

LA PSICOLOGIA Y LA RELACION DEL MEDICO CON EL PACIENTE

HONORIO DELGADO

Conferencia en el Aula Magna de la Universidad de
San Agustín — Arequipa*

El tema de este estudio, aunque presenta dos aspectos aparentemente distintos, en realidad corresponde a un solo asunto, fundamental en el arte de curar. Pues no hay psicoterapia que no descansa en la relación entre médico y paciente, ni contacto con nuestros enfermos que generalmente no entrañe la virtualidad de una acción psicoterapéutica. Sépalo o no cada una de las dos personas que participan en el acto de la consulta médica, se establece entre ellas una estructura de comunicación humana, en la cual, por encima y por debajo de las circunstancias manifiestas, operan las potencias de la vida servidoras de la salud. No se trata, pues, ni de hechos independientes ni de una simple adición de modos de conducta, sino de una tensión en el porte de dos almas, capaz, por sí misma, de redundar en beneficio del enfermo. Tal es la idea que nos proponemos desarrollar aquí.

La psicoterapia consiste en la aplicación del saber psicológico al tratamiento de los hombres necesitados de ayuda médica. Se practica en forma de influencia personal, apelando o no a determinados procedimientos técnicos, puramente psíquicos o combinados con el efecto de agentes físicos o químicos. Tales procedimientos tienen carácter científico si son concebidos y empleados de acuerdo con los principios que regulan la vida anímica del hombre y su relación con las funciones somáticas. Por otra parte, el manejo de la situación concer-

(*) Por invitación especial. — N.R.

niente requiere que el médico discierna tanto los aspectos biológico, anímico y espiritual del ser del hombre, cuanto las peculiaridades de cada paciente; en consecuencia, que posea visión antropológica integral y sentido clínico diferencial.

Aunque siempre influyó el médico sobre el enfermo por la intervención de las fuerzas psíquicas, sólo en el curso del presente siglo la psicoterapia se ha constituido con los requerimientos técnicos de nuestra definición. Con notable rapidez la nueva disciplina ha alcanzado un auge inmenso, al extremo que muchos de sus cultivadores consideran que es el movimiento revolucionario más importante de la medicina actual. Sin embargo, un examen objetivo de las teorías y los resultados concretos revela exceso de fantasía y optimismo en la mayoría de los propugnadores.

Los beneficios de esta manera de acción terapéutica, que ejerce todo facultativo en su práctica cotidiana, se producen sobre la base de la relación que se establece entre el médico y el paciente. De ahí el interés de considerar las principales características de la consulta privada, que constituye el encuentro típico en nuestra actuación profesional, según la vemos. *

Por parte del paciente, movido en el fondo por el instinto de conservación y defensa, se pueden distinguir las siguientes condiciones, que en el fenómeno interpersonal concreto se manifiestan e integran en un complejo indivisible. Primero, la pena, el temor, la zozobra y todos los sentimientos y preocupaciones inherentes al trance de la dolencia y a la necesidad de expresarla y librarse de ella. Segundo, la confianza y la fe que dan sentido al movimiento del ánimo en procura de auxilio y confortamiento capaces de restituir el bienestar y el sosiego perdidos. Tercero, la entrega espiritual, cierta de una reciprocidad sui géneris, que es una apelación del enfermo, no sólo al saber positivo y a la asistencia eficiente del doctor, sino a una acogida moral llena de comprensión y miramientos. Por último, la gratitud, constitutiva del nexo más delicado de la correspondencia, que incluso se adelanta al beneficio, confirma y cimienta el vínculo establecido.

Por parte del médico, en la estructura psicológica y moral de esta sociedad de dos establecida en la consulta, entran en juego los factores siguientes: Primero, su influencia --que comienza a reconocerla el paciente desde el momento en que lo escoge entre todos los profesiona-

(*) **Honorio Delgado**: "El médico y la sociedad", **Mar del Sur** (Lima), 3, Nº 29, pp. 1-11.

les accesibles— descansa objetivamente en los conocimientos y recursos de que él dispone para luchar contra la enfermedad y el sufrimiento. Segundo, a la confianza y la fe del enfermo responde el facultativo con la voluntad de aplicar el empeño de que es capaz y el poder que tiene, a la asistencia del paciente, a lenificar sus sufrimientos, a despertar en su ánimo la esperanza y levantarlo con los medios conducentes, que incluyen expresión apropiada y sensatez exquisita. Tercero, a la entrega espiritual del consultante se adelanta el médico con lo que aquél espera lícitamente, viendo en su ser al prójimo cuyo infortunio merece no sólo cuidado vigilante —sin asomo de ademán protector—, sino respeto profundo hacia la condición en que todos somos susceptibles de caer; condición que si bien es negativa desde el punto de vista biológico, desde el punto de vista espiritual es exponente del fondo insondable de la dificultad y el desamparo inherentes a la criatura humana, que suscita sentimientos lindantes con la reverencia religiosa. Cuarto, en fin, frente a la gratitud, que se dirige no sólo a su acción benéfica sino a su persona, responde el profesional con la lealtad del secreto, honrando dignamente la confianza recibida.

Excepto la intervención técnica del médico frente al caso clínico, que debe ser rigurosamente objetiva y científica, la susodicha relación se funda en actos que tienen mayormente el carácter de trascendencia emocional. Las consecuencias externas e internas del conocimiento personal y los vínculos así establecidos no siempre terminan con el éxito o el fracaso de la cura. Las personas que una vez entran de lleno en el círculo de nuestra acción medicinal —de nuestro cuidado y de nuestros cuidados— ya no son para nosotros las mismas que antes. Aparte la eventual amistad que de ahí pueda nacer, cada una, muy individualmente, resulta más prójimo, más próxima que antes, por el lazo espiritual establecido en virtud de la vislumbre del ser intrínseco de la criatura. Pues con eso tocamos un fondo de la condición humana revelador de valores éticos y religiosos, en los que arraiga aquel gentil desprendimiento distintivo del médico de raza, ilustre u obscuro; desprendimiento que no consiste sólo en la gratuidad del servicio a los pobres, sino en dar de sí a todos los enfermos lo que nunca puede compensar el honorario, don gracioso que equivale en el doctor a la gratitud del paciente.

La modalidad arquetipo de nuestra relación con el paciente, así caracterizada, es posible de simplificación en forma y grado variables, no sólo por causa de la calidad y la mayor o menor madurez espiritual de las personas, sino debido a la clase y a las circunstancias de la afec-

ción y del servicio profesional. Así, la levedad del mal apenas si requiere más que una comunicación superficial; el estado mental del enfermo puede dificultar o imposibilitar la conciencia de la situación (y hasta de la enfermedad misma); algunas ramas de la medicina en que se especializan los facultativos, según su particularidad, entrañan limitación más o menos grande para el contacto personal; y la asistencia en el ambiente hospitalario excluye la libertad de elegir médico y a menudo la de comunicarse a solas con él. Pero donde la dessubstanciación de la sociedad que nos ocupa puede llegar al extremo es en la acción profesional que paradójicamente se llama medicina socializada; ahí corren peligro de desaparecer en absoluto los vínculos propiamente sociales.

Para formar una idea clara acerca de la influencia del médico y su papel en la psicoterapia de las enfermedades corporales es útil distinguir en la condición del paciente dos aspectos, que comunmente se confunden, con lo que se originan graves errores, sobre todo en la llamada medicina psicosomática: la enfermedad y la dolencia. *Enfermedad* es la alteración material del organismo, producida por agentes patógenos también materiales; *dolencia* es el sufrimiento motivado por la impresión de estar enfermo. La primera corresponde a un hecho objetivo y hace del paciente un caso nosológico, mientras que la segunda entraña una experiencia subjetiva y confirma en el paciente su calidad de persona.

Con mucha frecuencia la enfermedad despierta en el sujeto la impresión de estar enfermo y, por tanto, la dolencia. Otras veces la enfermedad pasa inadvertida, salvo que un reconocimiento médico —como el que se practica al ingreso a ciertas instituciones o para el seguro de vida— revele su existencia. En esta última eventualidad la noción, la idea de estar enfermo, desencadena la dolencia. Pero ésta también puede presentarse en ausencia de la enfermedad: tal es el caso de la hipochondría pura, afección exclusivamente ilusoria (como en *le malade imaginaire* de Moliere) aunque a menudo está condicionada por la constitución psicofísica del individuo.

Las emociones, convicciones y aprensiones que forman parte de la dolencia repercuten sobre el estado corporal, ante todo sobre los órganos y funciones frágiles: Así se originan círculos viciosos por influjo recíproco entre enfermedad y dolencia, agravando el mal del paciente.

En principio, la enfermedad, en el sentido que aquí le damos, se constituye por acción física de factores patógenos internos (predisposición hereditaria o adquirida) y externos (infección, intoxicación, trau-

matismo etc.); la dolencia, a su vez, adquiere contenido y se estructura a hilo de los acontecimientos vividos por el sujeto en desmedro de su salud. Según esto, en la dinámica fenomenal de la afección morbosa entran en juego dos órdenes de nexos: el causal-material, que permite explicar el proceso de la enfermedad conforme a las ciencias naturales, y el psico-reactivo, cuyos datos sirven para comprender psicológicamente la dolencia.

La distinción es fácil en principio; no así en la realidad concreta, en que las cosas resultan más intrincadas. Aparte los graves problemas de la relación entre lo anímico y lo corporal, y aparte las incógnitas de la predisposición, la fragilidad y la susceptibilidad individuales, es menester considerar tres circunstancias comunmente desapertadas: 1ª, que las reacciones puramente vitales del organismo se manifiestan con sentido finalista y a veces hasta con las apariencias del simbolismo psicológico; 2ª, que los sentimientos, sobre todo las emociones intensas, no sólo alteran el equilibrio corporal en forma comprensible, sino como causa material, por virtud de los cambios físicos y químicos concomitantes; 3ª, que la sugestión y las emociones, por su efecto sobre los centros nerviosos subcorticales, repercuten tanto en las funciones fisiológicas cuanto en la vida psíquica, complicándolas secundariamente.

En consecuencia, el influjo psicológico del médico sobre el paciente atañe directa y ampliamente al aspecto de la dolencia, y sólo indirecta y limitadamente al de la enfermedad.

La psicoterapia tiene un campo de aplicación muy vasto. No se limita a la dolencia sino que se extiende a todos los estados y condiciones en que la actitud íntima y la conducta son susceptibles de modificarse con el ascendiente del médico o con el empleo de métodos determinados. Incluso las enfermedades mentales propiamente dichas (psicosis), ciertas perversiones sexuales y las anomalías del carácter pueden recibir beneficio de su empleo. Las neurosis, mayormente las psiconeurosis, o sea los desórdenes psíquicos que se deben principalmente a un ajuste defectuoso a los acontecimientos, constituyen el objeto predilecto de la cura con sólo psicoterapia.

Es lícito plantear aquí la cuestión de si la neurosis es una dolencia. Cuestión difícil, que no puede resolverse de manera tajante. A nuestro entender, la psicoterapia sola es tanto más eficaz cuanto más predomina en la neurosis el aspecto psico-reactivo sobre el constitucional *sensu stricto* —lo que sucede en las psiconeurosis; y es tanto menos eficaz, cuanto más predomina la constitución biológica— lo cual

se verifica en las bioneurosis.* Pero esto no obsta reconocer que con la psicoterapia más perfecta nunca se logra aniquilar la disposición específica, si bien la maduración de la personalidad lograda con ella o simplemente el despliegue de disposiciones normales compensadoras son capaces de reducir más o menos considerable y duraderamente su manifestación. En consecuencia, por regla general, las neurosis, mayormente las anexas a las personalidades anormales, no son pura dolencia.

Precisamente al afán de curar las neurosis se debe el inmenso desarrollo que ha adquirido la psicoterapia en nuestros días, llegando a constituir una especialidad cuya clientela principal son los casos crónicos y los graves. Es justo reconocer que semejante cambio se debe en gran parte al movimiento psicoanalítico, desencadenado por Freud. En efecto, el apogeo de la psicoterapia no se puede explicar sin referirlo a las causas de la popularidad, realmente universal, del psicoanálisis. No se trata de una moda como otra cualquiera, sino de una extraordinaria consonancia de la ideología freudiana —allende la medicina— con el espíritu de la época.

El genio de Freud, después de inventar un método terapéutico de las neurosis, se ejerció en fabricar una concepción naturalista de la vida anímica, aprovechando a maravilla las resquebrajaduras del orden espiritual en crisis. Poseído de una fe desmesurada en la ciencia —la que ya tendía a substituir en muchas almas a una débil fé en Dios—, atribuyó a la esencia del género humano los móviles que con su método creyó descubrir en la conducta de sus clientes. Los cultivadores y los fanáticos de la nueva disciplina, elevada a la categoría de una especie de hermenéutica de aplicación universal, se encargaron de propagarla a círculos cada vez más amplios, hallando en la descomposición de Occidente terreno apropiado para aceptar la flaqueza carnal como la realidad última del ser del hombre.

Este es, a nuestro entender, en esquema, el proceso histórico del auge del psicoanálisis. Pero sería injusto no reconocer el valor positivo de la obra de Freud, que está principalmente en el método. Gracias al paciente escudriñamiento del mundo interior ha aproximado la psicopatología y la psicología a la vida real. La interpretación dinámica y genética ha sacado al estudio de la actividad anímica del estrecho

(*) Ver **Honorio Delgado**: Curso de Psiquiatría, Lima, 1953, capítulo XXV.

ámbito de la sistemática de funciones parciales y mediciones psicofísicas, para llevarlo a la penetración en profundidad y continuidad de las vidas concretas. Ciertamente, Maint de Biran, Nietzsche y Dilthey, entre otros, habían señalado la comprensión dinámica del acontecer personal, el papel de los instintos, el nexo genético de lo vivido y la estructura biográfica del sujeto como objetivos de la psicología real. Pero no tuvieron eco.

Por desgracia, Freud ha desnaturalizado la virtualidad plausible de su método con las construcciones teóricas de su racionalismo materialistas; así resulta que su obra, como reconoce Roland Dalbiez, "es el análisis más profundo que haya conocido la historia de lo que en hombre no es lo más humano". Esto explica que desde los primeros tiempos la escuela que formó se dividiera por la disidencia de los mejores discípulos, que se convertían en los más violentos adversarios de la doctrina del maestro.

Varios son los disidentes ilustres. Primero se separó Adler oponiendo el sentimiento de inferioridad a la teoría de los complejos; después Jung, desexualizando la *libido* y demostrando que en la economía del alma no todo es regresión al pasado. Y así siguieron Silberer, Stekel y otros, hasta que llegó el turno al propio secretario y principal colaborador de Freud, Otto Rank. Este conceptúa que la mengua del psicoanálisis ortodoxo es sintomática de la fijación de Freud en su propia insuficiencia para ver con objetividad el proceso dinámico de la vida anímica. Rank acepta que el hombre sufre un dualismo, pero radical y no debido a conflictos entre el niño y sus padres. Distingue fundamentalmente la sexualidad respecto del amor, y rechaza el pansexualismo en la génesis de las neurosis, reputando que el neurópata depende del prójimo más en el aspecto volitivo y moral que en el efectivo y sexual, de una manera total y no de la parcial anexa a las fijaciones.

Actualmente hay que distinguir dos clases de cultivadores del psicoanálisis en el campo de la psicoterapia: unos que están divididos en sectas y otros que obran con independencia personal. Los primeros, generalmente afiliados a sociedades especiales, se consideran, respectivamente, depositarios de la "verdadera doctrina", la que inculcan sistemáticamente en sus institutos docentes, incluso en el psicoanálisis didáctico, concebido originalmente por Jung para librar de limitaciones y prejuicios al futuro psicoanalista. Los segundos, independientes, reconocen el carácter discutible, tanto del psicoanálisis ortodoxo, cuanto de los heterodoxos y contradictorios, y se sirven de los diversos recur-

sos descubiertos por unos y otros, aplicándolos según los casos, en mérito a su fecundidad para conseguir el alivio o la curación de los pacientes.

De lo expuesto resulta que hoy muchos psicoterapeutas piensan del psicoanálisis ortodoxo de manera semejante a como Freud juzgó la electroterapia de Erb. "Me confié — escribe el padre del psicoanálisis— al manual de Erb, cuyas instrucciones detalladas para el tratamiento de todos los síntomas de las dolencias nerviosas ponía a nuestra disposición. Desgraciadamente, pronto debí comprobar . . . que lo que consideraba como cristalización de observaciones exactas no era sino una construcción fantástica. Este descubrimiento de que la obra de la primera figura de la neuropatología no tenía más relación con la realidad que un libro egipcio de sueños . . . me ayudó a librarme de un resto de mi ingenua fe en las autoridades".

Por cierto que no nos proponemos discutir aquí los diversos aspectos del psicoanálisis. Sólo nos referiremos al que se vincula directamente con el tema de la relación fundamental entre médico y paciente: la transferencia. El valor que la mayoría de los psicoterapeutas le da hoy es inmenso, inclusive fuera de los círculos de psicoanalistas. De ello da idea el hecho que el único asunto objeto del Congreso Internacional de Psicoterapia que se reunió hace algunos meses en Zurich fuese *Le transtert en psychoterapie*.

Según una antigua descripción freudiana, la transferencia es "la extraña particularidad que tiene el neurótico de desarrollar relaciones afectivas de naturaleza tierna o adversa frente a su médico, que no son fundadas en la situación real, sino que se originan en la relación con los padres". La explicación que después da del fenómeno, y que comparte la mayoría de los psicoanalistas, consiste en suponer que en la situación del tratamiento se produce una neurosis artificial, sustitutiva en cierto modo de la otra. Cambian los síntomas, pero no desaparecen; los nuevos corresponden siempre a tendencias sexuales reprimidas y subconscientes, que despiertan y se hacen conscientes en el curso del análisis. Son réplicas literales o simbólicas de las experiencias libidinosas infantiles del sujeto con sus padres (complejo de Edipo). El médico representa alternativa o ambivalentemente a la madre y al padre en las fantasías y los impulsos subconscientes del paciente. La transferencia paterna es reputada por Freud como el campo de batalla en que el médico se adueña de la *libido* del enfermo. Durante el análisis se repite la situación infantil frente al analista (quien es algo así como un testafarro), pero en forma de una relación actual y corriente (*sic*), que

procura al instinto una satisfacción compensadora. Según los psicoanalistas, la transferencia no sólo se produce en el curso del tratamiento psicoanalítico, sino en todas las formas de psicoterapia en que se establece la relación personal. Freud llega a considerar la sugestibilidad del hipnotizado como manifestación cuyo origen está en la sexualidad.

No cabe duda que con el concepto de transferencia el psicoanálisis ha contribuido poderosamente a que se reconozca la importancia capital de la relación de persona a persona en la cura psicoterápica y al miramiento debido de las reacciones del paciente mientras ésta se practica. Asimismo, ha servido para que se aquilate la significación del pasado en las manifestaciones actuales, incluso en lo respectivo a las actitudes del paciente frente al médico, en cuanto índice de su manera de sentir y comportarse frente a las personas en general, y en especial frente a las que pudieran haber contribuido a la formación de su carácter y al contenido de sus síntomas.

Ese es el aspecto positivo y plausible. El negativo atañe a la manera como los psicoanalistas conciben y manejan el vínculo personal. Consideremos, en primer lugar, la suposición de que en la transferencia se reactualizan frente a la persona del médico, como espectros, los parientes que influyeron durante la infancia del sujeto en su destino. Lo efectivo es que toda actitud típica elemental, como la adhesión afectuosa o la mala voluntad, se manifiesta por primera vez en el trato familiar. Después se diversifican los sentimientos y la mentalidad en su conjunto, adquiriendo cada nueva relación personal sello distintivo, dependiente tanto de la maduración de la estimativa individual cuanto de las peculiaridades de cada nueva situación importante. En general, toda experiencia significativa modifica de alguna manera el mundo interior del sujeto, y el curso de su vida entraña una transformación irreversible: prácticamente, nunca dos momentos de nuestra existencia son idénticos. En consecuencia, los acontecimientos de la infancia, no por darse primero en el tiempo dejan de ser superados definitivamente; de suerte que —para volver al ejemplo típico— cada persona que en el adulto despierta sentimientos afectuosos o adversos no es representante de la madre o del padre, aunque con ellos comencemos a querer y a malquerer (por cierto que no forzosamente lo último).

Esto no obsta reconocer que en ciertas neurosis se verifican con alguna frecuencia rasgos de infantilismo y eventualmente la repercusión de determinadas experiencias pretéritas disociadas de la actividad consciente. Pero, incluso entonces, aunque se evoque y reviva el recuerdo —salvo caso de delirio—, la transferencia no es idéntica ni simbólica de

la relación del hijo con los padres; el hecho parcial pretérito no engloba en su estructura toda la situación y sus fundamentos, que son los de una comunicación actual concebida, configurada y vivida conforme a la finalidad terapéutica.

Constituye lamentable limitación en el reconocimiento de las posibilidades de la vida del hombre considerar que la acción psicoterapéutica consista principal o exclusivamente en revivir el pasado y desarraigar la repercusión que han tenido los acontecimientos experimentados antaño. Pensar de esta manera es reducir la existencia a la categoría de un estampado, obra de las circunstancias exteriores, como si el viandante fuese sólo producto del camino, y no el agente del tránsito. La verdad es distinta. El hombre sólo en parte es producto de las circunstancias, de los accidentes externos, y lo es únicamente en la medida que su ser, su constitución, lo dispone para reaccionar de la manera que reacciona a las vicisitudes de su ambiente. Vivir es para el ser humano un perenne cambiar con el curso del tiempo, *vita mutatur*; el presente aleja y transforma lo pasado y representa positiva innovación. Por otra parte, la personalidad sólo parcialmente es forma determinada, carácter; en lo principal es un sistema complejo e inexhausto de disposiciones cuya manifestación se actualiza en un devenir de creciente o posible diferenciación, en parte espontánea. En fin, el proceso de metamorfosis y diferenciación, tanto más rico cuanto más vigorosa es la personalidad, se organiza de acuerdo con las modalidades emergentes de la sensibilidad y el influjo de la reflexión y la estimativa; de suerte que se establece una jerarquía de valores y modos de ser y actuar en forma de maduración subjetiva. En todo este desenvolvimiento, que comprende el curso entero de la vida, alternan, en diversos tiempos, el verdor, el florecimiento y la decadencia o caducidad de disposiciones originales distintas, unas genéricas y propias de cada edad, otras individuales, idiosincrásicas.

En la patología psíquica, lo mismo que en la orgánica, los desórdenes no se deben sino en parte a la influencia del medio: la constitución es siempre decisiva para la génesis, las características y la evolución del mal. Asimismo, en psicoterapia la acción lenificante o curativa sería unilateral y meramente reconstructiva si se propusiese sólo modificar lo modificado en el mundo interior por las circunstancias de la niñez. Además de tal propósito, o prescindiendo de él —ya que se funda en una suposición no comprobada—, la acción psicoterápica debe apelar a las disposiciones latentes para la vida sana y la consumación de sí mismo, con el ejercicio de la libertad, en una labor orientado-

ra y formativa, que vivifique la intencionalidad del alma en vista de la plenitud de lo óptimo alcanzable.

Con la explicación de la transferencia como si fuese una neurosis provocada, en la cual los sentimientos del paciente hacia el médico serían de naturaleza sexual, la teoría psicoanalítica revela su característica falta de discernimiento y comprensión de la variedad de los fenómenos y actos humanos. Todo lo reduce a patología y sexualidad, a vida descendente y regresiva. No se exceptúa la relación fundamental entre médico y paciente. En un principio Freud la distinguió parcialmente de la transferencia, pero acabó por incluirla en idéntico "mecanismo"; y hoy la mayoría de los médicos —no sólo entre los psicoanalistas— llega a la misma reducción.

Así resulta que tanto el aspecto humano como el científico de la relación fundamental se desvirtúan radicalmente. El diferenciado mundo del ser del hombre, con sus valores vitales y espirituales —cada uno con entidad y fin propios—, que se explicita en la comunicación decisiva para el porvenir del enfermo, sucumbe en el lecho de Procusto de la teoría.

Igualmente, los hechos en que consiste la enfermedad (antes sólo las neurosis, hoy se pretende identificar parcialmente con éstas casi todas las formas nosológicas) y el proceso de la curación no son considerados con objetividad científica y reconociendo los límites del conocimiento en general y en cada caso. Por el contrario, se les aplica una especie de psicologismo deductivo, fundado en generalizaciones temerarias de lo que se verifica o se cree verificar en casos clínicos las más veces extraordinariamente anómalos. Se violentan los hechos de observación interpretándolos conforme a esquemas y dogmas propalados con fanatismo optimista, inclusive entre la clientela y el público. De suerte que la profunda convicción infundida a los pacientes crédulos no es raro que contribuya a devolverles la salud: pues la fe, aunque sea en falsos ídolos, es potencia curativa de primer orden. Por cierto que los extremistas, en su hinchazón, no se percatan de ello, y atribuyen sus éxitos a una supuesta penetración hasta el fondo del alma ajena y del sentido de las vidas, pretendiendo que tienen calidad de terapéutica causal la hojarasca de sus interpretaciones. Es más, olvidando que su técnica fracasa a menudo, con los éxitos creen ver confirmada la doctrina. Lo más instructivo para el observador imparcial es que piensan de la misma manera los partidarios de doctrinas psicoanalíticas diametralmente opuestas en puntos capitales. Y que unos y otros no sacan las consecuencias del hecho que incluso los adeptos a sectas

tan extravagantes como la *Christian science* se ufanan de curaciones prodigiosas con métodos terapéuticos fundados en las creencias más absurdas.

Frente a los psicoanalistas dogmáticos y la legión de ingenuos que comulgan con sus ruedas de molino, los psicoterapeutas que se mantienen independientes de las escuelas beligerantes, o que han logrado emanciparse después de sucumbir a su hechizo, sin desdeñar las adquisiciones positivas —procedan de donde procedan—, se preocupan en profundizar con ciencia y conciencia lo esencial de la relación con el paciente. Ciertos de que las enfermedades, sin excluir las neurosis, tienen diversos aspectos, no sólo psicológicos sino biológicos y espirituales; ciertos de que en el proceso curativo operan factores reconocibles y factores insondables; ciertos, por último, de que el mundo de la infancia, el alma ajena y el sentido de una vida son de fondo impenetrable, estos psicoterapeutas se empeñan en servir con responsabilidad a quien pide su ayuda profesional, tratando de promover las peculiares disposiciones favorables a la salud y al buen encaminamiento de la existencia.

De la discusión precedente podemos concluir: 1º Que la psicoterapia y la relación médico-paciente confunden las raíces de su entidad en el ascendiente del facultativo. 2º Que en esa relación intervienen por una y otra parte actos, disposiciones y fuerzas trascendentales, significativos de lo más noble y profundo de la índole humana. 3º Que la distinción entre enfermedad y dolencia entraña un deslinde fenomenológico apropiado para la comprensión del paciente y en general para la conducta del médico. 4º Que la psicoterapia tiene su principal campo de acción en la dolencia, cuya modificación favorable o adversa es susceptible influir sobre el curso de la enfermedad misma en sentido correspondiente. 5º Que la psicoterapia ha progresado inmensamente gracias al psicoanálisis; pero que la desmesura teórica de los psicoanalistas, terapéuticamente eficaz en veces, es impugnable desde el punto de vista científico y humano. 6º Que la teoría de la transferencia y del proceso de la curación, tal como la formula Freud y sus seguidores, desconoce los aspectos fundamentales de la constitución de la personalidad y sus posibilidades de espontaneidad y de reacción espiritual. 7º Que la finalidad y la mayor eficacia de la psicoterapia se cifran en el estímulo de las disposiciones positivas del sujeto doliente.