

## **DISCURSO DE CONTESTACIÓN DEL ACADÉMICO NUMERARIO**

**Ilma. Sra D<sup>a</sup>. Carmen Leal Cercós**

EXCMO. SR. PRESIDENTE,  
EXCMOS. E ILMOS. SRES. ACADÉMICOS,  
ILMAS. SRAS. ACADÉMICAS,  
SEÑORAS Y SEÑORES:

Es para mi un honor y a la vez un reto el que me haya correspondido contestar el discurso del nuevo académico, el Prof. Emilio Balaguer Perigüell, ya que no pertenezco a su área de conocimiento, la Historia de la Medicina, de tan prestigiosa tradición en nuestra Academia.

Emilio Balaguer nació en Xátiva, valenciano de pura cepa siempre ha hecho gala de su valencianismo. Termina su Licenciatura en 1968, habiendo sido alumno interno de Fisiología y Patología Médica, para definitivamente pasar a Historia de la Medicina, a incorporarse a una Escuela que gozaba de un prestigio y atractivo especiales, en torno a la figura del Prof José M<sup>a</sup> López Piñero. Para la obtención del grado de Licenciatura eligió “Las ideas psiquiátricas en la Valencia del siglo XX”.

Como él mismo señala, en su currículum, esa primera investigación va a marcar ya una de las líneas clave de sus investigaciones posteriores, el papel de la Medicina valenciana del siglo XIX en la incorporación de las principales corrientes europeas y el compromiso social de sus miembros.

En 1970 obtiene el grado de Doctor con la tesis “La introducción del Modelo físico y matemático en la Medicina moderna. Análisis de la obra de G.A. Borelli, “*De motu animalium*” (1681). Según el estudio del Prof. Balaguer es este un texto de gran

trascendencia histórica no sólo por sus conocimientos sino por sus planteamientos metodológicos, ya que Borelli introduce el concepto de “modelo” en sentido moderno.

Con este trabajo inicia el Dr Balaguer una segunda línea de investigación: “El problema del método en Medicina”, tema en el que sigue inmerso, a pesar de no ser un campo que permita publicar frecuentemente.

Tras el doctorado se inicia su periplo por los Institutos de H<sup>a</sup> de la Medicina de las Universidades de Heidelberg y Zurich, bajo la tutela de los profesores Schipperges y Ackernecht, como hicieron otros miembros de la primera generación de la ya llamada “Escuela de Valencia”.

En Heidelberg se integra en un grupo de trabajo con historiadores de la Medicina aunque sus líneas de investigación no eran las de su preferencia; allí se encuentra también con Rosa Ballester, pero esto lo comentaré luego. En Zurich, con el profesor Ackernecht se introduce en la integración de la Antropología cultural médica en la Historia de la Medicina, trasladada por López Piñero a Valencia.

En 1972 realiza una estancia en el Wellcome Institute de Londres, en un contexto muy diferente al alemán y en 1977 es profesor visitante en el Institut für Geschichte der Medizin en Viena que dirigía la Profesora Erna Lesky, con el objetivo de contrastar su proyecto sobre “Medicina y política en la medicina española de XIX y XX”

Desde bien temprano, al acabar su Licenciatura el Dr Emilio Balaguer va a dedicarse a las tareas docentes. En 1969 es Profesor Ayudante de Clases Prácticas de Historia de la Medicina en la Universidad de Valencia, siendo después Profesor Adjunto (1973) y Profesor Agregado Interino y Numerario hasta 1976.

En 1977 obtiene la plaza de Profesor Agregado numerario de la Facultad de Medicina de Zaragoza, siendo después Catedrático de dicha Universidad hasta 1981; allí desempeña además diversos cargos académicos, Vicedecano de Investigación, Director de la Biblioteca y Hemeroteca, entre otros. El Departamento de Historia de la Medicina de Zaragoza adquiere un gran prestigio gracias a los Profesores Balaguer y Ballester, que dejan un prestigioso y grato recuerdo del que tengo constancia directa por amigos que he tenido de aquella Facultad de Medicina. Allí introducen Cursos de Doctorado sobre “Información y Documentación Médicas (que había creado en Valencia la Profesora M<sup>a</sup> Luz Terrada) y un Seminario de Medicina Popular que tienen una gran acogida; más allá de los estudios folclóricos y etnográficos aplican las técnicas antropológicas para el estudio de los aspectos sanitarios de cualquier cultura.

En 1981 obtiene la plaza de Catedrático de la Universidad de Alicante, regresa a su tierra valenciana y allí permanece desde entonces. Siempre recordaré con profundo agradecimiento su oferta de gestionar una Cátedra de Psiquiatría para que yo, a la sazón en la Universidad de Cádiz, pudiera acercarme a casa. Desde 1986 hasta 1990 es Decano de la Facultad, realizando en ese cargo una excelente y reconocida labor.

Es, ya en Alicante, donde puede, siempre con Rosa Ballester, hacer realidad el proyecto de Ciencias socio-médicas, desarrollándose la “Información y Documentación científica” y la Antropología cultural Médica, que ya constituyen asignaturas obligatorias en la aprobación del Grado de Medicina del Plan Bolonia (2009). Últimamente el Prof. Balaguer está elaborando un programa de Bioética, inserta en un contexto multicultural y pluricreencial.

Su investigación se ha plasmado en 26 monografías de tema histórico-médico y antropológico-cultural y numerosísimas publicaciones. Quiero destacar las que él mismo considera sus líneas de investigación: 1. El problema histórico del método en la investigación biológica; 2. La Ilustración española como periodo de transición. Antiguos y modernos en la Medicina española: Andrés Piquer (1711-1772). 3. Nacionalismos, política y medicina en la España del siglo XIX: El papel de los médicos en el nacimiento del valencianismo político. Y 4. La diversidad cultural de los sistemas médicos y su influencia en el enfermo. Pautas de comportamiento y creencias populares sobre la salud y la enfermedad en la población del sur de la Comunidad Valenciana.

Asimismo ha sido investigador principal de proyectos financiados (FISS, Diputación y Ayuntamiento de Alicante). como “Análisis de la cultura medica no institucionalizada en las comarcas del sur del País Valenciano” o “La transición sanitaria de la población española en el periodo 1879-1919”.

El Profesor Balaguer ha impartido numerosos cursos y seminarios en muchas Universidades españolas, Madrid, Granada, Sevilla, Alicante etc.

Ha recibido premios, ha organizado, como Presidente varios Congresos. Me parece importante señalar su periodo como Secretario de la revista “Medicina Española”, dirigida por el Prof. Barcia Goyanes y en la que las figuras de José M<sup>a</sup> López Piñero, Luis García Ballester y el propio Emilio Balaguer fueron decisivas para el éxito de la misma, redactor de la Gran Enciclopedia Catalana, de la de la Comunidad Valenciana del Diccionario Histórico, codirector de la serie “Ciencia” y un largo etc avalan el prestigio de este importante representante de la Escuela Valenciana.

Hasta aquí el profesor, el investigador, el historiador, pero creo que debo añadir algo acerca del ser humano entrañable que es Emilio Balaguer. Valenciano que presume de serlo y que vuelve una y otra vez a su Xátiva natal a pasar todo el tiempo que le es posible. Es casi imposible hablar de Emilio sin hablar de Rosa Ballester; desde su “encuentro” en Heidelberg ella ha sido y es su cómplice, su “compañera de vida” en la familia y en el trabajo. Con ella ha construido toda su trayectoria vital, dos hijos, dos nietos y un trabajo rico y fructífero a lo largo de los años.

Su llegada a la Facultad de Alicante fue recibida con entusiasmo; en una Facultad dominada por las disciplinas científicas básicas, ellos aportaron el humanismo, la cultura y el diálogo; me han contado que Emilio dio siempre la imagen de joven rebelde a pesar del paso de los años, irónico, polemista pero capaz de aunar voluntades. Una compañera, a la que dirigió la tesis me dijo de él “me enseñó el respeto por los libros y el valor de la palabra”. Creo que el Prof. Balaguer ha ido dejando su “huella” en todos los ámbitos en los que ha trabajado y esta Real Academia desea que así lo haga también en esta Institución que hoy le acoge.

El sillón que va a ocupar el Prof. Balaguer es el que durante muchos años perteneció a su maestro, José M<sup>a</sup> López Piñero y yo no puedo dejar de hacer un comentario acerca del que fue un maestro de todos nosotros; él nos enseñó, durante la Licenciatura, otro modo de entender la Medicina, nos enseñó “lo que queda cuando todo se olvida” (comentario que hacía Jover a propósito de lo que era Cultura). Pero es que además los psiquiatras le debemos agradecer su interés especial por la Historia de la Psiquiatría, desde su tesis doctoral sobre “Los orígenes del concepto de Neurosis”, traducida al inglés por nuestro común amigo el Prof. Germán Berrios, de Cambridge a los trabajos en colaboración con mis queridos maestros, José M<sup>a</sup> Morales Meseguer y Demetrio Barcia. Un amplio grupo de psiquiatras valencianos han hecho sus tesis doctorales con él (Pedro Marset, actualmente, catedrático de Historia en Murcia, Antonio Rey y un largo etcétera).

Intentaré, en las próximas líneas, hacer algunos comentarios en relación con el magnífico, elaborado y complejo discurso que acabamos de escuchar, pero necesariamente mi aportación estará sesgada por una mirada desde la Psiquiatría clínica y con toda probabilidad será heterodoxa, e incluso es posible que herética, para un historiador de la Medicina.

A lo largo del siglo XIX había imperado, en la Medicina europea, la mentalidad positivista. El desarrollo de métodos capaces de objetivar las lesiones, disfunciones y causas de la diversas enfermedades proporcionaron no pocos éxitos a la Medicina

clínica y a la investigación experimental; creyeron haber encontrado la “medicina cierta” (Claude Bernard, 1865). Es la mentalidad que Graham (citado por Gracia) va a llamar “restriccionista”, cuyo máximo representante es Bichat.

El fracaso de este modelo ante muchas patologías, entre ellas las mentales, mostró las limitaciones de la Medicina científico-experimental, ya que no contemplaba aspectos esenciales del enfermar humano. Como nos recuerda Lázaro (2000) para dar respuesta satisfactoria a las demandas clínicas había que completar el triunfo de los métodos científicos **objetivos**, con la consideración de la **subjetividad** que, por otro lado, tenía ya muchos y antiguos antecedentes.

En “La curación por la palabra en la Antigüedad clásica” Laín recuerda que si bien no aparecen menciones en los textos hipocráticos, si lo están en los filosóficos (en Gorgias por ej) y Antifonte en su “psicoterapia solía interpretar los sueños. A Galeno, profundamente organicista “como a todo médico perspicaz y nada rutinario la práctica clínica diaria le puso ante los ojos la interacción psicósomática” (García Ballester, 1996); entre las que llamaba “cosas neutras o no naturales” estaban las pasiones y los afectos del alma, eso sí condicionadas por las alteraciones humorales. La medicina galénica no sabrá ser biográfica ni personal.

A partir de 1895 algunos neurólogos como Freud y Breuer se ven orientados hacia otra forma de practicar la Medicina. Tras la polémica entre las escuelas de La Salpêtrière y Nancy (Charcot y Bernheim), analizada en el discurso, así como los orígenes de los conceptos de *psicogenia* y *psicoterapia* inicia Freud sus “Estudios sobre la histeria”, desarrollándose el Psicoanálisis.

Para Laín Entralgo hay varios puntos que representan la contribución del psicoanálisis a la terapéutica moderna: Estricta necesidad de diálogo entre el médico y el enfermo, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento; Valoración de los componentes instintivos de la vida humana; El descubrimiento del Inconsciente; La influencia de la vida afectiva y emocional sobre los procesos somáticos y La enfermedad en la biografía del enfermo.

Esta influencia del pensamiento freudiano en la Medicina Interna comienza ya en la primera parte del siglo XX. La alteración funcional, dice Bergmann, constituye siempre una enfermedad, muchas veces por delante de lesiones morfológicas: una enfermedad funcional es otra cosa que una enfermedad nerviosa, que una neurosis, que una enfermedad psicógena o imaginaria, y su diferencia con la orgánica es que todavía no hay lesiones.

Señala asimismo los excesos del concepto de psicogenia porque este término suele emplearse en el sentido de que motivos psíquicos pueden ser “causa” de trastornos somáticos y no pueden serlo porque el concepto pertenece a las Ciencias Naturales que se ocupan sólo de lo objetivo. Para Bergmann existe sólo un todo “psicofísico”, y no podemos renunciar ni a lo objetivo ni a lo subjetivo. Ante el enfermo no nos podemos conformar con los datos de la exploración objetiva, hay que sumarles la propia referencia del enfermo, la aportación vivencial en la H<sup>a</sup> clínica. Se trataría como dice Alberca (1953) de “aunar a pareja altura los dos enfoques, como de hecho han realizado siempre los buenos médicos de todos los tiempos”.

Para Von Krehl y Siebeck, representantes de la Escuela de Heidelberg, la más importante para la llamada Medicina Psicosomática, es preciso el ingreso de la personalidad del enfermo en el quehacer del médico. Entre los caminos abiertos por las teorías freudianas es fundamental la Medicina antropológica, especialmente con la figura de Viktor von Weizsäcker; desde el encuentro entre el Psicoanálisis y la Medicina Interna trató de elaborar una teoría personalista del hombre enfermo y una concepción amplia de la enfermedad (integrando los mecanismos biológicos con la comprensión de los valores, sentimientos y pensamientos que se ocultan tras aquellos). Él hizo célebre la “introducción del sujeto en Medicina”; junto a la H<sup>a</sup> clínica científico-natural quería desarrollar la que llamaba “H<sup>a</sup> clínica auténtica”, capaz de recoger toda la verdad sobre el sujeto enfermo. Es, como dice Laín, una patología psicosomática comprensiva.

Esta introducción del sujeto, de la persona va a ser recogida también en otras orientaciones como el Análisis existencial, en el campo de las enfermedades mentales. La persona, dice Sastre (citado por Alberca) como totalidad que se expresa entera en cada una de sus partes, en cada uno de sus deseos, tendencias y conductas. Lo que se trata de lograr no es comprender al paciente desde nuestras propias vivencias sino de las suyas. No se trata (o no sólo) de “empatizar” con el enfermo ni de comprender su mundo con el mío como patrón, porque el suyo es otro mundo; él es otro “ser-en-el-mundo”. Los análisis de Binswanger y Minkowski sobre la Esquizofrenia son ejemplo de esa aproximación. Frente al afán de separar al psiquiatra del enfermo, considerándolo un objeto, al modo de las Ciencias Naturales, de estudiarle como el histólogo una muestra en su laboratorio, el análisis existencial de Binswanger reafirmaría la ligazón sujeto-objeto y sustituye la distancia por comunicación (Alberca, 1953).

El Análisis existencial pretende acercarse al hombre, en nuestro caso al hombre enfermo, para conocerle y recoger los datos que él nos entrega.

El exilio de científicos centroeuropeos, huyendo del nazismo traslada, en los años 30, a Estados Unidos el movimiento psicosomático, con especial auge en los años de la Segunda Guerra Mundial. Ya en 1935 se crea en la Fundación Rockefeller en los Hospitales de Massachussets, la Revista of Psychosomatic Medicine y posteriormente Psychosomatics. (Levenson, 2004).

Señalaré sólo a dos autores representativos de las escuelas norteamericanas. Flanders Dunbar elabora unos “perfiles de personalidad” típicos que se corresponden con cada una de las enfermedades psicosomáticas y que están muy bien descritos en sus textos. Pero estos perfiles psicológicos no han podido ser replicados ni validados en estudios rigurosos; en el momento actual sólo el tipo A de personalidad, descrito por Freeman como un factor de riesgo más de la isquemia coronaria goza de algún predicamento; los intentos de Themoshock de definir la personalidad tipo C en pacientes con cáncer no ha tenido relevancia.

El principal representante de la Medicina Psicosomática americana es Franz Alexander que se guiaba por la hipótesis de la especificidad: a un determinado conflicto psíquico correspondía una patología psicosomática específica. Eran siete las enfermedades psicosomáticas: asma bronquial, artritis reumatoide, ulcus gástrico, colitis ulcerosa, hipertensión esencial, tirotoxicosis y algunas patologías de la piel (las 7 de Chicago) (Alexander, 1950) Para él algunos tipos de conflictos psicodinámicos, inconscientes provocarían sufrimiento emocional que se transformarían en un trastorno corporal específico y muchas veces simbólico (“el lenguaje de los órganos” del que había hablado Adler). Muy controvertida, esta escuela tuvo el aspecto positivo de promover la psicoterapia para algunos de estos trastornos con buenos resultados.

Weiner (1966) propone una revisión de sus teorías de acuerdo con la cual factores estresantes no específicos llevarían a personas físicamente vulnerables a desarrollar enfermedades que no se limitarían, por supuesto, a las siete mencionadas. La tendencia a la incorporación específica del estrés es especialmente importante para Wolff (1971), nos recuerda Navarro; la reacción psicosomática al estrés sería debida a un fracaso de defensa psíquica y la alerta sobrecarga de los sistemas somáticos.

Son pocos los estudios sobre la influencia de factores sociales pero sabemos que las crisis vitales a menudo preceden a la enfermedad. En el acervo popular esta relación entre acontecimientos vitales y la enfermedad es bien clara para el paciente que puede comentar “estoy tan preocupado por este problema (disgusto, situación traumática ) que mi úlcera va a empezar a protestar” (Helycobacter aparte!!!) y también intelectuales actuales como el escritor Paul Auster, en su última novela,

dice: “Siempre que se llega a una encrucijada en el camino se te destroza el organismo, porque tu cuerpo siempre ha sabido lo que tu intelecto desconocía, y sea cual sea la forma que elija para descomponerse, con mononucleosis, gastritis o ataques de pánico, tu cuerpo siempre es la zona más afectada por tus miedos y batallas interiores, y acusa golpes que tu mente no puede o no quiere encajar” (“Diario de invierno” p.77. 2012).

Tras las críticas a las teorías de Alexander, el término “psicosomático” pierde definitivamente su especificidad de diagnósticos y no hay un grupo aislado de enfermedades psicosomáticas, sino que toda enfermedad lo es.

En 1977 Engel propone el modelo bio-psico-social para el abordaje de la enfermedad, es preciso considerar que el médico no sólo debe conocer el funcionamiento biológico del paciente, con todas las exploraciones físicas relevantes, sino también su funcionamiento psicológico (estado emocional, funcionamiento cognitivo, estilos de afrontamiento y el significado personal de la enfermedad) y social (vida cotidiana, conflictos interpersonales o sociales, acontecimientos vitales relevantes, funcionamiento sexual, status ocupacional y adaptación al mismo, nivel socio-económico...) Para Matarazzo (1982), un nuevo paradigma es necesario porque hay que explicar, por ejemplo, cambios en las tasas de morbilidad y mortalidad relacionadas con estilos de vida y conducta, porque un modelo estrictamente biomédico no puede explicar el autocontrol de síntomas somáticos o los procesos cognitivos implicados en la interpretación de los síntomas o la elaboración de significados de la enfermedad en virtud de los estados emocionales o el contexto social del enfermo. Desde la sociología Médica ya nos han llegado conceptos como “conducta de enfermedad”, elaborado por Mechanic y “rol de enfermo” de Parsons.

Este modelo bio-psico-social es, en opinión de muchos autores, una redefinición del concepto “psicosomático”. Se puede hacer una interpretación psicosomática de todas las enfermedades y analizar tanto la influencia patoplástica de factores psíquicos en enfermedades corporales como la intervención de lo psíquico en la etiopatogenia de las mismas.

Y es que, como señala José Lázaro (2003) la enfermedad tiene aspectos objetivos (lesiones, signos, síntomas, disfunciones...) pero también una significación subjetiva, íntima y biográfica para el enfermo, un sentido que debe ser comprensivamente interpretado por el médico; el paciente está deseoso de contar su relato... pero nos siempre el médico lo está de escuchar. Ya nos había dicho Laín Entralgo “la enfermedad es un acontecimiento biográfico para el paciente que afecta globalmente a su persona y a su entorno familiar y social”.

A lo largo de la segunda mitad del siglo XX han habido connotaciones ambiguas del término Medicina Psicosomática, a veces “psicógena, otras “holística”. Ha sido definida también como aquella área de la Psiquiatría especializada en su relación con el diagnóstico, tratamiento y dificultades de los pacientes con enfermedades médicas (Gitlin, 2004). Otros autores la incluyen en la Liaison Psychiatry (Untzer, Servicios de Salud Mental integrados en Atención Primaria, 2002).

En el año 2003 es una subespecialidad aprobada por la Academy of Psychosomatic Medicine.

El término Medicina Psicosomática ha sido utilizado en las últimas décadas con tres orientaciones (Lipowski, 1984):

1. Estudio de las interrelaciones entre variables biológicas y psicosociales. En la Clasificación de Trastornos mentales americana, el DSM-IV aparece un apartado: "Factores psicológicos que afectan negativamente a enfermedades médicas, bien por su influencia en el inicio, exacerbación o encronización de las mismas, bien por interferencias en el tratamiento, o bien porque la respuesta fisiológica asociada al estrés precipita o aumenta los síntomas.
2. Aproximación holística a la práctica de la Medicina.
3. Actividades clínicas y de investigación en las relaciones entre Psiquiatría y Medicina (“Liaison Psychiatry”).

Son estos aspectos los que se contemplan en todos los Tratados actuales de Psiquiatría y de Medicina Psicosomática.

Si durante muchos años se planteó una dicotomía entre Trastornos psicosomáticos y Neurosis, fundamentalmente por la “causalidad” psicológica de estas últimas y fueron como, nos recuerda Ackernecht, los neurólogos los que separaron la Histeria de las patologías neurológicas, hoy, como en una vuelta de tuerca, los psiquiatras están intentando hallar el substrato neurobiológico de los Trastornos por somatización y conversión (la Histeria clásica), aunque bien es cierto con resultados provisionales e insuficientemente validados.

En los últimos años estudios neurobiológicos de los Trastornos por somatización muestran alteraciones hormonales, metabólicas como la disminución del metabolismo cerebral de la glucosa en núcleos caudado y putamen o déficits cognitivos significativos (Chaturverdi, 2011). En los Trastornos por conversión y

disociación (núcleo de la Histeria) se han formulado modelos neurobiológicos: hipometabolismo del hemisferio dominante, alteraciones de la comunicación interhemisférica, “feed backs” negativos entre cortex y formación reticular, aumento de manifestaciones córtico-fugales que inhiben la conciencia sobre sensaciones corporales (¿la “belle indifference” descrita en la histeria?) o bien disfunciones del sistema atención/conciencia. En los trastornos disociativos menor volumen del hipocampo y amígdala o anomalías en el desarrollo del cortex órbita-frontal (Vermetten, 2006). Otros estudios plantean que una emoción negativa (“el recuerdo de un trauma”) provocaría una activación del Lóbulo temporal derecho y una desactivación contralateral, medida con RNM (Hanaan, 2007)>.

Varios estudios han confirmado, desde hace unos años, la ligazón entre la neuroplasticidad cerebral y la relación médico-paciente, entendiendo por “neuroplasticidad” la capacidad del cerebro adulto para responder, con cambios estructurales y neuroquímicos, a diferentes estímulos ambientales. Los neurocientíficos han enfatizado que la conducta es el resultado de una interacción entre procesos genéticos y del desarrollo, por un lado, y de procesos de aprendizaje por otro. Un estudio de Baxter (1992) mostraba como la psicoterapia podía modificar estructuras cerebrales; utilizando Tomografía por emisión de positrones demostraron cambios en el metabolismo de la glucosa en el núcleo caudado de pacientes con Trastorno Obsesivo compulsivo, tratados con psicoterapia (¡no sólo los tratamientos psicofarmacológicos son biológicos!).

Asimismo la Psiconeuroinmunología nos ha indicado como estresores cotidianos y acontecimientos traumáticos pueden provocar problemas de inmunosupresión, convirtiéndose en factores de vulnerabilidad para algunas patologías (por ej. La relación entre la aparición de algunos cánceres y acontecimientos vitales de pérdida sufridos recientemente).

Eric Kandel (Premio Nobel Medicina año 2000), neurobiólogo y psicoanalista representa una nueva oportunidad para el encuentro entre las funciones psíquicas y la compleja biología de la mente humana., la interacción mente-cerebro.

La Medicina ha de elaborar una Ciencia de las enfermedades, rigurosa y objetiva que busque el conocimiento científico de los “**Hechos**”, que constituyen la Patología (Medicina basada en pruebas, que no en la evidencia). La Práctica Médica, en cambio, ha de manejar las características peculiares de cada paciente, su ideología, sus creencias, principios éticos, en suma su biografía, vivencias y personalidad, es decir los “**Valores**”.

Para Graham (citado por Gracia) los científicos contemporáneos, ante el hecho de ciencia o valor, han sido "restriccionistas" o "expansionistas". Para los primeros la ciencia ha de ser "*free-value*", para los segundos todo conocimiento y toda actividad humana está comprometida con valores, la ciencia es "*value-laden*".

Como señala Gracia (2003) la práctica clínica es individualizadora, se refiere a sujetos concretos y el médico no puede hacer abstracción de las condiciones sociales, culturales y morales del enfermo, es decir de los valores que van a tener que ser relativos para distintos grupos sociales.

Es Henry Sigerist el autor más representativo del "expansionismo", que analiza la ciencia médica por el estudio de la salud, la enfermedad y la curación como fenómenos sociales, culturales y humanos. Plantea Sigerist (1946) que el primer objetivo debe ser la promoción de la salud, lo que enlaza directamente con el "bienestar". Le siguen la prevención de la enfermedad y la restauración de la salud. Pero además para Sigerist también es un objetivo la protección de los grupos de población más amenazados, niños, ancianos... Hoy sabemos que, entre los retos importantes de la asistencia sanitaria, están determinados grupos sociales con mayor riesgo para su salud física y mental, pobres, emigrantes, mujeres en determinadas culturas, enfermos mentales....

Es evidente que una práctica médica, "cargada de valores" nos lleva directamente a la Bioética y a este aspecto como a las dificultades que, en nuestras Facultades de Medicina, encuentran los programas de enseñanza para la formación integral e integradora que el médico precisa está dedicada la última parte del discurso del Profesor Balaguer, quien, en algún momento de su curriculum comenta que esas "nuevas enseñanzas" recaen muchas veces sobre los profesores de Historia de la Medicina, del mismo modo que los "enfermos problema" caen sobre los psiquiatras. El siempre ha aceptado estos desafíos como lo demuestra su trayectoria académica y profesional.

Creo que hoy la RAMCV se enriquece con este nuevo Académico que viene a llenar un vacío difícil y que sólo un discípulo de un maestro, pero a la vez "maestro de maestros", como diría Laín podía ocupar. Es esta una ocasión en que la trayectoria científica y humanística de una disciplina queda plenamente asegurada en nuestra Academia. Bienvenido, pues, un nuevo miembro de la talla profesional y humana de Emilio Balaguer.

## **Bibliografía.**

- Ackernecht EH.** (1982) "The history of Psychosomatic Medicine" *Psychological Medicine*. 12; 17-24
- Alberca Lorente R.** (1953) Patología Psicosomática. En Manual de Medicina Interna. Ed Bañuelos.Madrid.
- Alberca Lorente R.** (1961) Las bases del Análisis existencial.
- Alexander F.** (1950) Psychosomatic medicine. Norton. New York.
- Auster P.** (2012) "Diario de invierno" Ed Anagrama.
- Baxter LR. Schwartz JM. Bergman KS et al** (1992) "Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behaviour therapy for Obsessive -Compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 49; 681-9
- Dunbar F.** (1935) Emotions and bodily changes. N.Y. ColumbiaUniversity Press.
- Fahrer R.** (2000) Psychosomatic Medicine: Historical and conceptual issues. In: New Oxford Textbook of Psychiatry. Eds. Gelder J. López-Ibor JJ & Andreasen N. Oxford University Press. London.
- García Ballester L** (1996). Alma y cuerpo, enfermedad del alma y enfermedad del cuerpo en el pensamiento de Galeno",*Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 16(60), 705-35
- Gitlin DF. Levenson JL. Lyketsos CG.** (2004) Psychosomatic Medicine: a new psychiatric subspeciality. *Acad. Psychiatry*, 28: 4-11
- Gracia D.** (2003) Hechos y valores en la práctica y en la ciencia médicas. En: Hechos y valores en Psiquiatría. Eds Baca y Lázaro. Triacastela. Madrid.
- Kandel ER** (2005). Psychiatry, Psychoanalysis and the new Biology of Mind. APA, Washington.
- Lázaro J.** (2003) Entre pruebas y narraciones: objetividad y subjetivida en Psiquiatría." En: Hechos y valores en Psiquiatría. Eds. Baca y Lázaro. Triacastela, Madrid
- Lain Entralgo P.** (1950). La Historia Clínica. Historia y teoría del relato patográfico. Barcelona. Salvat 2ªed.
- Lain Entralgo P.** (1982) El diagnóstico médico. Salvat. Barcelona
- Lain Entralgo P.** (1987). La curación por la palabra en la Antigüedad clásica" Anthropos, Barcelona.
- Levenson JL.** (2006) Tratado de Medicina Psicosomática. Ed. Ars Médica, Barcelona.
- Lipowski ZJ.** (1977) Psychosomatic Medicine: current trends and clinical applications. Oxford University Press. New York.
- Li powski Z.J.** (1984) What does the word "psychosomatic" really mean ? A historical inquiry. *Psychosomatic medicine* 46; 153-51
- Navarro J.** (1984) Historia de la Medicina psicosomática. *An. Psiquiatría*, vol 1 n° 3.

**Sigerist HE (1946)** "The place of the physician in Modern society" en: On the Sociology of Medicine, MB Publishers. New York 1960

**Wolff S. (1971)**"Historical perspectives of psychosomatic medicine". *J.Okla.med. Ass.*64;317-22.