su ambiente y su relación personal con él para obtener el máximo beneficio con la formulación de un plan terapéutico, de un plan de vida y de un plan social (de «rapport» bipersonal «sui generis») convenientes.