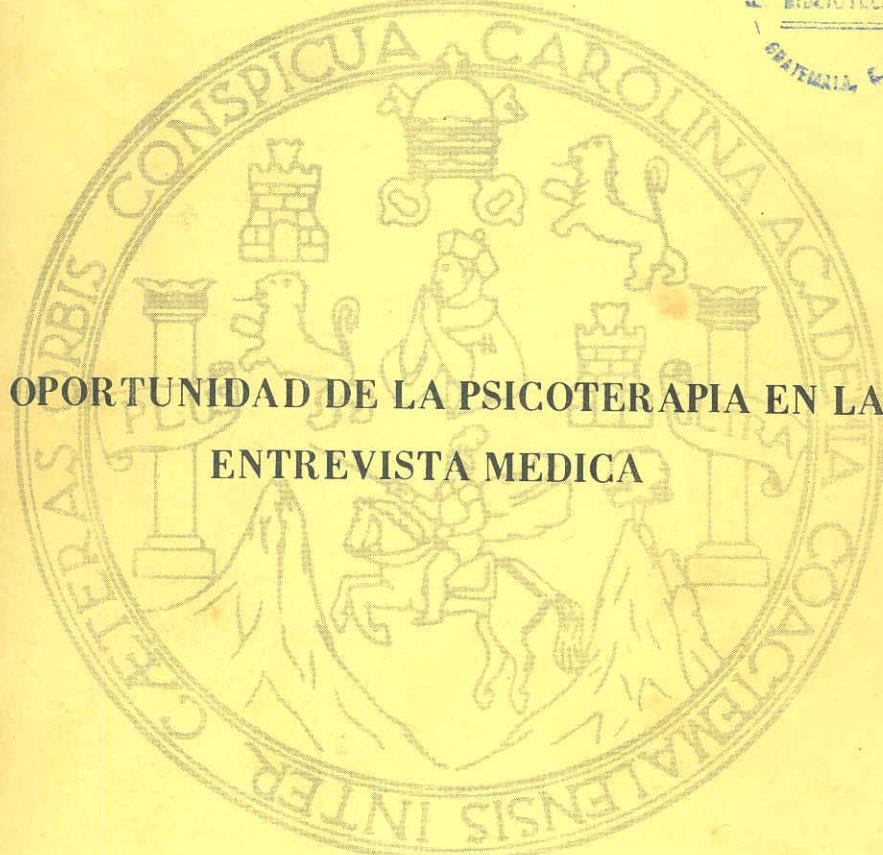


0-2

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



GUILLERMO ENRIQUE MENESES RECINOS

Guatemala, Octubre de 1973.

PLAN DE TESIS

INTRODUCCION

OBJETIVOS ESPECIFICOS

DESARROLLO

- I Parte. Base científica de los mecanismos de influencia verbal. Crítica a la concepción esotérica de la psicoterapia directa.
- II Parte. Necesidad de introducir la psicoterapia en la entrevista médica, como parte inherente de ésta. De como la acción psicoterapéutica de los médicos no significa una extralimitación en sus funciones. La medicina psicosomática como la forma más moderna de ejercicio clínico.
- III Parte. Un enfoque ecológico de la entrevista médica de intención psicoterapéutica.

SUMARIO

CONCLUSIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

INTRODUCCION

Este trabajo no pretende ofrecer soluciones ni agotar el problema que aborda. Se propone sin embargo, reintroducir criterios a menudo —si no siempre— olvidados en cuanto se toca el tema de la entrevista psiquiátrica efectuada por médicos generales o por especialistas no psiquiatras.

Ahora, más que en ninguna otra época, se reconoce la alta incidencia de las enfermedades psicosomáticas. Se admite, además la acción precipitante y agudizadora de factores psíquicos en enfermedades que en un momento dado se presume son “exclusivamente orgánicas”.

No ahondaremos en detalles acerca de la demostración teórica o práctica de que en realidad no hay una sola enfermedad humana que pueda considerarse exclusivamente orgánica. Seguramente no hay persona inteligente versada en medicina que albergue dudas sobre esto.

No se puede negar que hay enfermedades en las cuales el principal componente es orgánico —somático, si se quiere—. Es más, habría que admitir que estas son las de más alto porcentaje en los países llamados del tercer mundo, tal el caso de Guatemala. Sin embargo, hay circunstancias locales que distorcionan la lógica de esta aseveración. Si bien es cierto que es estadísticamente demostrable que los problemas de salud del guatemalteco están principalmente reflejados en infecciones respiratorias agudas, enfermedades infecciosas gastrointestinales, parasitismo intestinal, enfermedades virales, desnutrición y anemia; no es menos verdadero que muchos de nuestros coterráneos tienen una explicación mágica para cada una de estas enfermedades. Las entidades mórbidas de cuño popular son estudiadas por los antropólogos pero poco conocidas por los médicos. A nivel mágico-mítico, es nuestro criterio, las enfermedades infecciosas y parasitarias se tornan psicosomáticas.

La socorrida idea de que las enfermedades psicosomáticas son frecuentes en las grandes ciudades, modernas y de gran movimiento; no así en las pequeñas, atrasadas y apacibles, se resquebraja por su base a la más mínima embestida antropológica. Independientemente de lo anterior, todos sabemos que cada enfermedad, aguda o crónica, puede generar su propia psicosis, así, en los textos de psiquiatría se describen los cuadros psíquicos de enfermedades como el sarampión, la fiebre tifoidea, la gripe, la sífilis, el reumatismo, etc., etc... Hay que advertir además que, algunas veces, estas enfermedades pueden dejar fenómenos residuales con síntomas neurológicos y psicopatológicos y que estos últimos suelen ser muy variados.

Si a lo anterior agregamos los trastornos del comportamiento y del pensamiento derivados de la violencia institucionalizada —llamada violencia del sistema, por otros— vemos hasta qué grado de complejidad puede llegar el asunto. ¿Cómo esperar que un explotado jornalero tenga salud mental? Tampoco la tendrá quien tenga un empleo inestable, etc. etc.

Comprendemos que muchas de las variantes psicopatológicas descritas irán desapareciendo igual que las enfermedades parasitarias e infecto-contagiosas, con el advenimiento de un cambio en las estructuras políticas, económicas y sociales en los países subdesarrollados; cambio que debendrá necesariamente, aunque ahora sea únicamente lugar común en las expresiones de políticos logreros. No obstante, los cambios en la superestructura no marchan siempre acordes con los cambios en la infraestructura. Si alguien dice que la superstición y la magia se baten en retirada en presencia de las más nuevas formas de transformar la naturaleza y la sociedad venciendo subsecuentemente las ideas que se tengan sobre las enfermedades, puede que esté en lo cierto, pero es criterio nuestro que sólo lo estará parcialmente. A lo largo de esta tesis algo diremos al respecto.

No creemos vano el estudio de aspectos de supraestructura que aparentemente serían superados tras los cambios de estructura.

Circunscritos al estudio del hombre no creemos en los cambios automáticos. Sustentamos nuestra opinión en la de antropólogos, que como Adams nos facilitan información sobre los lineamientos generales para la comprensión de los factores psicológicos comprendidos en el cambio cultural. En definitiva, cuando un cambio en el orden de cosas se genere, la difusión y aceptación de muchos rasgos culturales estará, apenas, en su inicio. Las ideas mágicas y las ideas populares acerca de la medicina, tienen asegurada pervivencia en la conciencia humana largo tiempo aún, por eso les hemos reservado un lugar en nuestro estudio, cuando interesan en razón de la entrevista médica.

En la primera parte de nuestro trabajo expondremos las bases neurofisiológicas de la entrevista psiquiátrica, habida cuenta de que homologamos la técnica psiquiátrica con la psicoterapéutica, ya que intencionalmente y en obsequio de la circunscripción de nuestro estudio, no nos hacemos cargo de la inclusión de los aspectos ciberneticos (psicocibernetica), físicos (electroshock, etc.) y psicofarmacológicos que forman parte ocasional y alternativamente de alguna técnica psiquiátrica.

En la segunda parte enumeramos algunas formas de la entrevista psiquiátrica. Damos el punto de vista de algunas escuelas psicoanalíticas, en todo aquello que supusimos vendría a aclarar y no a enmarcar la intención de este trabajo. En todo caso nos conformamos con sacar en claro algunos lineamientos generales. En la tercera parte realizamos un enfoque ecológico de la entrevista psiquiátrica de uso en medicina general. Y siempre como a todo lo largo de lo escrito el propósito es, como se señaló desde el principio, postular la importancia de la incorporación de la técnica psicoterapéutica en el ejercicio clínico general.

Llamamos la atención sobre algunos aspectos, sin proponer soluciones y menos aún con pretensiones de agotar el tema. Estamos seguros, eso sí, de que las conclusiones generales de esta tesis, siendo que son elaboradas en atención a los estudios de personas calificadas, podrán servir en el futuro para despertar el interés en un estudio más amplio y de mayor trascendencia que el presente.

Sólo un erudito de cultura enciclopédica estaría quizás en condiciones de abarcar en conjunto los innumerables y heterogéneos problemas que plantea el asunto que interesa en este escrito. Un estudiante en trance de obtener el título de médico debe renunciar a tal pretensión.

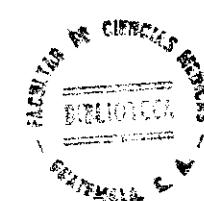
Por último, conviene decir que los rasgos que conforman la entrevista médica, son múltiples y diversos, se incluyen y se excluyen cuestiones con base en el criterio personal y la experiencia previa, cuando es objeto de estudio por uno de sus protagonistas (el médico). Quiere decir que ninguna especulación sobre este tema tiene un valor general ni puede ser válida para todos.

“Al principio fue, ciertamente, el acto; el verbo –la palabra– vino después y ya fue en cierto modo, un progreso cultural el que el acto se amortiguara, haciendo palabro. Pero la palabra fue primitivamente un conjunto, un acto mágico, y conserva aún mucho de su antigua fuerza”

Sigmund Freud, Psicoanálisis y Medicina

“Aún cuando algunos de los caminos de la naturaleza puedan parecernos misteriosos, eso se debe únicamente al hecho de que nuestra ciencia no está lo suficientemente avanzada para proporcionarnos explicaciones”

Marqués de Sade, Obras Completas.



PROLEGOMENOS

En las primeras páginas de la **Medicina Interna** de T.R. Harrison, se lee: "El paciente no es solo una colección de síntomas, signos, trastornos funcionales, órganos lesionados y emociones alteradas. Es humano, temeroso, lleno de esperanzas y busca alivio, ayuda y restablecimiento. Para el médico, como para el antropólogo nada humano es extraño o repulsivo. El misántropo puede llegar a tener gran habilidad diagnóstica, pero no es probable que triunfe como médico. El verdadero médico se interesa como Shakespeare en el prudente y fatuo, el orgulloso y el humilde, el héroe estóico y el astuto quejumbroso. Le interesa la gente" (22).

Desde sus orígenes la Medicina, atendiendo más al enfermo que a la enfermedad, ha tenido la tendencia que hasta hace poco se ha dado en llamar psicosomática. En su roce con la materia viva y muerta a veces se olvidó del alma, esto dependió del momento y el lugar en que la medicina se hacía, aún hoy el aspecto científico de los fenómenos psíquicos permanece parcial si no totalmente oculto para muchos médicos y en consecuencia estos no pueden o no quieren tratar pacientes en los cuales no descubren signos y síntomas de enfermedades orgánicas, renunciando, así, a uno de los privilegios médicos más legítimos.

Si no se puede demostrar que todo lo **psíquico** está directamente relacionado con lesiones o trastornos del cerebro, el estudio de su patología no forma parte de las obligaciones de los que estudian el organismo humano, tal parece ser el criterio de muchos médicos. Esta fue la razón por la que en otra época Kant, el célebre filósofo idealista alemán, considerase que eran los filósofos y no los médicos quienes debían comparecer ante los tribunales en calidad de expertos para juzgar si una persona era o no un enfermo mental.

Fue con las investigaciones del eminentе fisiólogo soviético, Ivan Pavlov, que se pudo demostrar la naturaleza

material, cerebral, de los fenómenos psíquicos, pero no en la tosca forma en que lo había venido queriendo explicar el materialismo mecanicista, sino en una nueva forma y como fruto de una larga investigación en el laboratorio, construyendo todo un sistema para hacer posible el estudio de la actividad nerviosa superior (psíquica) desde un punto de vista fisiológico. Fue un importante jalón en el análisis objetivo de lo “concreto” y de lo “abstracto” en la medicina.

Para hacer psicoterapia el médico puede valerse de medios materiales, orgánicos (psicofármacos, electrochoque, psicocirugía etc.), en forma que le es inherente a su trabajo o bien premeditadamente puede hacer contacto físico con sus pacientes —palpación con las manos, por ejemplo— y que de esto se derive una psicoterapia indirecta en la entrevista clínica. Un examen de sangre u otra prueba diagnóstica pueden hacer sentirse satisfecho al paciente, la excepción es cuando supone un gasto extra al paciente pobre o al tacaño. Pero es la psicoterapia directa la que más nos interesa en este estudio, sobre todo en cuanto sirve como instrumento del médico general para curar o aliviar a sus pacientes.

La psicoterapia directa hay quien la divide en superficial y profunda, cosa que a nosotros nos parece un poco arbitraria aunque reconocemos que tiene ciertas ventajas el hacer la división, sobre todo de orden didáctico. Para efectuar tanto la una como la otra, es necesaria la palabra, medio por el cual una persona puede inducir o ejercer sobre otra, sugerión, persuasión, consejo, apoyo, conocimiento, etc. De tal manera, que como dice de La Fuente Muñiz: “El médico influye sobre el enfermo mediante lo que dice y la forma como lo dice y también mediante lo que calla. La razón de esta influencia poderosa se encuentra en su posición excepcional de influencia y autoridad, así como en la tendencia de los seres humanos a prescindir de su responsabilidad y juicio crítico, cuando se enfrentan a fuerzas poderosas que operan fuera de su posibilidad de control, como

ocurre en los casos de enfermedad” (12). ¿Por qué la palabra es poderosa? ¿Será cierto que la palabra puede curar? Y, de hacerlo, ¿cómo lo hace? Si algunos médicos se ven en aprietos para contestar estas interrogantes, será por olvido o no coligación, más que por ignorancia. Hallá en su curso de fisiología obtuvieron las bases para contestar estas preguntas. (Al menos, en las generaciones profesionales a partir de 1950).

LA PALABRA COMO INSTRUMENTO DE COMUNICACION EN LA ENTREVISTA MEDICA. ¿TIENE BASE CIENTIFICA EL MECANISMO DE INFLUENCIA VERBAL?

En nuestro criterio, no se ha dado hasta el momento una mejor explicación de la actividad nerviosa superior de los mecanismos que sirven de base a la actividad psíquica que la dada por el fisiólogo soviético Ivan Pavlov. Por medio de la reflexología, nombre este el de la escuela pavloviana, pueden explicarse gran cantidad de los fenómenos de la conducta de un organismo altamente desarrollado. “El fenómeno fisiológico central en el funcionamiento normal de los grandes hemisferios —decía Pávlov— es a lo que hemos llamado **reflejo condicionado**. Es la conexión nerviosa temporal de múltiples agentes del medio que rodea al animal, percibidos por los receptores de ese animal, con determinadas actividades del organismo”.

Para Pavlov, la base fisiológica esencial de la actividad de adaptación de los animales superiores y del hombre la constituyen los **reflejos incondicionados innatos**. La secreción salival cuando el alimento se encuentra en la boca, el retiro de la pata en respuesta a una excitación dolorosa, la aceleración de los latidos del corazón en un trabajo muscular intenso, pueden servir como ejemplos de reflejos **incondicionados**. Merced a los reflejos incondicionados, la adaptación del organismo al medio se consigue únicamente dentro de límites estrechos, ya que tales reflejos aparecen como respuesta a estímulos relativamente poco complejos, aunque son numerosos (alimentación, dolor, excitación táctil de la piel, etc.)

Por esto, señala Smirnov, "con la ayuda de los reflejos incondicionados se efectúa únicamente una adaptación relativamente imperfecta del organismo a las condiciones variables de la vida. Estas condiciones variables exigen otras formas de respuesta menos regulares y que cambien de acuerdo con las modificaciones de las condiciones del medio" (43).

"Los reflejos condicionados [adquiridos por el animal y por el hombre] son formas nuevas y cambiantes de reacciones que se forman en el curso de la vida del organismo en el proceso de acumulación de experiencia de la vida y que se realizan en los animales superiores por la corteza cerebral" (43).

Cuando se forman los reflejos condicionados, un estímulo que antes era indiferente se hace señal de otro estímulo que tiene para el organismo significación vital directa (señal del alimento o de un agente que puede causar lesión, etc.) El estímulo que hasta entonces era indiferente adquiere una función nueva, **función de señal**.

Pavlov nos dice: "vertamos en la boca del perro una solución poco concentrada de cualquier ácido; esto provoca generalmente una reacción defensiva, consistente en la expulsión de dicha solución por movimientos violentos de la boca del perro y la abundante secreción de saliva en la cavidad bucal, con lo que aumenta la dilución del ácido al mismo tiempo que la mucosa se desembaraza de él. La otra experiencia consiste en hacer actuar repetidamente cualquier agente externo, un ruido por ejemplo, antes de verter el ácido en la boca del perro. ¿Qué ocurre ahora? . Que bastará con repetir este ruido sin necesidad de introducir el ácido para que se produzca la misma reacción: idénticos movimientos de la boca del perro e idéntica secreción de saliva.

Ambos hechos se repiten con exactitud y los dos deben ser designados con el término fisiológico de **reflejo**. Desaparecerán si seccionamos los nervios motores de la musculatura de la boca y los nervios secretores de las glándulas

salivales, es decir, los efectores o si seccionamos igualmente los nervios aferentes que salen de la mucosa bucal o de la oreja y, finalmente, si destruimos el centro de transmisión del influjo nervioso de los nervios aferentes a los nervios eferentes; este centro es la médula oblonga en el primer reflejo y los hemisferios cerebrales en el segundo" (33).

Lo citado conlleva solidez de descripción científica. Observamos que el primer reflejo ha sido producido sin ninguna preparación, sin ninguna condición, el segundo se ha obtenido gracias a determinado proceder. Se avizoran, pues, dos aparatos diferentes en el sistema nervioso central: el de conducción directa del influjo nervioso y el de su cierre y apertura. "Para que se forme el reflejo condicionado es indispensable que el estímulo que debe transformarse en agente causante del reflejo condicionado actúe al mismo tiempo que el excitante incondicionado o, con más exactitud, que la acción del primero preceda un poco a la del segundo" (33).

En el ejemplo de Pavlov, el ruido viene a ser señal del estímulo —verter el ácido en la boca del perro— y hay que señalar que, además de los objetos, las palabras que denominan objetos o fenómenos, cuando desde la infancia se han repetido muchas veces, toman el carácter de **señal** de lo que denomina. Pavlov llamaba a la palabra señal de señales.

La mayoría de neurólogos contemporáneos, reconocen que la estructura del sistema nervioso implica varios estratos o niveles.

Dichos niveles son: La médula espinal, el bulbo y el puente de Varolio, el mesencéfalo, el diencéfalo, los ganglios de la base y, finalmente, el córtex o corteza cerebral. Sin considerar los límites funcionales de estos niveles, puede admitirse que cada estrato inferior es anterior al superior desde un punto de vista filogénico y que los niveles superiores ejercen un efecto frenador, inhibidor, sobre los inferiores. Pavlov extendió esta idea general a

la corteza cerebral, estimando que no debe ser considerada como indivisible, sino que está compuesta de dos partes, que son el primero y el segundo sistema de señales.

La formación de conexiones temporales es la actividad sintética principal de la corteza cerebral. Al mismo tiempo, la formación de un reflejo condicionado lleva consigo la selección del estímulo que lo produce. Por tanto, la corteza, al mismo tiempo que sintetiza, realiza una actividad analizadora.

Esta compleja actividad sintético-analítica es la que le da a la corteza cerebral la calidad de "tablero de mando" del organismo.

Volviendo a la palabra que repetimos fue llamada por Pavlov señal de señales, ya que esta puede denominar aquellos estímulos que a su vez son señal de influencias exteriores importantes para la vida, debemos recordar que la palabra como estímulo condicionado puede ser tan fuerte que la pronunciación de un vocablo puede motivar los mismos cambios reflejos que se producen por aquello que denomina.

Los hechos de los que se ha efectuado apretada descripción, demuestran que la palabra realmente dista mucho de ser indiferente para el organismo humano y es capaz de provocar, en condiciones determinadas, diferentes alteraciones, dependientes de la significación ideológica de la palabra. Cada palabra como estímulo es indiferente para el hombre hasta el momento en que, en la corteza cerebral, surge una conexión reflejo-condicionada entre esta palabra y uno u otro estímulo incondicionado o un estímulo condicionado del primer sistema de señalización. Así, por ejemplo, para el niño la consonancia "due-le" adquiere un sentido determinado solamente cuando coincide, aunque no sea más que una vez con un dolor real. Sólo después de ésto puede aparecer la reacción condicionada correspondiente al estímulo verbal "duele" y esta

reacción reproducirá precisamente los elementos de la reacción incondicionada, es decir, de la reacción dolorosa.

Siendo la palabra un estímulo real, capaz de provocar la misma reacción que despierta el estímulo concreto del primer sistema de señalización, es posible concluir que ésta puede originar reacciones fisiológicas que corresponden a su significación ideológica. Dicho de otra manera, se ha comprobado en las experiencias realizadas con personas, que las palabras actúan por su significación ideológica y no por su imagen sonórica.

Las investigaciones realizadas con palabras-estímulos sirven de ilustración de lo que es conocido como **sugestión verbal directa** y estando constituido por un mecanismo reflejo-condicionado adquiere una base fisiológica objetiva. Lo mismo puede decirse de la autosugestión: «La palabra puede despertar reacciones determinadas sin que sea pronunciada o escrita, actuando en este caso como "elocución interior", proceso del "alto pensamiento especial del hombre", capaz de abstraer y generalizar». (33).

Todo lo expuesto, demuestra lo que desde la antiguedad se ha reconocido y que se refiere a que la acción verbal es capaz de despertar en el hombre una reacción emocional intensa, que puede dejar huellas para toda la vida. Será por eso, que se dice "la palabra puede matar al hombre y la palabra puede resucitarlo".

La usual entrevista médica no hace uso del hipnotismo, por eso haremos mínima mención de ello: En circunstancias determinadas la acción directa de la palabra "dormir" o de otras que inviten al reposo o tranquilidad pueden provocar en el organismo el paso del estado de vigilia al del sueño fisiológico. El sueño, puede sugerirse, según algunos, con estímulos diferentes a la palabra, pero ya dijimos que profundizar en esto no es materia de este estudio.

Baste decir, que durante el sueño hipnótico (sueño sugerido) hay posibilidad de contacto verbal con el individuo adormecido y que existe durante el mismo una sugestibilidad pronunciada, cuestión ésta última que puede ser de mucha utilidad para médicos de todas las especialidades, pero que creemos puede tener ciertos inconvenientes cuando es utilizada por hipnotizadores que pasan del circo y las ferias cantonales a un imprudente ejercicio clínico.

Durante el sueño hipnótico puede provocarse la aceleración del peristaltismo intestinal, la dilatación local de los vasos sanguíneos o la menstruación antes de plazo. Es sabido que no es posible provocar voluntariamente estos fenómenos.

Mencionaremos, con suma brevedad, que en los Estados Unidos de Norteamérica, se han proseguido investigaciones que amplían cada vez más el horizonte de la reflexología. Liddell, por ejemplo, ha señalado que el proceso de condicionamiento es, en sí mismo, un proceso traumatizante, esto es, formador de prejuicios (es claro que sustituye la palabra "condicionamiento" por prejuicio), pero definitivamente, explica algo nuevo. Podría ser la oportunidad de conciliar, en el laboratorio, la reflexología con algunos puntos de vista del psicoanálisis, cosa que ya han tratado de hacer otros a nivel teórico.

El eminente médico español Gregorio Marañón, dijo con respecto a la obra de Pavlov: "Para mí, la psiquiatría contemporánea no ha extraído todavía de esta obra magnífica, de tantos años de paciente labor, proseguida con tenacidad casi milagrosa, a través de tantas vicisitudes sociales, el fruto numeroso de interpretaciones y sugerencias que contiene en su vientre preñado" (29).

Es oportuno señalar, que estudiada con mayor amplitud la comunicación del médico y el enfermo, considerando que ésta envuelve constantemente una situación psicoterapéutica, no es solo la palabra el único vehículo, sino también el silencio, el contacto manual y la relación instrumental. Cada una de estas

formas de comunicación ha sido estudiada y aún plantean muchas interrogantes para el futuro. (Véanse: "La relación Médico Enfermo" de Pedro Laín y "El Nacimiento de la Clínica; una arqueología de la mirada médica" de Michel Foucault.) Hay que recordar, también, que acompañando a la palabra, van en la entrevista médica, las llamadas formas paraverbales, tales como las inflexiones y cadencias de la voz, pausas en la elocución, suspiros, etc. Un psiquiatra francés dice que ha estado trabajando acerca de una forma de comunicación con sus pacientes basada en el juego de ajedrez, ya que en este juego ve él la más característica forma de comunicación sin palabras.

Reconózcase en todo lo escrito hasta aquí, la intención de ayudar a recordar y coligar. El recuerdo vale en especial para los médicos y practicantes que con prurito científico, desconfían de la palabra como factor terapéutico y por tanto confieren poco valor a lo que dicen o callan en la entrevista médica.

A estas alturas, alguien podría decírnos: "Bueno, reconocemos que la palabra puede ser un probado instrumento científico en el manejo de pacientes. Pero reconocemos también que hay psiquiatras y psicólogos clínicos que son quienes están más familiarizados con la psicoterapia directa y en consecuencia, estaría mal que los médicos quisieran acaparar para sí toda la función terapéutica, cosa inaudita, sobre todo, en esta época de especialidades en la cual sería imposible que un médico quisiera dominar la totalidad del conocimiento de su profesión".

En la II parte de la tesis expondremos ideas propias y las de personas que han investigado acerca de la psicoterapia incorporada a la entrevista médica general.

II PARTE

NECESIDAD DE CONSOLIDAR LA PSICOTERAPIA EN LA ENTREVISTA MEDICA

Es fácil escribir recetas pero es trabajo difícil entenderse con las gentes.

F. Kafka, un médico rural.

“También en Josephus dormitaba un don, que con los años, cuando su cabello comenzó a ralear, alcanzó lentamente su florecimiento. Fue el don de escuchar”

Herman Hesse, El Juego de Abalorios.

(Capítulo: El Confesor)

La oportunidad de hacer entrevistas con intención psicoterapéutica, puede correr a cargo de varias personas. En Guatemala como en otros países, hay psicoterapéutas con créditos académicos y otros carecen de los mismos. Por razones de orden variado, su eficiencia en el ejercicio señalado depende, en ocasiones, de cuestiones diferentes a dichos créditos o a su calificación científica.

“La psicoterapia —dice de la Fuente Muñiz—, se refiere a los intentos de restaurar la salud mediante recursos psicológicos” (12).

Por nuestra parte concluimos, después de revisar varias definiciones, en que el sentido más frecuente de la palabra

psicoterapia es el de un tratamiento por medio de **entrevistas**, en especial por acción de la palabra.

Otras definiciones convenientes:

Entrevista, dice el diccionario de la Academia Española, es la vista, concurrencia o conferencia de algunas personas en lugar determinado, para tratar o resolver algún negocio.

Como se insiste en el sentido comercial de la palabra, negocio, aclaramos: Negotium ("no estar de ocioso"; comp. de neg, por nec = ni no. Otium = ocio, descanso, etc. Negocio, ocupación, asunto empleo, etc. (40).

En relación con la psicoterapia, nos dice Balint: "Si la medicina rehusa aceptar la responsabilidad por este aspecto de su tarea, muchas otras profesiones están más dispuestas a reclamarla, algunas de ellas sobre la base de una tradición prolongada, otras, porque sus miembros han recibido, durante su entrenamiento, una cierta proporción de instrucción en algún aspecto del trabajo psicoterapéutico. La más antigua de estas profesiones es el sacerdocio, que ha desarrollado una disciplina científica especial llamada psicología sacerdotal sobre la base de su experiencia en esta materia. Algunos abogados, en especial los criminólogos, por su parte, y los que se especializan en asuntos familiares y divorcios por la otra, demuestran un interés creciente en esta materia. Una gran cantidad de trabajadores sociales están ya realizando algún tipo de trabajo social psiquiátrico, algunos de ellos con un muy buen nivel académico. Podemos citar algunos ejemplos: trabajadores médico sociales en hospitales, delegados de libertad vigilada, visitadores en salud pública y sobre todo, trabajadores sociales psiquiátricos. Por último, especialmente después de la guerra, un número mayor cada día de psicólogos han encauzado su interés hacia estos problemas" (4).

Algunos de los profesionales mencionados por Balint, no existen en Guatemala, otros recién surgen; pero existen por otro

lado, curanderos, brujos, santones y oficiantes de diferentes cultos que se ocupan también de "curar el alma".

Objeto principal de este trabajo, es señalar lo oportuno de incorporar el aspecto psicológico a la entrevista médica, por lo tanto no profundizaremos en las desventajas que tal cosa tenga, si la tiene. Haremos defensa de la importancia de la psicoterapia en el ejercicio clínico del médico, en razón de su competencia y frente a otras profesiones que tienden a tener o tienen la intención de asistir pacientes con trastornos psicológicos. Si hubiera que señalar ventajas de la psicoterapia efectuada por personas sin formación médica, tendrán que señalarse en otro lugar, ya que por varias razones, incluidas las de carácter gremial, no habrán de exponerse en esta tesis. Quede claro que no nos oponemos a que varias profesiones concurren en la tarea psicoterapéutica, es más nos **congratulamos** de ello, máxime que en Guatemala hay pocos psiquiatras. ¿Cómo oponerse a que se generalice el oficio de la comprensión humana?

Hay dos razones que hacen ineludible para el médico tratar el aspecto psicológico en sus pacientes:

1. Sin que la distribución de los médicos en el territorio nacional, sea todo lo buena que es de desechar, los pone en contacto con gran cantidad de pacientes, en lugares en que el psicodiagnóstico y la psicoterapia por otro profesional no es conocida ni habrá de conocerse en mucho tiempo.
2. La función del médico como psicoterapéuta le es inherente. La ejerce quiéralo o no, consciente o inconscientemente, directa o indirectamente. Le pertenece en propiedad.

La primera razón creemos que puede aceptarse sin mayor comentario pocas y de segundo orden son las objeciones que al respecto habría que hacer.

Es la segunda la importante, porque en el médico y el ejercicio de su profesión está contenido el germen de su propia negación.

Con el devenir del tiempo y su contacto con otras ciencias, la medicina ha ido perdiendo mucho de su inicial identidad. Hay médicos que no se relacionan directamente con pacientes, aunque su trabajo es del tipo que no podría desempeñar alguien que no fuera médico. El horizonte se extiende: desde un Virchow para quien "La política no era más que la medicina en gran escala", hasta un Claude Bernard dándole al laboratorio la calidad del "verdadero santuario de la ciencia médica".

Interesa en este trabajo el médico como entrevistador, en función de hombre prestando ayuda al menester de otro.

Desmond Morris nos invita a echar una mirada Darwinista a la entrevista médica:

Comienza el zoólogo Morris por señalarnos como es que todos los animales cuidan de la superficie de sus cuerpos, **función de aseo**, más necesaria y por tanto más meticulosa en unos animales que en otros. Comienza por señalar como es que los mamíferos se asean prolijamente, se lamen, se mordisquean, se rascan y se frotan y ya entrando de lleno en la cuestión médica, que según él nació del simple cuidado de la piel, dice: "Otras especies han avanzado poco en este aspecto; en cambio, en el caso del mono desnudo (así le llama el autor al hombre), la evolución de la práctica médica, a partir del comportamiento de aseo social, ha tenido una influencia enorme en el floreciente desarrollo de la especie, particularmente en los tiempos más recientes" (31).

El autor dá en su explicación, ejemplos de como el simple aseo fue transformándose en un verdadero cuidado médico. Los ejemplos comienzan con los chimpancés, nuestros más próximos parientes zoológicos. Es en el capítulo "El Confort", en su libro *EL MONO DESNUDO*, donde puede encontrarse la totalidad de lo revisado y citado en este estudio. "El Mundo Médico actual dice, ha alcanzado una condición de tal complejidad que se ha convertido, socialmente hablando, en la principal expresión de

nuestro comportamiento animal de bienestar. Partiendo de la cura de trastornos leves, ha llegado a enfrentarse con las más graves enfermedades y con los peores daños corporales" (31).

Unos renglones más abajo puede leerse: <<"Las infecciones y enfermedades leves son generalmente tratadas de manera racional, como si no fuesen más que versiones benignas de dolencias graves, pero hay pruebas elocuentes que sugieren que, en realidad guardan mucha relación con las primitivas "exigencias de aseo". Los síntomas médicos revelan un problema de comportamiento que más que un verdadero problema físico, ha tomado forma física>> (31).

En párrafo aparte Morris señala que hay muchas dolencias corrientes que se podrían llamar de "invitación al aseo" como la tos, los resfriados, la gripe, el dolor de espalda, la jaqueca, algunos trastornos gástricos, el dolor de garganta, etc. Indica como los síntomas actúan de la misma manera que las señales de invitación al aseo, motivando comportamientos confortadores por parte de médicos, enfermeras, amigos y parientes. "El paciente provoca una reacción de simpatía amistosa y de atención —dice— y en general, esto basta para curar la enfermedad" (31).

En el trabajo cotidiano, los clínicos escuchan de sus pacientes súplicas de afecto y cuidado solícito, apenas disfrazadas con síntomas de malestar físico. A veces o siempre, según el lugar donde el médico trabaje, el tiempo es poco y los pacientes muchos, así que en entrevistas cortas, en las cuales poco se puede decir y escuchar, se recetan píldoras, que se convierten en símbolos de interés y afecto. Si se le dice al paciente que no necesita medicamentos, éste cree que no nos preocupamos de él. Todos los que hemos trabajado en hospitales públicos o privados, sabemos de pacientes que piden ser internados únicamente para conseguir amparo o afecto o un remedio de los mismos, cosa bien explotada, algunas veces, por médicos de fuerte tendencia mercenaria.

Hacemos una última cita de Morris porque respalda lo dicho por nosotros en el párrafo anterior:

"La administración de píldoras y de medicamentos sustituye a las antiguas acciones de aseo y dá pie a un rito operacional que mantiene la relación entre paciente y cuidador, a través de esta fase de interacción social. La exacta naturaleza de los medicamentos tiene poca importancia, y, situados en este plano, existe poca diferencia entre las prácticas de la medicina moderna y las de los antiguos hechiceros" (31). Algo que si bien surgió de la mente de un zoólogo, no por eso dejando de tener fuerte impregnación psicoanalítica, nos servirá para cerrar la cita: Si se demuestra la presencia de verdaderos virus y bacterias, ¿por qué tenemos que buscar una explicación para el resfriado o del dolor de estómago con base en el comportamiento? A la interrogante responde que, por ejemplo, "en las grandes ciudades todos estamos expuestos a estos virus y bacterias corrientes, a pesar de lo cual solo ocasionalmente somos víctimas de ellos. Si la necesidad de cuidados es intensa, la dolencia se hace también intensa. La época de nuestra vida en que recibimos más protección y asiduos cuidados es la de la infancia, cuando estamos en nuestras camitas. Por consiguiente, una dolencia lo bastante seria para hacernos guardar cama tiene la gran ventaja de volver a crear, para todos nosotros, las cuidadosas atenciones de nuestra segura infancia. Esto no implica fingimiento de la enfermedad. No hay necesidad de fingir. Los síntomas son reales. En el comportamiento está la causa, no los efectos" (31).

Un zoólogo nos ha llevado a confirmar como es que lo psicológico no es extraño en la entrevista médica.

Señalamos al principio de este capítulo quienes compiten o pretenden competir con el médico en el ejercicio de la psicoterapia. En nuestro medio la academia autoriza para tal oficio al médico máxime cuando es psiquiatra, pero también autoriza al psicólogo cuando este quiere actuar en función de terapéuta. La participación de otro profesional es incidental y en

todo caso dicha participación no tipifica su labor. La excepción única son los curanderos que sí intervienen directamente en la labor señalada y de quienes haremos mención en el último capítulo.

A. Psicólogos como Psicoterapeutas

En el diario "El Gráfico" del 2 de Julio de 1973, en la página 38 salió el anuncio de un Psicólogo Clínico, egresado de la Universidad Rafael Landívar.

El anuncio era el siguiente:

CLINICA PSICOTERAPEUTICA

Servicios que presta:

- 1o. Psicoterapia, breve para personas con problemas emocionales. Ej.
 - A. Frustración, depresión
 - B. Angustia, inseguridad, deseos de suicidio
 - C. Fracaso en los estudios; niños retrasados en el aprendizaje.
- 2o. Orientación vocacional (que profesión debe escoger)
- 3o. Medida de la inteligencia (Ud. debe conocer su C.I. para saber sus limitaciones y su potencia mental)
- 4o. Diagnóstico de la personalidad.
- 5o. Diagnóstico de lesiones cerebrales.
- 6o. Tratamiento de lesiones cerebrales.
- 7o. Psicoterapia para niños subnormales.
- 8o. Psicoanálisis.

Cerraba el anuncio, con la frase: "La mente es nuestra incumbencia".

Esto nos llevó una vez más a plantearnos preguntas acerca de los psicólogos y de los médicos como psicoterapeutas.

En su periodo de formación, los psicólogos se ponen en relación con muy pocos pacientes o con ninguno. Es obvio que los conocimientos no son suficientes si no se ha tenido la práctica

necesaria para enfrentar las diferentes situaciones que se plantean corrientemente al experto. Al psicólogo nuestro y al de casi todos lados, su ciencia le sirve poco para enfrentarse a pacientes, le es útil únicamente cuando se halla entre sus "cofrades". "El psicólogo —ha dicho Politzer— se encuentra en el mismo caso que el físico escolástico: su ciencia no pasa de ser ciencia de discusión, erística" (34). Será por eso que a nivel mundial en repetidos casos, motivada por su propia impotencia, la psicología se ha transformado en una prostituta de la investigación motivacional para manejar mejor al personal de las grandes empresas, cuando no sucede que sea inspirador instrumento de la propaganda comercial.

El pediatra norteamericano, Benjamín Spock, señala en uno de sus libros, la falsa dicotomía entre la educación práctica y la enseñanza de las tareas liberales y en el capítulo concerniente a eso escribe entre otras cosas:

"Pienso que el alumno de la facultad de artes liberales debe contar con las oportunidades necesarias para familiarizarse con el mundo real del trabajo y la gente común, bajo una supervisión prudente, para equilibrar los conceptos teóricos que asimila en el aula". Una línea más adelante, dice: "Un ejemplo que conozco muy bien es el de la joven que estudia en la facultad, los aspectos teóricos de la psicología infantil sin tener oportunidad de trabajar con niños. Es muy posible que cuando le toque cuidar de su propio niño sus temores respecto de trastornos tales como la carencia emocional, la sobreprotección y la inseguridad, determinen que esté más angustiada y sea más torpe que la mujer que solo ha terminado la escuela secundaria pero recuerda muy bien como cuidaba a sus hermanitos pequeños" (45). En cambio en medicina, y esto lo señala también el doctor Spock, "se sabe que las disertaciones, los laboratorios y los libros no bastan para impartir una educación satisfactoria al estudiante. Este puede aprender mucho de dichos elementos. Pero cuando empieza a tratar con los pacientes no sabe comportarse como un médico idóneo y eficiente: cuáles son las preguntas que debe

formular y las conclusiones que debe sacar de las respuestas; cómo debe armar la historia clínica sobre la base de los exámenes, para arribar a un diagnóstico; cómo puede descubrir cuáles son las inquietudes más profundas que el paciente alimenta respecto de su enfermedad; cómo consolarlo; si puede curarlo o no. El estudiante de medicina debe ver pacientes al mismo tiempo que estudia las enfermedades en los libros y en los cursos" (45). La dificultad empieza, para los que obtuvimos formación médica, en que, por diferentes razones, en los hospitales no siempre se nos supervisa adecuadamente al respecto. Los profesores omiten explicarnos cuáles son los sentimientos de los pacientes y los suyos propios en su ejercicio profesional; afortunadamente esto no sucede siempre, pero sí las suficientes veces para que en muchos casos, los pacientes digan que les parece que su médico sí sabe lo que hace, pero que nunca han podido hablarle de las cosas que íntimamente les preocupan.

Pese a lo señalado, creemos que a los médicos se les forma mejor que a los psicólogos para la función psicoterapéutica. Existe una fuerte ligazón entre lo somático y lo psíquico. No estando los psicólogos en capacidad de diagnosticar enfermedades orgánicas, corren el riesgo constante de no poder diferenciar, la "somatización", de lo somático, condición ésta que habrá de reconocerse como bastante limitante. Este riesgo existe también para el médico pero en menor proporción.

En el anuncio que motivó en parte estas reflexiones, el psicólogo ofrece sus servicios para diagnosticar y tratar lesiones cerebrales. Nosotros ponemos en duda que tal ofrecimiento pueda cumplirse a satisfacción, por parte del que así lo anuncia. ¿Invasión territorial en el campo de la neurología y la neurocirugía? ¿Será que nosotros proponemos una invasión territorial al campo de la Psicología? Gran parte de esta tesis está dedicada a recordar que el médico en función psicoterapéutica no está invadiendo territorio ajeno, en todo caso no pisa con firmeza en ese terreno por descuido, negligencia u olvido pero así y todo si supiera cultivarlo le daría buenos frutos.

B. La entrevista médica de intención psicoterapéutica

Dado que el psicoanálisis ha propuesto una de las técnicas psicoterapéuticas de mayor auge, vale la pena mencionar lo que con respecto al médico como psicoterapeuta –o cuando menos como analizador— apuntaba Freud:

"El estudio de las funciones psíquicas superiores no interesa a la Medicina. Es el objeto de otra distinta Facultad. La Psiquiatría debería ocuparse por su parte, de las perturbaciones de las funciones anímicas, pero ya sabemos en qué forma y con que intenciones lo hace. Busca las condiciones físicas de las perturbaciones psíquicas y las trata como otros motivos de enfermedad."

"La psiquiatría tiene razón al obrar así y la formación médica es excelente. Al afirmar que es unilateral es preciso antes fijar el punto de vista desde el cual se convierte esta característica en un reproche. En sí, toda ciencia es unilateral y tiene que serlo necesariamente por cuanto ha de limitarse a determinados contenidos, métodos y puntos de vista. Constituiría un contrasentido en el cual no quiero participar rebajar una ciencia para ensalzar otra. La Física no quita valor a la Química. No puede sustituirla ni ser tampoco sustituida por ella. El psicoanálisis es también, desde luego, especialmente unilateral como ciencia de lo psíquico inconsciente. Así, pues, no puede negarse a las ciencias médicas el derecho a la unilateralidad" (17).

Lo anterior fue escrito por Freud hace mucho tiempo. El criterio moderno al respecto es otro y el mismo Freud se vió precisado más adelante, en párrafo ulterior al citado, a decir: "Dada la íntima conexión entre las cosas que diferenciamos en físicas y psíquicas, puede predecirse que llegará un día en que se abrirán caminos de conocimiento y es de esperar que también de influjo, desde la biología de los órganos y la química hasta el campo de fenómenos de la neurosis. Este día parece aún lejano y por ahora, tales estados patológicos nos son inaccesibles desde el sector médico".

Nosotros creemos que ese día que le parecía a Freud lejano ya empezó a despuntar en varios países y esperamos que en Guatemala haya pronta y similar alborada.

En su artículo sobre el diálogo médico-enfermo el Dr. Pomerleau, nos dice: "La enfermedad no puede considerarse como un mero conjunto de síntomas, sino como un proceso que irrumpre en la vida de un individuo y lo transforma tanto física como psicológicamente (mecanismos de adaptación). Esta interpretación significa una influencia mutua. **Ahí está la base de la medicina psicosomática que no es una nueva especialidad de la medicina, sino una forma de comprenderla y de practicarla**". El mismo médico prosigue "No se trata de buscar una etiología psicológica a los síndromes orgánicos, sino de comprender tanto al enfermo como la enfermedad y centrar el tratamiento y las respuestas del médico en el enfermo. El diálogo verbal se mueve en el ámbito de un diálogo no verbal, a saber, las actitudes determinadas por la personalidad del médico y del enfermo" (35). Esto nos lleva a pensar que esta época en que se habla de "cosificación", (cosificación de la mujer, etc.), bien se puede hablar de "cosificación" del paciente. El médico general que supere la barrera de ser médico para la enfermedad, llevará ventaja incluso sobre algunos psiquiatras, que al igual que algunos médicos "que los son para la enfermedad", realizando rápidamente el diagnóstico, puede incurrir en el error de trasponer todo el drama al plano de las cosas (Oligofrenia, complejo de Edipo etc.), se escamotea la persona y se dá lugar a una "representación mecanizada".

Bonafé contaba como siendo él psiquiatra, no teniendo nada de cirujano, podía manipular el material quirúrgico y provisto de material aséptico podía desplazarse sin dificultad en el quirófano; decía que eso formaba parte de su piel de médico. Se lamentaba de que siendo la palabra, el gesto y el silencio de manejo tan arriesgado como las salpicaduras de material séptico los médicos y sus auxiliares fueran tan ignorantes al respecto.

Concluía con una interrogante: “¿Cómo se puede en pleno siglo XX estar autorizado a cuidar a su semejante sin saber por lo menos tanto como manipular el material aséptico, no perjudicarle ante todo en el plano de la relación interhumana”? (9)

Desde la introducción de esta tesis, se dejó claro que no se tenía la intención de mencionar ni describir todas las técnicas de entrevista usadas en psicoterapia, siendo que son tantas. Son muchas las que usa el psiquiatra y son muchas las que podría enseñarse a utilizar al médico general. De hecho la empírica o la llamada “de sentido común” es la más practicada por los últimos. Para nosotros que cada médico, de la especialidad que sea, es ante todo un psicoterapeuta. Cada conversación del médico con el enfermo acerca de su enfermedad contiene en la mayoría de los casos elementos de sugerencia verbal.

Siendo las técnicas de entrevista variadas, también lo son las formas de aplicarlas:

- 1o. La psicoterapia realizada en un paciente con reacción depresiva es diferente a la practicada en un epiléptico: la técnica de manipulación del mundo para ambos pacientes no es idéntica.
- 2o. La psicoterapia del doctor “A” y la del doctor “B” no pueden ser yuxtapuestas, pues, en última instancia, “A” y “B” no podrán identificarse nunca totalmente.
- 3o. Dos enfermos idénticos C y D no pueden ser tratados de igual manera siendo su anamnesis diferente.

Las variables en las técnicas pueden ser más amplias, si se trata de atender niños, adolescentes y ancianos, pero especialmente los primeros, con los cuales deben usarse medios de comunicación especiales. Se propone con tal fin la LUDOTERAPIA. Melaine Klein a dicho que todos los juegos tienen un significado simbólico. Esto hace posible la comunicación en entrevista con pacientes de dos a tres años de

edad. Se dirá que para el médico general eso supone un entrenamiento muy especializado, muy fuera de su propósito profesional, pero supongo que estaríamos más de acuerdo en aceptar que algo de esto debe conocer el pediatra (médico general de niños). En esto hay que ser muy flexibles. Si las causas principales de trastorno psiquiátrico de un niño se encuentran en las actitudes y comportamiento paternos, veremos al médico de niños entrevistando adultos para tratar de curar al niño.

Si bien todo lo dicho hasta aquí acerca de lo extenso y complejo del tema, es cierto, no es menos cierto que en los últimos años ha existido la intención, por parte de psiquiatras en dar al médico general capacitación para hacer psicoterapia a su nivel, no compitiendo con el psiquiatra, sino participando éste de la experiencia de los médicos generales, y éstos del entrenamiento psiquiátrico de su conductor. Esta fué y sigue siendo la esencia de los “Grupos Balint”. La enseñanza interaccional así generada se usa para el adiestramiento de médicos y estudiantes, durante un tiempo variable, y no falta quien proponga que el médico lleve estos seminarios de por vida.

Aquí y para concluir este segundo capítulo expondremos sólo las cuestiones más generales que animaron al doctor Michael Balint y a su esposa Enid a dar a los médicos generales capacitación en técnicas psicoterapéuticas.

En uno de sus escritos hacía notar que la mayoría de las publicaciones sobre la psicoterapia por no psiquiatras, expresaban en forma elemental la idea siguiente: “Los médicos prácticos sólo saben poco de psiquiatría y especialmente de psicoterapia, por lo tanto se les advierte que deben ser sumamente prudentes; los psiquiatras por otra parte, saben mucho sobre los dos temas y es su obligación y su privilegio el aconsejar a los médicos generales lo que deben y lo que no deben hacer” (5). Decía Balint que esta afirmación estaba basada en gran parte en una simplificación exagerada y en un prejuicio.

Recordaba el citado autor que en las facultades de medicina a pesar de que se enseñaba la psicología y hasta la psicopatología, en ninguna facultad u hospital se tenía un curso sistemático de psicoterapia para estudiantes y que en general no se juzgaba necesario adiestrar en dicha disciplina a los no graduados.

Por una parte los médicos hacen uso de técnicas psicoterapéuticas empíricas guiadas por el sentido común, que en muchos casos resulta ser el menos común de los sentidos. "El uso de métodos empíricos adquiridos durante la práctica médica diaria, deben verse con suspicacia en cualquier otra esfera de la medicina y no se les debe conceder calidad en psicoterapia" (5).

En cuanto a la segunda parte de la opinión escrita sobre si los psiquiatras están más familiarizados con la psicoterapia, Balint decía: "es sabido, en general, que a algunos psiquiatras no les gusta utilizar la psicoterapia y siempre que es posible recurren a otros medios, químicos y físicos, tales como los medicamentos y las diferentes clases de choques. Fácilmente puede presumirse que estos psiquiatras no saben mucho de psicoterapia. ¿Pero qué sucede con el resto? ¿Cuentan con un sistema de psicoterapia? ¿Están de acuerdo los psiquiatras entre sí sobre lo que hay que hacer y lo que no hay que hacer en cualquier caso dado que requiera ayuda psicoterapéutica? No hay, creemos nosotros, ningún acuerdo general en estos problemas" (5).

Terminaremos este capítulo con entresacados de dos obras de Balint: 1) The Doctor, His Patient and The Illness; 2) Técnicas Psicoterapéuticas en Medicina. En los entresacados no se respeta, en todos los casos la redacción original, pero en ningún caso se cambia o se trata de cambiar el sentido de lo escrito por Balint:

1) A pesar de ser el psicoanálisis el método psicoterapéutico que más sistemáticamente se ha elaborado, no por eso sus técnicas y criterios son aplicables a todo tipo de psicoterapia. Esto lo expresó Balint a pesar de su formación psicoanalítica.

2) El ambiente en que se realiza la psicoterapia tiene relación importante con el proceso terapéutico y los resultados terapéuticos.

3) El médico general —el de la familia— forma parte de la vida real del paciente. El enfermo lo encuentra en la calle; sabe cuantos hijos tiene, etc. En cambio el especialista —sea este psiquiatra, psicoanalista u otro— pertenece a un mundo aparte. Esto explica —decía Balint— por qué en ocasiones el especialista puede obtener resultados que impresionan al médico general casi como si fuera milagroso, pero también, a la inversa, explica por qué los médicos generales pueden manejar situaciones que ni siquiera intentarían los especialistas. Con el especialista la relación es más efímera, de menor confianza.

4) En la medicina física el examen lo hace completamente el médico; lo que pide del enfermo, es que esté de acuerdo con él y en forma muy reducida que coopere con el médico. Es verdad que en la medicina psicológica también es el médico el que examina el síntoma pero conduce el examen junto con el enfermo; y si se puede, debe intentar que el enfermo examine los síntomas.

5) Si se producen algunos sentimientos o emociones en el médico durante el tratamiento de un enfermo, estos deben ser valorizados también como un síntoma importante de la enfermedad del enfermo, pero de ninguna manera se debe de actuar de acuerdo con ellos.

6) El medicamento más frecuente usado en medicina general es el médico mismo, por tanto, tiene sus indicaciones, contraindicaciones, efectos secundarios y "vías" de administración. Hay que aprovechar la personalidad del médico como instrumento de diagnóstico y tratamiento.

7) Para aclarar algunos aspectos de la entrevista médica hay que considerar la seducción mutua; no

necesariamente sexual, en que a veces caen médico y enfermo; uno aceptando con credulidad excesiva y complacida lo que acerca de su dolencia le dice un enfermo lisonjero; el otro, halagando más o menos abiertamente el amor propio o la vanidad del médico.

8) Dado que los médicos se forman en hospitales docentes, en la práctica de la medicina general se hallan en continuo conflicto entre el enfoque centrado en la enfermedad (medicina de hospitales) y el enfoque centrado en el enfermo como totalidad personal, exigido y utilizado en la medicina general. (4).

Terminan los entresacados.

El trabajo de Balint fue extenso, se expandió a temas como el de cuál debe ser el papel del médico en las emergencias, tocó también el tema de la interacción entre el médico y el paciente en las consultas necesariamente breves, de la práctica en hospitales públicos y del Seguro Social.

III PARTE

UN ENFOQUE ECOLOGICO DE LA ENTREVISTA MEDICA DE INTENCION PSICOTERAPEUTICA

Revisamos en la primera parte de la tesis lo relativo a la base científica de la psicoterapia, en la segunda parte tratamos de señalar la importancia que tenía el rescatar la psicoterapia para el uso en la entrevista de Medicina General. Lo último que queremos tratar es lo relativo a sí conviene a los médicos generales **guatemaltecos** tener una buena formación psicoterapéutica.

Siendo las enfermedades más comunes en Guatemala las del orden infectocontagioso, parasitario e hiponutricional, ¿qué podría hacer importante para los médicos que hacen frente a estas enfermedades el tener conocimientos de psicoterapia? Podríamos comenzar a contestar esta pregunta, con algunas cuestiones expuestas en las páginas anteriores, pero habremos de concretarnos a una respuesta más directa.

La lectura de la opinión de los antropólogos, acerca de las creencias y prácticas médicas populares de Guatemala, nos permite contestar esta pregunta.

El eminente antropólogo norteamericano Richard Adams y el médico guatemalteco Juan José Hurtado, han investigado lo relativo a enfermedades de cuño popular, tales como: el mal de ojo, el hijillo, envidia, espanto (susto). Hay otros estudios, como el de Gillin. Nosotros revisamos lo que sobre el tema hay en varias revistas del Instituto Indigenista Nacional, los escritos de los autores mencionados, algunas publicaciones del Instituto Indigenista Interamericano y por último, utilizamos para elaborar el enfoque, los pocos conocimientos que sobre el asunto obtuvimos en nuestra práctica rural. No está de más señalar que en los hospitales públicos también se adquiere experiencia al respecto.

Enfermedades tales como el ojo y el susto, a más de tener síntomas orgánicos que pueden corresponder a gran cantidad de enfermedades —de las que diagnostica el médico—, tienen también un componente psíquico, que se lo dá su origen mágico, o la explicación sobrenatural de su etiología. Son pues en nuestro criterio, enfermedades psico-somáticas. Por tanto convendrá en muchos casos tratarlas con psicoterapia, que si se quiere tendrá mucha impregnación mágica, pero no por eso dejará de ser psicoterapia, máxime si pensamos que la psicoterapia a pesar de su fundamento científico, es más un arte que una ciencia. ¿Qué otra cosa pensar cuando la enfermedad es enviada por Dios o el paciente es víctima de un hechizo?

En algunas partes de Guatemala el “susto” no es enfermedad sino causa de enfermedades. Las creencias médicas populares no son las mismas en todos los puntos del país. Cosas como ésta arrojan mucha oscuridad en los estudios que se hacen. De todas maneras, se pueden encontrar lineamientos generales que rigen el pensamiento mágico que con respecto a las enfermedades se tiene.

Recordamos una vez más, que la intención de esta tesis es señalar la conveniencia de incorporar conocimientos psicoterapéuticos a la entrevista médica general y no proponer como se debe practicar la misma en cada caso.

Habría que señalar en primer lugar que el pensamiento mágico no es patrimonio exclusivo de las comunidades primitivas. Empecemos por recordar que no todas las comunidades llamadas “primitivas” son tales, hay algunas a las que más convendría el nombre de “estancadas” o “enfrenadas” ya que si bien son rudimentarias son también contemporáneas, es decir que existen en esta época. Sin embargo aquí no haremos mayor hincapié en esto.

La magia tiene características que la emparentan con la ciencia, desde el punto que dota al hombre de una forma de ver el mundo y lo ayuda a salvar lagunas e insuficiencias en

cuestiones que aún no domina por completo. Para conseguir este fin, la magia dota al hombre primitivo de una firme creencia en sus posibilidades de éxito y lo provee de una definida técnica mental y pragmática en donde los medios ordinarios fracasan. Relacionado con esto, Malinowski nos dice: “La magia tiene un objeto definido, íntimamente asociado con los instintos, necesidades y ocupaciones humanas. El arte mágica está enderezada hacia la obtención de fines prácticos, como cualquier otro arte u oficio rígese por la teoría, así como por un sistema de principios que dictan la manera como debe ejecutarse el acto para que sea efectivo. Así, magia y ciencia exhiben numerosas semejanzas, al punto que, legítimamente podemos decir con Sir James Frazer, que la magia es una pseudo-ciencia” (28).

Lo anterior nos lleva a recordar que las enfermedades mágicas, bien pueden ser que necesiten ser tratadas mágicamente. No pensamos ni por un momento en que el médico deba convertirse en chimán o zajorín. Creemos eso sí, que el médico debe incorporar conocimientos de la magia local a su formación, para el buen desempeño de su función. El fin justifica los medios se dice. El fin en este caso es curar y los medios pueden ser muchos.

Repetimos, el pensamiento mágico y sus métodos, les son comunes —aunque con diferentes expresiones— a todos los grupos humanos.

También el médico de las grandes ciudades europeas y de Estados Unidos ve en la magia una posibilidad de curar a sus enfermos, ciertamente que ésto puede ser interpretado a menudo como engaño o estafa, pero hay que recordar que la magia es una realidad y es, como se ha dicho, algo inherente al ser humano. Así que en las naciones técnica y científicamente más desarrolladas, el médico se ve precisado a usar muchos de los métodos llamados marginales, esto es los que tienen un valor que

no ha sido científicamente probado. Como ejemplo de estas formas terapéuticas marginales tenemos la acupuntura, la homeopatía, etc. Valga recordar que durante muchos años también la psicoterapia constituyó uno más de estos métodos marginales. El doctor Arthur Jores en su libro "La Medicina en la Crísis de nuestro tiempo", dice: "Lo mágico es una fuerza; del mago parte un **mana**, nuestra razón sólo puede penetrar parcialmente en las cosas. Sólo podemos aprender de ahí que nuestra **ratio** no basta para comprender este mundo. Lo mágico forma parte de esas cosas que ya no comprendemos, que sólo podemos percibir como existentes. En una forma suavizada lo mágico desempeña aún hoy un papel considerable como medio curativo y ya dijimos antes que incluso se ha deslizado de incógnito en la medicina, para convertirse en un auténtico auxiliar" más adelante en el mismo libro, asegura "El médico tiene que saber magia. No debe obstinarse, a fuer de racionalista, en negar su existencia. Lo mágico existe y el médico es, con más frecuencia de lo que se supone, el iniciador de fantasías mágicas sugestivas. Para muchos hombres representa, hoy como ayer, el tipo de salvador. Lo más frecuente es que el médico inicie fantasías, que luego se fijan mágicamente" (25).

Recordemos algo que expuso con énfasis nuestro profesor de Cardiología, cuando fuimos externos en el Hospital San Juan de Dios: "Algunas veces sucede —nos dijo— que un médico inexperto dice a un joven que está enfermo del corazón, porque ha descubierto un ruido sistólico no explicable y le prohíbe en consecuencia que haga deporte. Esta palabra del médico como persona investida de autoridad permanece muchas veces fijada y puede determinar que se fije a su vez la idea de estar enfermo del corazón". Nosotros nos arriesgaríamos a decir más, y es que en tal situación podrían generarse síntomas cardíacos, desarrollándose subsecuentemente una neurosis cardíaca y finalmente una arritmia cardíaca, que ocasionara posteriormente una insuficiencia cardíaca. No puede desentenderse uno de cosas como ésta diciendo que no son "más que pura sugerión". La

hipnósis y la sugerión son los métodos terapéuticos del nivel mágico. ¿No opera aquí la palabra del médico en el mismo sentido maléfico que una maldición o el hechizo de un brujo?

Hemos cerrado así un ciclo en nuestro estudio. La palabra es probado instrumento científico en psicoterapia, esto lo recordamos en la primera parte de nuestro trabajo. La magia no tiene métodos científicos, pero entre los varios instrumentos que usa en común con la ciencia, está la palabra, el exorcismo.

Recordemos para terminar estas generalidades sobre la magia lo que ya casi es dicho popular "Si un hombre cree que un mago lo puede matar por sus brujerías, entonces puede el hombre morir de brujería. No se puede matar una mula con brujerías, pero si se puede matar un hombre así". La mula es incapaz de concebir el poder sobrenatural que puede estar dirigido en su contra, y en consecuencia no es dañada por el mismo. Por eso, dice Adams: "Psicológicamente no hay nada mágico en la magia; es decir, en el sentido de que obren poderes sobrenaturales, en verdad hay poco de cierto en la magia; pero en el sentido de que las técnicas mágicas pueden tener consecuencias psicológicas, si pueden ser muy eficaces" (1).

Olvidemos por un momento lo que hemos dicho acerca de la existencia de la magia en todas las sociedades actuales y en todos sus estratos.

Aceptemos que la magia florece más en las comunidades atrasadas y que su auge es menor en sociedades de alto desarrollo técnico y científico. Cabría preguntar entonces: ¿para qué tratar de estudiar las costumbres populares? ¿Para qué tratar de adaptar la entrevista médica al criterio popular? Todo estará resuelto cuando nuestro desarrollo técnico y científico sea similar al de los países más desarrollados en la actualidad. No habrá problema cuando hallan cambiado las relaciones de producción: cuando no exista en Guatemala una medicina para ricos y otra para pobres.

Pensamos nosotros que, encaminando nuestro pensamiento por ese rumbo, estaríamos pecando de simplistas. En primer lugar ¿quién nos garantiza que habrá pronto en Guatemala un cambio en el "orden de cosas"? En segundo lugar, antropólogos como Adams nos señalan cómo ningún grupo social puede cambiar sus costumbres rápidamente.

Repetimos lo dicho en la introducción de esta tesis: los cambios de infraestructura no suponen que simultánea y automáticamente, se generen cambios en la supraestructura; esto es cierto para la sociedad y para el hombre en particular.

Y en tercer lugar, es bueno recordar que los países industrializados tienen problemas de salud cualitativa y cuantitativamente diferentes de los de los países subdesarrollados. El desarrollo social no implica necesariamente que "se le corra cada vez más la cerca a la enfermedad". Unos problemas de salud disminuyen en tanto otros aumentan; las enfermedades derivadas del hacinamiento y del habitat "promiscuo" en barriadas insalubres, ceden su lugar a las derivadas de la polución y ruptura de la cadena ecológica, tanto en sectores urbanos y periurbanos, como en el área rural. Las afecciones derivadas de la hiponutrición y la fatiga física, ceden su lugar a las derivadas de la sobrealimentación y de la vida sedentaria, etc. La polución, el hacinamiento, la fatiga y la vida sedentaria, todas son condiciones que importan una implicación emocional, un vivísimo influjo y reflujo de factores psíquicos, aparte, claro está, de los obvios trastornos orgánicos a que dan origen.

A partir de una diferenciación entre los hábitos canalizados y los hábitos condicionados, Adams anota cinco alternativas para efectuar un cambio en las costumbres poblacionales. Ninguna en nuestro criterio es operable con la necesaria rapidez. (Remitimos a quienes tengan interés en el conocimiento de las cinco alternativas mencionadas, a las páginas 268 a 276 del libro "Introducción a la Antropología Aplicada" de Richard N. Adams).

Con base en lo mencionado en los dos párrafos anteriores es que creemos que se justifica estudiar la medicina popular para poderla utilizar como instrumento de la medicina científica.

Una entrevista médica de intención psicoterapéutica supone que:

- 1) Se logre la **comunicación amplia** en la misma a través de **una lengua común**.
- 2) Que el modo perceptivo del sujeto y sus diversos tipos de reacciones le permitan integrar ciertas novedades sin grandes dificultades.

Con respecto a lo primero, el maestro José Castañeda en su trabajo sobre "¿Dicotomía o Pluralismo?", nos aclara, "que existen en el país, oficialmente reconocidas, 23 lenguas vernáculas y muchos dialectos de las mismas derivadas". Y eso que lo dicho por el maestro Castañeda, seguramente no incluye sutilezas, tales como que el caribe —lengua de los negros de la costa atlántica— tiene un habla para hombres y un habla para mujeres, y que puede correrse el riesgo de pasar por afeminado, el hombre que utilice palabras que sólo utilizan las mujeres. Dada esta circunstancia —la de gran profusión de lenguas— no estando los médicos en posibilidades de aprenderlas todas, ni tan siquiera una, debemos pensar únicamente en entrevistas médicas mutiladas mediante la "prótesis" que supone el uso de traductor.

Estando lejano el día en que exista una "pancastellanización" idiomática, suponemos que habrá de importar, cuando menos a algunos médicos, el aprender lenguas vernáculas, claró está, las de más difusión (quiché, cakchiquel, quekchí y mam). Algo de esta intención vemos en la edición del "Prontuario Cakchiquel-Español" para uso del médico y estudiante de medicina en el área rural, patrocinado por la Warner Chilcott y con un proemio del Dr. Carlos A. Bernhard R.

"Cuando se entabla un diálogo o un interrogatorio —dice el doctor Bernhard— se hace necesario que las personas que en él intervienen hablen el mismo idioma a fin de que se establezca entre ellas una mutua comprensión que las conduzca con mayor éxito hacia la resolución del asunto o motivo central de la charla" (8). Seguramente que no será fácil que los médicos se propongan estudiar lenguas regionales pero seguramente, también que no habrá mucha honestidad en seguir efectuando una entrevista médica para indios y para pobres y otra para castellanizados y "chancles", dicho ésto en función de la cantidad de información implícita.

El otro supuesto que anotábamos como concurrente en la entrevista médica, es el que el sujeto pueda aceptar novedades, ideas y hábitos médicos que no le son propios. Esto parece más fácil de superar que la barrera idiomática, al menos eso nos hace pensar Adams, cuando nos dá algunas sugerencias generales para ganarnos la confianza de pacientes del medio indígena y rural.

Richard Adams, expone estas sugerencias refiriéndose a las creencias de los pobladores de Magdalena Milpas Altas, pero nosotros no vemos impedimento para darles validez general aplicable no solo en el área rural, sino también en la urbana.

Dichas sugerencias son:

"Primero, el doctor debe hacerles ver claramente que él comprende que no es absolutamente poderoso para curar todas las enfermedades que se le presentan. Una razón para esclarecer ésto es que el magdaleño ya de antemano sabe que no es tan poderoso, que tampoco puede curar el **susto**, ni a los niños que han sido **ojeados**, así como ninguna otra de las perturbaciones de carácter sobrenatural. Cualquier acto del profesional médico que sugiera que él se considera extremadamente capacitado será recibido con algo menos que incredulidad y únicamente hará más distante el tiempo cuando el doctor y el magdaleño puedan llegar a una buena armonía.

Segundo, como ya se ha sugerido en varias conexiones al respecto, el profesional médico nunca debe refutar de inmediato cualquier causa que el paciente u otros interesados en el caso puedan sugerir que ha motivado la enfermedad. No tiene qué expresar credulidad absoluta, pero sería en su propio beneficio si los escuchara, tratando de interpretar las explicaciones provistas, en términos que hagan más aceptable el remedio que él va a sugerir. Tal vez al profesional le parezca ser una carga extraordinaria tener que rendir explicaciones tan extensas y tener una paciencia tal, en vista de la estupidez aparente de algunos de los pacientes que puedan acercarse a él. Esto también es muy cierto en nuestra propia cultura, por lo que no tenemos ninguna razón para esperar hallar un grado de inteligencia mucho más elevada o inferior entre los magdaleños. Es deber del médico o enfermera juzgar a sus pacientes, dedicando más tiempo a aquellos que manifiestan interés real, así como los de otras, los que serán los verdaderos portadores e innovadores, difundiendo las ideas científicas entre sus semejantes. Además, el profesional nunca deberá rebajar el trabajo del zajorin o de cualquier otro ejerciendo la medicina. A menos que estén haciendo un daño muy específico (y aún en estos casos debe ejercitarse cuidado extremo en lo que dice), es mejor que admita buenamente reconocer que son muy capaces, diciendo que él, el médico profesional también es bueno, y aunque no puede proporcionar algunas técnicas que son del dominio del curandero o zajorín, él en cambio tiene otras que tal vez son mejores para curar las dolencias acompañantes. Uno de los mayores peligros en expresar una crítica abierta de las personas ejerciendo prácticas médicas en la localidad, estriba en el hecho que es muy posible esté hablando precisamente con uno de éstos.

Tercero, como ya se ha indicado, no es prudente querer echar a un lado este tremendo vacío existente entre medicina moderna y las prácticas de la población. En vez de ésto, debe hacerse hincapié en el hecho que las dos formas de curación son fundamentalmente parecidas y tratar de esos puntos en los que

ambos tipos de curación puedan tener un terreno común, lo que logrará con la comprensión de las usanzas locales. Muchas de las prácticas seguidas mientras se verifica la curación deben utilizarse hasta el máximo. Estas incluyen, el uso y delineamiento de remedios específicos, cuidado del paciente (sobre todo de los niños), fe en Dios, recomendaciones de ciertas dietas, algunas medidas preventivas tales como no permitir un enfriamiento, el uso de agua caliente para las infecciones superficiales y algunas otras" (2).

Al final de sus recomendaciones, apunta Adams los siguientes: "No existe un camino fácil para evadir los problemas que implica la introducción de nuevos elementos culturales distintivamente diferente. Como principio general, mientras más sepa uno, dé, y mayor simpatía se manifieste para con los modos de vida de otras gentes, más éxito tendrá en los intentos para ayudarlas" (2).

No es propósito de esta tesis describir cada una de las enfermedades de concepción popular en Guatemala. Nos interesa, eso sí, destacar algunos rasgos que les son comunes y que son de gran interés en la entrevista médica.

Se ha dicho que en las concepciones primitivas, animistas, la enfermedad proviene de afuera; es una entidad extraña que se apodera del organismo y altera su funcionamiento normal. A esta concepción exógena se opone una endógena, ésta última ya presente en el pensamiento de Hipócrates, quien confería el origen de las enfermedades a "desequilibrios de los humores del organismo", elaborando descripciones de los mismos según los conocimientos anatómicos y fisiológicos de la época.

En la actualidad, tanto en medicina psicológica como somática, se reconoce para unas enfermedades una causa proporcionalmente mayor de origen endógeno y para otras una causa proporcionalmente mayor de origen exógeno. Con otras tantas enfermedades se discute la determinación de su origen, ya sea interno o externo.

El estudio estructural de lo epidemiológico y lo clínico de cada enfermedad, arroja claridad para su conceptualización.

El abordaje clínico, así como la permanente custodia de la enfermedad durante su evolución, no son del todo explicables con base en el esquema fijo que nos da la clasificación de enfermedades exógenas y endógenas, máxime cuando estas enfermedades son mentales o psicosomáticas, de principal componente psíquico.

En primer lugar, una enfermedad psíquica no es tal, hasta el momento en que se observa su relación con una sociedad dada. En relación con esto, Bastide escribe: "Levi-Strauss, observa a propósito del chamanismo, que el enfermo tratado por el chamán, es quizás el aspecto menos importante del sistema y que la relación esencial es la que existe entre el chamán y el grupo. Por consiguiente toda terapia va más allá del dualismo médico-paciente, para hacer intervenir, como elemento mediador entre ambos, al grupo social, no hay cura real, sin concenso colectivo" (6). Prosigue señalando que siempre se tiene que recurrir a un tercer término, si queremos comprender los sistemas psicopatológicos. El psiquiatra —dice— depende de la sociedad, es ella la que le proporciona su definición de la enfermedad mental, la que le impone el ideal a través del cual debe tratarla, la que le proporciona los objetivos que debe buscar, el vínculo que le une a su enfermo no es, pues, lo más importante; lo que Levi-Strauss dice del chamán podemos nosotros decirlo del psiquiatra de hoy; es el concenso colectivo el que define tanto al alienado como la curación del alienado; el "loco" es el aspecto menos importante del sistema de la locura (6). Una última cita de Bastide: "Toda locura —dice— es una "locura en pareja" (folie à deux), la del psiquiatra y la del enfermo, representando el psiquiatra al público (conjunto de juicios colectivos sobre la locura) y esforzándose el enfermo por ayudar al diagnóstico del doctor: adoptando la conducta contraria a la normal y haciendo del conjunto de sus trastornos un ritual de rebelión" (6). Por

nuestra parte creemos que lo apuntado tiene aplicación al enfocar la entrevista médica, con pacientes a los que se les trata de “mal de ojo”, susto y otras enfermedades mágicas. La única dificultad del esquema es que para el caso, una es la creencia popular de la enfermedad (la que en muchos casos tiene el paciente) y otra la creencia médica.

Por un lado existe la concepción popular de la enfermedad (la que en la mayoría de los casos es la del propio paciente) y por otro la concepción que el médico tiene de la enfermedad (juicios científicos y académicos sobre la enfermedad). Esto nos lleva nuevamente a Balint, quien en la cuarta parte de su libro “Técnicas Psicoterapéuticas en Medicina” señala la división de la enfermedad en autógena y iatrógena, cuestión que explica de la manera siguiente:

“Cuando el enfermo llega al consultorio del médico quejándose, intencionalmente dejamos el verbo sin complemento, ya se ha forjado una imagen más o menos estable de sus nuevas sensaciones, de sus temores, de sus sospechas, de sus dolores, que podríamos llamar la enfermedad autógena. Al hacer la historia clínica, al escuchar y al examinar a su enfermo, el médico se forma también, con todos estos elementos, una imagen más o menos estable, que podría llamarse, si bien verbo, la enfermedad iatrógena”.

Queremos aclarar, por más que para algunos resulte obvio, que el criterio aquí expresado por Balint sobre enfermedad iatrógena hay que diferenciarlo cuidadosamente del concepto de enfermedad iatrogénica (entendida ésta como la causada por el médico).

En la categoría de enfermedades autógenas incorporamos nosotros enfermedades tales como “el susto” y el “mal de ojo”. Otra será la enfermedad que diagnóstica el médico. (Concepción iatrógena).

En la práctica clínica es más útil integrar las enfermedades mágicas al grupo de las enfermedades autógenas y no al de las exógenas, por más que en esta categoría también les corresponda estar. La razón es que si bien enfermedades como “el susto”, pueden hacer presa de varios pacientes, en cada uno de ellos contendrá algunas variables (en medicina interna, se repite hasta la saciedad: “No hay enfermedad, sino enfermos”, dando a entender con ésto que la idiosincrasia de cada paciente participa tanto en la enfermedad que a veces siendo ésta la misma en dos pacientes, ofrece en ambos casos características tan diferentes que parece se tratara de dos enfermedades diferentes). Lo apuntado para la medicina interna es, en nuestro criterio, válido para la comprensión de las enfermedades mágicas, refiriéndonos, claro está, exclusivamente al ejercicio clínico, a la entrevista médica.

“...los médicos necesitan aprender a diagnosticar no sólo la enfermedad iatrógena “real” del enfermo, sino también su enfermedad autógena, y descubrir qué clase de ayuda necesita para las dos. Atenernos a los marbetes diagnósticos en el enfermo, tales como neurosis, trastornos del stress, estados psicosomáticos, puede tranquilizarnos y ayudarnos a nosotros, los médicos, pero difícilmente al enfermo”. (Balint).

“Una importante tarea inicial en el diagnóstico psicológico es establecer alguna conexión entre lo que el enfermo piensa que es por lo que ha buscado al médico (enfermedad autógena) y lo que el médico ha sido capaz de comprender respecto al estado del enfermo (enfermedad iatrógena). Esta conexión debe tener sentido para los dos y debe satisfacer emocionalmente al enfermo; de otro modo, se sentirá incomprendido, decepcionado, excitado, abandonado. Como se sabe bien en medicina, estos sentimientos pueden prevalecer aún en enfermos cuyo padecimiento “real” ha sido tratado eficiente y adecuadamente, o aún curado”. (5) Esto explica por qué en la

entrevista médica no es útil escuchar únicamente la historia del paciente, de la misma manera que tampoco lo es obligar al enfermo a escuchar únicamente nuestras propias ideas.

PRINCIPALES MOTIVOS QUE PRESIDEN LA CONFIGURACION DE LA RELACION MEDICA (CUADRO TOMADO DEL LIBRO "LA RELACION MEDICO-ENFERMO" DE PEDRO LAIN ENTRALGO)

I. Motivos Personales

A. Del Enfermo.

1. Qué busca en su relación con el médico y qué espera de ella.
2. A qué médico acude
3. Cómo siente su enfermedad
4. Cómo ha respondido a su enfermedad
5. Actitud frente a la medicina
6. Actitud frente a la persona del médico.

B. Del Médico

1. Suficiencia técnica real
2. Conciencia de esa suficiencia (seguridad o inseguridad de sí mismo, en tanto que médico)
3. Interés dominante en su ejercicio profesional (Ciencia, lucro, función pública o ayuda al enfermo)

4. Condiciones personales (temperamentales y éticas)
5. Actitud frente al enfermo (en cuanto éste es "caso Clínico" y cuanto es "persona").

II. Motivos Sociales

A. Relativos al Enfermo.

1. Motivación de la "llamada al médico"
 - a) intervención de "los otros próximos"
 - b) intervención de "los otros remotos" (instancias sociales en sentido estricto).
2. Motivos sociales en el sentimiento de enfermedad
3. Motivos sociales en la respuesta a la enfermedad

B. Relativo al médico

1. Formación técnica
2. Mentalidad Social
3. Modo social de ejercer la profesión.

C. Relativos a la relación médica en cuanto tal

1. Marco social en que se realiza el encuentro
2. Expectativas institucionalizadas en el medio social en cuestión
3. Momentos sociales de la quasi-díada médico-enfermo

NOTA FINAL

No siempre la relación entre tratante y tratado genera beneficios para el último. En un momento dado el médico tratante puede no ser el adecuado, su método puede no ser el apropiado o bien los términos y el ambiente en que se realiza la entrevista resultan adversos. Aquí cabe una transformación oportuna en la actitud del observador terapeuta, del clínico y del personal tratante, esta transformación puede llevar incluso a la renuncia de proporcionar tratamiento, refiriendo al paciente con otro médico u otro grupo terapeuta.

En la entrevista médica concurren en ocasiones, a más del tratante y el tratado, otros tratantes y otros tratados, esto es común sobre todo en los lugares en que la medicina es institucional (hospitales, centros de salud, etc., etc.), ahí el éxito y el fracaso en la terapia no serán únicamente del médico. Habrá que tenerse en cuenta, eso sí, que con cierta lógica en determinados régimenes hospitalarios y de medicina de grupo en general, se está dispuesto a aceptar al médico como el responsable de las acciones de sus colaboradores en lo relativo al manejo de pacientes. Así, que se hace importante el señalar limitaciones y atribuciones, especialmente del personal de enfermería. El acceso de la enfermera al contenido del historial clínico ha dado buenos frutos, en los lugares en que tal cosa se permite. El buen criterio y la intuición de la enfermera y en general de todo el personal paramédico, ha sido en incontables ocasiones de gran utilidad para el buen desarrollo de la acción terapéutica. Dado que la relación médico-enfermo no se realiza en un ambiente "puro", esto es sin la "contaminación" que supone la interrelación con otras gentes, el paciente ambulatorio saldrá a la calle, irá a su casa, etc. etc. El paciente internado tendrá contacto con otros pacientes y otras personas que laboran en la institución de que se trate. Hay que recordar que la vida humana es vida de relación y que en la entrevista médica, por más que se realice aisladamente, siempre habrá un tercero presente, la sociedad.

Lo señalado hace necesario, en nuestro criterio, que se permita el acceso del personal hospitalario a ciertos conocimientos de psicoterapia, al fin de al cabo, que entre enfermeras, fisioterapeutas, psicólogos y aún entre empleados de la limpieza, está en ocasiones la persona que más fuertes lazos ha establecido con el paciente.

Hay que recordar que la moda y la "pose" ultracientífica de algunos psicoterapéuticos —incluidos psicólogos, psicoanalistas, médicos y psiquiatras— ha tachado exageradamente de empíricas algunas formas de relación con los enfermos, no siendo eso obstáculo para que ellos mismos las utilicen, aún cuando sea en forma más sofisticada o parcialmente oculta, todo para crear en torno de su persona una atmósfera de mayor sensacionalismo, cosa ésta última que habría que señalar como útil en algunas circunstancias. En otras palabras hay cosas que el médico y sus subalternos no necesitan aprender. Tratándose de médicos, alguien ha dicho que para que logre un conocimiento decoroso de la psicoterapia no necesita cursos especializados, sino más bien recuperar y reaprender la forma de relacionarse con la gente que había venido practicando antes de sufrir la **deformación** que le dió su **formación médica**. No compartimos plenamente el criterio de esta última aseveración, pero creemos que encierra algo de verdad.

Como retirar el aspecto psíquico del ámbito médico, puede reducir al médico a la condición de un técnico bioquímico, de un técnico quirúrgico, etc., etc., la esencia de la medicina sigue siendo la relación tradicional con el paciente.

En muchos casos la entrevista es la ceniciente del proceso de diagnóstico. Los médicos orientan su opinión por los signos físicos "Objetivos", desestimando los síntomas y la relación que el enfermo hace acerca de su enfermedad. Los avances del laboratorio, la radiología y otras técnicas especializadas disminuyen, ante los ojos de algunos, la importancia de la entrevista.

Por más que el interés de los médicos no fuera más allá de lo puramente orgánico, hay cosas que para la elaboración de su diagnóstico siempre permanecerán ocultas si descuida su capacidad de entrevistar.

Los que hemos recibido instrucción médica en la última década hemos sido víctimas del hecho de que la medición de la capacidad de los estudiantes se ha efectuado, en muchas ocasiones, atendiendo a su habilidad para interpretar exámenes de laboratorio y su capacidad de reconocer signos, todo lo cual ha ido en detrimento y menoscabo de la entrevista.

La entrevista clínica proporciona datos sobre la enfermedad que no se pueden obtener en otra forma. La descripción del paciente acerca del principio de la enfermedad, la severidad y el área afectada, así como la evolución y el grado de malestar que la enfermedad le causa al paciente. No hay otro modo para determinar la influencia de las circunstancias sociales y familiares implicadas en el proceso mórbido. Muchas equivocaciones en el manejo y diagnóstico pueden evitarse con un sistema de entrevistas clínicas bien llevadas desde un principio. De no crearse una atmósfera de confianza en la relación del médico con sus pacientes, muchos intentos de hacer un buen diagnóstico o de iniciar un adecuado tratamiento se verán seriamente limitados.

Si no se logra o no se quiere lograr una situación de simpatía, deberá asegurarse cuando menos una relación de parapatía, ya que los casos en que resulta bueno crear animadversión hacia el tratante por parte del tratado, son de suyo delicados y más bien de la competencia del psiquiatra.

GEMEINSCHAFT Y GESELLSCHAFT

El Gemeinschaft (G1) y el Gesellschaft (G2) son conceptos importantes que deben entender los médicos y otros profesionales médicos de las naciones en desarrollo. El extremo G1, o la comunidad, incluye la organización social sencilla, generalmente rural, en la cual la comunicación es personal y directa. En el extremo G2, o la sociedad, las relaciones entre los individuos son impersonales y la comunicación entre éstos tiene lugar en las formas y por las empresas determinadas por la eficiencia. En cualquier esfuerzo de fundar un programa de sanidad en una nación en desarrollo, se debe tratar de comprender los conceptos *gemeinschaft* (rural) y *gesellschaft* (urbano), lo que ayudará a los innovadores a obtener más cooperación y aceptación en los niveles diferentes de la sociedad: los jóvenes y los viejos, los pobres y los ricos, los negros y los blancos, etc.

Mientras que exista la tendencia de los individuos a moverse de G1 a G2 y viceversa, existe también la posibilidad de que un individuo, grupo, o una sociedad desarrollen una condición llamada "anomie" (A). En este caso, los valores comunes establecidos y aun los sentidos comunes ya no son ni entendidos ni aceptados; se hallan presentes los sentidos nuevos y las contradicciones en los medios y en los fines. Los individuos que son parte de este tipo de movilidad se pueden llamar "marginales". Louis Wirth puso en práctica este término para referir a una persona cuya identidad de sí mismo "está dividida entre el mundo que ha dejado y aquel mundo que no lo acepta de ningún modo". El concepto de la marginalidad puede utilizarse para comprender el rol del individuo que sostiene los cambios en sus roles producidos por la movilidad.

(ver referencia bibliográfica No. 16)

SUMARIO

En la primera parte de la tesis, se trae a colación lo relativo a la base científica del mecanismo de influencia verbal de uso en psicoterapia directa. Se hace una corta revisión de las demostraciones de los reflexólogos acerca de la palabra como factor fisiológico y terapéutico, tomando en cuenta la persistente duda de la gran mayoría de médicos, en torno al carácter científico de la psicoterapia directa y de su principal instrumento, la palabra. La intención es recordar —por olvidado que es— que la psicoterapia hace mucho que ha perdido su concepción esotérica.

En la segunda parte se defiende la posición de que el médico no psiquiatra, en función psicoterapéutica durante la entrevista con sus pacientes, no incurre por tal ejercicio en extralimitación de sus funciones. Se hace mención del destacado lugar de los médicos entre las personas que hacen psicoterapia y se mencionan las ideas de algunos de los principales impulsores de la medicina psicosomática en la última década. Se consignan, entre otros, algunos de los principios enunciados por el doctor Michael Balint.

Se postula al final, en la tercera parte, que las implicaciones psíquicas de las enfermedades humanas existen en toda sociedad, independientemente del grado de desarrollo que dicha sociedad tenga. La Organización Mundial de la Salud define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social”, lo que da lugar a considerar que un hombre que se tenga por sano en un lugar de la Tierra puede no aceptarse como tal en otro lugar distinto, lo que hoy se considera como salud puede no serlo en el futuro o no haberlo sido en el pasado. Sólo podemos entender la salud en un sentido ecológico, es decir considerando al hombre en función de su ambiente; por tanto los términos que rigen la entrevista médica deben ajustarse también ecológicamente.

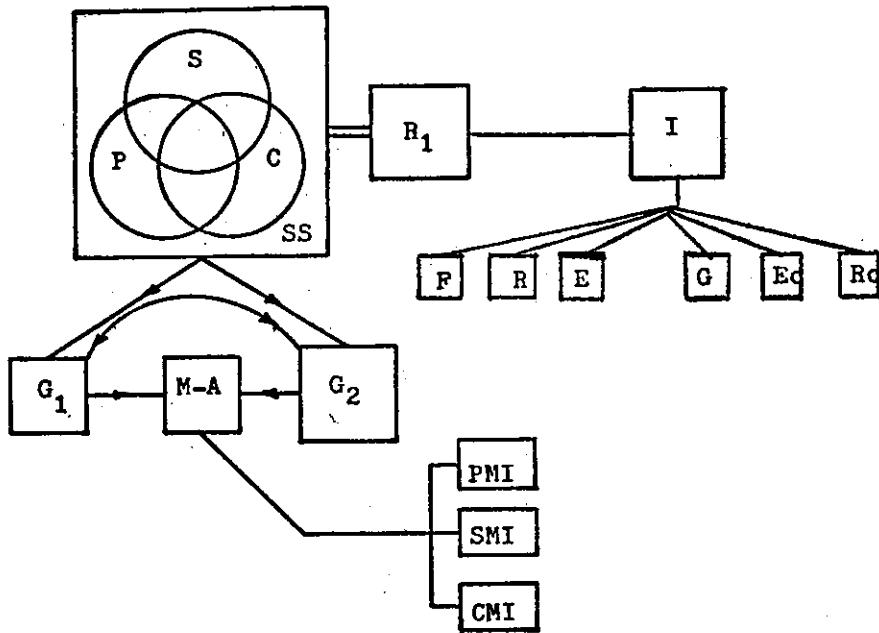


FIGURA 2: Institución, Gemeinschaft y Gesellschaft en relación a SCP.

- C = Cultura
- CMI = Interacción cultural significativa
- G₁ = Gemeinschaft
- G₂ = Gesellschaft
- M-A = Marginalidad y Anomie
- PMI = Interacción personal significativa
- R₁ = Rol
- S = Sociedad
- SS = Sistema social
- SMI = Interacción social significativa
- P = Personalidad
- I = Instituciones
- F = Familia
- R = Religión
- E = Educación
- G = Gobierno
- Ec = Economía
- RC = Recreación

CONCLUSIONES

- 1) En todas las ciencias hay "verdades", que lo siguen siendo únicamente por costumbre. La ciencia se aparta del dogma al desestimar los conceptos inamovibles. No se adelanta en ciencia sino se descartan, reelaborar o reacondicionan dialecticamente los conceptos que se manejan en un momento dado. Así, en torno a la entrevista médica existen una serie de "verdades" que es conveniente revisar.
- 2) Creemos de urgente necesidad abrir seminarios para poner a discusión el espíritu del médico actual, unilateralmente orientado hacia los procesos somáticos, preso del modo de pensar causal-mecanista. Dichos seminarios podrían hacerse a nivel estudiantil y con graduados.
- 3) Existen en la actualidad explicaciones científicas para los métodos de la psicoterapia directa, esto es, los que emplean principalmente la palabra para el tratamiento de enfermedades psicosomáticas en un ambiente de entrevista. Esto es cierto para la sugestión elemental y afirmativa (imperativa), practicada en estado de hipnosis o vigilia, como para la acción verbal motivada (persuasión, explicación) estando el paciente en vigilia, en somnolencia o en hipnosis.
- 4) La psicoterapia basada en los principios fisiológicos constituye una intervención activa del médico en el estado de la dinámica cortico-subcortical del enfermo.
- 5) Es necesario que se enseñe, no solamente al psiquiatra, sino también a cada uno de los médicos, el trasfondo social y antropológico de los pacientes con los cuales tratan y cómo éstos los perciben; porque un médico

procedente de la clase media o de la élite social, por lo común es asombrosamente ignorante de las creencias y de los sistemas de valores de sus pacientes.

- 6) La psicología médica, la psicoterapia y la antropología han de enseñarse no ya como nuevas especialidades sino como ciencias y prácticas fundamentales, en pie de igualdad con la patología y la fisiología.
- 7) Como se recomienda incrementar el estudio de la antropología vernácula, aclaramos que no estamos de acuerdo en que se imparta en la forma insulsa en que se ha venido haciendo por épocas en la Facultad de Medicina. No vemos la necesidad de que tal cosa se haga para justificar el sueldo de uno o varios profesores. Por eso insistimos, antropología sí, pero con sentido.
- 8) Es conveniente propugnar por la paulatina configuración de una nueva mentalidad en el médico, para que se convenza, cada vez más, de que es fundamental la introducción sistemática de métodos psicológicos y sociológicos en su quehacer clínico.
- 9) En contra de lo que pudiera decirse, la enseñanza de la psicología y la psicopatología, en nuestra Facultad, sigue siendo escasa y en consecuencia la enseñanza de la psicoterapia es aún más limitada.
- 10) Habría que reconocer que pese al gran adelanto de la medicina orgánica y pese a lo extenso y prolífico de sus conocimientos, las posibilidades de curar realmente a las personas enfermas son más que modestas. Si no fueran en auxilio del médico la acción mágica imprevista y las curaciones espontáneas, la cosa tendría un aspecto bien triste.

- 11) Siendo que la psicoterapia en la entrevista médica, la impone como método la vida misma, es justo que los actos médicos en tal sentido dejen de ser dictados por el sentido común y por tanto se enseñe formalmente la psicoterapia a graduados y pregraduados.
- 12) Se hace necesario investigar en cada enfermo, sea cual sea su dolencia, su vida emocional, para tener de él una visión completa. Hay que recordar que la medicina integral ha sido y será la verdadera medicina de todos los tiempos.
- 13) Habría que tomar con reservas la inclusión de personal docente de formación exclusivamente psicológica en la Facultad de Medicina.
- 14) Se propone como asunto de interés, el propiciar el contacto de los médicos rurales con los estudiantes de medicina.
- 15) En casos escogidos, en los cuales se sospeche una fuerte implicación de factores mágicos que estén ocasionando en algún paciente trastornos psicosomáticos, se propone como método la formación de grupos de discusión con la participación de diferentes especialistas, incluidos, cuando fuera posible, los que no tienen créditos académicos.

APENDICE

PSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA EN EL ENTRENAMIENTO DE POST-GRADO

INTRODUCCION:

La preparación integral del médico que se especializa requiere que se le de oportunidad para obtener conocimientos más allá del tópico propio de su especialización para evitar que se transforme en un técnico super especializado, y para ayudar a que se conserve una imagen global del paciente, esta actitud le permitirá responder más adecuadamente a las necesidades del ser humano que sufre, evitándole reaccionar únicamente a la entidad patológica que confronta, con detrimiento de su capacidad para ayudar efectivamente al individuo.

Por estas razones, a la vez que se le prepara en los campos que atañen más directamente a su especialización, se le facilita el contacto con temas como la psicología y la psiquiatría, que le ayudarán a comprender y afrontar situaciones emocionales comunes a todo enfermo.

1.0 OBJETIVOS GENERALES

- 1.1 Revisar y reforzar los conocimientos de psicología y psiquiatría del candidato.
- 1.2 Estudiar y esclarecer las relaciones entre psique y soma y el papel que juegan ambas partes, separada y conjuntamente en la determinación de la enfermedad.
- 1.3 Comprender la importancia que tiene el síntoma (y la enfermedad) para la canalización de diversos conflictos emocionales.

1.4 Comprender cuales son las fuerzas psicológicas que juegan un papel en la determinación del síntoma o la enfermedad y el simplismo que adquiere su manifestación a través de la expresión somática.

1.5 Conocer las bases de la actitud psiquiatrica ante los problemas emocionales del paciente, para poder tomar una actitud terapéutica con respecto a ellos.

2.0 OBJETIVOS ESPECIALES:

2.1 Conocer más a fondo la problemática y la dinámica especial de los pacientes y las enfermedades correspondientes al campo de su especialidad particular.

2.2 Adquirir la actitud adecuada para responder diagnóstica y terapéuticamente a las necesidades del individuo enfermo.

3.0 METODOLOGIA:

3.1 Discusión en grupo, como método principal de docencia.

3.2 Discusiones dinámicas de los temas relacionados con las emociones, con la idea de facilitar la oportunidad de vivencias (experimentar en sí mismos) algunos de los procesos psicológicos comunes.

3.3 Breves conferencias introductorias que motiven a la discusión, al estudio bibliográfico y a la aplicación de los conocimientos.

3.4 Presentación y discusión de casos prácticos para comprobar la aplicación de los conocimientos, así mismo como para demostrar la influencia de los factores emocionales propios en el proceso diagnóstico y terapéutico y pronóstico.

4.0 OBJETIVOS DOCENTE (PROGRAMAS) GENERALES

4.1 Introducción a los conceptos psicológicos y de Personalidad.

4.2 Conciente y Sub-conciente

4.3 El Yo, el Ello, y el Super Yo.

4.4 Los instintos y su acción. El Ambiente y su acción

4.5 Mecanismos de Defensa, Somatización, Balance Vital

4.6 Introducción al narcisismo

4.7 Introducción a la Psicodinamia de las enfermedades somáticas conceptos de beneficios primarios y secundario.

4.8.2 Introducción a la Terapéutica Psiquiátrica

4.8.1 Terapias físicas y químicas

4.8.2 Hipnosis, como ayuda terapéutica

4.8.3 Psicoterapia, Psicoanálisis

4.9 El médico no psiquiatra y la terapéutica psicológica.

5.0 OBJETIVOS DOCENTES PARTICULARES

5.1 Los pertinentes a cada especialización.

NOTAS:

a) Se debe perseguir una integración temática y programática en los otros programas educativos, para mantener la integración conceptual.

b) Los objetivos docentes particulares se desarrollarán de acuerdo con los programas generales de la especialidad en cuestión.

- c) Los objetivos Docentes Generales se desarrollarán durante los programas de especialización y a ellos se agregarán adecuadamente los Objetivos Docentes Particulares.

Dr. Enrique Morales CH.

Guatemala, 6 de enero de 1972.

BIBLIOGRAFIA

1. Adams, Richard N. Introducción a la antropología aplicada; libro de texto y manual para trabajadores de bienestar social en América Latina. Versión castellana de Jorge Skinner Klee. Guatemala, Ed. José de Pineda Ibarra, 1964. p. 219 (Seminario de Integración Social No. 13).
 2. ----- Un análisis de las creencias y prácticas médicas en un pueblo indígena de Guatemala; con sugerencias relacionadas con la práctica de medicina en el área maya. Versión al castellano de Amalia G. de Ramírez. Guatemala Ed. del Ministerio de Educación Pública, 1952. pp. 76-78. (Publicaciones Especiales del Instituto Indigenista Nacional No. 17).
 - * 3. Adler, N.M. et. al. The doctor-patient relationship revisited. An analysis of the placebo effect. Ann Int Med. 78(4): 595-8, Apr.1973.
 4. Balint, Michael. The doctor, his patient and the Illness. 2a. ed. London; Pitman Medical Publishing, 1964.
 5. -----y Enid Balint. Técnicas psicoterapéuticas en medicina. Versión española de Matilde Rodríguez Cabo. México, Siglo XXI Editores, 1966. pp.5,15-16.
 6. Bastide, Roger. Sociología de las enfermedades mentales. Traducción de Armando Suárez. México, Siglo XXI Editores, 1967. pp.332-333,341.
 - * 7. Bendfeldt Zarichrisson, Fernando. La medicina a través de los medios de difusión del pensamiento. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas, 1969. 218 p.
- * Sóloamente consultados, no citados por el autor en su trabajo.

8. Bernhard Carlos. Proemio. IN: Prontuario Cakchiquel-español. Publicado por cortesía de Warner Chilcot Laboratories. Adaptación de Marcial Maxía Cotzal. p.1.
9. Bonnafé, V., et al. Psicoterapia y materialismo dialéctico. Traducción de Lidia Alazraqui. Buenos Aires, Ediciones Nuestro Tiempo, 1965. p.61.
- *10. Bremme de Santos, Ida. Medicina popular de Mixco. Tradiciones de Guatemala. 1:47-55, 1968.
- *11. Carroll, Herbert A. Higiene mental. Traducción de Luis Romano Haces. México, Compañía Ed. Continental, 1968. pp 335-367.
12. De la Fuente Muñiz, Ramón. Psicología Médica. 4a. ed. México, Fondo de Cultura Económica. 1963. pp. 376-377.
- *13. Engel, George L. Enduring Attributes of medicine relevant for the education of the physician. Ann Int. Med. 78(4) 587-93, Apr.1973.
- *14. Estrada Sandoval, Carlos. Problemas de salud pública en el desarrollo urbano. IN: Problemas de la urbanización en Guatemala. Ed. del Ministerio de Educación Pública. 1965. pp.119-38. (Seminario de Integración Social, no. 16).
- *15. Fleming, Ilah. El desarrollo histórico del habla masculina frente a la femenina entre los caribes centroamericanos. Guatemala Indígena, 7(4): 141-52, Octubre-Dic. 1972.
16. Fredericks, Marcel A., et al. Un modelo de conceptos sociales para profesionales médicos en una nación en desarrollo. América Indígena. (México). 31(3): 661-69, Julio 1971.
17. Freud, Sigmund. Obras completas. Traducción directa del alemán por Luis López Ballesteros y de Torres. Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, 1966. p.776(V.2).
- *18. Fuchs, Pablo, Meditaciones sobre el diagnóstico. Guatemala, Ed. Universitaria, 1967. 83 p. (Universidad de San Carlos de Guatemala, Estudios Universitarios, V.9).
- *19. Guillen, John. Religión informal y psiquiatría. EN SU: San Luis Jilotepeque; la seguridad del individuo y la sociedad en la cultura de una comunidad guatemalteca de indígenas y ladinos. Traducción de Joaquín Noval. Ed. del Ministerio de Educación Pública. 1958. pp. 305-61. (Seminario de Integración Social Guatemalteca, No. 7).
- *20. Gorski, D.P. et al. Pensamiento y lenguaje. Versión española de Augusto Vidal Roget. México. Ed. Grijalbo, 1962. 365 p.
- *21. Goubaud Carrera, Antonio. Algunos aspectos de la estructura del carácter de los indios de Guatemala. EN SU: Indigenismo en Guatemala. Guatemala, Ed. del Ministerio de Educación Pública, 1964. pp. 207-220. (Seminario de Integración Social Guatemalteco. No. 14).
22. Harrison, T.R. et al. Medicina interna. 3a. Ed. Trad. por Carolina Amor de Fournier et al. México, La Prensa Médica Mexicana, 1966.

- *23. Hurtado Vega, Juan José. *El ojo*. Tradiciones de Guatemala 1: 47-55, 1968.
- *24. Influencia del mundo mágico en la supervivencia y desarrollo del infante indígena en Sololá. Guatemala Indígena 4(1): 98-103, Agosto 1968.
- 25. Jores, Arthur. La medicina en la crisis de nuestro tiempo. Traducción de Armando Suárez. México, Siglo XXI Editores, 1967. pp.55-57.
- *26. Laín Entralgo, Pedro. La relación médico-enfermo: historia y teoría. Madrid, Ed. Castilla, 1964. 497 p. (Revista de Occidente).
- *27. Leme Lopes, José. Psiquiatría e anti-psiquiatría. Revista de Psiquiatría Clínica. Sao Paulo (Brasil) 1(1): 35-48 Marzo 1972.
- 28. Malinowski, Bronislaw. Estudios de Psicología primitiva. Traducción de A. Rosenvasser, et al. 3a. ed. Buenos Aires Ed. Paidos, 1963. p.89.
- 29. Marañón, Gregorio. Prólogo. IN: Pavlov, I.P. Los reflejos condicionados. Madrid, Ed. Morata, 1929.
- *30. Mejía Pivaral, Víctor. Salud y Enfermedad. IN: Características económicas y socioculturales de cuatro aldeas ladinas de Guatemala. Guatemala Indígena 7(3): 235-47, Julio-sep. 1972.
- 31. Morris, Desmond. El mono desnudo. Versión española de J. Ferrer Aleu. ea. ed. Barcelona, Plaza & Jones, Eds. 1968. pp 245-248.

- *32. Padilla y Padilla, Carlos. La imaginación factor nosogénico y terapéutico. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas. 1924. 28p.
- 33. Pavlov, I.P. Psicopatología y psiquiatría; psicofisiología experimental; reflexología y tipología; problemas y aplicaciones. Versión española de José M. Toboso. Madrid. Ediciones Morata, 1967. pp.159-209, 286-287.
- 34. Politzer, George. Crítica de los fundamentos de la psicología y psicoanálisis. S.L. Davalos/Hernández-Libreros/ Editores, 1964. pp 18-19.
- 35. Pomerleau, Guy. El diálogo médico-enfermo, CIBA Revista (Basilea, Suiza). Diciembre 1972, p.4.
- *36. Reich, Wilhelm. Reich habla de Freud. Versión española de José Cano Tembleque. Barcelona, Ed. Anagrama, 1970. 275 p.
- *37. Rodríguez Rouanet, Francisco. Concepción del mundo sobrenatural y costumbres funerarias entre los indígenas. Guatemala Indígena, 7(4): 161-186, Octubre-Dic. 1972.
- *38. ----- Ojo, susto, hijillo y acuas, enfermedades del indígena kekchi. Tradiciones de Guatemala 1: 43-46, 1968.
- *39. ----- et al. Aspectos de la medicina popular en el área rural de Guatemala. Guatemala Indígena. 6(1): 1-330, marzo 1971.

40. Sandoval, Lisandro. Diccionario de Raíces Griegas y Latinas. Guatemala, Tipografía Nacional, 1931, p. 444. (V.2).

Br. Guillermo Enrique Meneses Recinos.

*41. Sáenz de Tejada Gómez, Ramiro. Un ensayo de anamnesis en medicina psicosomática. Tesis. Guatemala Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, Dic. 1952. 104 p.

Dr. Octavio Aguilar
Asesor

*42. Sluchevski, I.F. Psiquiatría. Versión española de Florencio Villa Landa y Manuel de la Loma. México, Ed. Grijalbo, 1960.

Dr. Julio De León M.
Revisor.

43. Smirnov, A.A. Psicología. Versión española de Florencia Villa Landa. México, Ed. Grijalbo, 1960. p.47-49.

Dr. Julio De León M.
Director de Fase III.

*44. Solares Vanegas, Roberto A. Expresión y valor semasiológico de lo psicofisiológico en función de las características culturales del paciente en el H.G. San Juan de Dios. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos, Facultad de Ciencias Médicas, 1970. 81 p.

45. Spock, Benjamín. Adolescencia, agresión y política. Versión española de Eduardo Goligorsky. Buenos Aires, Granica Editor, 1971. pp 214-16.

Dr. Carlos Alberto Bernhard R.
Secretario.

*46. Wolff, Sula. Trastornos psíquicos del niño; causas y tratamientos. Versión española de Manuel Cuesta Rueda. Madrid, Ed. Siglo XXI de España, 1970. 269 p.

Vo.Bo.

Dr. César Augusto Vargas M.
Decano

Vo. Bo. Ruth R. de Amaya.
Bibliotecaria