

**DISCURSO DE RECEPCIÓN  
DEL ACADÉMICO ELECTO ILMO. SR. DR.  
D. Emilio Balaguer Perigüel**

**DISCURSO DE CONTESTACIÓN  
DE LA ACADÉMICA NUMERARIA ILMA. SRA. DRA.  
D<sup>a</sup>. Carmen Leal Cercós**

*Leídos el 23 de octubre de 2012*  
VALENCIA

**DISCURSO DE RECEPCIÓN DEL ACADÉMICO ELECTO**

**Ilmo. Sr. D. Emilio Balaguer Perigüel**

*Enfermo y persona en la medicina actual. La introducción del sujeto en la patología y la clínica*

EXCMO. SR. PRESIDENTE DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA,  
EXCMOS. E ILMOS. SRES. ACADÉMICOS,  
SEÑORAS Y SEÑORES:

Es un gran honor para mi el pronunciar el discurso de recepción como Académico de Número de esta Real Academia de Medicina, por lo que significa el haber sido elegido por los miembros de una institución de tan alto prestigio social y científico y porque en ella voy a ocupar el sillón de quien fue mi maestro: el Excmo. Sr. D. José María López Piñero. Muchas gracias. Pero quisiera singularizar mi gratitud a los tres miembros de la Academia que, generosamente, avalaron mi presentación: la Ilma. Sra. Dra. D<sup>a</sup> María Luz Terrada Ferrandis, de especial significación para mi por lo que representó en la consolidación de la “escuela de Valencia”; y los Ilmos. Srs. Dres. D. Joan Brines Solanes y D. Vicente López Merino. Tres personas a las que siempre tuve en alta estima no solo como ejemplo de excelentes profesionales comprometidos con la universidad como motor de cambio, sino también por su magnífica condición humana.

Quisiera, así mismo, expresar mi gratitud a la Ilma. Sra. Dra. D<sup>a</sup> Carmen Leal Cercós que contestará a mi discurso. Sin duda, es la Académica que mejor podría deliberar sobre el tema del que me voy a ocupar: por su formación, experiencia y profesionalidad. La Dra. Leal siempre fue un referente para mi y es de justicia que haga público el honor que supone que haya aceptado intervenir en nombre de la corporación.

## INTRODUCCIÓN

El problema que pretendo desarrollar ante ustedes, en este discurso de recepción como Académico Electo, es el de **“La introducción del sujeto en la medicina actual”**; en su elección confluyen dos vectores: una larga experiencia docente (totalmente vocacional y gratificante) en Historia de la Medicina y el intento de mostrar la tendencia, de la “escuela” a la que pertenezco, por servir a la medicina del presente. No es, por tanto, una elección coyuntural, sino un deseo explícito de manifestar que la historia **en y de** la medicina, como le gustaba diferenciar a Henry E. Sigerist (1891-1957) no es, no puede serlo, una mirada al pasado correctamente reconstruido, sino, sobre todo, una propuesta de futuro. Como decía Diego de Estella (1524-1578), consultor de Felipe II: *pygmaeos gigantum humeris impositos, plusquam ipsos gigantes videre*. Aunque pequeños, aupados en hombros de gigantes, podremos vislumbrar el porvenir. En primer lugar entendiendo lo que somos, como hemos llegado a ello y así, donde nos puede conducir el camino emprendido. Parto, por tanto, montado en hombros de dos gigantes: Pedro Laín Entralgo y José María López Piñero. Pero también quiero mencionar las reflexiones, a las que me llevaron, como historiador de la medicina en el zaguán del jubileo, la lectura meditada de ciertas propuestas actuales; elaboradas por profesionales de la medicina con un indiscutible bagaje científico, clínico y humano: el *vir bonus medendi peritus* de los clásicos. Todo ello me condujo a pensar en la oportunidad de debatir sobre un tema que, en cierta medida, se está abordando desde un importante desconocimiento de la tradición centroeuropea, incluso por generaciones más jóvenes de historiadores de la medicina, que, siguiendo la moda, valoran en exceso algunos recientes puntos de vista de la literatura anglosajona; excesivamente pragmática para ser realmente resolutoria, cuando se trata de fundamentos y reflexiones de gran alcance en sus consecuencias.

El espectacular desarrollo tecnológico aplicado a la medicina en los últimos cincuenta años, que ha hecho posible un acelerado progreso en saberes concretos y

---

<sup>0</sup>. La Sociedad Española de Historia de la Medicina, en su XIV Congreso (Granada 11-14 de julio de 2008), debatió el tema *La experiencia de enfermar en perspectiva histórica*, Granada, Universidad de Granada. El contenido de sus actas es de gran interés, pero es a su vez un indicativo de ese desenfoco histórico. Ni una sola vez aparecen las aportaciones centroeuropeas anteriores a los planteamientos de Porter, R. (1985), “The patients view. Doing medical history from below. *Theory and Society*, 14, 175-198; o de las monografías de Arthur Kleimann y su distinción entre los conceptos de “disease” y “illnes”; definidos con precisión, anteriormente, por los médicos alemanes de tendencia antropológica. Desde von Weizsäcker quedó perfectamente establecida la distinción entre “diagnóstico individual” y “diagnóstico personal”. En realidad se confunde muy a menudo lo que se llama, en la literatura anglosajona, el “punto de vista del paciente”, generalmente enfocado desde la antropología cultural, con lo que los autores alemanes entendían como “medicina antropológica”

<sup>0</sup> LOPEZ MERINO, V., *La medicina como ciencia.Arte, ciencia y humanismo. Y discurso de contestación del Académico Numerario Ilmo. Sr.Dr. D Adolfo Benages Matinez*. Valencia, Real Academia de Medicina de la

procedimientos eficaces; se está comportando como un arma de doble filo. Por una parte, permite al médico actuar con una seguridad y unas posibilidades de éxito como jamás en la historia había acontecido en los siglos anteriores. Pero sin embargo también plantea un peligro de cuyas consecuencias, me temo, no somos plenamente conscientes: la desubicación de las últimas generaciones en el espacio y en el tiempo, que conduce a una pérdida de conciencia histórica, lo que Marañón llamaba “patriotismo de los tiempos”, y que proporciona al médico puntos de referencia para conocer e interpretar lo actual, previniéndole de las limitaciones en su capacidad de análisis y auspiciando el espíritu crítico adecuado, para poder reconocer e intentar superar las coartadas de un marco de referencia frecuentemente desconocido y por tanto ignorado en su significado y en su manera de proceder.

No es difícil detectar como en promociones de jóvenes que acceden a las aulas con una predisposición admirable, se van moldeando sus expectativas con metas cada vez menos ambiciosas en lo referente a su capacidad intelectual y profesional (entiéndase personal, ya que se confunde “trabajo en equipo” con dilución de responsabilidades) para resolver problemas; confiándose cada vez más al dictado del instrumento; lo que es más acentuado y también más peligroso, en aquellos que parten de una auténtica vocación clínica. No cabe duda que la responsabilidad habría que buscarla, en parte y solo en parte, en el trasiego de planes de reforma de la enseñanza, sin objetivos bien definidos y que no se atreven a abordar la situación real de la medicina actual en su “para qué” y “cómo”. Si leemos las declaraciones de motivos de los últimos planes de reforma de la enseñanza médica, es difícil no estar de acuerdo con las mismas y con los objetivos genéricos y competencias; pero cuando penetramos en su articulado concreto y, sobre todo en su diseño; se detecta, que no se sabe muy bien como resolver los problemas planteados o que las pretendidas soluciones han sido elaboradas desde intereses y supuestos ideológicos *a priori* por una nueva casta dirigente que se autocalifican de “expertos”; o que temen el alcance y las consecuencias de ciertos problemas médicos en determinado marco de referencia.

---

Comunidad Valenciana, 2011. Ejemplo de texto que desde la cima de la madurez intelectual y científica intenta dar respuestas a eternos problemas

<sup>0</sup> Sigerist diferenciaba entre la “history of medicine”, entendida como el estudio de las relaciones en un subsistema social, como una parte más de la historia general; y la “history in medicine” en la que se analizan cuestiones conceptuales, metodológicas y epistemológicas de la medicina

<sup>0</sup> El “patriotismo de los tiempos” sería aquella forma de actuar que la sociedad espera de aquellos que dicen vivir inmerso en los hechos y valores del periodo histórico en que les ha correspondido vivir y desarrollar su trayectoria biográfica .

<sup>0</sup> Una breve, pero excelente, aproximación a este tema es la síntesis de LAIN ENTRALGO, P (1973)., *La medicina actual*, Madrid, Seminario y Ediciones S. A.. Hay una edición reciente en Ed. Tricastela, 2012

Pero no debemos minusvalorar, la responsabilidad que recae en una patología muy extendida, que entiende la productividad científica, en todas sus facetas, con las consecuencias profesionales y administrativas que de ella se derivan; como cantidad. Recuerdo que el bioquímico español, nacido en la ciudad alicantina de Sax, Alberto Sols (1917-1989), decía en un Curso de Doctorado del Departamento de Fisiología de la Universidad de Alicante, en 1984 que, en el campo de las neurociencias van sobrando albañiles y se echa en falta la presencia de arquitectos que diseñen y organicen con ideas la ingente cantidad de ladrillos producidos. Yo diría que esa apreciación del profesor, es extensible hoy a toda la medicina: *multa non multus*, parece ser la consigna, consecuencia de homologar la profesión médica actual a la actividad científica de cualquier profesional de las ciencias naturales. De ella solo se salvan algunos saberes, incluso experimentales como la física, al llegar a importantes niveles de formalización teórica. Epistemológicamente, los aspectos más elevados de abstracción de la física teórica, tienen mucho en común con la actividad médica cotidiana: aquella ha de verificar experimentalmente sus teorías; en el caso de la medicina, porque un diagnóstico personal ha de articular, necesariamente, elementos positivos y formales si aspira a reflejar la realidad del enfermo: esto es lo que llamamos la “introducción del sujeto” Una vez más, lo grande y lo pequeño tienen puntos en común. Lo que ha ocurrido recientemente es, que el médico, en su deseo de emular al científico natural ha limitado su propia perspectiva. Son significativas las palabras pronunciadas en 1924 por Ludolf Krehl (1861-1937), autor de una *Pathologische Physiologie (1893)*, canon de la medicina fisiopatológica en el mundo occidental; en el seno de la Sociedad Alemana de Medicina Interna: “Solemos disculparnos ante la ciencia natural cuando hablamos de filosofía o hacemos terapéutica. Con ello nos situamos en un punto de vista ya anticuado, a mi juicio: el que afirma la equivalencia entre la investigación de la naturaleza y su consideración mecánica. Concedemos, por tanto, que solo apoyados sobre esa base y sobre la patología orgánica de Morgagni no es posible tratar a los enfermos. Para ese fin necesitamos algo más...”.

Ciertamente que vivimos un periodo de crisis, pero no sólo es económica, sino también intelectual. Porque a todo lo dicho habría que añadir el nominalismo de moda entre los que dicen buscar la “eficacia” y están creando las bases de un edificio con una dudosa cimentación repitiendo fundamentos que demuestran claramente importantes limitaciones en la reflexión que trascienda la pura descripción de los

---

<sup>0</sup> Ver nota 18

<sup>0</sup> Los términos “formalizar” y “formalización” son polisémicos, ver por ejemplo, FERRATER MORA, J., *Diccionario de Filosofía*, Madrid, Alianza Editorial, 1984, vol.2, págs.1274-1276. El sentido concreto en que los utilizamos, es cuando se introduce explícitamente en una teoría deductiva las reglas de formación de las expresiones o fórmulas, así como las reglas de inferencia según las cuales se razona.

hechos. Es más se detecta un empobrecimiento de los mismos. No se ve una clara preocupación por la construcción conceptual y terminológica, olvidando que un saber sin un idioma propio esta condenado al caos. Se habla de “excelencia” de algo, al tiempo que se vacía de contenido el término que ha sido reducido a la peor escolástica. Si como ya afirmaba uno de los más importantes clínicos europeos de finales del XVIII y principios del XIX, el médico catalán Francesc Salvà i Campillo (1751-1828), *confusis vocabuli omnia confundere necesse est*; corren malos tiempos. Uno de los graves problemas actuales de los sistemas de recuperación de la información científica en medicina por ejemplo, es el terminológico; sin embargo, no se vislumbra un intento de abordarlo con visión de futuro y de hecho se está funcionando con el imperativo del mercado liberal, como está ocurriendo desde el siglo XIX. No existe una verdadera preocupación por fijar los términos y perseguir un lenguaje médico universal. Incluso donde se había producido un proceso de unificación, como en el caso de las nóminas anatómicas, se ha renunciado a él. ¿Cual es hoy la lengua del imperio?, ¿el inglés?, pues llenemos el lenguaje científico de anglicismos. Antes se hizo con el alemán y el francés. Poco importa el engendrar monstruos conceptuales como “medicina de emergencia” o “medicina basada en la evidencia”; o incluso pobres en la descripción como es el caso de “caja torácica” por el mas morfológicamente correcto de “jaula torácica”. En definitiva, estamos pagando el precio de la postmodernidad: todo vale si su consumo es productivo y con rendimiento inmediato.

---

<sup>0</sup> La medicina, como subsistema social y cultural, no está exenta de los avatares en cada momento histórico y también de las “modas” que marcan su impronta, No es el lugar para debatir sobre los conceptos de *modernidad* y *postmodernidad*, pero si debería precisar el sentido de estos términos. El espíritu de solidaridad y de deseo de cambio en favor de los débiles, será la enseña sustentada en la economía keinesiana y en las ideologías socialdemócrata imperantes en la Europa de los años posteriores a la segunda conflagración. Su resultado más genuino es el “**estado del bienestar**” y los sistemas nacionales de salud. La crisis de valores posterior al mayo del 68, también encontrará aliados en el mundo intelectual: Raymond Aron (1903-1983) y François Furet (1927-1997), arrebatando protagonismo histórico al pueblo en los grandes cambios y poniendo el acento en minorías dirigentes; Pierre Rosanvallon ( fl.1999), impugnando el papel revolucionario de la utopía y alabando la moderación y el posibilismo como signos de modernidad; etc.. Todo ello, junto a las sucesivas crisis económicas a partir de los setenta, se traducirá en un profundo cambio: el retorno al liberalismo ortodoxo en el terreno económico y en el mundo de los valores sociales, la sustitución del espíritu de cambio en pro del beneficio colectivo (el “estado providencia”); por el elogio de la moderación, la inserción acomodaticia y actitudes reformistas como proponen Jean F. Lyotrad (fl.1992) o Lipòvetshy( fl.1983). Con mucha razón, uno de los mejores sociólogos españoles actuales, el valenciano José Vidal Beneyto (1927-2010) habla del paso de lo colectivo a lo individual: la sustitución del “homo politicus” (defensor de bien común) por el “homo psicologicus” (“consumidor en un mercado sin regulación alguna), en definitiva, el individuo postmoderno. .

¿Qué tiene que ver todo ello en el tema que nos ocupa?. Pretendo demostrar en el análisis posterior que mucho. Sobre todo en un momento crucial en el que la ética está invadiendo todos los aspectos médicos

<sup>0</sup> Salvà fue el responsable de redactar la “voz” **Nomenclature** médica en el *Dictionnaire Encyclopédique des Sciences Médicales* dirigido por DECHAMBRE, A (1879), Paris, G. Masson, 2ª serie, vol.13, págs.. 339-344. De alguna manera, esta monumental obra, habría que incluirla en los grandes hitos de la medicina francesa del Ochocientos.

. Las denuncias sobre la devaluación del lenguaje, abundan en los últimos años. Por citar un ejemplo significativo, haré referencia al artículo publicado por CALVO, M. (2005), “Cómo combatir el deterioro del idioma”; en la primera

Y esto para aspectos formales de cualquier saber es mortal y conduce necesariamente a un utilitarismo empobrecedor y a un nefasto aprovechamiento de los recursos. Pero además, a costa de esa aparente modernidad, el médico sacrifica algo fundamental en la metodología clínica: la capacidad de observación en favor del dato tecnológico aislado.

Valorando diacrónicamente algunos problemas y situaciones actuales en la medicina, a un historiador no le cabe ninguna duda que nos encontramos en un punto de inflexión previsto ya por las grandes cabezas de la medicina contemporánea, que desde el mismo momento de su plena constitución en el periodo de entreguerras, ha puesto en evidencia una serie de lagunas que han ido superándose, en algunos casos; o disimulándose, en otros, con el telón de la sofisticación exploratoria y el espectacular desarrollo terapéutico. Pero siempre quedaba pendiente la consideración del enfermo como persona; porque en el fondo era el médico el verdadero protagonista de una historia que no recaía sobre él pero sí dependía de sus decisiones. Ha sido necesario, que llegara a la medicina una importante revolución en el pensamiento ético para que, también en la enfermedad, el hombre sea el responsable de sí mismo en la toma de decisiones. Este proceso es el fin de una larga historia que se inicia cuando, en medicina, comienza a plantearse con timidez la “autonomía” y el “derecho” de los enfermos. Lo que pretendo presentarles en mi exposición, es mi punto de vista sobre la naturaleza y el significado de ese proceso, montado, como ya he dicho, a hombros de gigantes preocupados por la humanización de la medicina, e incorporando las nuevas perspectivas a partir de la década de los setenta.

---

revista electrónica en América Latina, especializada en comunicación y titulada *Razón y Palabra*, en el número 43, de febrero-marzo

<sup>0</sup> En la tradición aristotélica, la excelencia siempre va unida a la prudencia. De hecho el término en griego *areté* (excelencia) fue traducido por los latinos como *virtus*. Dentro de la historia de la ética este término se ha asociado siempre a la ética aristotélica o de las virtudes y en el campo de la ética profesional a la ética hipocrática, pues tiene que ver con hábitos, actitudes, disposiciones o modos de vida que nos acercan a un ideal de perfección. Una decisión prudencial, no es la aplicación de una fórmula previamente aprendida. En su trabajo asistencial cotidiano, el médico está tomando continuamente decisiones excelentes; pues lo que tiene ante sí es un conjunto de rutas entre las cuales debe elegir en colaboración con el enfermo. CAMPS, VICTORIA, “La excelencia en las profesiones sanitarias”. *Humanitas*, 21, 2007, p.7

En los últimos años es uno de los temas que más se viene trabajando; de hecho en el 2002, se publicó simultáneamente en las revistas *Lancet* y *Annals of Internal Medicine*: un documento que demuestra éste interés: la propuesta de un nuevo Código o Carta Constitucional para la profesión médica que, propone los ideales a los que “todo profesional de la medicina puede y debe aspirar. “Medical Professionalism in the new millennium; a physicians charter. *Lancet*, 359, 2002, pp.520-2; *Ann. Intern. Med.* 136, 2002, pp.243-6; BLANK, L., KIMBALL, H., McDONALD, W., MERINO, J. (2003), “Medical professionalism in the new millennium: a physicians charter 15 months later”, *Ann. Intern. Med.*, 138, 2003, pp.839-41

## I.- EL PROBLEMA DE LA INTRODUCCIÓN DEL SUJETO EN LA HISTORIOGRAFIA MÉDICA ESPAÑOLA.

El sillón del que voy a tomar posesión, el número 15, es el que ocupó mi maestro el Profesor José María López Piñero, el fundador de la reconocida como “Escuela Valenciana” de historiadores de la medicina y que sin duda, junto a uno de sus maestros, el Profesor Pedro Laín Entralgo, fueron las dos referencias mundiales de la disciplina procedentes de España, en el pasado siglo. Historiadores respetados y considerados, en la misma medida que las grandes figuras de la disciplina en la cultura centroeuropea o anglosajona. Los dos se ocuparon del problema del sujeto en la medicina del siglo XX, si bien es cierto que desde visiones distintas. Laín, pretendía construir una teoría de la medicina desde el análisis histórico, un pensamiento médico actual universalmente válido. López Piñero, buscaba en la investigación historicomédica, las claves que transformaran al médico, sobre todo en lo referente a la metodología clínica, en un científico homologable a los estudiosos de las ciencias naturales, sin que ello quisiera decir en un científico natural. Su objetivo era encontrar el método histórico adecuado que permitiera un equilibrio entre los dos modelos de acercamiento propugnados por H. Sigerist: sincretismo postulado por su otro maestro: Erwin Ackerknecht (1906-1988). En su primera etapa, José M<sup>a</sup>. se incorpora al programa de Laín; pero progresivamente ira elaborando una visión propia a partir de las propuestas de sus dos “grandes maestros”, Laín y Ackerknecht; como él les llamaba. Ello repercutirá en la forma en que López Piñero, abordó el problema que nos ocupa y que podemos fijar su inicio en su Tesis de Doctorado: *Orígenes históricos del concepto de neurosis*(1963).

En el protocolo de recepción de un nuevo académico, es costumbre que este pronuncie la *laudatio* de su predecesor en el sillón. En este caso, tuve el honor de llevarlo a cabo como miembro corresponsal de esta Real Academia, en la Sesión Necrológica de diciembre de 2010, en memoria del Excmo. Sr. D. José María López Piñero. A pesar de ello, quisiera reiterar, una vez más, tres hechos significativos de

---

<sup>0</sup> LÓPEZ PIÑERO, J. M<sup>a</sup>.(1981), El estudio histórico de la medicina en la obra de Laín Entralgo, *DYNAMIS*, 1, 231-139

<sup>0</sup> LÓPEZ PIÑERO, J. M.(1960), Una disciplina médica: la teoría e historia de la medicina, *Notas Clínicas*, 1/1 , 1-5

<sup>0</sup> En la monografía publicada en 1966, en colaboración con J.L PINILLOS y L. GARCIA BALLESTER, *Constitución y personalidad. Historia y Teoría de un problema*. Madrid, C.S.I.C., pág. 9; se hace explícito ese objetivo. Afirma que la utilización de la Historia de la Ciencia por otras ciencias humanas, no debe suponer que “abandonen el camino del saber positivo para convertirse en Historia – aunque habría mucho que decir sobre si la Historia es o no es un saber científico positivo en el mismo sentido que los demás-.”

su importante legado: su orientación renovadora en la disciplina, su ingente obra de investigador y docente y su preocupación por crear una escuela en la que diversas generaciones se encontraran reconocidas.

Quienes no sepan comprender que la vocación de José María era la medicina, entendida con la amplitud conceptual que ahora lo hacemos, no pueden valorar adecuadamente su obra en esta materia: renovó y reestructuró los programas habituales en la disciplina, defendiendo su punto de vista ante sus maestros y los más destacados expertos (ahora si) europeos: en la enseñanza, el criterio dominante no era el histórico sino el temático, lo que podríamos llamar una **Historia de la medicina por problemas**. Como investigador, ya hemos comentado su obsesión metodológica y no tuvo reservas en acercarse a las más diversas propuestas, pero fue de la mano del catedrático de Historia Moderna, su gran amigo Joan Reglà (1917-1973), entonces en la Universidad de Valencia, cuando encontró los enfoques y métodos de trabajo de la “histoire intégrale”, de la escuela francesa, que le permitieron llegar a lo que estaba buscando: la forma de construir una “historia social de la medicina”. Su producción científica fue apabullante. En una revisión hecha por él mismo, pocos meses antes de morir, posiblemente en abril de 2010, aparecen 171 libros y 434 artículos científicos o comunicaciones. Si añadimos el número de tesinas y tesis doctorales dirigidas, la cifra es asombrosa.

Por último un breve comentario a su vocación de maestro en un ambiente poco propicio para constituir grupos de trabajo. En 1992, publicaba la revista *ARBOR*, del C. S. I. C., un número monográfico sobre *Historia de la Ciencia, perspectivas historiográficas*. Se abrió con un artículo de Laín Entralgo, “Para qué la Historia de la Ciencia”; inmediatamente después, otro de López Piñero. “Las etapas iniciales de la historiografía de la ciencia. Invitación a recuperar su internacionalidad y su integración”. En mi opinión se trata de su testamento como cabeza de una escuela. Después de analizar en profundidad la polémica que mantuvieron George Sarton (1884-1956) y Henry Sigerist, entre 1935 y 1936 sobre la naturaleza de la Historia de la Medicina; denunciando con dureza, como era habitual en José María cuando algo le importaba vitalmente, la pobreza intelectual del mundo angloamericano y la escasa formación histórica de algunos teóricos de la ciencia; acaba diciendo: “La parcialidad y el simplismo resultante de los factores que acabamos de considerar están provocando una grave desorientación. Personalmente, la que más me importa

---

<sup>0</sup> BALAGUER PERIGÜELL, E. (2010), Medicina e Historia en la actividad científica del Profesor José María López Piñero, *ANALES, Reial Acadèmia de Medicina de la Comunitat Valenciana*, 11, “Sesiones necrológicas”.

<sup>0</sup> CAPEL, Horacio (2010), Programa de investigación, aportaciones científicas y magisterio de José María López Piñero. Homenaje a un maestro de la historia de la ciencia. *Scripta Nova. Revista Electrónica de Geografía y Ciencias Sociales*, Barcelona, Universidad de Barcelona, XIV, núm 343, 1-16.



es la que pueda afectar a los profesionales jóvenes de la disciplina en nuestro país, que actualmente forman un grupo que ya ha protagonizado un cambio cualitativo en el nivel y en el horizonte de la investigación sobre la materia. En esta coyuntura quizá resulte de alguna utilidad la exposición esquemática de la imagen que un veterano tiene de las etapas iniciales de la historiografía de la ciencia, como invitación a sustituir la “tibetización” por la internacionalidad y la esquizofrenia. o desdoblamiento de sus dos ramas por su integración”.

En otro lugar nos hemos ocupado de la “Escuela de Valencia” desde sus inicios, y los que formamos parte de su primera promoción; cuando el tiempo ha decantado lo accidental para quedarse con lo sustancial y genuino, estamos más convencidos que nunca que el Profesor López Piñero, lo hizo bien: actuó de manera excelente y la evolución posterior de la escuela, es una prueba evidente.

## II. EL PROBLEMA HISTORICO DE LA INDIVIDUALIZACIÓN DEL ENFERMO EN PATOLOGÍA Y EN CLÍNICA.

Como puede vislumbrarse la continua alusión al marco de referencia es para mí un hecho fundamental, porque lo que entendemos hoy como la “introducción del sujeto” en patología y clínica, es un concepto reciente formulado por Vyktor von Weizsäcker (1886-1957) pero iniciado explícitamente y con plena consciencia de su significado clínico en la obra de Sigmund Freud. Ahora bien el problema y la detección del mismo por parte del médico, se remonta, en nuestro ámbito cultural, a los orígenes de las primeras formas de medicina científica, es decir, a la clínica hipocrática. Lo que ocurre es, que un mismo problema se lee y valora según el marco de referencia. De ahí que para analizar esta cuestión proponga dos campos narrativos según los marcos de referencia más generales

Quisiera precisar otro aspecto: la forma en la que voy a ordenar mi exposición. No me ceñiré a la secuencia y estructura habitual, que establecen las normas documentales en las ciencias fácticas, para cualquier tipo de informe; sino a la peculiaridad del problema que vamos a estudiar y la función de la medicina en el análisis de este tipo de cuestiones en el que, en ocasiones, se utiliza el saber médico

---

<sup>0</sup> *ARBOR*, Madrid, CXLII, C.S.I.C., junio-agosto, 1992

<sup>0</sup> BALAGUER PERIGÜELL, E y BALLESTER AÑÓN, R (1910), José Maria López Piñero y la “Escuela de Valencia”, *Medicina e Historia*, IV época, nº. 3

<sup>0</sup> No debe confundirse la individualización del enfermo tal y como la entendemos ahora a la forma en que interesaba al saber médico tradicional. En realidad la unidad del sujeto no está explícito hasta la medicina contemporánea. Fue Ludolf Krehl quien en 1924 respondía a un discurso de Gustav von Bergmann (1878-1955), en la Sociedad Alemana de Medicina Interna: “solemos separar los síntomas anímicos y los síntomas corporales a causa de su distinta naturaleza, pero en el enfermo se haya indisolublemente unidos ...” (*Verhandlungen, der Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin*, 36, 1924.

para justificar un valor, y en otras en sentido contrario. Tomo como modelo el método expositivo utilizado por Jaume Roig, un médico valenciano del siglo XV, autor de una de las obras más emblemáticas del momento y que tuvo una primera edición en 1531. Se trata de *l'Espill*, en alguna edición también subtítulo como *Llibre de les dones*. El tema que trata, un gran debate teórico en aquel momento: el de la inferioridad de la mujer, cuando no su “maldad natural”, por lo tanto un tema muy médico en el que Jaume Roig hace valer su condición sanitaria. ¿Pero cómo?. Sabe que no puede aportar nada nuevo, la única forma de intervenir en el debate no puede estar en la argumentación, sino en el estilo. *L'Espill* se vincula directamente a la predicación. La técnica de las artes *predicandi* que presentan una estructura lógica y compleja desde el siglo XIII, articula, en este caso, todo el relato: la “consulta” acaba en un tema que sintetiza el discurso ideológico que Roig desarrolla inmediatamente. Como cualquier sermón pronunciado desde el púlpito, el tema sirve de introducción al discurso del predicador, es el fundamento y está ligado a la materia principal, utilizando en la *dilatatio* los dos grandes procedimientos de desarrollo: los *exempla* y la *autoritas*. Especial interés tendrán los primeros por que el público solo entenderá el mensaje si se le presenta la materia tratada de forma comprensible. La “consulta”, en el caso que nos ocupa, podría formularse de esta manera: ¿La enfermedad es un ente o un accidente? Y en este caso ¿ en todos los enfermos se manifiestan de la misma manera?. De no ser así, ¿qué factores intervienen y cómo en el enfermo?

Permítanme un ejemplo que justifica mi proceder. Una afirmación excitadora: **la medicina no es una ciencia**, al menos tal y como entendemos el concepto de ciencia desde el positivismo. Me he permitido esta licencia porque la provocación no es mía, son las primeras palabras que oí en ésta Facultad de Medicina, pronunciadas por un profesor nada sospechoso de frivolar cuando se trataba de definir conceptos, don Juan José Barcia Goyanes. **La medicina**, siguió en su discurso D. Juan, **es un arte**. Puede entenderse nuestro desconcierto de novatos con ansias de percutir abdómenes y auscultar jaulas torácicas, contando pulsos a mansalva etc.. Llegamos a tercero y el entrañable don Rafael Carmena, en Patología General incluía entre los datos semiológicos del enfermo que presentaba, labrador de profesión, la calidad de los melones que cultivaba. Eran unos grandes profesores, maestros de las artes *predicandi*, no solo por lo que enseñaban, sino por el mensaje que supieron transmitir a unos pardillos hambrientos de ciencias duras.

Por fin, llegamos al primer curso propiamente clínico y allí iniciamos un camino nuevo que nos permitió comprender donde nos conducía el desconcierto con el que D. Juan Barcia nos había sumido en primer curso y el interés del Prof.

Carmena por la calidad de los melones que cultivaba el enfermo, para entenderle como persona. Esta fue la ruta que nos marcó el Prof. López Piñero, ya no el aprendizaje, sino la posesión de la Medicina.

Lo que nos comunicaba el Prof. Barcia era una inquietud latente entre los médicos desde la Antigüedad Clásica por disponer de una visión precisa del lugar del saber médico y de la responsabilidad de sus profesionales. Este debate sigue vigente, estando presente hoy en otros marcos de referencia. Solo por citar un ejemplo: el enfrentamiento entre Gregorio Marañón y Santiago Ramón y Cajal sobre la función de la clínica y el laboratorio en el diagnóstico. El mensaje del Prof. Carmena, era el mismo que propagaba el más grande de los reformadores de la clínica anglosajona, Sir William Osler (1849-1919): que la suerte de un tuberculoso – decía- “depende más, a veces, de lo que ese tuberculoso tiene en la cabeza que de lo que tiene en el pulmón” . La realidad del ser humano ha obligado siempre al clínico a mirarle y tratarle como una persona aun que la mayoría de las veces de forma intuitiva. El debate reflexivo en el seno de la medicina del interés por el sujeto (persona) enfermo es, por tanto, reciente y una de las consecuencias del estado de plenitud al que ha llegado la medicina actual.

## **2.- 1. El sujeto en la patología contemporánea**

Nunca, ni siquiera en los momentos en que más vigorosamente fue afirmada la universalidad del determinismo fisicoquímico, han faltado mentes capaces de advertir la radical peculiaridad de los seres vivos y más en concreto del hombre. Basta en recordar el concepto de *idée directrice* de Cl Bernard (1813-1878) o el *neuer Vitalismus* de Rudolf Virchow (1821.1902), pero ambos se resolvían en interpretaciones puramente mecanicistas. Después de haber afirmado la peculiaridad entitativa del ser viviente, en cada una de sus particularidades operaciones, se veía el resultado necesario de una suma de condiciones determinantes, por entero susceptibles de conocimiento analítico y experimental, esto es, de interpretación mecánica. La patología y en su consecuencia la clínica actuales, están fundamentadas en la síntesis de tres subparadigmas elaborados a lo largo del siglo XIX e integrados de manera ecléctica en el periodo de entreguerras, todavía tomando como marco de referencia el determinismo. Posiblemente, la patología médica sea el capítulo de las ciencias biológicas que más se resista en abandonar ese principio: es el síndrome del converso, más papista que el papa. Los modelos posteriores singuen siendo los mismos, porque el progreso tecnológico, o los cambios interpretativos

---

<sup>0</sup> SIR WILLIAM OSLER, “*Un estilo de vida*” y otros discursos, con comentarios y anotaciones, Madrid, Fundación Lilly, 2009. Ver también. PEDRO LAÍN ENTRALGO, *La historia clínica*, Madrid, Triacastela, 1998, pág. 606

<sup>0</sup> MARAÑÓN, G. (1950), *Cajal su tiempo y el nuestro*. Madrid-Santander, Antonio Zuñiga.

introducidos por la biología molecular, no han alterado los objetivos generales, ni tampoco los supuestos de partida. Es más, en las cabezas de los máximos responsables de los tres subparadimas, ya era un hechos su evolución futura. Muy claramente lo presentía Albert von Kölliker (1817-1905) quien afirmaba en 1855: “Si un día fuera posible ver las moléculas que componen la membrana de las células, las fibrillas musculares, el eje de los tubos nerviosos. etc., y si se pudiera penetrar en las leyes de la yuxtaposición de estas moléculas y en las del desarrollo, el crecimiento y la actividad de las que hoy llamamos partes elementales, entonces una nueva era se abriría para la histología, y el fundador de la ley de la formación de las células según una teoría molecular sería tan celebrado, o acaso más, como el creador de las doctrina según la cual todos los tejidos animales se componen de células” (*Handbuch der Gewebelehre*, 2ª ed.). Sin embargo lo que llamamos enfermedad, no tiene su titular en las moléculas patológicamente alteradas o en las relaciones patológicas entre ellas, sino en el organismo en que asientan y, a través de este, en el sujeto que la padece. Como en su día afirmaron E. Zuckerkandl (1922) y L. Pauling (1901-1994) : Hay enfermedades moleculares, pero no moléculas enfermas.

Una vez más, en su devenir histórico, el médico, más precisamente el clínico, se enfrenta a su posición jánica en la ciencia. Entre 1910 a1915 ya se ha podido construir un saber patológico rigurosamente científico conforme a todos los supuestos de las ciencias naturales. El deseo de Xavier Bichat (1771-1802), es una realidad : “Estamos a mi parecer en una época – afirma en la “Introduction”, página VII, de su *Anatomie Générale* (1801)- en que la Anatomía patológica debe tomar un nuevo auge ... La medicina ha sido rechazada durante mucho tiempo del seno de las ciencias exactas. Tendrá derecho, no obstante, a asociarse a ellas, por lo menos en lo tocante al diagnóstico de las enfermedades, cuando a la rigurosa observación del enfermo se haya unido el examen de las alteraciones que presentan sus órganos” Este objetivo, respecto a las lesiones, se generalizará, a lo largo del XIX, a las disfunciones y a las causas. Pero si ya tenemos una patología rigurosamente científico-natural, ¿Cómo traducirla a la clínica?: el eterno problema del estatuto de la medicina práctica en el contexto de las ciencias.

---

<sup>0</sup> Establecieron las condiciones génicas de no pocos de los desordenes que ellos comenzaron en llamar “enfermedades moleculares. En el mismo sentido , SOLS GARCIA, A. (1989), *El nivel molecular en la medicina. Discurso para la recepción del Académico Electo....*, Madrid, Instituto de España. Real Academia Nacional de Medicina

<sup>0</sup> Tanto la idea directriz como la fuerza vita, tenían un valor normativo pero el proceso era totalmente de naturaleza físico-química

El primero en abordarlo fue Aristóteles al agrupar los saberes científicos en libres o *Episteme* (las ciencias puras) y serviles o *tekhne* (la técnica). Desde estos supuestos ¿qué posición ocupaba la medicina?. El “estagirita” conocía muy bien la condición del médico y su saber. Su padre, Nicomaco, era médico en la corte de Amnitas III, rey de Macedonia; los médicos en el Liceo fueron muchos y en uno de ellos; el clínico Praxágoras de Cos, autor de un tratado sobre el pulso, pensó como su sucesor. La doble vertiente de la medicina como ciencia y como técnica era evidente: los médicos fueron, posiblemente, los primeros en fundamentar su actividad en la ciencia de la *Physis* o naturaleza, incluso, en descubrir ciertos atributos fundamentales para entender la lógica del orden establecido por la naturaleza: concretamente el principio de finalidad o “teleologismo” del cual se deduciría el de “necesidad” (la *anánke physeos*), que tanta importancia tuvo en todo el pensamiento filosófico de Aristóteles. El médico, al estudiar al enfermo necesitaba averiguar el ¿por qué y el para qué? del desorden, por lo tanto no estaba actuando como un técnico que aplica, sino como un investigador que descubre. El diagnóstico, como definía Galeno, era la “epifanía en el logos de médico del logos de la *physis*”. La medicina, por tanto, no era sólo una técnica, era una *téckhne iatriké* que ayuda a la naturaleza en su tendencia a la curación. Por eso los latinos tradujeron el concepto griego por *ars medendi*: hoy diríamos que como arte, el diagnóstico médico tiene algo de creación humana; pero en el contexto clásico el arte es la imitación de la lógica de la naturaleza.

En su forma de proceder, los médico hipocráticos necesitaban reducir la doctrina general de la ciencia a la particular del hombre enfermo para actuar científicamente y a ello les condujo el concepto de **temperamento** como modo de enfermar que

---

<sup>0</sup> Esta reflexión de Bichat parece estar destinada a Laplace (1749-1827) que ante las propuestas de astrónomo a que los médicos formaran parte de la *Académie des Sciences* se encontró con una gran oposición por parte de otros científicos al considerar que la medicina no era una verdadera ciencia. Laplace contestó: “C’est afin qu’ils se trouvent avec de savants”. Por supuesto el sabio es aquel que es capaz de conocer con certidumbre y exactitud, según leyes fijas. El hecho de que Claudio Bernard (1813-1878) recoja esta anécdota en su *Introducción à l’étude de la médecine expérimentale* (1865), es de por sí significativo

<sup>0</sup> ARISTOTIL (1995), *Ètica Nicomaquea*, Barcelona, Fundació Bernat Metge. Vol I,

<sup>0</sup> El problema de la clasificación de las ciencias, adquiere un nuevo significado a partir de los comienzos de la época moderna. La más conocida es la de Francis Bacon (1561-1626), pero en el siglo XX sigue como objeto de debate, sobre todo en cuanto al procedimiento metodológico. Lo mismo en lo referente a una “ciencia unificada” que tanto interesaba a G.W. Leibniz (1646-1716). Su idea de una *characteristica universalis* equivale a la noción de un lenguaje para todas las ciencias, pero el ideal de una unificación de la ciencia, y en general, de conocimientos, la *scientia generalis*, no es ajeno a los propósitos de Leibniz. ¿No se adivina detrás de la polémica entre Sarton y Sigerits, este problema epistemológico?

<sup>0</sup> Detrás de esta clasificación hemos de considerar el factor socioeconómico, puesto que el científico puro pertenece a las clases adineradas que no dependen de su trabajo; y el técnico, necesita trabajar para mantenerse.

<sup>0</sup> GARCIA BALLESTER, L. (1972). *Galeno. En la sociedad y en la ciencia de su tiempo* (c.130-c.200 d. C. ) Madrid, Ed. Guadarrama, págs.. 194-205

agrupaba a los hombres en cuatro temperamentos cardinales con sus peculiaridades y por lo tanto con sus diversas naturalezas ( humor dominante, sexo, edad, etc). Si nos fijamos bien, con ello resuelve un problema fundamental de la clínica como el modo de actuar de acuerdo con el saber científico; pero también soluciona una cuestión teórica de gran calado: el de la unidad y diversidad de la *Physis*. ¡Cuánto siglo trascurrido para encontrarnos de nuevo con el problema!

El médico actual, intenta resolver el problema, con una metodología similar, es decir, partiendo de lo mas genérico a lo concreto, pero en el marco de referencia de la ciencia contemporánea: con datos objetivos interpretados desde sus valores. Así pues lo llevara a cabo en tres niveles. En primer lugar mediante la consideración del enfermo como miembro de una determinada “estirpe”. Solo a partir de la Primer Guerra Mundial ha adquirido su madurez el cultivo de la *heredopatología* y supone la consideración del enfermo como miembro de un linaje, aquel por cuya peculiaridad génica, él ha venido a enfermar. Conexa con esta, estaría la peculiaridad biotípica que además del factor genético considera el factor ambiental, siguiendo la tradición hipocrática. Su formación actual fue iniciada en la segunda mitad del siglo XIX por Archile de Giovanni (1837-1916) y ulteriormente ha ido desarrollándose con los estudios genotípicos y fenotípicos hasta los momentos actuales.

Pero también como miembro del linaje de la especie *homo sapiens sapiens*, cabría considerar al hombre como individuo perteneciente a un grupo social –clase, familia profesión, religión- y por tanto, una patosociología derivada de este hecho. En mi opinión, no se valora suficientemente la importancia que otorgó Hipócrates a los valores culturales en el tratado de *Las aguas, aires y lugares*; pero la correlación de estos elementos con una posible patología es evidente. En el siglo XIX, la patología social es el resultado final de la línea ideológica que pretende la reforma socializadora de la medicina: Salomon Neumann (1819-1908), afirmaba en 1847, “der Medizinische Wissenschaft ist in ihrem innersten Kern und Wesen eine soziale Wissenschaft”; y el joven Rudolf Virchow (1818-1902), desde las páginas de *Die medizinische Reform* (1848-1849), proclamaba la necesidad de considerar los factores sociales; así como el francés J. R. Guérin (1801-1866), o el cirujano español Federico Rubio (1827-1902) con su conferencia de 1890 sobre “sociopatología”. Finalmente, dos higienistas berlineses, A. Gottstein (1857-1994) y A. Grotjahn (1869-1931), este

---

<sup>0</sup> Vease el reciente trabajo de BROCK, J.F.(1972), Nature, nurture and stress in health and disease, *The Lancet* , Apr. 1-1(7753), 701-4. Entre nosotros varia publicaciones de J. Rof Carballo: *Rof Carballo, Medicina , sociedad y cultura*. Textos y Documentos(1993), *ANTHROPOS*, Suplemento de mayo. Desde el análisis histórico es fundamental la monografía: PINILLOS, J. L.; LÓPEZ PIÑERO, J. M. ; GARCÍA BALLESTER, L ( 1966 ). *Constitución y personalidad .Historia y teoría de un problema* , Madrid, C.S.I.C.,

sobre todo, iniciaron la conversión en ciencia de lo que hasta entonces era aspiración y ensayo .

Un segundo escalón en el intento de individualizar al enfermo fue el de explicar la enfermedad desde la especificidad biológica del sujeto, lo que Laín llama *mentalidad biopatológica*. De una manera o de otra la enfermedad ha sido vista como la reacción orgánica de un individuo humano contra la causa que ha alterado su vida normal. La “respuesta morbosa” no sería sino una reacción físico-química especialmente complicada. De ahí que movidos por la realidad misma observada en la clínica, se propusieran entenderla desde el punto de vista de la peculiaridad cualitativa de los procesos vitales. Solo por atenernos a los tres nombres más influyentes, nos referiremos a las aportaciones de John Hughlings Jackson (1835-1911), Constantin von Monakow (1852-1930) y Kurt Goldstein (1878-1965).

En el año 1868, en Norwich (Inglaterra), ante la *British Association for the Avancement of Science*, expuso Paul Broca (1824-1880) sus hallazgos anatomoclínicos y sus ideas acerca de la patología del lenguaje. Intervino en la discusión un neurólogo joven que tenía sobre las enfermedades del sistema nervioso puntos de vista muy propios, de alguna manera evolucionista. López Piñero, ha estudiado la obra del neurólogo y podemos resumir las siguientes conclusiones: 1º. Asume la doctrina de las localizaciones desde un punto de vista dinámico y contrario a un localicismo estricto mantenido mayoritariamente desde Broca hasta Karl Wernicke ( 1848-1905); partiendo de una idea de funcionamiento global del sistema nervioso; 2º. Esa idea de totalidad no es un conjunto más o menos indiferenciado como todavía pensaba Marie Jean-Pierre Flourens (1794-1867), sino un conjunto morfológica y fisiológicamente estructurado en tres niveles (doctrina reforzada por la reciente investigación neuropatológica); 3ª el cuadro morboso neurológico es una respuesta cuyo contenido es una disolución o regresión del sistema nervioso, afectando a los distintos niveles, según su gravedad, en orden inverso a su categoría onto-filogenética. En definitiva, las diferencias entre Broca y Jackson, son que, el primero valoraba de preferencia lo que el enfermo no puede hacer, porque a sus ojos, la destrucción anatómica se expresa primariamente en déficit funcional bien circunscrito. Jackson, estima tanto lo que el enfermo no puede hacer como lo que

---

<sup>0</sup> Habría que incluir en justicia al prestigioso profesor de Berlín Fr. Kraus (1858-1936) . Compuso entre 1919 y 1926 una ambiciosa obra, *Die allgemeine und spezielle Pathologie der Person*, con la pretensión de iniciar una nueva etapa de la medicina en la cual, sin renunciar a los saberes logrados mediante la visión científico-natural de la enfermedad, pudiera llegarse a una idea de ésta adecuada a la condición específica de viviente humano. Un equivoco fundamental en el concepto de “persona” y su confuso modo de ordenar los múltiples y ricos saberes que contiene, han relegado este libro al olvido; después de la gran resonancia que tuvo su aparición en el mundo germánico.

<sup>0</sup> Explícitamente desde Gómez Pereira ( 1500-1558 ) y Thomas Sydenham (1624-1689)

hace y puede hacer a consecuencia de la liberación que alcanzaran los centros y las actividades inferiores al “nivel” de la lesión.

En 1928, C. von Monakow en colaboración con R. Mourgue, publicó la monografía *Introduction biologique à l'étude de la Neurologie et de la Psychopathologie*, texto olvidado por muchos, pero marca un hito en la historia del pensamiento en patología del siglo XX. Con la neuropatología de Jackson y la “filosofía de la vida” Henri Bergson (1859-1941), como punto de partida, von Monakow creó el concepto de *hormé* (impulso vital primario), del cual es consecuencia una visión de la enfermedad como respuesta adecuada a una causa, bien para eliminarla, bien para integrarla en forma de modo de vivir óptimamente con ella. Un síndrome de alcance general, la “diásquisis” y un principio metódico, la “localización cronógena de la función” (situación de esta en el curso del proceso patogénico); son las piezas maestra de su edificio. Al término de su vida, precisara von Monakow, la significación biológica de ellos y su relación con el “tiempo vital” del individuo en que se presentan:

“La diásquisis no es un fenómeno pasivo, como los que acontecen en una máquina. Se trata de un combate, de una lucha activa para la creación de un estado de cosas que permita una nueva adaptación del individuo a su medio. Todo el organismo interviene en esta lucha, y el resultado no es el mismo en un cerebro joven que en un cerebro gastado... La noción de *diásquisis* es inseparable de la noción de *localización cronógena* de la función. La función más diferenciada, la correspondiente a un nivel más alto de la evolución (los movimientos de destreza mas recientemente adquiridos, los movimientos expresivos y simbólicos mas complicados, etc.) es generalmente la afectada en primer lugar y la que, en general, es en último término restituida”.

Von Monakow, se propone demostrar que entre la lesión objetivada en el cadáver y el cuadro sintomático no hay una correlación universal (como pretendían Broca y Wernicke), sino unas diferencias que dependen de la reacción vital que él llama “diásquisis”.

---

<sup>0</sup> LOPEZ PIÑERO, J.M. (1973), *John Hughling Jackson (1835-1911). Evolucionismo y neurología*, Madrid, Ed. Moneda y Crédito.

<sup>0</sup> La concepción positivista de la ciencia natural, es combatida por Bergson en sus raíces mismas. No es el intelecto con sus conceptos rígidos lo que nos hace conocer la realidad viviente, sino la “intuición” capaz de penetrar y seguir el constante y fluido movimiento en que se expresa y realiza la “impulsión vital”. En esto discrepa Monackow del excesivo mecanicismo spenceriano de Jackson.

<sup>0</sup> MONAKOW, C. v.; MOURGUE, R. (1928), *Introduction biologique à l'étude de la Neurologie et de la Psychopathologie. Intégration et désintégration de la fonction*, Paris, Alcan

<sup>0</sup> *Introduction biologique* págs..., 27-30



Más precisa y elaborada es la patología de K. Goldstein, neurólogo de gran renombre como los precedentes. Su principal obra teórica, *Der Aufbau des Organismus* (1934), es universalmente conocida. En ella critica el proceder de la neurología clásica o asociacionista y da reglas para explorar adecuadamente al enfermo y para interpretar los hallazgos exploratorios; ofreciendo un cuidado sistema conceptual para entender biológicamente el síntoma y el proceso morboso en su conjunto. Clasifica aquellos en “manifestaciones directas” del trastorno fundamental (incapacidad para reconocer la significación de un dibujo, en un caso de ceguera psíquica); “operaciones de rodeo (los actos anómalos mediante los cuales el organismo enfermo puede resolver una parte del problema biológico que se le plantea), y “síntomas secundarios” (los producidos por influencia del trastorno fundamental sobre actividades distintas de aquellas a que específicamente afecta). En cada síntoma es preciso distinguir una porción “próxima” al estímulo (el primer plano del cuadro sintomático), y otra “remota” constituida por la oculta y fundamental reacción de todo el organismo. El conjunto del proceso morboso resulta de la coimplicación de una “desintegración funcional” y una “adaptación creadora” que puede ser “actitud de entrega o de rebelión”, En síntesis, dirá Goldstein: “un afásico no es un hombre con el lenguaje patológicamente alterado, cuya alteración se nos manifiesta en ciertas alteraciones del lenguaje, mas también en otros fenómenos muy distintos de ese. Nunca el síntoma debe ser considerado como algo aislado del enfermo”.

Con Jackson, von Monakow y Goldstein, se demuestra como la sucesiva y coherente elaboración de una idea del enfermar neurológico, según la cual el paciente reacciona como un ser vivo a la lesión patógena; mas concretamente como un individuo de la especie animal *homo sapiens*. ¿Puede decirse, sin embargo, que en la diversa y unificable neuropatología de estos tres autores sea el paciente **persona**, en la plenitud semántica de este término? Indudablemente, no.

## 2.- 2.PERSONA Y MEDICINA: el enfermo como persona

La consideración del ser humano como ente moral autónomo, utilizando tiempos históricos, es un muy reciente, de hecho es un proceso que se inicia en el pensamiento cristiano medieval; toma entidad en las sociedades de cultura protestante, con una nueva idea del orden moral que lo independiza del orden físico, a lo largo de los siglos XVI y XVII; para culminar con el pensamiento de Kant. De

---

<sup>0</sup> En esta línea habría que referirse a estudios recientes en el seno de la psicología evolucionista como los de Robert Kurzban (2010) *Why everyone (else) is a hypocrites*, que interpreta el engaño como un mecanismo defensivo del cerebro y por tanto, el autoengaño obedecería a la ley de la lucha por la vida : autoconvencerse para resultar creíble a los demás

ahí, pasará con el tiempo al código médico. Además del énfasis que suele hacerse en las consecuencias que se derivan de poner el acento en la responsabilidad moral individual; fruto, en parte, de la discusión entre reformadores y católicos en torno a la doctrina del “libre albedrío”; influirán otro tipo de acontecimientos históricos como el descubrimiento del Nuevo Mundo, y con ello el contacto con culturas muy diferentes a las europeas que tendrá como consecuencia el descubrimiento de un “derecho natural” común a todos los hombres. Todo ello condujo a un concepto de **persona** que será el fundamento filosófico del “Principio de autonomía”: la máxima expresión de la consideración personal del enfermo.

Desde el punto de vista médico, se puede distinguir dos etapas: una primera, que podríamos llamar impersonal, totalmente dependiente del naturalismo biológico (sin sujeto) en la que se postula un marco objetivo de las relaciones mente-cuerpo y sus posibles consecuencias en patología y terapéutica. Es el periodo en el que impera en el mundo de la psicología y la neurofisiología el dualismo, entendido como dos realidades distintas, mente-cuerpo, la primera determinada por la segunda; que posteriormente tipificaría R. Descartes (1596-1650) incorporando un lenguaje moderno; pero que en lo fundamental, tuvo su arraigo en la tradición médica anterior. Otra, históricamente más reciente todavía, en la que se considera al hombre sano o enfermo como persona, es decir como una unidad, cuyos mecanismos de comunicación entre mente y cuerpo comienzan a descifrarse; como ente irrepetible con una experiencia biográfica intransferible y con valores propios. Se trata, por tanto, de un problema filosófico que afecta directamente al médico y al enfermo de manera ineludible y además que se presenta en un marco de referencia nuevo: el de la “medicina actual”. Veamos brevemente las características de estas dos etapas que a grandes rasgos se corresponden también con los dos escenarios narrativos a los que antes nos referíamos.

## **2.- 2.1. La individualidad del enfermo en la cultura clásica.**

La idea de individuo como un ente con vivencias psíquicas y morales propias, es decir, con experiencia biográfica; comienza a perfilarse, de manera explícita, a partir de la Edad Media; precisamente por la necesidad intelectual de definir un concepto clave en la teología cristiana: el concepto de persona. Anteriormente (salvo algunas

---

<sup>0</sup> En el contexto de la medicina española, marca un hito en la definición del concepto de persona, las investigaciones llevadas a cabo por un equipo encabezado por P. Laín Entralgo (11 t.en IV v.), con el título de *Persona y Comunidad: filosofía-sociología-medicina*. Del grupo formaron parte: Agustín Albarracín Teulón, Ignacio Ellacuría Beascoechea, Diego Gracia Guillén, José M<sup>a</sup>. López Piñero, José M<sup>a</sup>. Maravall Herrero y Jos L. Peset Reig. Fue llevado a cabo con la ayuda de la Fundación Juan March (1971) donde se encuentra un ejemplar mecanografiado, signatura: MB-1971.196. I. II. III. IV

<sup>0</sup> Por ejemplo la polémica entre Martín Lutero y Erasmo de Rotterdam sobre el “libre albedrío”

aportaciones en el pensamiento socrático) hombre-persona-ciudadano, son en realidad términos polisémicos interpretados desde el “naturalismo”, griego. Además en la medicina clásica, prima el concepto de constitución somática como reflejo de ese orden y siguiendo la tradición hipocrática, Galeno de Pérgamo, no duda en afirmar, como analizó L. García Ballester en el tratado de *Quod animi mores*, que las propiedades del alma dependen de la naturaleza del temperamento. Puntos de vista reforzado por la doctrina de los estoicos, cuyo ideal ético es una vida ajustada a la Razón universal y por tanto, una consideración negativa de las pasiones consideradas como errores que pueden apartar al hombre de ese ideal. Galeno sumará a ese punto de vista el concepto aristotélico de virtud como término medio, y aceptará que las pasiones no son buenas ni malas, simplemente forman parte de las cosas “no naturales” que pueden producir enfermedad, pero no formar parte de ella. Por tanto pueden utilizarse en terapéutica como la comida o la bebida, el descaso, el aire y ambiente, etc. Por ejemplo desencadenar la pasión ira, que produce calor, para combatir las enfermedades frías como la flatulencia del estómago; o el miedo para resolver el hipo. En ese contexto nos encontramos con las llamadas “enfermedades del alma” y “medicina del alma”, pero no deja de reflejar un uso metafórico de la filosofía moral como terapéutica para recobrar el orden de la Razón ¿Quiere esto decir que, en la cultura clásica no hubo ninguna consideración del componente psíquico de la persona? En absoluto. Tanto Platón como Aristóteles detectaron la influencia de las palabras sobre el cuerpo. Es más en una página del *Cármides* platónico (156 b-157 a), Sócrates denuncia la incapacidad de la medicina hipocrática para conocer el papel del alma en las enfermedades y proclama la superioridad de los médicos tracios a este respecto, sobre los médicos atenienses. Aristóteles por su parte, además de la palabra dialéctica y persuasiva; utiliza la poética para producir una limpieza moral liberadora la “catarsis”. Tanto Platón como Aristóteles, por otra

---

<sup>0</sup> PESET LLORCA, V. (1961), “La psiquiatría de un médico humanista (Francisco Vallés 1524-1592), *Arch. De neuro bioñ*, 23 núm 1-2, p.24

<sup>0</sup> GARCIA BALLESTER, L. (1972). *Alma y enfermedad en la obra de Galeno. Traducción y comentario del escrito “Quod animi mores corporis temperamenta sequantur”*, Valencia –Granada, Cuadernos Hispánicos de Hist. Med. y de la Cien., XII, serie A: monografías. Además de este tratado, Galeno, reitera su somaticismo en otros; como por ejemplo: *De propiorum animo cuiusdam affectuum dignitione et curatione*.

<sup>0</sup> Lo verdaderamente importante es el “orden” cósmico, social e individual, establecido por la **naturaleza**.. Este orden en el hombre estaría condicionado por su constitución o temperamento. En la producción de López Piñero, no es frecuente su incursión en temas de la Medicina Clásica; uno de los pocos que aborda es el de “Constitución y personalidad “en este periodo: PINILLOS, J. L.; LÓPEZ PIÑERO, J.M.; GARCIA BALLESTER, L. (197), *Constitución y personalidad*, Madrid, C.S.I.C., pags

<sup>0</sup> ARISTÓTELES (2003), *Retórica*, Introducción, traducción y notas de Quintín Racionero, Barcelona, Ed. Gredos S. A.

<sup>0</sup> ARISTÓTELES (2003), *Poética*. Introducción traducción y notas de Salvador Mas, Barcelona, Ed. Biblioteca Nueva S. L.. Muy acertadamente Más comenta que, “Las pasiones, incluidas las trágicas implique ( o puedan implicar ) elementos cognitivos y evaluativos de la naturaleza racional, pero justo por esto son susceptibles de uso retórico y

parte, postulan la necesidad de atemperar el tratamiento médico a la biografía del enfermo y al curso temporal de la enfermedad. Como prueba baste recordar la importancia que en el *Corpus Hippocraticum* se atribuye a la oportunidad de las intervenciones del médico.

El recurso supremo para suscitar la confianza del paciente en el médico y para individualizar el tratamiento fue la **persuasión verbal**. El buen médico no prescribe nada al enfermo – afirma Platón – “mientras no le ha convencido y solo entonces, teniéndole ya ablandado por la persuasión, trata de llevar a término su obra restituyéndole la salud” (*Leyes*, 720 d). Los asclepiadas hipocráticos no supieron utilizar esta fecunda intuición de Platón y tampoco los discípulos médicos de Aristóteles. Si hubiesen sabido hacerlo, acaso hubiera sido otra la estructura de la medicina occidental, hasta Freud. Pero el médico hipocrático se sentía amigo del enfermo, sobre todo, en cuanto este era simplemente hombre y por lo tanto hermano en común filialidad de todos los hombres respecto de la *Physis*. El médico ideal se sentía amigo del enfermo en cuanto este era miembro de la comunidad humana - la polis-, a cuyo servicio gana pleno sentido y suma dignidad la naturaleza del hombre reflejo del orden social establecido por la *Physis*. El médico hipocrático aspira a un conocimiento científico de la enfermedad y eso solo puede proporcionárselo el modo con que la *Physis Universal* se concreta en la del hombre particular y también en el social, pero ello no puede conducirle a un exceso en la individualización que anularía la verdadera *Episteme*, es decir el verdadero conocimiento científico. La estructura social, al reflejar el “orden natural”, consagra la diversificación económica de sus miembros y el médico debe atenerse a ese orden: un máximo de individualización biográfica en los miembros ricos y cultos (“medicina pedagógica”); y una tosca tipificación (sexo, edad, etc) en el estamento de los esclavos .

Sin entrar en más detalles, la tradición galénica, según la cual las facultades del alma se derivan de la complexión humoral del cuerpo, se mantendrá has bien entrado el siglo XIX, si bien con ropajes distintos. Baste recordar el fundamento del libro *Examen de ingenios para las ciencias*, de Juan Huarte de San Juan( 1529-1588); y en plena “Revolución científica” el *Traité des passions* (1649) de Descartes, en la más pura tradición estoica, considerando que las pasiones son el puente de unión entre la *res cogitans* y la *res extensa* .

---

pueden constituirse en enunciados de la argumentación retórica; de lo contrario, la retórica no sería una *teckné*, sino una mera práctica empírica”, pág. 37

<sup>0</sup> LAIN ENTRALGO, P. (1962 ), *Marañón y la Medicina*, Madrid, Revista de Occidente.

<sup>0</sup> LAIN ENTRALGO, P. (1958). *La curación por la palabra en la Antigüedad clásica*, Madrid,

## 2.- 2.2. La explicación científica de las relaciones mente-cuerpo.

En su estudio sobre el origen de la psicoterapia, López Piñero y Morales Meseguer (1970), distinguen en su constitución un doble proceso: el camino que conducirá a encontrar el fundamento técnico que permita acceder a la mente; y por otra parte, la aclaración de las bases científicas de tal relación. ¿Por qué ahora? ¿Tendrá algo que ver que el principio de autonomía y la idea de persona como ente individual y con experiencia propia, esté empapando las mas diversas ideologías y declaraciones (“derechos humanos”) y por tanto el enfermo demande también un trato diferenciado. Para el enfermo, su dolencia siempre ha sido de una manera o de otra un evento personal. El enfermizo Blas Pascal (1623-1662) compuso un opúsculo entorno a 1659, una *Prière pour demander a Dieu le bon usage des maladies*; y Kant, por su parte, generalizando su propia experiencia, compuso un tratadito significativo titulado: *Sobre el poder de la razón para hacerse dueña, mediante el simple propósito de sus sentimientos patológicos* (1798). Todo parece indicar a finales del siglo XVIII que la constitutiva y permanente índole personal del acontecimiento morboso había crecido en importancia y exigía del médico una adecuada formulación.

A ella trató de llegar en pleno Romanticismo el médico hegeliano Heinrich Damerow (1798-1866) con sus *Elemente der nächsten Zukunft der Medicin* (1829): en cuanto que el progreso de la humanidad lleva necesariamente consigo una “conciencia de si”, afirma Damerow, la realidad del hombre irá siendo cada vez menos “naturaleza” y más “espíritu”. En consecuencia las enfermedades se iran “psicologizando” cada vez más y la medicina entera se irá “psiquiatrizando”. Dejando a parte cuanto de pintoresco hay en esta tesis, sería miope no advertir en ella un sutil y profundo sentido histórico, no solo por el papel que, unas décadas después, tomó el “alienista” en la sociedad del ochocientos sino también por los dos grandes procesos clínicos que van a iniciarse en la segunda mitad del siglo XIX: un considerable auge de las neurosis y la creciente personalización de toda enfermedad. Volveremos sobre el tema.

---

<sup>0</sup> *Las pasiones del alma*, es en realidad la primera parte de un tratado general de las pasiones

<sup>0</sup> HUARTE DE SAN JUAN, J. (1575), *Examen de ingenios para las ciencias. Donde se muestra la diferencia de habilidades que ay en los hombres , y el genero de letras que a cada uno responde en particular*, Baeza, J. B. de Montoya

<sup>0</sup> PASCAL, BLAISE (1981), *OBRAS. Pensamientos. Provinciales. Escritos científicos. Opúsculos y cartas*, Prólogo por J. L. Aranguren. Traducción y notas por C. R. Dampierre, Madrid, Ed. Alfaguara s. a., pág. 270. Circulaba en Port-Royal, desde 1662 en una redacción manuscrita y se imprimio por primera vez en *Divers traités de piété*, en Colonia en 1666.

<sup>0</sup> LÓPEZ PIÑERO, J.M. y MORALES MESEGUER, J.M. (1970), *Neurosis y psicoterapia. Un estudio histórico*. Madrid, Espasa Calpe.

El primero de los procesos más arriba indicados, es decir el disponer de un recurso técnico, lo proporcionó la asimilación, desde las exigencias de la medicina científica, de las técnicas del mesmerismo o “magnetismo animal”. La explicación de los fenómenos y curaciones magnéticas, desde los supuestos de la medicina científica, fue realizada, en los años centrales del siglo XIX, por el cirujano escocés James Braid (1795-1860), quien partiendo de esquemas neurofisiológicos y conceptos como “atención expectante” y “acción ideomotora” del fisiólogo Holland evoluciona hasta llegar al concepto de sugestión .

Pero para aprovechar los recursos técnicos del hipnotismo de Braid, hacía falta realizar una serie de tareas a nivel doctrinal, que fueron efectuadas en Gran Bretaña entre 1850 y 1870; principalmente dos: en primer lugar explicar las relaciones mente-cuerpo, no desde el punto de vista filosófico, sino desde un ángulo científico positivo; la segunda tarea consistió en el paso al primer plano el interés por los procesos automáticos humanos. En su monografía *Chapters on Mental Physiology* (1852), Sir Henry Holland (1788-1873) incluye una revisión de los fenómenos y de las doctrinas hipnóticas y define la fisiología de la mente como “la parte especial de la fisiología humana que comprende las acciones y relaciones recíprocas de los fenómenos mentales y somáticos, en cuanto configuran la totalidad de la vida”. Esta línea coincide con los estudios de psicología experimental, al que condujo la fase final del asociacionismo y su interés por la base somática. El más importante de estos psicólogos fue sin duda, Alexander Bain (1818-1903), autor de un texto aparecido por primera vez en 1872 y después reimpresso múltiples veces y traducido al francés, alemán y castellano: *Mind and Body*. Las líneas de Holland, desde la fisiología y de Bain, desde la psicología confluyen en el discípulo más brillante de aquel: William Benjamín Carpenter (1813-1885), primero en un “Resumen de psicología” en la cuarta (1852) y quinta (1855) edición de sus *Principles of Human Physiology* y más tarde en su importante tratado *Mental Physiology* (1874), un hito fundamental en la génesis de la psicoterapia contemporánea.

El nuevo planteamiento de las relaciones entre el cuerpo y la mente tuvo como una de sus más destacadas consecuencias el paso de los procesos automáticos humanos a un primer plano de consideración. Puede decirse que fue en este terreno donde se concentraron los más importantes esfuerzos, ya que se concebía este

---

<sup>0</sup> Movimiento especulativo fundado por Franz Anton Mesmer (1734-1815), apoyado en una pintoresca interpretación de los fenómenos del magnetismo y de la teoría del “éter” de Newton: suponía un fluido universal causa del dinamismo de las cosas y por tanto responsable del equilibrio y desequilibrio en el funcionamiento animal; por tanto aplicable en terapéutica.

<sup>0</sup> *Principles of Mental Physiology, with their Applications to the Training and Discipline of the Mind, and the Study of its Morbid Conditions*, 4ª ed, London, 1876

funcionalismo automático como una zona puente entre lo puramente somático y la conciencia. En su formulación coincidieron dos líneas conceptuales hasta entonces separadas: el estudio de las funciones reflejas por parte de fisiólogos y médicos, y las concepciones de los psicólogos filosóficos acerca de la actividad psíquica no consciente. La tradición británica era muy distinta en una y otra. Los neurofisiólogos británicos, desde Robert Whytt (1714-1766) a Marshall Hall (1790-1857) ., se encontraban entre las grandes figura creadoras del fisiologismo nervioso reflejo. Los psicólogos, en cambio, habían juzgado, en general, insostenible la doctrina de las actividades psíquicas inconscientes por identificar conciencia con “actividad mental”. Era la tradicional posición de los asociacionistas desde John Locke (1632-1704). En contraste con ello, la importancia que Gottfried Wilhelm Leibnitz (1646-1716) concedió al inconsciente fue determinante para que la psicología filosófica alemana mantuviera una actitud de gran interés hacia los fenómenos automáticos. Este es un hecho que recordaron los médicos y fisiólogos británicos de mediados del siglo XIX que intentaban formular el correlato psicológico del automatismo nervioso. Esta importante tradición germánica había sido expuesta sistemáticamente dentro del ambiente británico por el influyente psicólogo William Hamilton (1777-1860), defensor de una doctrina de la actividad psíquica inconsciente, la de las “modificaciones mentales latentes”; que fue a su vez aprovechada por médicos y fisiólogos de estos años. La formulación de la doctrina del inconsciente por parte de estos últimos en Gran Bretaña tuvo dos etapas: la primera de ellas fue la extensión de la concepción del funcionamiento reflejo al propio cerebro, lo que llevó a cabo el escocés Th. Laycock (1812-1876) en sus publicaciones, entre 1838 a 1845 y poco después, en el área germánica por el psiquiatra Wilhelm Griesinger (1817-1868) al ocuparse de las “psychische Reflexactionen”. La segunda etapa consistió fundamentalmente en poner de relieve el carácter **inconsciente de dicha acción refleja cerebral**, poniéndola en relación con los estudios de los psicólogos sobre la materia. Esta fue la labor cumplida por Carpenter a partir de 1852. Es pertinente dejar constancia de la amistad de Carpenter, con los psicólogos Bain y Hamilton y con el cirujano escocés Braid, y que su maestro Holland incluye una revisión de los fenómenos y las doctrinas hipnótica en sus *Chapters on Mental Phisiology*. Carpenter, seguidor y discípulo será el primero en aprovechar muy ampliamente

---

<sup>0</sup> GRIESINGER, W (1843), “Ueber psychische Reflexationen, mit einen Blick auf das Wesen der psychischen Krankheiten”, *Arch. Physiol. Heilk.*, II, 76

<sup>0</sup> Por ejemplo: “Reflex Action of the Brain”, *Brit. & Foreign Med. Rev.* (1845).

<sup>0</sup> Whytt pensaba que la finalidad de cualquier función involuntaria era apartar todo aquello que irritaba o dañaba el organismo . Demostró que la medula espinal era esencial para su realización y propuso la teoría de que el reflejo era debido a un estímulo que actuaba sobre un principio sensible inconsciente, situado en el cerebro y en la médula que lo reflejaba hacia los músculos. Hall, por su parte demostró el funcionamiento reflejo de la médula y la función coordinadora de las vías ascendentes y descendentes

los trabajos de Braid, primero en el artículo “Sleep” (1849) de la *Cyclopaedia* dirigida por Robert Todd y más tarde en las ediciones de su tratado de fisiología y sobre todo en su *Mental Physiology*. La segunda figura que recoge la obra de Braid es Daniel Hack Tuke (1827-1895), importante personalidad de la psiquiatría británica de su tiempo, lo hizo en varios estudios monográficos publicados a partir de 1865 y en diferentes lugares de sus influyentes obras generales. Un tercer autor que hay que recordar a este respecto es el catedrático escocés John Hughes Bennett (1812-1875), destacado como internista, que tuvo en cuenta la obra de Braid en un tratado de gran influencia; la primera de sus numerosas ediciones apareció en 1860: *Clinical Lectures on the Principles and Practice of Medicine*.

La distinta dedicación profesional y científica de los tres científicos que acabamos de citar permite ya adivinar la forma en la que se repartieron ya sus aportaciones. Es lógico que fuera el fisiólogo Carpenter el formulador principal de las doctrinas científicas básicas, así como que Tuke como psiquiatra y Bennett como internista, se dedicaran a la aplicación de las mismas a los problemas concretos de la psicoterapia y la psicogénesis. Pero debemos tener en cuenta, que estos tres autores, no son, ni mucho menos los únicos formuladores de la psicoterapia y de sus bases. Como todo proceso histórico, el que ahora nos ocupa, es fruto colectivo de un ambiente y de una época y no resultado particular de la capacidad creadora de unos pocos individuos. Por tanto habría que añadir otros nombres a los que aquí hemos tomado como más significativos. Basta citar al cirujano Walter Cooper Dendy (1794-1871) que introdujo en 1853 el término *Psychotherapy*. En sus publicaciones habla no solo de la “remedial influence of the mind”, sino también de la “pathological influence of mind...on the structures of the body”. Mucho más influyente que la de Dendy fue la fórmula psicogénica de John Russell Reynolds (1828-1896), importante estudioso de las enfermedades neurológicas, en especial de la epilepsia; y discípulo favorito de Marshall Hall, el gran doctrinario de la reflexología. Su estudio sobre la “paralysis and other disorders of motion dependent on idea” (1869), será asimilado y difundido años más tarde nada menos que por Jean Martin Charcot (1825-1893) y se convertirá en el núcleo originario de las “parálisis psíquicas o histerotraumáticas” de tan profunda influencia en el planteamiento de la doctrina psicogénica contemporánea.

---

<sup>0</sup> CARPENTER, W. B. “Sleep”. En: J. B. TODD (dir.), *The Cyclopaedia of Anatomy and Physiology*, London, 1849, pp.677- 697



## 2.- 2.3. La rebelión del sujeto en una “sociedad enferma”.

La fórmula no es la de un agitador político-social, sino la de un médico del siglo XX: el inglés J. L. Halliday (1898-1983) uno de los creadores de la medicina psicosomática anglosajona. Ya nos hemos referido al olfato histórico de H. Damerow, pero ¿que razones de carácter histórico y social determinaron entre 1880 y 1900 ese primer auge estadístico de la neurosis en la burguesía? Las condiciones de vida de nuestro siglo, consecutivas a la guerra de 1914 ¿son razones suficientes para explicar el incremento de las organoneurosis en comparación al siglo anterior? Hemos de considerar que entre los más prestigiosos ambulatorios urbanos de la Europa Central, eran diagnosticados de neurosis entre el 25 y el 35% de los enfermos asistidos. O por el contrario, ¿Es la sensibilidad del médico en apreciar este tipo de dolencias la que las detecta con más facilidad y por lo tanto frecuencia. Dejando a parte interpretaciones psicoanalíticas, Laín Entralgo, las explica como consecuencia de tres razones fundamentales. En primer lugar el fuerte estrés a que el hombre burgués se halla sometido, precisamente a causa de su triunfo social y como consecuencia de la sacralización del trabajo productivo en que ese triunfo se fundamenta. A ello se une una intensa crisis de las creencias religiosas y seculares acerca del sentido de la vida y, por tanto acerca del sentido del esfuerzo y el sufrimiento del hombre; que ha perdido incluso, el entusiasmo cuasirreligioso por el progreso científico. Por último la existencia de fuertes tabús sociales, sobre todo de carácter sexual; cuando de hecho se vivían individualmente como simples convenciones a la vez postizas y opresoras. Cuenta Freud que fue llamado a consulta por el gran ginecólogo vienés Rudolf Chrobak, sobre la dolencia de una dama de la alta sociedad, desposada con un sujeto de edad avanzada, el propio ginecólogo le confesó a Freud que tenía fundadas sospechas de que los males de su enferma eran de tipo sexual y no obstante su resuelta oposición a las entonces perturbadoras doctrinas del joven Freud, para tratar cierta histeria femenina, su indicación terapéutica era, en este caso: “Penis normalis dosim. Repetatur”.

No menos sensible fue la intensificación del fenómeno neurótico en el proletariado de esa misma época: la espectaculares histerias que Charcot veía y cultivaba en la *Salpêtrière*: la “enfermedad del paro”, las neurosis de renta y accidente, etc. No solo el pauperismo y desamparo, sino un modo de vivir para el que

---

<sup>0</sup> *Br. Med. J.*, pp.483-486

<sup>0</sup> LAÍN ENTRALGO, P. (1973), *La medicina actual*, págs.154-155.

<sup>0</sup> SCHEUNERT, G. (1930), “Kultur und Neurose am Ausgang der 19. Jahrhunderts”, *Kyklos*, iii, págs.258-272.

<sup>0</sup> HALLIDAY, J.L (1948), *Psycho-social Medicine. A study of the sick society*. London, England: Heinemann.

<sup>0</sup> FREUD, S (1914), “Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico”: en *Obras Completas*, Trad. J.L. Etcheverry, Buenos Aires, Amorrortu, vol XIV

C. Marx (1818-1883), dando nuevo sentido a una palabra de Hegel (1770-1831) había acuñado con el término **alineación**. He aquí algunos de sus más importantes rasgos psicosociales: la escisión entre el “hombre” y el “trabajo”; la pasividad en la orientación del destino propio, sometido en su trabajo a las condiciones del régimen capitalista; como consecuencia una sorda y habitual inseguridad en el vivir; y por último, el constante sentimiento de una inferioridad cualitativa en las pobres formas de vida proletaria respecto de las más refinadas formas de vida burguesa y como consecuencia psicosocial la frecuente pseudocompensación de aquél mediante la reyerta intrafamiliar (estadísticas de Rühle sobre la frecuencia de los malos tratos a la esposa y a los hijos entre los proletarios y los burgueses)

Ante el panorama que acabamos de describir, el médico adoptara tres actitudes respecto a la relación entre este tipo de problemas y la utilización de las novedades que se habían producido en la medicina anglosajona en lo referente a las relaciones mente-cuerpo.

La que representaba Cl. Bernard como científico natural: “El médico—escribió—se ve obligado a no olvidar en sus tratamientos eso que llaman influencia de lo moral sobre lo físico y, por consiguiente, una multitud de consideraciones de familia o de posición social que nada tienen que ver con la ciencia”. El pensamiento es diáfano, todo aquello en que interviene la libertad del hombre, todo lo más específicamente humano de su condición, *ce qu'on appelle*, dice con cierto aire semidespectivo, lo moral; “nada tiene que ver con la ciencia.”.

La segunda actitud la adoptada por prestigiosos representantes de la medicina actual que mantenían la esperanza de un próximo y definitivo triunfo de la “patología científica”. El patólogo desconocía la condición personal del hombre enfermo, pero el clínico se veía obligado a considerarla. Aunque se esforzase como patólogo por entender la enfermedad como un puro flujo de materia y energía, la realidad que veía y trataba le hacía ser infiel a los postulados científicos de su propia patología, o cínicamente obviarlos. Von Bergman, en el discurso ya citado en la Sociedad Alemana de Medicina Interna, recordaba un frase de W. O. von Leube (1842-1922), que dirigía a sus alumnos el primer día de clase; “un interrogatorio detenido no es sino una pérdida del tiempo necesario para hacer un diagnóstico exacto”.

---

<sup>0</sup> Citado por P. LAÍN ENTALRGO, (1973), pág. 157

Un tercer grupo, por fin, que ante un determinado grupo de enfermedades (las histéricas en el caso de Freud, o las neurológicas en el de Jackson) o ante el enfermar humano en general (así los pioneros de la nueva patología constitucional como A. De Giovanni (1837-1916), de un modo o de otro pensaban, que la mera integración de los tres subparadigmas, según los presupuestos de la ciencias naturales vigentes, no bastaba para dar razón suficiente de la vida enferma; y por tanto que debía ser reformado el modo de entender y practicar el diagnóstico. Sin tanta pretensión, ese fue el caso de Charcot. El prestigioso clínico francés, máximo exponente en aquellos momentos de la *Salpêtrière*, por razones ya comentadas estaba ocupado en reducir la histeria al modelo propio del método anatomoclínico, lo que ya había conseguido en otras enfermedades neurológicas, pero en este caso los resultados eran nulos. Charcot conocía los avances psicoterapéuticos de la medicina británica gracias a que Théodule Ribot (1839-1916), psicólogo profesor en la Sorbona y después en el College de France, había difundido en el ambiente francés los hallazgos y formulaciones británica (*La psychologie anglaise contemporaine*) y sobre todo desde la revista que él dirigía: la *Revue philosophique* (1876). La década 1870 y 1880 el tema de la histeria en Francia estuvo centrado en la polémica entre la escuela de la *Salpêtrière* y la escuela de Nancy representada por H.M. Bernheim (1837-1919). Para Charcot el hipnotismo era una manifestación patológica de la histeria; sin embargo Bernheim, después de formular una feroz crítica a la doctrina de la histeria de Charcot y su opinión de que la hipnosis fuera una manifestación patológica, aclaró que en la psicoterapia no era necesario el sueño hipnótico sino que era posible en estado vigíl y explicó el mecanismo de acción aprovechando el esquema neurofisiológico de "inhibición y dinamogénesis" de Charles E. Brown-Séquard (1817-1894) y el esquema psicológico del asociacionismo británico de "acción ideomotora".

Si hubiera que fijar una fecha que marcara el inicio de lo que Víctor von Weizsäcker ha llamado "introducción del sujeto en medicina" y en ella ha visto el principal rasgo distintivo de la **medicina actual**, sería 1886. Ese año, Bernheim publicó su libro *De la sugestión et ses applications à la thérapeutique*, en él se afirma explícitamente que: "observamos estos fenómenos –los descritos por los médicos de la *Salpêtrière*– solo cuando el sujeto cree (por lo que ha oído decir o ha visto hacer a otros sujetos) que deben producirse... Cada uno tiene la parálisis tal y como se la representa". Por su parte en el invierno entre 1885 y 1886 el joven Freud, antes de partir de París a Viena, propuso al maestro Charcot "demostrar que las parálisis y las anestias histéricas de las diversas regiones...se delimitan conforme a la

---

<sup>0</sup> LAÍN ENTRALGO, P.. (1998), *La historia clínica. Historia y teoría del relato patográfico*, Madrid, Editorial Tricastela, pág. 603

<sup>0</sup> *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, Paris, Presses universitaires de France, 1876.

representación que el vulgo tiene del cuerpo humano”. El gran neurólogo oyó cortésmente al discípulo, pero, inmoviblemente instalado en su mentalidad anatomoclínica, no tomó en mayor consideración la propuesta que este le hizo. Cuarenta años más tarde, Freud recuerda el suceso y lo apostilla diciendo: “ciertamente Charcot procedía de la anatomía patológica”. Sin embargo, Freud, fue el discípulo más fiel y objetivo a la hora de valorar la obra del maestro: a los siete años de abandonar París muere Charcot totalmente desprestigiado por su enfrentamiento con Nancy, solo el médico vienés en un artículo necrológico que tituló *Charcot* (1893) y redactó en Viena, tuvo la gallardía de reconocer los méritos del maestro: “En un punto de su labor afirma Freud-sobrepasó Charcot el nivel de su acercamiento general a la histeria y dio un paso que le asegura para siempre, el renombre de primer esclarecedor de tal enfermedad. Ocupado en el estudio de las parálisis histéricas surgidas después de traumas, se le ocurrió reproducir artificialmente estas parálisis, que antes había diferenciado minuciosamente de las orgánicas, y se sirvió para ello, de pacientes histéricos, a los que transfería por medio de la hipnosis, al estado de sonambulismo. De este modo consiguió demostrar, por medio de un riguroso encadenamiento deductivo, que tales parálisis eran consecuencia de ideas dominantes en el cerebro del enfermo, en momentos de especial disposición, quedado así explicado, por vez primera el mecanismo de un fenómeno histérico”

Pero la cosa no quedó ahí. Está claro que para Bernheim y para Freud, la subjetividad del paciente interviene de manera decisiva en la configuración del cuadro histérico. A su regreso a Viena, Freud, y después de su colaboración con J. Breuer (1842-1925), entre 1890 y 1896 y la publicación en colaboración con él de su *Studien über Hysterie* (1895), fue paulatinamente edificando el **psicoanálisis**, no solo como técnica para el tratamiento de las neurosis, también, sobre todo, como teoría general de la conducta del hombre. Pero más que la historia del psicoanálisis y del movimiento psicoanalítico, con sus ortodoxos y sus disidentes, algunos tan importantes como A. Adler (1870-1937) y C. G. Jung (1876-1961), lo que ahora nos importa es precisar las razones y las vías por las cuales Freud, no solo en el dominio de las neurosis, sino en el de la patología entera, ha llegado a ser la gran figura inicial en la empresa de personalizar el saber y el quehacer del médico. Me limitaré a los simples enunciados. Tras la actitud mental subyacente a la frase de Leube citada por von Bergman, el descubrimiento de la rigurosa necesidad del diálogo con el paciente, tanto para el buen diagnóstico como para el correcto tratamiento. Gregorio Marañón, tan influido por las doctrina de Freud, como hemos estudiado en otro lugar,

---

<sup>0</sup> FREUD, SIGMUND (1948), “Charcot”. En: *Obras completas*. Trad de Luis López Ballesteros, Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, vol.I, págs. 18-23

<sup>0</sup> LÓPEZ PIÑERO, J.M. y MORALES MESEGUER (1970), pág. 236

solía hablar de “la medicina de silla”. La estimación diagnóstica y terapéutica del componente instintivo de la vida humana; el descubrimiento de la existencia y la significación de los modos subconscientes de la actividad psíquica; una decisiva aportación al conocimiento de la influencia de la vida anímica sobre las funciones y los movimientos del cuerpo; y por último, la metódica preocupación por ordenar comprensivamente en la biografía del enfermo el suceso de la enfermedad..

La observación y el experimento demostraron, por otra parte, que la profundidad y la amplitud de las alteraciones somáticas de origen psíquico son muy superiores a todo lo hasta entonces sospechable. Basta dos ejemplos: G. R. Heyer (1890-1967) logró demostrar que la composición del jugo gástrico segregado por sugestión hipnótica de una comida, cambia de modo específico y adecuado según se proponga al sujeto la ingestión de carne, grasa o hidratos de carbono; Langheinrich pudo observar un comportamiento análogo de la secreción biliar. Wittkover, pocos años más tarde, recopiló en un conocido libro, cientos de hechos semejantes.

Si así es la vida somática del hombre, ¿por qué no estudiar las neurosis orgánicas conforme a la total realidad del ser humano? ¿Acaso no lo estaba exigiendo la evidencia experimental? Entre 1920 y 1925, ese era el pensamiento de los médicos cercanos a las obras ya divergentes de Freud y Adler. Fruto de tal disposición fue el libro colectivo, dirigido por un urólogo Oswald Schwarz (1883-1949), y en él colaboraron internistas ( J. Bauer, L. Braun, Heyer); psiquiatras y neurólogos (Schilder, Allers, Hoepfner); el dermatólogo Strandberg; el ginecólogo A. Mayer y el pediatra C. Pototzky; titulado: *Psychogenese und Psychotherapie körperlicher Symptome*(1925). Un hito decisivo en el proceso de la “humanización de la medicina” . El objetivo de los autores está muy claro: la intención de “aprehender la totalidad”. Diagnosticar una neurosis orgánica, por ejemplo, sería comprender plenaria y articuladamente la significación o el simbolismo humano de los fenómenos que la expresan: diagnosticar, ahora, es más que explicar, también hay interpretación. “El primero en intentarlo -concluye Schwarz-, fue Sigmund Freud, del cual hasta los adversarios son discípulos Tan ambicioso programa llevaba implícita una grave limitación: era necesario una elaboración teórica previa de la unidad del ser humano, que hasta entonces, para el médico, era más una vaga intuición que un concepto preciso. Por ejemplo, cuando con significativa imprecisión conceptual llama “organismo o persona a la unidad psicofísica del hombre; o cuando concibe la unidad

---

<sup>0</sup> BALAGUER PERIGÜELL, E (2012), “ Hechos y valores en la obra de G. Marañón”, *Arbor*, C.S.I.C. ( en prensa)

<sup>0</sup> FREUD, S y BREUER, J. (1895). “La histeria”. En:*Obras completas*, Madrid, Ed. Biblioteca Nueva, vol I págs 25-129

<sup>0</sup> WITTKOWER, E. (1937), *Einfluss der Gemütsbewegungen auf den Körper*, Viena, 2ª ed.

sintomática de la neurosis orgánica - y aún de las enfermedades en general- como una adición de componentes somáticos y componentes psíquicos.

La aceptación de esta punto de vista por algunos prohombres de la medicina interna, significaba en alguna medida, la reforma clínica que en su *Funktionelle Pathologie* (1932) propuso G. Von Bergman (1878-1956) y de manera mucho más explícita Ludolf von Krehl (1861-1937)) cuando movido por su experiencia de médico ante el enfermo, pasó de su inicial condición de fisiopatólogo clásico a la de incipiente reformador antropológico de la medicina. La conferencia pronunciada en junio de 1928 en Leipzig, *Krankheitsform und Persönlichkeit* (“forma de la enfermedad y personalidad”); fue el manifiesto de esa paulatina mutación de Krehl. Hombre de transición más que hombre de sistema, fiel, por otra parte, al pensamiento filosófico de su mundo y de época, Krehl proclamó la necesidad de hacer una medicina simultáneamente basada en las “ciencias naturales” y en las “ciencias del espíritu”, y tuvo la valentía de valorar muy positivamente el psicoanálisis desde el punto de vista de la medicina interna. Una actitud que en nuestro ambiente protagonizó, también, Gregorio Marañón (1887-1960).

De tendencia fisiopatológica, el médico español, también participó de la importancia del psicoanálisis en patología médica, aunque en varios escritos plantea una serie de objeciones que de hecho, son el punto de partida de ciertas derivaciones especulativas en su desarrollo posterior como: excesiva generalización hacia la normalidad de hechos meramente patológicos; universalización de datos psicológicos que son mas bien de origen cultural; escasa atención a los conocimientos que acerca de la sexualidad ofrecen conjuntamente la clínica humana no psiquiátrica, la investigación fisiológica y la biología animal; etc. Por otra parte no olvidemos su aportación al conocimiento psicobiológico de las emociones; o su doctrina general del papel del sexo como principio informador de toda la vida humana: “Lo que nadie pude regatearle a la escuela psicoanalítica –afirma Marañón- es el mérito de haber demostrado como la sexualidad del adulto es normal o enfermiza, según como hayan sido las impresiones eróticas del ambiente en que se desarrolló su niñez”. Posiblemente, en lo que se refiere al sentido de la “nueva historia clínica”, la visión de Marañón es todavía mucho más lúcida; para él solo era defendible una visión personalista, así lo expresó tímidamente en sus lecciones de 1915 en el Ateneo de Madrid, pero cobra plena explicitud en los años subsiguientes a 1930. En su *Manual*

---

<sup>0</sup> “Das Problem des Organismus, *op. cit.*, págs.22-24

<sup>0</sup> Viena, 1925. Se publicó una buena traducción al castellano en 1932.

<sup>0</sup> En ese texto la concepción de los trastornos “funcionales”, pareció llegar a su cima. No solo por la precisión y la profundidad con que su autor concibe la función orgánica desde el punto de vista de la patología, sino también por su metódica introducción de diversas “especies morbosas “ funcionales, en el diagnóstico clínico.

de *Diagnóstico Etiológico* (1946), no duda en afirmar que:”si hubiera de elegir entre una historia clínica rigurosamente recogida e interpretada y una exploración minuciosa, llena de detalles, obtenidos con aquel virtuosismo semiológico que llevó a los grandes médicos de las pasadas generaciones a adornar cada enfermedad... yo no dudaría en escoger la historia clínica y no la serie de datos objetivos Para él, la historia clínica, como postula el psicoanálisis debe ser el relato biográfico de una persona: “Los médicos –afirmaba en su última conferencia pronunciada en 1960- podríamos decir como han sido en verdad, los hombres que hemos conocido. Lo que pasa es que no podemos contárselo a los demás. Por eso a veces, algunos médicos, como me pasa a mí gustamos de escribir biografías de hombre pretéritos, que no son sino historias clínicas liberadas por el tiempo del secreto profesional”.

En su cátedra y en su *Institut für Medizinische Forschung*, Krehl, se convirtió en cabeza de la que bien puede ser llamada “Escuela de Heildeberg”. En ella se formaron y de ella fueron parte eminente Richard Siebeck (1883-1964) y Viktor von Weizsäcker (1886-1957). En el prólogo a un reciente libro suyo, escribe Siebeck: “Es patente mi radicación en la clínica de Ludolf Krehl, el venerado maestro... He intentado seguir trabajando en el mismo sentido que él: mirar la vida sana y la vida enferma según sus múltiples relaciones e implicaciones; no solo valorando cada vez más lo funcional; mas también sabiendo estimar la entidad personal del enfermo, según sus determinaciones psicológicas, biográficas y sociales”. Siebeck da un paso más allá en las idea de *prueba funcional* y donde los biopatólogos vieron la capacidad del organismo relativamente a la situación en que con la prueba se le pone; prefiere sustituir el término “organismo” por el de “hombre”. La vida del enfermo es su mejor prueba funcional.

Internista primero en Heidelberg, neurólogo luego en Breslau y, tras la Segunda Guerra Mundial, profesor de “medicina general” de nuevo en Heidelberg, V. Von Weizsäcker, ha sido la máxima figura en la historia de la medicina antropológica. Una extraordinaria agudeza mental, un gran saber médico y filosófico, una fina intuición clínica y humana; en el contexto de lo que fue la cultura germánica entre 1920 y 1933, se concitaron para que así fuese.. Muchos de sus discípulos recogieron y cultivaron su mensaje, hoy más olvidado de lo que sería justo. Causas principales de tal olvido han sido el desarrollo casi autónomo de la medicina

---

<sup>0</sup> MARAÑÓN, G. (1961), *Manual de Diagnóstico Etiológico*. Madrid, Espasa-Calpe s. a., 11ª, ed.

<sup>0</sup> MARAÑÓN, G (1915), *Las doctrinas de las secreciones internas. Su significación biológica y sus aplicaciones a la clínica*, Madrid

<sup>0</sup> MARAÑÓN, G. (2010), *Ensayos Liberales*. Madrid, Centro Editorial PDA, S.L.

<sup>0</sup> MARAÑÓN, G. (1972). “La vocación”. En: *Obras completas*, Madrid, Espasa –Calpe, 2ª. ed.vol. VII, pág. 985

psicosomática norteamericana y el carácter excesivamente abtruso que para el médico tiene la última parte de su producción intelectual: su intento de transformar la “patología” en “patosofía”.

Distinta de los anteriores y análoga a ellos, la patología psicosomática norteamericana ha sido otra de las formas de la hominización de la patología. El “movimiento psicosomático” se inició en Norteamérica hacia 1934-1935 y cobró importancia durante la Segunda Guerra Mundial, a partir de la publicación de la revista *Psychosomatic Medicine* (1939). Cuatro hechos fundamentales explican su auge y rápida difusión: la presión de la realidad clínica (incremento de las enfermedades crónicas y de los trastornos neuróticos); la profunda penetración del psicoanálisis en los Estados Unidos, especialmente tras el éxodo de psicoanalistas europeos a que dio lugar el acceso de Hitler al poder; la viva preocupación de los hombres de ciencia norteamericanos por la expresión somática de las emociones, como ejemplo sumo la obra de Walter Bradford Cannon (1871-1945); y por último la orientación conductista de la psicología en Norteamérica, con su visión de la enfermedad como “pauta de conducta”. Dos hechos bibliográficos significativos de su penetración: la inclusión de la medicina psicosomática en las últimas ediciones del clásico manual de medicina interna de William Osler y en los volúmenes que consagra a la neurofisiología el *Handbook of Physiology* de la “American Physiological Association (capítulos de P.D.Mc. Lean.)

Por lo demás, tampoco los médicos psicosomáticos la entienden de la misma manera: por ejemplo en el citado manual de Osler, se la considera como un capítulo de la medicina; mientras que para los editores de *Psychosomatic Medicine*, es un nuevo punto de vista que envuelve el saber médico en su totalidad. Pero tanto en un caso como en otro, la medicina psicosomática vendría a ser, a pesar de su juventud, una etapa entre la patología somática tradicional y la patología personal o biográfica de von Weizsäcker. Ambas estudian la conexión entre la enfermedad individual y la biografía del enfermo, pero la diferencia entre ellas, lo expresa paladinamente el significado de dos términos técnicos del saber psicológico; *Verstehen* y *Behavior*, “comprensión” y “conducta”.

#### **2.4. Propuestas para introducir el sujeto en los estudios de patología y clínica.**

En el título general a mi intervención llamo a este epígrafe concreto la asignatura pendiente de la “medicina actual”. Efectivamente lo es. Posiblemente porque se trate también del aspecto más genuino de la actualidad y que, en ciertos



aspectos choca frontalmente con los supuestos epistemológicos de lo que podríamos llamar con Kuhn “la medicina normal”

A lo largo de los siglos XIX y XX, promovidas por el desarrollo de las distintas orientaciones del saber médico han ido apareciendo como “ciencias básicas” de la medicina y solo en lo tocante al saber científico natural de la enfermedad, las siguientes: Anatomía patológica; Fisiopatología general, Microbiología, Inmunología, Heredopatología y Patología constitucional, Psicología médica, Sociología médica. Conexas entre si dieron lugar a la doctrina patológica de la medicina actual, pero en su forma de actuar más o menos autónoma, surgen una serie de problemas que trascienden la biología humana y que refuerzan su prestigio como ciencia experimental. En todo caso nos estamos refiriendo a la enfermedad como un desorden orgánico en el que se puede individualizar los modos concretos de realizarse. Pero cuando hablamos de sujeto como persona, nos estamos adentrando en un análisis no solo positivo sino también formal del hombre enfermo: una nueva dimensión que el médico responsable contempla con perplejidad. Tan rico y diverso conjunto, ¿no está exigiendo, desde dentro otra disciplina que las englobe y fundamente, una teoría filosófica y científica del hombre, en tanto que realidad sana, enfermable, enferma, sanable y mortal?, es decir una ¿Antropología médica?. Así lo pensaron muchos médicos reflexivos de nuestro siglo XX, desde V.von Weizsäcker, con su esbozo de 1927 y O. Schwarz, con su *Medizinische Anthropologie* de 1928. A partir de entonces, esa disciplina tan buscada y no hallada, ha sido objeto de no pocas publicaciones en las cuales se han expresado todas las orientaciones del pensamiento actual: la antropobiológica (A. Gehlen [1904-1976], A. Jores [1901-1982]); la fenomenológico-existenencial (L. Binswanger [1881-1966]) ; la marxista (F. Kosik, C. Castilla del Pino [1922-2009], S. M. Milcu y otros); la teológica (V. E. Fr. von Gebattel); la científico-metafísica (P. Laín Entralgo). Tal diversidad en las actitudes

---

<sup>0</sup> Relación entre la respuesta, emocional y la adrenalina

<sup>0</sup> KUHN, T. S. (1977). *The Essential Tension. Selected Studies in Scientific Tradition and Changes*, Chicago, Chicago University Press. Entre los conceptos acuñados en su estudio, está el de “ciencia normal”, es decir: aquel conjunto de saberes, hipótesis, métodos, etc.; que en un momento histórico son aceptados por la comunidad científica internacional. En castellano hay una traducción de 1991, *La estructura de las revoluciones científicas*. Madrid, Fondo de Cultura Económica

<sup>0</sup> H. Steussloff y E. Gniostko

<sup>0</sup> BINSWANGER, L. (1922). *Einführung in die Probleme der allgemeinen Psychologie*.

<sup>0</sup> GEHLEN, A. (1940), *Der Mensch, seine Natur und seine Stellung in der Welt*, Berlin, Athenäum-Verlag, 3ª, ed.;

JORES, A. (1968), *Praktische Psychosomatik*

<sup>0</sup> *Prolegomena einer medizinischen Anthropologie*, Berli-Göttingen-Heidelberg, Springer-Verlag. Hay traducción castellana por el Dr. José Soria y el Dr. Salvador Cervera (1966), *Antropología Médica*. Madrid, Ediciones Rialp. Médico después de filósofo, V. Gebattel dedicó sus años de mayor rendimiento – desde 1925 hasta el comienzo de la segunda gran guerra- a la dirección del sanatorio de Fürstenberg. Solo en el año 1950 se le nombró profesor honorario de Medicina psicológica y Psicoterapia en la Universidad de Würzburg. En 1952 fue profesor ordinario de Antropología en esta misma universidad. Lo que le da unidad a su obra no es solamente su finalidad – el introducir al

y los ensayos, ¿no estará reflejando un cambio radical de supuestos y objetivos, por una parte, y al tiempo la incapacidad de nuestro mundo para lograr un pensamiento médico universalmente válido? Sin duda. Posiblemente, ahora se entienda el por qué mi elección como método expositivo y de análisis del problema que nos ocupa sea el de las artes *predicandi*. Al ser una parte de los aspectos formales de la medicina está muy vinculado a aquellos valores que imprimen la peculiaridad de distintos marcos históricos de referencia y que están operando en el inconsciente colectivo. Un médico tan poco sospechoso de especulador como el mecanicista Giorgio Baglivi (1668-1707), defensor a ultranza de la experiencia clínica, así lo defendía: “Medicina non ingenii humani partus est, sed temporis filia”. Pero ¿cómo resolverlo?. Desde luego no con la actitud de von Leube, displicente con todo aquello no reductible a un lenguaje positivo y mecánico; sino con la superación de ese punto de vista con la amplitud comprensiva y metódica que postulaba von Bergmann en la Sociedad Alemana de Medicina Interna en 1924, entre otros, de no pedir disculpas “ante la ciencia natural cuando hablamos de filosofía o hacemos terapéutica”. Con una actitud que no opere tanto el contenido, como la forma; es decir la “manera de ser clínico”. En esta línea encontraríamos la propuesta de Laín Entralgo y a ello obedece la *Antropología Médica*, publicada en 1984.

¿Este nuevo “talante”, comienza a contemplarse en los planes de formación de los futuros médicos o en los tratados más recientes de Patología?. Sin duda, no. Citaré tan solo dos ejemplos: el artículo aparecido en 2012 en *Gaceta Sanitaria*, sobre el informe SESPAS y la 23ª edición del *Tratado de Medicina Interna* editado por Lee Goldman y Dennis Ausiello (2009). En el primer caso, se plantean algunos problemas en la formación de profesionales en la atención primaria, el más importante nivel asistencial respecto a la consideración, por el médico, de los valores del enfermo en su comportamiento. El tema ni aparece. En cuanto al Tratado, la orientación sigue siendo totalmente tradicional; solo en el Vol.I., Sección I., que se subtitula “Aspectos éticos y sociales en medicina”, se ocupa de forma desordenada y sin coherencia interna, de alguno de los temas que comentamos. Juzguen ustedes la

---

hombre completo en el campo de la psicopatología- , ni su método de trabajo – fenomenológico-genético – sino el peculiar clima antropológico en el que encuentran sentido sus investigaciones psiquiátricas, su actividad clínica y su propia vida profesional.

<sup>0</sup> Recuérdese que para Laín el análisis histórico de un problema es el paso previo a su conocimiento teórico y a partir de ahí la comprensión del problema en su realidad metafísica

<sup>0</sup> LAÍN ENTRALGO, P. (1984), *Antropología médica para clínicos*. Barcelona, Salvat. Este historiador de la medicina, en sus estudios sobre el saber morfológico distingue entre contenido y estilo: el contenido serían los datos que un texto anatómico, por ejemplo, contiene (músculos, nervios, vasos huesos, etc); el estilo obedece a como se expone esa información y que depende de la idea de conjunto que el anatomista tiene de ese animal. Dos textos pueden ser exactamente iguales en su contenido pero totalmente distintos en su ordenación; por ejemplo los tratados de Testut y de Orts Lloca

relación de los mismos: 1º.- “Visión de la medicina, el enfermo, y la profesión médica: la medicina como profesión culta y humanitaria; 2º Bioética en la práctica médica; 3º Atención médica al enfermo moribundo y a sus familiares; 4º Contexto cultural de la medicina; 5º Aspectos socioeconómicos de la medicina. Aquí se acabo todo. Pero la realidad, que es muy terca, está abriendo grietas en el cuerpo doctrinal existente que parecen conducir a una nueva situación.

José M<sup>a</sup> López Piñero, conoce muy bien el problema. El tema le es muy familiar no solo por que es al que más tiempo ha dedicado, aunque no sea el más destacado en su productividad. Todavía era un problema de discusión en instituciones médicas centroeuropeas cuando él marchó a Alemania. Me dirán que no hizo ninguna propuesta escrita, es cierto, pero también lo es que en los seminarios internos y como colofón de la clase que todos los cursos dedicaba a la psicoterapia (“es el tema que le tengo más ojeriza”, solía decir al principio), siempre acababa con un escolio que, en realidad era la síntesis de su postura ante el problema y que pertenecía al testamento espiritual de Charcot: **“tout en cherchant toujours, savoir attendre”**. Por que su interés se centraba fundamentalmente en las bases científicas del tratamiento médico en el contexto de la antropopatología y erraría gravemente quien pensase que es la psicoterapia la técnica que constituye ahora el centro de aquellas. Es cierto que las prácticas psicoterápicas, a diferencia de las farmacoterápicas o quirúrgicas, etc.; son las únicas privativamente humanas. También lo es que el progresivo afinamiento de los materiales y métodos curativos, producen un impacto social difícilmente comparable a periodos anteriores. Pero con los planteamientos de una medicina antropológica, un tratamiento adecuado solo será aquel que cuando todos los recursos del arte de curar, envueltos por la psicoterapia o centrados por ella, según los casos, sean diestramente concertados para sanar a un enfermo en el cual quiere y sabe verse, un hombre concreto, una persona.

La situación actual es compleja. El patólogo somaticista ve como en la clínica aumenta el número de los “pacientes problemas” y de ordinario es incapaz de vencer su recelo y su renuencia ante la proyección de los resultados del psicoanálisis y de la neurofisiología de las emociones y los sentimientos hacia lo que el considera su terreno propio. Sabe que la mala conciencia puede producir dispepsia, pero se desorienta cuando trata de entender el “como” del suceso. Por su parte, el psicopatólogo construye interpretaciones más o menos sutiles e ingeniosas acerca de lo que él llama “psicogénesis de los trastornos orgánicos”, pero suele perderse

---

<sup>0</sup> CECIL , *Tratado de Medicina Interna*, Barcelona, ELSEVIER, 2009

intelectualmente cuando tiene que engarzar la neurofisiología y la bioquímica en el cuerpo de su construcción. En definitiva estamos en un callejón sin salida. Y es ahora cuando parece que se vislumbra la solución de la mano de la moderna ética médica.

### **2.-2.5. El enfermo como persona en la ética Médica actual: principio de “autonomía” y “los derechos del enfermo”**

Parece evidente que, en estos momentos, la viabilidad de un proyecto de antropología médica es muy problemático; pero no la situación intermedia que supone la medicina psicosomática entendida al modo de los editores de la revista *Psychosomatic Medicine*, fundamentalmente por disponer de una metodología menos formal y deductiva que aquella y que permite al médico objetivizar los valores del enfermo con una forma de proceder más acorde a sus hábitos de exploración clínica.

Desde la “revolución científica” en el siglo XVII que, en lo más íntimo de la ciencia moderna, radica la necesidad de encontrar caminos cuyo final sea un conocimiento objetivo. El siglo XIX, al rebufo de los planteamientos positivistas, será el periodo experimental por antonomasia; con la convicción plena y generalizada de la objetividad y neutralidad de la ciencia: el conocimiento científico obtenido con el método experimental es puro (ciencias puras) y por lo tanto nadie duda de su autenticidad. La ciencia es la ruta que conduce a la especie humana a dominar su entorno, a liberarse de las limitaciones que impone la naturaleza; por tanto, no tiene sentido plantear problema éticos en la ciencia dada su bondad. En este sentido, el científico cumple una función social de extraordinaria importancia y que no se discute. Ya en 1942, Robert K. Merton (1910-2003), en su libro *La sociología de la ciencia*, hizo notar que la ciencia no es solo metodología y conocimiento, sino también valores y normas de conducta interna que se consideran reglas obligatorias para el hombre de ciencia.

” Los valores son propiedades relacionales que adjudicamos en ciertas ocasiones a cosas, actos o ideas, en relación con ciertas *desideratas*” (Mario Bunge), por lo tanto son el fundamento del concepto de persona. La posibilidad de objetivarlos será condición indispensable para que el “principio de autonomía” no sea una simple declaración de intenciones. Aquí es donde entran en juego los métodos de exploración

---

<sup>0</sup> GONZALEZ LÓPEZ VALCÁRCEL, B. y BARBER PEREZ, P (1912), “Planificación y formación de profesionales sanitarios, con foco en la atención primaria. Informe SESPAS 2012”. *Gac. Sanit.* 26, supl.1

<sup>0</sup> MERTON. ROBERT KING(1985), *La sociología de la ciencia*. Madrid, Alianza, 2 vols.

del mundo psíquico de una persona, y esta sería pues, para López Piñero, la gran laguna en la formación del médico de familia; ya que conocer sus valores y el significado de los mismos, fruto de su experiencia biográfica, es condición necesaria para poder respetar las decisiones autónomas, en este caso, del enfermo. Este concepto adquiere plenitud médica en la antropología de V. von Weizsäcker: “El médico no está sobre la decisión- afirma- sino con el enfermo en la decisión”. Aquí debió terminar el modelo paternalista de la relación médico-enfermo, basada en el principio de “beneficencia”, sustentado por la superioridad técnica del médico somatólogo

Las novedades que esto pueda suponer para el “estilo” de la medicina del futuro, son importantes. En primer lugar la fundamentación de la ética médica, ya experimenta un giro de 180 grados. En 1974, el Congreso norteamericano creó la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavior Research*; el mandato consistía en llevar a cabo una investigación a fin de identificar **los principios éticos básicos** que deberían dirigir la investigación con seres humanos; lo que se cumplió cuatro años después, cuando los comisionados publicaron el informe Belmont que hace referencia a tres principios: *respeto por la persona; beneficencia y justicia*. Muy pronto se planteará la posibilidad de generalizarlos como fundamento de la ética clínica asistencial. Tom L. Beauchamp y James F. Childress, exponen esta posibilidad un año después del informe Belmont en su libro *Principles of Biomedical Ethics* (1979). Dos bioeticistas de orientación distinta: el uno utilitarista de regla en la tradición anglosajona; Childress de formación centroeuropea y tendencia deontologista habían conseguido ponerse de acuerdo en los principios. Sin embargo los principios hay que definirlos, darles un contenido y establecer una jerarquía; y este era su punto débil. Pero además, el enfoque principialista vale fundamentalmente para la medicina hospitalaria. La asistencia primaria y la medicina preventiva plantean problemas específicos y distintos, en ellas es fundamental educar en salud y para ello se utiliza un modelo de bioética llamada **narrativa**, mucho más útil para estimular actitudes y hábitos.

En 1983, William F. May publicó la monografía *The Physicians's Convent*, en estos momentos formaba parte del *Kennedy Institute of Ethics* en la Universidad de Georgetown y por lo tanto era compañero de Tom Beauchamp, por lo que sus críticas son el resultado de un conocimiento directo. Lo que censura no es el sistema de principios, que todos de algún modo consideran válidos, sino el carácter excesivamente teórico del modelo de ética que propone: muy preocupados por

---

<sup>0</sup> LAÍN ENTRALGO, P.(1950), *La historia clínica*, Madrid, C.S.I.C., p.631,

<sup>0</sup> Hay traducción castellana (1998), *Principio de ética biomédica*, Barcelona, Masson, S.A..

mejorar los objetivos de conocimiento y habilidades, los autores del paradigma principalista parecen haber minusvalorado lo que quizás sea más importante en ética, es decir, los objetivos de actitudes. Otros miembros de la *National Commission*, entre ellos Albert R. Jonsen, interpretaron de forma distinta el proceso seguido por la misma. Albert Jonsen había sido jesuita y conocía muy bien la historia del casuismo jesuítico español de los siglos XVI y XVII, para él, si alguna novedad ha aportado la experiencia de la Comisión, es que el procedimiento tradicional de la ética clásica, que representan Beauchamp y Childress no es el correcto; por lo tanto rechaza cualquier intento de elaborar una teoría ética de carácter universal y con pretensiones de valor absoluto. En su libro *The Abuse of Casuistry*, se remonta a la tradición aristotélica de “**deliberación**” sobre casos concretos, para demostrar que en ética el procedimiento no debe partir nunca de un principio sino de situaciones individuales. El resultado son juicios que solo pueden aspirar a ser probables, no ciertos, ya que la razón moral nunca es capaz de funcionar al modo de la razón matemática.

El enfoque principalista se centra en el análisis de los actos, especialmente de los conflictivos, buscando el modo de resolverlos. Es una visión estrictamente intelectualista de la ética. Por el contrario, el enfoque propio de la ética de la virtud va dirigida a los agentes y no a los actos. El principalismo ético tiende a fijarse en los casos extremos y por ello mismo excepcionales. La ética de la virtud, por el contrario, considera que debe dirigirse sobre todo a los casos normales, más frecuentes y menos llamativos. Como hacían los casuistas niegan cualquier sistema de principios universales y abstractos pero al tiempo se diferencian de ellos en entender que **el caso** no es algo que se puede detener en un momento y estudiarlo sincrónicamente, sino que hay que contextualizarlo y analizarlo como un proceso. Por eso se insiste en la calidad de la historia clínica que jamás debe reducir su contenido al caso, sino entenderla como lo que es o debe ser en realidad: una historia, algo que se narra. La trascendencia de la máxima calidad del documento clínico, es clave para el análisis de los conflictos éticos en medicina, según los métodos propuestos por David Thomasma, uno de los pioneros en enseñar ética médica en la Universidad de Memphis y Edmund D. Pellegrino, profesor de Medicina Interna en 1977 en la Universidad de Yale. En un caso y en otro, la historia clínica debe reflejar los hechos y valores del enfermo; y el médico ser consciente de sus propio sistema de valores

---

<sup>0</sup> JONSEN A. R. y TOULMIN, S. (1988), *The Abuse of Casuistry. A history of Moral Reasoning*. Berkeley-Los Ángeles-London, University of California Press. Otro libro clave en ese sentido: JONSEN, A.R.; SIEGLER, M. y WINSLADE W.J. (2005), *Ética Clínica. Aproximación práctica a las tomas de decisiones éticas en medicina* Prólogo de Victoria Camps., Barcelona, Ariel.

<sup>0</sup> MAY W. F. (1983), *The Physicians's Covenant: Images of the Healer in Medical Ethics*. Philadelphia, The Westminter Press

para no interferir inadecuadamente en la autonomía del paciente y ponderar su importancia en el **caso**. Por ello Thomasma distingue tres niveles: asistencia primaria, secundaria y terciaria; con la idea que la intervención es progresivamente mayor para la integridad física del enfermo a medida que ascendemos de nivel, razón por la cual los deseos del paciente tienen más posibilidades de ser respetados en el primero que en el último.

Hemos visto por qué extraño camino, a partir de los años 70 del pasado siglo se ha vuelto a plantear la introducción del sujeto en patología y en clínica de la mano del principio de “autonomía” y de los “derechos del enfermo”. De estos últimos, ya se ocupó el Ilmo. Sr. Dr. D. Juan Bautista Martí Lloret, en su discurso de ingreso el 22 de junio de 2004 . Del primero hay un problema que sigue pendiente y es que el médico no recibe la formación técnica adecuada para objetivar y analizar aquellos valores que intervienen en los distintos protagonistas del proceso, y es aquí donde confluyen los caminos de la ética médica actual, las diversas reflexiones de la Medicina Antropológica y la metodología psicosomática. Ello supondrá una serie de cambios, no tanto en el contenido (insisto), como en el “estilo” de algunos aspectos de la medicina. Para concluir mi intervención, me referiré a un cambio que ya se otea en el horizonte no muy lejano y que hace referencia a un nuevo modelo de historia clínica, posiblemente el documento más importante de la relación médico-enfermo desde la *OBSERVATIO* renacentista. La estructura básica de la historia clínica actual tiene su origen en la sistematización del estudio del enfermo que establece en Leyden Herman Boerhaave (1668-1738) que, asumiendo la antropología cartesiana, distinguiendo el síntoma (anamnesis) del signo (exploración), en su disertación de doctorado *De distinctione mentis a corpore* (1690) . A partir de ahí, la historia clínica, como la medicina; será “temporis filia”. En el primer subparadigma de la medicina contemporánea, el anatomoclínico o anatomopatológico; la anamnesis desaparece: no tiene sentido hablar con el enfermo en el programa de Xavier Bichat, como ya hemos indicado anteriormente. En la “medicina de laboratorio “, se recupera esta primera fase de la relación médico-enfermo en la medida que sirve para orientar – recuérdese el desprecio de von Leub- al médico en los cambios de los procesos vitales para después investigarlos,. A partir de la obra de Freud, la anamnesis adquiere un valor singular en cuanto nos permite explorar técnicamente el significado biográfico del proceso morboso. Subrayo técnicamente, porque en la actualidad, yo diría que desde finales de la década de los cuarenta, el médico no debe considerar la anamnesis como mera recogida de síntomas, sino cómo el momento de la obtención reglada de signos de naturaleza distinta a los somáticos. En este sentido,

no poco hicieron los médicos argentinos M.J. Barilari y L. Grasso con su libro *La vida del enfermo y su interpretación. Anamnesis* (1948)

Lo mismo podríamos indicar del apartado exploración en la búsqueda de información objetiva: la medicina anatomopatológica intenta relacionar el cuadro semiológico con la **lesión** y la de “laboratorio” con la **disfunción**, pero además desde la metodología exploratoria se procura introducir el método experimental con las llamadas “pruebas funcionales”. Con la información obtenida se construye la primera hipótesis explicativa o patogenia. Como puede observarse es un esquema de actuación remedo de las ciencias naturales. Está claro que los datos psicogénicos y la exploración de valores pueden llevarse hoy a cabo con una anamnesis técnicamente estructurada, así como los de la “patología social. Así pues, en la situación actual, ¿tiene sentido una historia clínica con compartimentos estancos?

Desde hace algún tiempo se viene utilizando más o menos modificada la llamada *historia clínica orientada a problemas* de Lawrence Weed. Su ventaja consiste en que al ser un análisis de problemas permite incorporar no solo los biológico, sino también los de naturaleza psicológica, social y ética. En realidad es la incorporación a la clínica de los supuestos metodológicos de Cl. Bernard para la fisiología: que la hipótesis explicativa ha de ser el resultado del análisis de todos los elementos que intervienen en el fenómeno y sus respectivas interrelaciones. Este análisis deberá realizarse con la metodología propia según la naturaleza del problema a analizar. En nuestro caso, el resultado final sería el diagnóstico personal von Weizsäcker.. Pero tanto desde el punto de vista de la medicina antropológica como de la psicosomática, así como en sus implicaciones éticas, este modelo de historia clínica tiene una limitación: no se debe analizar el caso como un episodio, sino como un hito en un proceso biográfico. Ello obliga a pensar en una futura historia clínica

---

<sup>0</sup> BARILARI, M.J. y GRASSO, M (1948). Buenos Aires, El Ateneo. En idéntico sentido: SOTO OBRADOR, S (2011), *ANAMNESIS. El secreto de la medicina*. Santiago de Chile –Buenos Aires, Editorial Mediterráneo .

<sup>0</sup> E. Ackerknecht, califica de “medicina de laboratorio” al modelo de patología médica que se desarrolló, fundamentalmente, en territorios germanos en la segunda mitad del siglo XIX y que tuvo, como institución más representativa el laboratorio de investigación que se incorpora al hospital anterior de la reforma hospitalaria napoleónica y que fue la base de la llamada “medicina hospitalaria” que ostenta como nuevas instituciones señeras la sala de autopsias y el archivo de historias clínicas

<sup>0</sup> MARTÍ LLORET, J.B. (2004), *Información y consentimiento*. Valencia, Real Academia de Medicina de la Comunitat Valenciana. En el caso de España, el proceso de formulación legal de los derechos de los enfermos , comenzó de modo poco afortunado. El Real Decreto 2082, de 28 de agosto de 1978, que contenía una relación de derechos de los enfermos, fue declarado nulo por sentencia del Tribunal Supremo. Mas tarde, el 1 de octubre de 1984, el Instituto Nacional de la Salud , puso en marcha un Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Su objetivo básico era la implantación de una Carta de Derechos y Deberes del Paciente. Su eficacia fue prácticamente nula. Pero esa misma Carta, muy modificada, ha pasado a formar parte del artículo décimo de la Ley General de Sanidad. De este modo, los derechos de los pacientes han adquirido un valor legal de muy alto rango.



que asuma el análisis de Weed, pero que sea biográfica, es decir una verdadera narración, una historia.

En 1968, apareció el libro de E. D. Acheson, *Record Linkage in Medicine*. Se trata de los estudios presentados al Simposium celebrado en Oxford, en Julio de 1967 sobre el tema. En el fondo se estaba buscando un modelo de historia clínica que fuera un reflejo biográfico de la vida de los usuarios del Servicio Nacional de Salud desde el ángulo biológico. Los resultados no fueron muy halagüeños. Pero recientemente, las autoridades sanitarias de la Comunidad Europea, están muy interesados en un modelo de documento clínico que recoja la diversidad social y cultural en una población como la nuestra tan diversa desde ese punto de vista. El objetivo está en maximizar la rentabilidad del sistema y para ello el conocimiento de las pautas de comportamiento (cultura más valores más educación), son indispensables. Como vemos el planteamiento es economicista, pero no sería la primera vez que el mercantilismo pueda conducir a tener que aceptar unos supuestos que parecían insalvables. Recuérdese que el primer código de derechos de los enfermos, comenzó en 1969, cuando una organización privada norteamericana la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales, procedió a revisar su Reglamento y permitió a las asociaciones de consumidores, participar en esta tarea. En este nuevo contexto quizás, pudiera resolverse, por fin, el problema de la introducción del sujeto, es decir de la persona, en la medicina actual.

MUCHAS GRACIAS

---

<sup>0</sup> WEED, L. (1970), *Medical records, medical education and patient care: the problem-oriented Medical Record as a basic tool*. Cleveland, Press of Case Western Reserve University.

<sup>0</sup> ACHESON, E. D. (Ed.) *Record Linkage in Medicine. Proceedings of the International Symposium. Oxford, July 1967*. Edinburg & London, Livingstone, 1968.

## **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 órbito-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 estresares 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), neurobiologo 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.