

SALUD INTEGRAL PARA EL SIGLO XXI

**Encuentro entre Medicina Convencional,
Medicinas Complementarias y Prácticas
de Interacción Cuerpo-Mente**

Idea y Compilación Lic. Susi Reich

Proyecto 3er. Milenio
Asociación Argentina de Medicina Integrativa

EDITORIAL DUNKEN

Buenos Aires
2003

Editorial Dunken - Ayacucho 357 (C1025AAG) - Capital Federal
Tel/fax: 4954-7700 / 4954-7300
E-mail: *info@dunken.com.ar*
Página web: *www.dunken.com.ar*

Hecho el depósito que prevé la ley 11. 723
Impreso en la Argentina
© 2003 Susi Reich
ISBN 987-02-0216-0

Este libro está dirigido fundamentalmente a los jóvenes médicos y profesionales de la salud con el objetivo de ampliar su panorama en este área.

Han cursado muchos años de estudio en la facultad, mas los conocimientos de las medicinas complementarias y de las prácticas de interacción cuerpo-mente que acá brindamos no se estudian aún en las aulas universitarias. Creo que pueden contribuir a incrementar su gama de recursos

Muchos médicos desconocen la importancia de su rol dentro de la familia que acude a él. El médico es quien puede contribuir en la educación de la familia paciente, en la prevención de las enfermedades, no solo en la curación de ellas.

El médico clínico es clave tanto para su paciente individual como para la familia que asiste, es el director de orquesta y para dirigir o asumir su rol de director de orquesta es importante que tenga la mayor y mas amplia gama de recursos para poder hacer por ejemplo, las derivaciones adecuadas ya sea al cardiólogo, al endocrinólogo, al homeópata, al reikista al nutricionista o al osteópata. Hay muchas herramientas más en el campo de la medicina integrativa, estamos presentando algunas de ellas, se darán más a través del tiempo.

Estamos transitando el nuevo camino, la nueva agenda de la medicina integrativa. La podemos transitar unidos en la lucha a favor de la salud y lo podemos hacer sólo si creemos que podemos hacerlo.

El lenguaje coloquial en que esta escrito el libro permite que sea leído no solo por los profesionales del área de la salud sino también por cualquier persona interesada en ampliar sus conceptos, sus conocimientos en estas nuevas viejas disciplinas.

A mis nietitos

Micaela, Quimey, Matías y Karina,

cuya generación alcanzará una conciencia superior.

Proyecto 3^{er} Milenio agradece profundamente a todos los disertantes que participaron en la jornada, a los colegas psicólogos sistémicos que colaboraron coordinando las mesas redondas, a los voluntarios, algunos de ellos antiguos y otros nuevos compañeros de ruta de nuestra Fundación, han dado su tiempo y energía, son ellos: Ana Lori, Maria Eugenia Crespo, Graciela Susana Massimino, Susana Stadelman, Ana Rodríguez, Erica Trosman, Daniela Furst, a la incansable colaboradora y amiga Estela Macarra, al asistente Gustavo De Lio y a Amadeo Gallardo por su excelente trabajo de desgrabación. A la Sociedad Científica Argentina que cedió sus salones y por último, pero no por eso menos importante, a las empresas Bodegas Catena Zapata y Café La Virginia que generosamente han donado sus productos y permitieron el toque gastronómico de la jornada.

Contenido

Prólogo	13
Introducción	15
Apertura: “Medicina Integrativa”	17
• LIC. SUSI REICH GIESSO Presidenta <i>Fundación Proyecto 3er. Milenio y AAMI,</i> <i>Asociación Argentina de Medicina Integrativa</i>	
Disertación: “La integración ya comprobada”	28
• DR. JAIME MOGUILVSKY Director del Master de Psiconeuroinmunoendocrinología de la Universidad Favaloro.	
Mesa Redonda I: Medicina Convencional “Una visión integradora”	47
• DRA. MÓNICA YOVANETTI, Clínica Médica • LIC. SARA BARINGOLTZ, Psicología • DRA. GLADYS OVIEDO, Medicina Orthomolecular Proyección del video de investigaciones en medicina cuerpo-mente “ Advanced Tibetan Buddhist Meditation ” realizadas por el Dr. Herbert Benson, MD president Mind /Body Medical Institute, Associate Professor Harvard Medical School.	

Mesa Redonda II: Fundamentos fisiológicos de las Medicinas Complementarias 69

- DR. MARIO SCHWARZ, Medicina China
- DRA. ELBA ALBERTINAZZI, Nutrición
- DRA. ALCIRA VALERI, Osteopatía

Mesa Redonda III: Terapias de Interacción Cuerpo-Mente. Participación activa del paciente 99

- PROF. DAVID LIFAR, Yoga
- PROF. CLAUDIO MARQUEZ, Reiki
- DR. DANIEL BRENNER, Tai Chi Chuan

Disertación: El desafío de la Medicina Integrativa

- DR. ERNESTO GIL DEZA, oncólogo, Director en Docencia e Investigación del Instituto Henry Moore.

Mesa IV: Abordaje múltiple en Oncología 119

- DR. ERNESTO GIL DEZA y disertantes anteriores.

Cierre Jornada 145

- Lic. Susi Reich: Resumen
El camino a seguir

Epílogo 149

Presentación de la Asociación Argentina de Medicina Integrativa

Prólogo

Una hurra para la A.A.M.I. y Proyecto Tercer Milenio!

Esta transcripción compilada me gustaría llamarla **apertura** y es muy digna de ser leída por médicos clínicos, médicos psiquiatras, psicólogos, intelectuales y público en general de las más diversas inquietudes pues trata de abrir horizontes nuevos sobre el hombre todo como unidad mente-cerebro-cuerpo. Todos los lectores tendrán algún tema que directamente los involucre.

En sus hojas encontraremos relatos claramente descriptivos de los mecanismos neurohormonales que son el sustrato biológico de la función mental y cómo la alarma en el sufrimiento, la angustia, llega a modificar la función cerebral y soporta el dicho por J. Axelrod, Premio Nóbel 1982 y director por muchos años del Instituto Nacional de la Salud Mental de U.S.A., cuando postulaba que la salud mental de los pueblos comienza en la teta de la madre y no hay enfermedad mental sin disfunción cerebral.

Los mecanismos neuroendocrinológicos descritos siguen la trayectoria de las primeras descripciones de Hans Selye cuando en 1981 postula los mecanismos de la enfermedad funcional, distress.

El cada vez más necesario aspecto ético en la práctica e investigación médica es muy bien descrito inclusive con una connotación bíblica, que asigna aspectos nutricionales y performance psicofísico, muy posteriormente descrito por Linus Pauling cuando postula en 1968 que las enfermedades contemporáneas del hombre se gestan a través de mecanismos de stress, errores nutricionales y factores ecológicos.

Trasciende en todo el texto la problemática actual de la humanidad sometida a conflictos muy rápidos a veces galopantes sin el tiempo necesario de adaptación. Sus individuos sienten estar inmersos en un torrente de exigencias que los llevan a donde no quieren.

Cada uno de ellos piensa, siente, hace pero esta superado por los naturales conflictos personales y el stress psico-social, como exigencia exógena y necesita percibir, darle sentido a su existencia -dice Victor Frankl- y encuentra en las técnicas meditativas varias descritas en el texto el silencio como huida del mundo psicótico y como encontrarse a si mismo.

Las propuestas de A.A.M.I. en este libro son inteligentes y prácticas y seguro estoy que en muchos de sus lectores prenderá la inquietud intelectual de descubrir al hombre como unidad y no una mera suma de partes.

La unidad que se fragmenta aún parcial y/o temporalmente son causa de las llamadas enfermedades nuevas, como síndromes de ansiedad, fobias, pánico, desórdenes autoinmunes, y otras como cáncer, enfermedades cardiovasculares, etc.

Para poder luchar contra estos flagelos el hombre debe entender, comprender, hacer como propio el conocimiento de la naturaleza de estos desórdenes y poder así superarlos, en esa búsqueda de lo verdadero, lo que trasciende, lo que da sentido a su existencia.

La propuesta de la fundación Proyecto Tercer Milenio es un gran desafío, que aún contando con enormes avances técnicos, científicos, la esencia de la problemática humana de superar la soledad, el separativismo, y el amar y ser amado -Erich Fromm- está siempre latente y esta propuesta ayuda a comprender y ahondar en los mecanismos, mente, cerebro, cuerpo que son la esencia de nuestra existencia.

Auspicio a los autores el éxito merecido con su **apertura** y crear inquietudes de búsqueda en sus lectores y fundamentalmente de unir ciencia con humanismo.

RODOLFO MARINCOLA

Introducción

La necesidad del momento actual

Hoy la urgente necesidad del hombre no es tanto el tener más bienes materiales como el tener paz y seguridad dentro de sí y amor y armonía alrededor.

El mundo es sacudido por complejos emocionales y ansiedades psíquicas. No sólo el cuerpo se enferma, también la mente y el espíritu.

No existe enfermedad que afecte sólo una parte sin provocar alteraciones a las otras dos. Toda enfermedad existe en la triple forma de cuerpo, mente y espíritu.

Hoy aún es una hipótesis científica pensar que cada una de estas tres dimensiones contienen una memoria holográfica de las otras dos. Pero si tomamos esta hipótesis, el abordaje para la sanación, sería entonces, a través de estas mismas tres dimensiones.

Nuestros métodos científicos actuales se ocupan de demostrar una hipótesis por medio de las consecuencias de la misma.

Si podemos verificar varias consecuencias, la hipótesis puede considerarse como válida, verificada o por lo menos tener un alto nivel de certeza.

Ciertos conocimientos como el de la energía o las vibraciones no permite relacionarlos con los conocimientos científicos actuales, pero la energía no es científica, el universo no es científico.

El universo, la energía, las vibraciones **solo son** y relacionan todo.

¿Quién vio las ondas hertzianas, esas que llevan las imágenes desde la antena emisora al televisor? ¿La gravedad, las ondas de frío y de calor y no su consecuencia el hielo o el fuego?

El nuevo camino científico avanza por un camino de conjunción de elementos tecnológicos de gran avanzada, y la nueva ciencia es unirlos entre si desde ámbitos muy distantes y ligarlos a la espiritualidad del hombre. Quizá no haya nuevos logros sino se adjunta el espíritu a la materia.

Que sea entonces el espíritu el que controle y acompañe a la ciencia.

Esta visión transformará el modelo de vida en todos los campos y el de la salud habrá de ser uno de ellos.

Presentación

Presentadora Erica Trosman: En nombre de la Fundación “Proyecto 3er Milenio” queremos agradecerles a todos estar hoy aquí compartiendo este día tan importante para todos.

Para comenzar les diré, a aquellos quienes se acercan por primera vez a una actividad de la Fundación, quienes somos y que es lo que hacemos.

El propósito de la Fundación es la difusión y acción de los nuevos paradigmas en las áreas de salud y educación. Posibilitar la realización de actividades dirigidas a profesionales de la salud, la educación, a los que trabajan en organizaciones y al público en general, interesados en los nuevos paradigmas, en las nuevas formas de pensar y de actuar y en el modelo de las Relaciones Solidarias, o *Partnershipway*, que es el principio rector de nuestra Fundación.

La actividad de nuestra Fundación se concreta a través de videoconferencias, talleres, mesas redondas de diálogo reflexión con prestigiosos pensadores de Argentina y del exterior. La misma ha contado y cuenta con importantes personalidades en el intercambio cultural y científico como el profesor Jaime Barylko*, amigo de la Fundación, quien ha estado en varias oportunidades dando charlas junto con la Licenciada Reich, acerca de familia, valores y educación.

Entre nuestras recientes contribuciones para la cultura de la paz se encuentran actividades muy enriquecedoras y realmente

¹ A la fecha de edición el Prof. J. Barylko fallecido el 24/12/02. Vaya a él nuestro sentido homenaje.

memorables: en octubre del 2001 en el Centro Cultural Borges, frente a más de ochocientas personas, se hizo la presentación y entrega del libro, “Aportes de la Ciencia y la Educación para la Cultura de la Paz”. Este libro se encuentra actualmente en bibliotecas, escuelas e instituciones de muchos puntos del país. También en diversos actos se han entregado ejemplares tanto en México como en Uruguay y Brasil. Como miembros de la World Peace Prayer Society (Sociedad de Plegaria para la Paz Mundial) hemos “plantado” obeliscos de la paz en alegres y sentidas ceremonias en diversas escuelas primarias.

En el área de salud hemos contado con la presencia del Doctor Andrew Weil, Director del Master de Medicina Integrativa de Tucson, Arizona, U.S.A., del Dr. Guillermo Jaim Etcheverry, actual Rector de U.B.A., entre otros profesionales.

Hemos tenido el aporte de prestigiosos pensadores y filósofos consustanciados con nuestro pensamiento sistémico relacional, como el Doctor Humberto Maturana, reconocido biólogo chileno y la Doctora Riane Eisler, entre otros.

Quiero recordarles además que nuestras actividades son libres y gratuitas. La fundación sostiene, con el aporte de los participantes a los talleres, un comedor solidario.

Aprovechamos para invitarlos a los próximos talleres de la Fundación: el de **relaciones solidarias** y posteriormente el de **Técnicas de respiración y otros recursos para la prevención y sanación en el stress.**²

También quiero recordarles que tenemos un Departamento de Asistencia Psicológica y de Medicina Integrativa con abordajes múltiples, y aranceles institucionales.

Ahora sí, les voy a presentar a la Lic. Susi Reich, Presidenta de la Fundación quien está abocada desde hace años al accionar y difusión de nuevos paradigmas en salud y educación. Conocida ella por armar “puentes” de insólitas posibilidades de diálogo, como en su momento el memorable Encuentro entre la Ciencia y la Espiritua-

²La Fundación Proyecto 3er. Milenio ofrece estos talleres bianualmente en forma gratuita.

lidad en abril de 1999 entre Su Santidad el Dalai Lama, Humberto Maturana, el Padre Domingo Basso, ex-rector de la UCA y Marcos Aguinis, quienes contribuyeron a abrir nuestras mentes.

Susi Reich es licenciada en psicología, pertenece a una de las primeras camadas de terapeutas familiares de Argentina, organizó, con el advenimiento de la democracia, el Equipo de Pareja y Familia del Centro de Salud Mental N° 1 de la Ciudad de Buenos Aires. Entre sus múltiples actividades profesionales es miembro del Consejo Asesor de diversas instituciones nacionales e internacionales de salud y educación; autora del video “Momento presente”, del libro “Terapia para todos los días”, editora de “Aportes de la Ciencia y la Educación para la Cultura de la Paz”.

Los dejo con la Lic. Reich.

Lic. Susi Reich

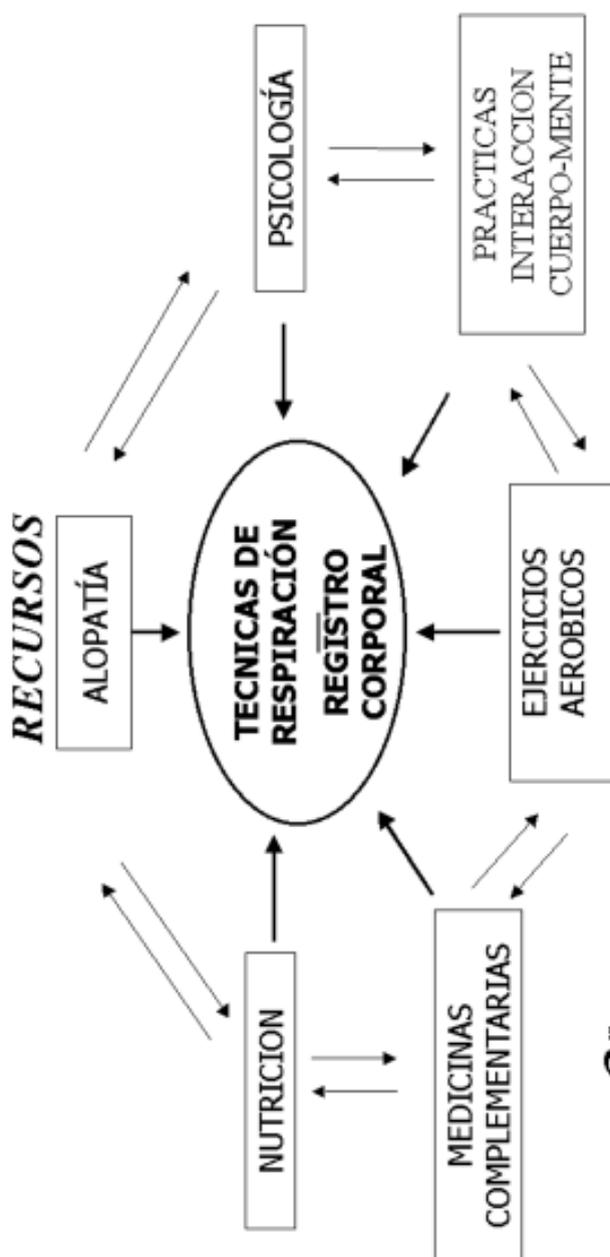
Lic. Susi Reich: Gracias Erica. También quiero agradecer a los colegas sistémicos que van a coordinar las mesas: Rita Macchi, Rosina Crispo y Claudio Des Champs, quien también forma parte de la comisión organizadora junto con Gladys Oviedo y Silvia Kuszner, muchas gracias a todos. Este nuevo puente integrador que estamos construyendo lo podemos construir solamente entre todos, en equipo.

Medicina Integrativa

La medicina se está transformando vertiginosamente y aporta grandes cambios que, ciertamente está resultando en gran beneficio para la población. El desarrollo de la SALUD INTEGRAL, es un tema que nos interesa a todos, no solo por ser agentes de cambio, sino por que además en algún momento también nosotros seremos pacientes.

Crear puentes de comunicación entre la medicina convencional, las terapias complementarias, y prácticas de interacción cuerpo mente, constituiría un gran paso hacia una atención integrada

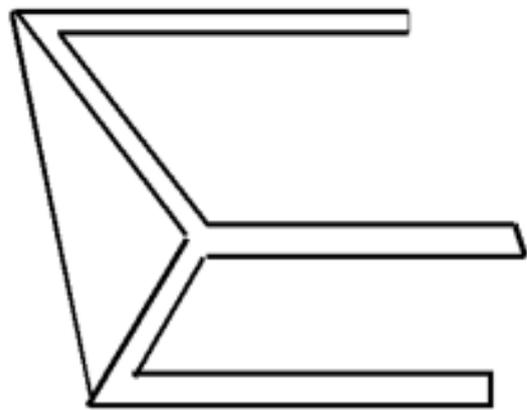
SALUD INTEGRAL PARA EL SIGLO XXI



Proyecto 3^{er} Milenio
ciencia, arte y espiritualidad en una economía de cambio

SALUD INTEGRAL PARA EL SIGLO XXI

Medicina Integrativa



ALOPATÍA

MEDICINAS
COMPLEMENTARIAS

PARTICIPACIÓN
ACTIVA DEL PACIENTE

Proyecto 3^{er} Milenio
ciencia, arte y espiritualidad en una economía de cambio

de los padecimientos tanto en el campo de la prevención como en el de la asistencia.

Desde mi óptica, el concepto de **medicina integrativa** está basado sobre **tres patas o pilares**.

Estos serían: la **medicina convencional**, por medio de la alopátia, con los antibióticos, las intervenciones quirúrgicas, los adelantos tecnológicos.

La otra *pata* o pilar, formada por las llamadas **terapias complementarias** como la homeopatía, la medicina oriental, la herboristería, etc. Dentro de estas es interesante observar que, con el tiempo, ciertas terapias consideradas en su inicio complementarias pasaron a formar parte de la medicina convencional, como por ejemplo la psicología, quedando otras en el camino de lo complementario, léase la osteopatía, la nutrición, etc.

Y tan importante como los otros dos pilares es el que corresponde a lo que llamo la **participación activa y responsable del paciente**. La participación activa del paciente tiene que ver con prácticas que aprende una persona con un maestro, con un profesor, con su terapeuta, con su médico, quien o quienes debieran ser seres que estén en un camino espiritual. El paciente, luego se entrena y termina por incorporar estas prácticas a su vida cotidiana. ¿Para qué lo hace? Entre otras cosas, para contribuir activa y responsablemente a su salud y bienestar.

Muchas de estas prácticas de interacción cuerpo-mente como son las técnicas de respiración, yoga, visualización, reiki, etc. se instrumentan a través de la focalización de la atención de la mente. Aprendemos con cada una de ellas diferentes ejercicios. En estas prácticas la respiración es un tema esencial, si bien no todas ponen allí el acento.

Como terapeuta familiar sistémica parecería alejada de este tipo de prácticas, sin embargo, desde mi actividad profesional, mis pacientes aprenden, además de entender, reformular y actuar sobre sus interrelaciones con los seres significativos, técnicas de respiración y de registro corporal. Uno de los objetivos de esta práctica es poder dar una respuesta alternativa a la reacción espontánea del cuerpo frente a situaciones de ansiedad y stress.

El ochenta por ciento de las consultas actualmente, se deben a patologías derivadas de situaciones de interacción cuerpo mente, por ejemplo, el stress. Y cual es la respuesta espontánea psicobiológica de adaptación al stress? Ante una amenaza interna o externa se ponen en marcha todo un conjunto de sistemas biológicos y conductuales que en base a la capacidad de afrontamiento individual podrá desencadenar en estados de adaptación disfuncional.

Con la repetición de situaciones estresantes en muchos casos comienza el círculo vicioso de ansiedad, búsqueda de satisfacción por medio de conductas de mala adaptación, por ejemplo ingesta excesiva de comida o alcohol generando un bienestar pasajero que lleva nuevamente a las conductas de mala adaptación. Con el tiempo y la erosiva repetición de situaciones sobreviene la transformación disfuncional y aparecen los síntomas y enfermedades.

No podemos evitar el estrés, pero sí, podemos cambiar nuestra respuesta frente a estas situaciones. Los ejercicios de respiración son una acción inmediata que puede aplicar cualquier persona ante situaciones de stress.

El entrenamiento personal por medio de técnicas de respiración, y aplicadas en repuesta a la reacción psicobiológica corporal espontánea son el aporte rápido e inmediato que permite bajar la presión arterial y regular la respiración **si son practicadas consistentemente**.

Desde la alopatía, una de las alternativas está dada insuficientemente por los ansiolíticos, los antidepresivos y otros psicofármacos. Pero hay más posibilidades que pueden ampliar el panorama de alternativas incorporando la medicina complementaria. Buscando y buscando no hemos encontrado hasta ahora aportes mejores que los del entrenamiento personal como respuesta a la reacción o respuesta espontánea corporal.

Por eso insisto en el concepto de tres *patas* o *pilares*. Es fundamental que estas tres formas de abordaje para la salud, estén en interacción, en diálogo continuo e interdependiente. Si bien es agregar complejidad a nuestras vidas, debemos reconocer que los seres humanos somos seres complejos. Por lo tanto el abordaje ha de ser también complejo.

Los avances maravillosos de la alopátia han hecho que nuestras vidas se prolonguen también mucho más que décadas anteriores y la realidad es que si queremos y sabemos que vamos a vivir más tiempo, queremos llegar bien. Ser longevos no limitados ni limitantes, tener una vejez sana, no *durar*, sino vivir apasionada y activamente hasta el final de nuestras vidas. Y en el tema de longevidad no es menos importante la cuestión económica: gastamos millones en medicamentos, visitas al médico, costos altos tanto para los hospitales, como para los pacientes, que, en última instancia, se prolongan en agonía y no en calidad de vida. La idea de una medicina integrativa, con un paciente activo y responsable implica alcanzar una longevidad mayor, más sana y con menor costo económico para todos los involucrados.

Es interesante también si miramos un poco la historia, vemos que, en otro momento histórico la medicina no estaba alejada de otras disciplinas como la religión y la filosofía.

Posteriormente cuando Pasteur descubrió los microbios y con el advenimiento de los antibióticos, el cambio fue radical con respecto al abordaje en salud. Se había encontrado la panacea y apostamos a una manera de curación basada en esta posibilidad, dejando de lado las otras alternativas. Era una manera de percibir la realidad, coherente con un paradigma racional de esa época. Duró muchos años y sirvió a la humanidad toda. Pero también, como dijera Edgar Morin en los años setenta, el paradigma que apostó a las ciencias, técnica y razón como la panacea o respuesta universal, fue tomado como modelo a seguir y se convirtió casi en un dogma de fe, una religión.

Sirvió. Sirve pero no es suficiente. Le estamos agradecidos, pero los procesos de cambio se dan en el tiempo y en el marco de la complejidad. Ahora estamos en un momento de grandes cambios y con la posibilidad de religar nuevamente diferentes campos de una manera más actual.

No es una búsqueda de lo alternativo porque lo otro no resultó. Sabemos que todo es necesario y complementario. Lo

que tratamos de demostrar a través de esto es por qué todo es necesario.

Buscamos los procesos interactivos entre estas áreas, que parecen tan distantes y diferentes, convergiendo hacia el objetivo común: el bienestar psicobiológico social y hasta cultural de los seres humanos. Y lo queremos hacer acorde a los métodos científicos actuales.

Estamos saliendo de una mirada fragmentaria y reduccionista de pensar que lo que mi disciplina hace es mejor y superior a lo que otra disciplina hace para, con mirada y escucha abierta, aprender de los otros tomando a los otros como legítimos otros, desde este modelo de interacción solidario, principio rector de la Fundación.

Por eso estamos reunidos hoy, para que entre todos podamos, con nuestros aciertos y nuestros errores buscar los caminos que lleven a la integración desde la diversidad. Todos sabemos que el yoga es bueno, que la gimnasia hace bien y que comer sano también hace bien. Muchas veces no lo ponemos en práctica porque no encontramos, dentro de lo conocido, aquello que nos satisfaga.

Esta primera reunión tiene entre sus objetivos ampliar los conocimientos, incluso de prácticas que parecen tan alejadas de la medicina, pero que son beneficiosas para la salud. Ojalá sirva para abrir el abanico de posibilidades y nos permita poder interpretar más acertadamente el aporte de la otra especialidad sin invadir los terrenos sino trabajando, y pensando juntos, transdisciplinariamente. El cambio cualitativo de trabajar de esta manera es un cambio de percepción en el campo de la salud, donde el que se beneficia es el paciente. **El paciente informado.** No podemos permitirnos un paciente pasivo, sino uno que debe ser responsable activo de su propio proceso. Esta jornada debe servirnos para empujar nuestros propios límites y realizar el salto cualitativo que nos permita el cambio de percepción necesaria para el beneficio de todos.

Elegí y diseñé este programa abarcativo partiendo desde lo mas conocido hacia los nuevos campos de acción para finalizar con el abordaje frente al cáncer, yendo de lo menos ansiógeno a lo mas ansiógeno.

Comenzaremos por una integración ya comprobada como la Psiconeuroinmunoendocrinología, un *meta o supra* sistema, que comenzó en la década de los sesenta. Hoy está totalmente consolidado y demostrado como integración de diferentes disciplinas. Quien nos hablará sobre ella es un pionero como lo es el Doctor Moguelevsky.

En la primer mesa se tratarán temas reconocidos dentro del campo de la medicina convencional como la psicología, la clínica médica y, si bien el término orthomolecular no es por todos conocidos, todos reconocen los beneficios de los antioxidantes, la vitamina C, etc.

Luego seguimos con la proyección de un video de investigaciones realizadas por el dr. Herbert Benson de la Harvard Medical School. Es una investigación de ciertas prácticas de meditación hecha por monjes tibetanos, llamadas *tumo*. Es un aporte que me pareció importante para lo que considero los cambios fisiológicos que se producen a través de la focalización de la mente.

Comenzamos la tarde con la mesa de los fundamentos fisiológicos de algunas medicinas complementarias: la medicina oriental, con la que no estamos tan familiarizados; la acupuntura; la nutrición, que no todos sabemos como afecta o impacta al sistema inmunológico; también la osteopatía, una forma de medicina manipulatoria que es muy interesante y de la cual muchos desconocemos sus beneficios. Se trata de una mesa de ampliación de nuestros conocimientos.

Pasamos luego a la mesas de terapias o prácticas de interacción cuerpo-mente, durante el desarrollo de la misma además de escuchar haremos unas cuantas prácticas para sentir en nuestro cuerpo y mente, si percibimos, algún pequeño cambio.

Y por último la mesa que nos convoca a todos los agentes de salud, a los pacientes, a los seres humanos, todos sometidos a

las mismas vicisitudes en padecimientos y desafíos. El paciente que sufre, la persona y su familia que está siendo atravesada por el dolor ante una patología no resuelta, como lo es el cáncer. Y veremos qué es lo que podemos brindarles entre todos los que nos consideramos agentes de salud.

Quisiera finalizar compartiendo con ustedes que esta jornada marca el inicio de las actividades de la recientemente formada Asociación Argentina de Medicina Integrativa, A.A.M.I. Es nuestro deseo que desde allí podamos nuclearnos para estudiar e investigar, entre todos, estos procesos interactivos y crear nuevos modelos que den respuesta a las inquietudes en la integración de las diferentes especialidades. Hoy, de hecho, estamos dando los primeros pasos, y creo que estamos en buen camino.

Presentadora: Voy a ser muy breve, no vamos a leer las cartas, pero no queremos dejar de mencionar todo el apoyo recibido de instituciones amigas del exterior como, por ejemplo, de la Harvard Medical School, del programa de Medicina Integrativa de la Universidad de Arizona; del Dr. Efraim Olszewer, pionero de la medicina orthomolecular, de San Pablo, Brasil; del MD. Anderson Institute of Oncology, de Houston, Texas. Hasta ayer estuvimos en contacto con el equipo del Doctor Ginés González García quien no ha podido acercarse, lamentablemente.

Ahora sí, quería presentarles, con todo el respeto que se merece, al Doctor Jaime Moguilevsky, un pionero de la psiconeuroinmunoendocrinología en la Argentina, director del master en psiconeuroinmunoendocrinología de la Universidad Favaloro, ha recibido innumerables premios a trabajos de investigación y distinciones internacionales. Él es miembro del comité ejecutivo del International Society of Neuroendocrinology, miembro fundador de la Institutional Society of Psiconeuroendocrinology, entre otros títulos. Académico correspondiente de la Real Academia de Medicina de España, autor de más de doscientas cincuenta publicaciones de investigación y de cinco libros acerca de la psiconeuroinmunoendocrinología. No me alcanzaría la jor-

nada para citar todos los títulos y cargos que ocupa, así que los dejo con el Doctor Jaime Moguilevsky.

Dr. tiene Ud. la palabra.

Disertación Dr. Jaime Moguilevsky

“La integración ya comprobada”

Dr. Jaime Moguilevsky: Buenos días a todos. Quiero agradecer a la Lic. Reich por la invitación. Es un poco complejo hablar con ustedes por la desigualdad de niveles dentro del área profesional, ya que hay médicos, psicólogos, gente que no está vinculada a las ciencias de la salud, de manera que voy a tratar de utilizar una terminología media y hallar un espacio para que ustedes me puedan entender.

En primer lugar les quiero explicar que yo soy médico de la UBA y que, en la práctica a lo largo de mi vida no desarrollé actividades asistenciales; ya que ni bien me gradué, y desde entonces, me he dedicado exclusivamente a la investigación, trabajando en el laboratorio con el Dr. Houssay. Así que parte de mi actividad ha transcurrido dentro del laboratorio hasta, aproximadamente, el año setenta, setenta y uno, trabajando en neuroendocrinología.

Neuroendocrinología, de alguna manera, representa lo que podemos definir como la ampliación de una especialidad que era la endocrinología. Antes, hace muchos años, se decía “*estoy enfermo de las glándulas*”. Eso correspondía al médico endocrinólogo. Hoy en día no hay glándulas. Es decir: hay glándulas, pero todo el organismo es glandular. El corazón es una glándula de secreción interna. De manera que hoy la endocrinología, prácticamente, no tiene un elemento básico para diferenciar al resto de los tejidos: hormonas fabrica todo el organismo. ¿Para qué este mecanismo de formación de hormonas? ¿Por quién

está controlado y qué controla? Controla todo. Controla la respiración, la circulación, la conducta, todo. Y está manejado por un sistema específico que nosotros llamamos neuropsíquico.

Lo que voy a explicar ahora, son las bases fundamentalmente comprobadas y demostradas internacionalmente, desde el punto de vista científico, sobre esta integración. Hace veinte años, hablar de lo que era una hormona nerviosa era una hipótesis, que ya Freud la planteó en el mil novecientos. Hoy en día ustedes van a la farmacia de la esquina y compran las hormonas nerviosas o sea, las hormonas que fabrica el sistema nervioso.

Desde hace prácticamente más de un siglo se sabe que los estímulos externos e internos actúan sobre el sistema nervioso central y modifican el comportamiento. Esto lo estudió muy bien desde el punto de vista empírico Freud y muchas de sus teorías psicoanalíticas están basadas en esta hipótesis, que, si bien no fue comprobada durante su vida, lo fue posteriormente.

Los estímulos que recibe nuestro organismo pueden ser externos o internos, es decir “exteroceptivos” que significa que vienen de afuera o “interoceptivos” que vienen del interior del organismo. Un estímulo interoceptivo, por ejemplo, es un mal pensamiento, que puede desarrollar un ataque de pánico, por ejemplo. Este estímulo es evaluado por el sistema nervioso central; pero nunca, hasta hace aproximadamente veinte años, se pudo comprobar cómo este evento podía provocar alteraciones somáticas o enfermedades del organismo.

Hay hitos o descubrimientos que nos permiten el desarrollo del conocimiento actual. El primer hito es el primer descubrimiento que muestra la conexión del sistema nervioso central con una glándula que está ubicada dentro del cráneo, la hipófisis. Se demuestra que el sistema sanguíneo lleva, por sangre las **hormonas** que se fabrican en el sistema nervioso central hacia la glándula hipófisis. Se abre así el gran camino de todo el eje. Este es un mecanismo de secreción interna que llega a distintas partes del organismo. La comunicación iniciada en el sistema nervioso central llega a la glándula y la glándula, a su vez, le avisa al sistema nervioso cómo está la situación en el organismo. Esto es

un equilibrio y nosotros podemos saber si está o no en ese estado de equilibrio.

En el año 1980, la gran cantidad de dinero que había, fundamentalmente, para el estudio del cáncer fue llevada prácticamente en un noventa por ciento al estudio inmunológico por el problema del SIDA. Y eso permitió al avance del conocimiento del sistema inmunológico y a conocer elementos trascendentales de este sistema. Lo que yo quiero que ustedes recuerden es que el sistema inmunológico produce también hormonas. Estas hormonas se llaman **interleukinas**, tienen distinto efecto y hoy en día son evaluadas y valoradas en los laboratorios de análisis químico. De manera que todos los sistemas están produciendo hormonas que se interregulan entre sí. Vamos a tratar de ver cómo se interregulan: En primer lugar, el sistema nervioso es quien maneja al sistema hormonal y lo hace por medio de sustancias que se llaman neurohormonas, neuropéptidos o neurotransmisores. Estas sustancias, neurohormonas, neuropéptidos o neurotransmisores, son la base de la psicofarmacología. Cuando ustedes toman un psicofármaco, lo que están haciendo es modificando una estructura en el sistema nervioso central, que cambia el estado de ánimo, el comportamiento, etc. Es lo que dijo la Lic. Reich respecto a estos tranquilizantes, ansiolíticos, etc.: todos modifican hormonas o neurotransmisores del sistema nervioso central. Ahora fíjense ustedes que la modificación en *una* estructura, lleva a la larga y a la corta, a cambios en *otra* estructura. De manera que hay que tener mucho cuidado de no pensar que un determinado psicofármaco actúa solamente sobre el sistema nervioso. Actúa sobre todo el sistema psiconeuroendócrino.

Una cosa muy importante es que estas alteraciones somáticas, las que se producen en este sistema, llevan a cambios en el comportamiento. Es decir, que cambios en el sistema de **neurohormonas** llevan a cambios en el comportamiento. De manera que, en primer lugar, hay que tratar de averiguar con qué cambio somático esta vinculado el cambio de comportamiento.

Hay una cosa que es trascendental: las sustancias que actúan sobre el sistema neuroendócrino, que produce hormonas, son las mismas sustancias que actúan sobre el sistema inmunológico y las mismas que actúan sobre el sistema neuropsíquico. Como los neurotransmisores, la adrenalina, la noradrenalina, el gaba, son las mismas sustancias. De manera que si ustedes tienen la liberación de una determinada sustancia por parte del cerebro van a tener un cambio hormonal y un cambio neuropsíquico, porque son las mismas sustancias y, a su vez, en el sistema inmunológico. De manera que cuando hay una alteración en un sistema también se altera el resto de los sistemas. Hay una alteración prácticamente total, donde la alteración de un neurotransmisor, un neuromodulador, una neurohormona provoca el cambio psíquico y el cambio hormonal. ¿Esto qué significa?: que no hay cambio hormonal sin cambio psíquico y que no hay cambio psíquico si no hay cambio hormonal y esto es trascendental. Yo me refiero, con hormona, al trabajo de todo el organismo en conjunto, porque ya les dije que todo el organismo segrega hormonas. “Nunca van a encontrar un cambio aislado. Encuéntralo o no este *siempre* está asociado.

¿Cuáles son los componentes de este sistema? Tenemos un aparato psíquico, que es el que maneja la conducta; un sistema nervioso, que es el que modifica la actividad sensitiva y sensorial; un sistema neuroendócrino, que está vinculado al crecimiento, la reproducción, etc.; y un sistema inmunológico que son los mecanismos de defensa. Todos estos, manejados por el sistema nervioso central son los que a nosotros nos permiten adaptarnos al medioambiente.

Fundamentalmente el sistema de interrelación del organismo se maneja con neurotransmisores, con neurohormonas, con citoquinas y con hormonas propiamente dichas. Estas son las sustancias que tiene el organismo para regularse. Auto-regularse. Son sustancias que pueden estar en la sangre, o sustancias que pueden actuar directamente de una célula a otra que está al lado. Estos son los elementos; yo les diría que, fundamentalmente, son las sustancias que tiene el organismo para adaptarse, para defen-

derse del medioambiente hostil, o, sino, para adaptarse de alguna manera a ese medioambiente hostil.

Nosotros tenemos estos tres sistemas. El aparato neuropsíquico es el que recibe toda la influencia. ¿Por qué? Porque tenemos los sentidos, que son los elementos fisiológicos que nos permiten la recepción de todo lo que nos rodea. Entonces, una vez que se capta eso, se activa al sistema neuroendócrino, al sistema inmunológico y se obtiene una determinada respuesta.

Esto se puede alterar de alguna manera. Podemos tener una alteración en estos neurotransmisores, neurohormonas, pero puede empezar en cualquiera de los tres sistemas. Supónganse que empiece en el sistema nervioso central, en el aparato neuropsíquico, ahí vamos a tener la patología neurológica, el mal de Alzheimer, el Parkinson, trastornos por ansiedad, esquizofrenia, etc. Si nosotros tomamos a un paciente con enfermedad de Alzheimer, por ejemplo, tenemos un trastorno de los neurotransmisores centrales, pero ese paciente tiene alteraciones endócrinas, tiene alteraciones inmunológicas y otro número importante de alteraciones. Sin embargo, lo que nosotros hemos visto es que esto comenzó en el sistema nervioso central, pero puede empezar en otros lados. Por ejemplo: podemos detectarlo como una patología inmunitaria.

Hay un conjunto de enfermedades, las más *populares* en este momento, que son las enfermedades autoinmunes, o sea, una alteración del sistema inmunológico que empieza, reitero, por un trastorno de la recepción de estímulo. Yo no veo la enfermedad en el sistema nervioso central, pero sí veo el cambio en el sistema inmune. Comenzó en el sistema nervioso central y alteró al resto de los sistemas afectando todo el equilibrio. Ahora para recuperar dicho equilibrio es necesario entrar a través de todos los sistemas involucrados

Las enfermedades autoinmunes, que hoy están *de moda*, como las tiroiditis, o la llamada menopausia precoz, en la mujer, es en realidad una ovaritis autoinmune; es un trastorno inmunológico del organismo que lesiona el ovario. El ovario deja de funcionar y la paciente entra en menopausia. En este ejemplo

la patología se inició en el sistema inmunológico y afecta al sistema glandular. La diabetes es una enfermedad autoinmune que afecta al sistema neuroendócrino y por ende al sistema nervioso central.

También puede empezar por una glándula. Una glándula de secreción interna. Una de las patologías más comunes que se ven relacionadas con el estrés, son los tumores suprarrenales, los tumores tiroideos, etc., pero el concepto es que, empiece donde empiece, el tratamiento únicamente del lugar donde empezó la enfermedad no soluciona el problema.

Durante diez años hubo una patología prevalente que se la conocía con el nombre de adenoma prolactínico, o tumor de la hipófisis, que fue fuente de trabajo para los neurocirujanos. Para llegar a la hipófisis había que abrir el cerebro, hasta llegar a la base del cerebro. Pero era tanta la cantidad de gente que tenía esta patología que empezaron a buscar nuevas técnicas quirúrgicas. Y, al final, hace diez o doce años que se opera, cuando tiene que operarse, a través de la nariz. A través de la fosa nasal se sacaba el tumor y el paciente permanecía sin tumor durante un año. Al año siguiente, a los dos años a los tres años, a lo sumo, volvía a tener otra vez el tumor. Porque ese tumor, que estaba ubicado, fundamentalmente, en la hipófisis, era causado por una alteración de los neurotransmisores centrales. ¿Cómo se solucionó el problema?: modificando el neurotransmisor que producía esa alteración. Y, hoy día, con una pastilla se soluciona el problema.

De manera que lo que yo quiero que tengamos claro es que al atacar o tratar de solucionar un problema local, no nos podemos olvidar del problema general. El tratamiento de una úlcera gastroduodenal no implica dar antiácidos. Hay que dárselos, pero hay que buscar dónde está el origen de la producción de esa úlcera gastroduodenal.

Esto es un poquito más técnico. Los estímulos son todos captados por el sistema nervioso central. El sistema nervioso central los evalúa y produce una respuesta que puede ser motora, por ejemplo un estímulo de un susto (salir corriendo); autónoma, como una vasodilatación, vasoconstrictora; sensitiva, una

sensación determinada; inmunológica, ante un estímulo externo puede haber un descenso de la actividad inmunológica. Por ejemplo: cuando hay una epidemia de gripe no se enferma toda la población. Puede llegar al setenta, al ochenta por ciento. Y ¿por qué se puede llegar al setenta u ochenta por ciento y hay un treinta por ciento que no se enferma? Porque evidentemente la gente que se enferma y que tuvo el contacto con el virus, ha tenido un descenso de su actividad inmunológica por un estímulo externo que puede ser un estrés, o un estímulo interno. De manera que esta es otra de las respuestas psíquicas del sistema nervioso central. Un estímulo externo, a través del sistema nervioso central, puede dar una respuesta de tipo psíquico, es decir un trastorno en la conducta. Por ejemplo, el síndrome de pánico está determinado por una situación que fue de alguna manera mal elaborada. Esa situación ha producido un cambio en los neurotransmisores y un patrón de control de los neurotransmisores que trae ese tipo de modificación de comportamiento. De manera que si nosotros tratamos ese tipo de cambio, hoy en día el trastorno de pánico se cura perfectamente bien.

Neurotransmisores y función cerebral. Estos son los neurotransmisores más importantes, por lo menos los más importantes que conocemos hoy. Se está descubriendo un neurotransmisor cada quince días, así que esto era hasta hace dos meses. La serotonina, por ejemplo, es muy importante. Es un neurotransmisor que está vinculado al comportamiento y fundamentalmente a la ansiedad, a la memoria, etc. La serotonina, hoy en día, es modificada a través de un aumento en su secreción para tratar los estados de ansiedad. Hay un conjunto de fármacos de última generación que aumentan la concentración de serotonina en cerebro y eso permite, de alguna manera, que la ansiedad que causa la disminución de serotonina sea reemplazada. Es decir que a cada uno de estos tenemos, farmacológicamente, la manera de modificarlos. Pero ojo con esto. Los vamos a modificar, vamos a modificar el comportamiento, que es lo que vemos, pero no sabemos qué es lo que va a pasar con el resto del sistema, porque esto es parte de un sistema de control.

El sistema neuroendócrino. Voy a explicarles como funciona. Tenemos un estímulo de afuera o de adentro que modifica al receptor sensorial. ¿Qué es el receptor sensorial? Es lo que yo estoy recibiendo. Cómo capto. Fíjense cómo va cambiando un receptor: un ruido, a la mañana, lo podemos recepcionar en forma distinta que un ruido a la noche. Si nosotros tenemos dolor de muela, un ruido lo vamos a recepcionar de una manera y sin el dolor de muela lo vamos a recepcionar de otra. De manera que esto va variando, y le manda la información para que el organismo se adapte a ese estímulo. Durante la noche, la información que voy a recibir será que es de noche. Entonces el organismo se va a tener que adaptar a la noche. Y se adapta por lo que se llaman los ritmos circadianos. Esto es controlado por un conjunto de centros nerviosos, o computadoras. Cada computadora tiene una función. La computadora acá son los centros y estos centros se interrelacionan entre sí y largan una respuesta que llega al hipotálamo. Esta comunicación entre los centros nerviosos se hace a través de los neurotransmisores, neuroreguladores y neurohormonas. Una vez que va al hipotálamo, este envía señales al sistema endócrino, al sistema inmune, y (hoy se sabe) al tejido graso. La participación del tejido graso en la adaptación es un tema trascendental.

Les voy a explicar un solo caso: ustedes escucharon hablar de la anorexia nerviosa, ¿sí? El tejido graso produce una hormona que se llama leptina, y que va al sistema nervioso central y activa ciertos mecanismos. Cuando una disminución importante de peso, la cantidad de leptina disminuye en grandes cantidades. Entonces la leptina no actúa sobre el sistema nervioso central, no lo estimula para mantener los ejes. Uno de los ejes hormonales que no mantiene es fundamentalmente el sexual. Quiere decir que en una anorexia nerviosa, por debajo de un determinado peso, en una mujer, lo primero que se observa es el cese de la actividad sexual. No tiene menstruación. Entra en lo que se llama amenorrea. Es decir, no ovula. ¿Por qué? Porque esta hormona no le está dando la señal al sistema nervioso de que metabólicamente

esa persona está en condiciones de poder fecundar y generar un nuevo ser.

Piensen en lo que es una anoréxica nerviosa que pesa treinta kilos. ¿Puede quedar embarazada? Imposible. Entonces fíjense ustedes en la inteligencia del organismo: hasta que no se llegue a determinado peso, no se reactiva la actividad sexual. Esta hormona es trascendental en la pubertad. De manera que para llegar a la pubertad y producir (hablo de mujeres porque es mucho más evidente que en el hombre), se necesita fundamentalmente un conjunto de situaciones para que el cerebro evalúe que está capacitada para reproducirse. Y cuando es muy delgada tampoco se desarrollan, hasta que no alcanza un peso óptimo. Ahí tienen ustedes una interrelación entre lo que es el tejido graso, y el sistema neuroendócrino. Cómo el tejido graso puede de alguna manera bloquear totalmente el funcionamiento del sistema neuroendócrino.

Les voy a dar unos pequeños conceptos de este sistema neuroendócrino: Este está formado por todas las glándulas que ustedes conocen. Las hormonas del hipotálamo hoy también se pueden comprar en la farmacia de la esquina, el *LHRH*, el *TRH*, el *CRH*, son hormonas que pasan a la hipófisis y ésta estimula al órgano blanco, glándula, que a su vez envía un mensaje hacia la hipófisis y el hipotálamo diciendo “La orden que me diste, la cumplí”.

Si ese mecanismo falla y el sistema nervioso no recibe la respuesta de haber cumplido una orden, por ejemplo, estimular la suprarrenal, ¿qué es lo que pasa? La estimulación continua, y al seguir estimulándula se produce un tumor en la suprarrenal, o un tumor de hipófisis. Y esto está vinculado con que dicha señal va a modificar ciertos neurotransmisores diciendo: “*la orden se cumplió, baje el neurotransmisor que me produjo el cambio*”. Pero si cualquier situación, ya sea psíquica, inmunológica, no permite que la información llegue, se produce la hiperfunción del sistema nervioso central.

Fíjense ustedes cómo está manejado el ciclo sexual femenino. Yo les traje este ejemplo de lo que es la integración. La medicina clásica de hace quince o veinte años trataba a los trastornos del ciclo a través del manejo de las hormonas. Ustedes se acuerdan de que hay una gonadotropina, que estimula el ovario, el ovario segrega hormonas y la hormona fundamental que libera el ovario es el estrógeno. Este estrógeno: ¿dónde actúa? Yo le doy estrógeno, ¿qué me está produciendo el estrógeno? Esto es de actualidad total, por el tratamiento que hay de reemplazo de la menopausia, etc. El estrógeno está modificando, nada más y nada menos, que estos neurotransmisores. Prácticamente, todos los neurotransmisores centrales. De manera que al administrar hormonas no hay que pensar que la hormona actúa fundamentalmente a nivel de un determinado tejido, que mejora ese tejido. Miren lo que está modificando en el sistema nervioso central. Y si ustedes tratan de corregirlo, van a modificar otra cosa seguro.

Otro de los conceptos fundamentales de integración que yo quiero transmitirles, es que el hombre tiene las mismas hormonas. Exactamente las mismas hormonas. La mujer no tiene hormonas distintas de nosotros, ni nosotros de la mujer. Lo que tiene son distintas concentraciones y distintos modos de secreción. El hombre tiene estrógeno, la mujer tiene testosterona, más aún, les cuento algo: hoy en día uno de los tratamientos fundamentales de la menopausia es con la hormona sexual masculina, la testosterona, que parece que está vinculada con el proceso del alivio. Lo que tiene la mujer qué es muy complicado, yo les mostré a ustedes –no quiero decir que las mujeres son complicadas–, es el estudio del ciclo sexual. Yo les expliqué a ustedes que la administración de una hormona produce cambios en los neurotransmisores. La mujer tiene modificaciones diarias de hormonas a través del ciclo. Quiere decir que esos neurotransmisores se van a ir modificando diariamente. Esos receptores hipersensibles desarrollan lo que se llama el síndrome de tensión premenstrual. Ese síndrome de tensión premenstrual puede llegar a ser grave, tal es así que en EE.UU. es un elemento que disminuye la pena

en caso de asesinato. Muchas mujeres lo usaron para matar al marido, pero tienen que demostrar que tenían ese síndrome. Ahora fíjense ustedes que estos cambios hormonales en la mujer, son muy importantes, y tan importantes que los podemos diagramar observando una secuencia de dibujos realizados en distintas fechas a lo largo del ciclo sexual femenino. Una muchacha de 28 años, a la que se le pidió que haga un dibujo de un pez, en fase folicular el pez sonrío. La fase folicular es la primer fase desde la menstruación hasta aproximadamente la mitad del ciclo. Consecutivamente el dibujo del pez en la fase ovulatoria, cuando ovula, también se sonrío un poquito. El siguiente dibujo el pez parece un poco triste, un poco enojado. Acá tiene estrógeno y progesterona, tiene la combinación de ambas hormonas. Y aquí, pobre pez, es el dibujo en la fase premenstrual. Toda esta secuencia está realizada por la misma persona a lo largo de un ciclo. Esto es la representación de la secreción de hormonas sobre el sistema nervioso. Y cuando viene la menstruación, se empieza a reír de vuelta. Y, por suerte, esta niña había quedado embarazada y esto es lo que hizo cuando se embarazó. (Dibujo con gran sonrisa) Aquí le dije “Dibujá lo que quieras”. De manera que todos estos mensajes son la representación de la acción hormonal sobre el sistema nervioso y llevan a una conclusión: *hay diferencias sexuales en psiquiatría en la incidencia de enfermedades*. Y es lógico. La mujer tiene un sesenta y cinco por ciento más de patologías psiquiátricas que el hombre. Pero ¿a partir de qué momento? A partir del momento de la primera menstruación. Y eso cesa generalmente después de la menopausia.

Les voy a dar algunos ejemplos: la mujer usa anticonceptivos. Usaba anticonceptivos en grandes cantidades y estos provocan una depresión terrible. Hoy en día se han modificado y ya no ocurre eso. La depresión de la fase lútea es lo que yo les mostré a ustedes de la tensión premenstrual recién en la figura del pescado. La depresión perimenopáusica es cuando están cayendo los valores hormonales y la depresión posparto, cuando hay un brusco cambio de hormonas. Esta es la causa por la cual hemos creado en la Fundación Favalaro, en la Universidad, una

carrera que se llama Ginecopsiquiatría. Porque la patología de la mujer es totalmente distinta de la del hombre. Y eso el psiquiatra lo tiene que reconocer. Es muy distinto que un psiquiatra este viendo una mujer que está en el período premenstrual que cuando la está viendo durante la menstruación. Y eso lo tiene que reconocer. Es decir, tiene que trabajar con un ginecólogo, con un endocrinólogo, sólo no se puede trabajar hoy en día con todos estos conocimientos.

Yo quisiera decirles dos cosas del **sistema inmune**. Es el que tenemos para defendernos: las inmunoglobulinas, las hormonas interleukinas y los neuropéptidos. Esto es con lo que contamos nosotros en la circulación permanentemente. Quiere decir que podemos evaluar de alguna manera si estamos o no estamos con una deficiencia hormonal. Estas sustancias tienen un efecto: a medida que vamos avanzando en la edad va disminuyendo, desgraciadamente, nuestra capacidad inmunológica. Este es un estudio muy serio, en el cual se ven las hormonas tímicas. El timo es uno de los órganos inmunológicos más importantes que fabrican los Linfocitos T. Fíjense cómo van cayendo después de los cincuenta años. Y una cosa interesante también es que en este primer momento, en el cual el Timo está de alguna manera reformulándose, hay un pequeño pico, al nacimiento, de posibilidad de tumor en los chicos. Esto está explicado por un mecanismo que depende de la mamá.

Fíjense ustedes como se integra esto: el sistema nervioso central está controlando la proliferación del sistema inmunológico. Y el sistema inmunológico está actuando sobre el sistema nervioso central. Además ya les expliqué que, a través del mecanismo neuroendócrino, el sistema nervioso central está actuando estimulando las hormonas. Estas hormonas estimulan al sistema inmune. El sistema inmune modifica al sistema hormonal. Por lo tanto, la integración es total.

Esto es lo que producen, por ejemplo demostrado, las hormonas del sistema inmunológico: la interleuquina 1 es causante de cambios en la conducta, fiebre y estrés. Es la sustancia que se libera durante el estrés. La interleuquina 2 está aumentada en la

esquizofrenia. Es decir, hay esquizofrenias de origen inmunológico. Por un trastorno de la interleuquina 2, y la interleuquina 6, actúa fundamentalmente en la depresión.

¿Cómo está formada nuestra defensa ante el estrés? Todos hablamos de estrés, pero la primer diferenciación que yo hice de estrés, que la comencé a llamar así y hoy en día se utiliza en todo el mundo, es estrés y *distrés*. Son dos cosas distintas. El estrés es normal. La persona que no tiene un determinado grado de estrés es lo que nosotros en la Argentina llamamos *sangre de borchata*. Hay que tener un determinado grado de estrés. Pero qué pasa: si ustedes piensan, ese grado de estrés *entra-sale-entra-sale*, no es permanente. Lo primero aparece, como de costumbre, en neurotransmisores que estimulan una hormona que se llama hormona liberadora de corticotrofina. Muchos de acá deben haber escuchado hablar, o casi todos, de la adenocorticotrofina hipofisaria o ACTH. Ese es el estrés. Una hormona nerviosa que se llama CRH u hormona liberadora de corticotrofina, es la ACTH de la hipófisis. Este es el eje, que estimula a la corteza adrenal, apoyada sobre el riñón y que segrega cortisol, hormona que nos permite la adaptación al estrés, tener más regulación, más secreción cerebral, más glucosa, etc. Si nosotros tenemos un determinado estrés, segregamos CRH, ACTH, cortisol, en ese momento tenemos algo de taquicardia que luego desaparece cuando cesa el estímulo estresante.

Pero ¿qué ha ocurrido con los otros sistemas en este momento? También se activa el sistema vegetativo simpático y libera una sustancia que se llama adrenalina, que también estimula la corteza adrenal y la corteza aumenta su secreción de cortisol. Todo esto tiene que durar un determinado tiempo porque el cortisol disminuye la actividad del sistema inmunitario, es un inmunosupresor. Tal es así que a los enfermos transplantados se los inunda de cortisol en la primera semana desde que se lo transplanta, para que no haya rechazo. A esos enfermos hay que ponerlos en cámaras especiales para que no se infecten, porque tienen deprimido el sistema inmunológico. Por otro lado, al tener deprimido el sistema inmunológico se segregan interleukinas en

menor cantidad y se trata de alguna manera de terminar la situación de estrés. Por ejemplo: la orden del sistema nervioso fue glandular, adrenal. “*Estoy en una situación de estrés. Segregáme cortisol*”. La glándula adrenal segrega cortisol. El cortisol inhibe que se produzca mas CRH, CTH, que fue el que indujo su secreción. Y ahí se cortó.

¿Pero qué pasa si nosotros llegamos a una situación en la cual esto no se corta? Les voy a dar el ejemplo: si yo les saco el reloj que tienen y se los pongo, ustedes en ese momento sienten el reloj. Pero durante el día no lo sienten. Eso se llama desensibilización de los receptores. ¿Por qué? Por el uso permanente. El receptor ya no descarga. Y lo que sucede en el estrés crónico es que, justamente, este cortisol aumentado no es capaz de inhibir este sistema porque el sistema nervioso no lo reconoce. Se cansó. No descarga y entra en una situación en la cual aumenta el CRH, aumenta el cortisol y entramos en el estrés crónico. Esto tiene otro problema. Recientemente, hace aproximadamente ocho meses, un grupo de investigación de Max Planck, en Munich, Alemania, con el cual tenemos un trabajo en colaboración, descubre que esta molécula es la causante de la depresión endógena. Esta es la que estimula. Aparte de activar el sistema neuroendócrino produce depresión y por eso los enfermos con estrés crónico están deprimidos. ¿Cómo se ha solucionado esto? En este momento hay cuarenta enfermos que han recibido un anti-CRH, y han mejorado en un noventa por ciento.

Pero vuelvo a insistir. Yo estoy dando un anti-CRH, el enfermo no está más deprimido. ¿Qué es lo que ocurre? Tampoco tiene habilitado su sistema de estrés, para responder al estrés. De manera que la situación, hoy en día y dada la gran cantidad de elementos que tenemos para evaluar, es que no incluimos lo que no conocemos, y son muchos de esos elementos los que probablemente en el futuro nos van a permitir realizar una integración más generalizada con muchos más conocimientos.

Creo que he tratado de ser claro. Lo que quiero explicarles es que la maestría que damos en la Universidad Favaloro dura dos

años y nosotros no buscamos formar psiconeuroinmuno-endocrinólogos. Lo que nosotros queremos es que el psiquiatra tenga conocimientos básicos de inmunología, de neurología y de endocrinología. Que el endocrinólogo tenga conocimientos básicos de psiquiatría, para poder trabajar en equipo.

Hace dos años vino la jefa del servicio de psiconeuroendocrinología de la Universidad de La Habana. Yo me extrañe mucho, no la conocía, y le pregunté cómo trabajaban. Ella me dijo: “Cómo *trabajar*, doctor, nosotros estamos en la misión del hospital. Nosotros somos los que recibimos a todos los pacientes, y los que los derivamos.” De manera que esa es, yo creo, la medicina que vamos a tener que encarar en el futuro.

Muchas gracias.

Preguntas

Oyente: ¿Existe en la actualidad, está publicado algún libro que resuma un poco toda esta conceptualización?

Dr. Moguilevsky: Esa es una pregunta que nos hacen todos los años. Hay un libro que publicamos con el Dr. García Badaraco, titulado “Psiconeuroendocrinología del estrés”, de Editorial Paidós. Pero es muy parcial. Porque fíjese: para hacer un libro de esto, hay que hacer un libro de inmunología, de endocrinología, de psiquiatría... es muy complicado. Yo he tenido cincuenta veces la idea pero no se puede. Lo que sí se puede, es recopilar casos de integración, ejemplos como yo les di.

Oyente: ¿Qué piensa usted sobre el trabajo de Canvas Huber, en los Estados Unidos, no sé si lo conoce, sobre las moléculas de emoción.

Dr. Moguilevsky: Yo no conozco el trabajo. No lo conozco, pero la emoción como elemento inductorio es producido, fundamentalmente, por los neurotransmisores. Tenemos el centro del hambre y de la saciedad. Cuando una determinada situación de estrés nos produce un estado en la cual es muy habitual comer

mucho o dejar de comer lo que se modifica son los núcleos. El núcleo del hambre y el núcleo de la saciedad. Entonces lo que ocurre es que ese neurotransmisor actúa sobre el núcleo del hambre y sobre el núcleo de la saciedad.

Ahora: ¿por qué en una persona produce hambre y en otra produce falta total de apetito? El *pattern* de secreción que nosotros tenemos de neurotransmisor es una cuestión genética. Nosotros venimos predispuestos a hacer una determinada alteración de este sistema. ¿Qué significa “*venimos predispuestos*”? Venimos con un patrón de secreción de serotonina menor que el de otra persona. Entonces, ¿qué vamos a hacer? Vamos a ser depresivos.

Hicimos el siguiente experimento. cuando salí del laboratorio, en el que trabajé cuarenta años, me dije: “En la vejez voy a hacer las cosas que me gustan, no las que me obliguen”, Fui a contactar, en distintos lugares del interior del país distintas maternidades y hablé con los médicos parteros, y les pedí que, cuando naciera el bebé, hagan dos cosas.

Yo le pregunté:

–“¿Cómo nace el bebé, qué hace después que nace?”;

–“Y... el doctor baja la cunita y lo lavamos”.

Había otras maternidades en las cuales se lo ponían a la madre encima. Es obligación sacar una gota de sangre al bebé para detectar en este momento hipotiroidismo, etc. Entonces nosotros medimos el estrés, medimos cortisol, medimos ACTH, etc. Los bebés que estaban con la madre puestos encima tenían un nivel de secreción de corticoides menor que los otros niveles. Y ahí se está armando el eje adrenal. Piensen ustedes que nivel de estrés tiene un chico al que le pegan, que es maltratado, etc. Entonces, todo lo que suceda hasta aproximadamente los diez años configura nuestra estructuración. Y que no es otra cosa – yo puede ser que sea muy organicista- que nuestra estructura de los neurotransmisores.

¿Alguna otra pregunta?

Oyente: Doctor, yo acabo de hacer una deducción, y quisiera saber si es acertada. De acuerdo a todo lo que acabo de recibir, pienso que ante una situación de estrés grave se me ocurre que lo ideal no es en realidad el abordaje psicológico, exclusivamente, sino psiquiátrico, porque pienso que se unirían la parte química, para arreglar todo el tema de neurotransmisores, más el apoyo humano del espacio terapéutico, con la catarsis con la conversación, etc. Pero me parece incompleta la psicología sola. Estoy de acuerdo con este planteo de concentrarse en la parte química. ¿Puede ser?

Dr. Moguilevsky: Sí, es así. Y tal es así que los tratamientos psicológicos de cinco años derivan. Se acabaron. Los psicoanalistas se acabaron primero porque no hay nadie que lo pueda pagar. Y segundo porque no sé si es una cosa o es otra pero yo le explico una cosa: antes se decía que para tratar a un paciente con una crisis de angustia, “hay que tenerlo en la crisis de angustia”. Es decir: no hay que darle ningún psicofármaco. Hay que dejar que sufra. Es una barbaridad. Hay que hacer la combinación de psicoterapia, con psicofarmacología, porque no tiene ningún sentido. Entonces eso es lo que se hace en el mundo. Yo creo que prácticamente hoy en día las sesiones desaparecieron. Ya no existen más.

Yo creo que lo más importante que tenemos los científicos, lo único importante que tenemos, es poder modificar nuestras estructuras. Cuando uno piensa en *una* cosa y encuentra *otra* cosa, aceptar que la otra cosa *es*. Hasta el año 1980 o 1985, no confiaba en Freud, absolutamente. Más cuando leí un artículo que le manda Freud a un amigo de él, en el cual le dice que el sexo entra por la nariz, yo digo: bueno, hasta aquí llegué. Yo era una persona que descreía.

Pasaron los años y en el año 1994, gana el premio Nobel de Medicina un amigo mío de la Rockefeller. ¿Saben qué descubrió? Que las neuronas hipotalámicas que segregan los factores liberadores de gonadotrofina, que controla el eje, están en la nariz. Y de la nariz, durante el nacimiento, se van al hipotálamo, y *quedan* en la nariz. Quiere decir que es cierto que el sexo

entra por la nariz. Y esa es la base de toda la estructura de los perfumes, etc. y de la atracción sexual. En otra oportunidad les voy a comentar lo que son las feromonas, que, cuando uno ve una persona y dice: “A mí no me cae”, realmente no le *cae* porque no tiene la feromona que el recibe. Y eso *es* así.

Muchas gracias.

Oyente: Doctor, ¿le puedo hacer una preguntita? Ante una situación de estrés, sube el nivel de cortisona. ¿Cómo entra ahí una reacción alérgica?

Dr. Moguilevsky: la crisis alérgica es producida por alergenos. Cuando estos alergenos entran al organismo son combatidos por un sistema inmunológico innato que nosotros tenemos. Cuando usted está en estrés, usted aumenta el cortisol, y el cortisol le baja la capacidad del sistema inmunológico para combatir los alergenos. Y así es con las psoriasis, es con todo. Inmunológicamente está deprimido. El ejemplo típico de esto, el paradigma, es la enferma que tuvo un cáncer de mama a los veinte años, que está descripto, y que a los cincuenta hace una metastasis del tumor vaginal. Eso, luego de treinta y cinco años. ¿Qué paso? Dos meses antes había fallecido el marido. Era el mismo tumor y ese es el ejemplo de cómo la caída del sistema inmunológico produce un tumor.

Dr. Moguilevsky: A aquellos profesionales que sean psicólogos: en la Fundación, hemos otorgado quince becas para que no les cueste prácticamente nada hacer la maestría. Eso es una manera de contribuir para que la sociedad médica vaya conociendo estos temas. Así que los que estén interesados...

Mesa Redonda I

Medicina Convencional

Una visión integradora

Coordinadora de mesa Lic. Rita Macchi:

Coordinadora: Esta mesa tratará sobre medicina convencional, con una visión integradora. La conforman la Doctora Mónica Yovanetti, médica clínica especializada en Medicina Interna; Jefa del Servicio de Adolescencia del Hospital de Agudos, de Tigre, hasta 1995; Jefa del Servicio de Prevención y Diagnóstico Precoz en Oncología en el Instituto Fleni, hasta 1998; Co-autora con el Doctor Stanley Kinner de los libros “Desarrollo e interconsulta” y “Modelo Clínico Situacional”; coordinadora de grupos de interconsulta y terapia de tarea médica.

La Licenciada Sara Baringoltz, Directora del Centro de Terapia Cognitiva de Buenos Aires; Fundadora y asesora científica de la Asociación Argentina de Terapia Cognitiva; compiladora y autora del libro “Integración y aportes cognitivos a la psicoterapia”. Integrante del Centro de Terapia Cognitiva.

Hablará la Dra. Gladys Oviedo en reemplazo del Dr. Víctor Adelardi, lamentamos su ausencia. Doctora Gladys Oviedo, bioquímica de la Universidad de Buenos Aires; *Master* en Psiconeuroinmuno-endocrinología título otorgado por la Universidad Favaloro; docente de Fisiopatología de la Universidad Kennedy; Jefa del Laboratorio de Endocrinología del Hospital de Agudos Dr. I. Pirovano del Gob. De la Ciudad de Bs. As. y miembro de la recientemente formada “Asociación Argentina de Medicina Integrativa”.

Vamos a darle la palabra a la Dra. Yovanetti

Dra. M. Yovanetti: Buenos días. En principio agradezco a la Licenciada Susi Reich por poder formar parte de esta jornada y

de esta mesa interdisciplinaria que yo defino con una sola palabra, que retomaré dentro de unos minutos, que es integración. Integración en una mesa donde nos unimos la clínica, la psicología y la bioquímica para hablar, supongo, acerca de estas relaciones y de los pacientes. ¿Por qué digo supongo? Porque en mi primer conversación con Susi me quedó claro que lo que se intentaba era plantear integración. En mi caso integración en la medicina. Me quedó claro que, desde el momento en que estábamos formando una mesa con distintos profesionales del área de la salud, esta sería una mesa interdisciplinaria, multidisciplinaria, transdisciplinaria, y una mesa que intentaba trabajar en equipo, porque no nos conocíamos. Mucho más me gustó cuando pregunté *cuál es el tema, de qué se trata* y Susi me contestó: “Contá lo que hacés”. Este es el tercer concepto que a mi me interesa, junto con los dos anteriores, que es el de la flexibilidad.

Yo creo que, en este momento, la medicina, el médico, cualquier individuo integrante de los equipos de salud no puede pensar en la atención de un paciente si no se integra, no se aprende, no se sabe, no se intenta, no se está absolutamente convencido de que la medicina pasa también por un trabajo en equipo, y si no se es flexible, justamente, para poder integrar e integrarse y entender. Yo voy a decir médico muchas veces, pero no porque crea que el médico es el único. Sino que yo soy médica y hablo desde mi punto de referencia.

El paciente no es un ser aislado en el universo ni es un ser que devino enfermo en la sociedad. El paciente es alguien que tiene una historia personal, una historia familiar, una historia de padecimientos que desembocaron en síntomas. El primer momento en donde el paciente sufre, padece o empieza a tener miedo, en silencio, es, por así decirlo, un momento desorganizado de la enfermedad. Pasa algo en alguno de sus ámbitos: en su ámbito personal, en su ámbito familiar, en su ámbito social, le está ocurriendo algo, aunque todavía no tenga un cauce.

En el momento en que ese paciente transpone el umbral del consultorio está empezando, y ojalá así sea, una nueva fase en

su enfermedad. Es la fase que podemos llamar de organización. Él está buscando a alguien, a otro, ya sea médico de la especialidad que sea, kinesiólogo, psicólogo o simplemente alguien que, aparentemente, está necesitando y que lo está buscando para poder organizar y organizarse. Y ese alguien, llamémoslo médico, empieza a interactuar con ese paciente. Empieza a crearse un campo que es dinámico porque incorpora lo que el paciente dice, lo que el médico escucha y lo que le contesta, y en donde el paciente llega con toda su historia y se encuentra con otro.

Este otro, un médico por ejemplo, tiene también su historia, pero sería debería estar lo suficientemente entrenado como para que esa, *su* historia, no sea volcada hacia la historia del paciente. Y esto lo digo porque más de una vez yo escucho: “Si yo fuera usted...” No. Al paciente no le interesa si el médico es *yo*, no tiene nada que ver. El paciente va a buscar a alguien que lo entienda a él. Y no que le cuente que si él fuera el paciente haría *no sé que*, o pensaría *no se cuánto*. Con esto me refiero a que hay un campo dinámico constante de ida y vuelta entre el paciente y un médico supuestamente discriminado.

El médico debe *integrar*, por eso retomo esta primer palabra, al paciente en eso que llamábamos integración de cuerpo, integración del paciente con su familia e integración de sus conocimientos en el tratamiento. El médico integra al paciente, lo que le parece que este paciente representa, y empieza a jugar con su conocimiento. De esa manera se establece una estrategia diagnóstica, una estrategia terapéutica y una estrategia de seguimiento.

El problema es que aquí no hay recetas. La misma patología en dos, tres, cuatro o cinco individuos es absolutamente distinta. Podrá ser similar la forma que uno tiene de diagnosticar un cáncer, una diabetes, lo que fuere. Pueden usarse estrategias diagnósticas similares pero cómo esta enfermedad empezó a cursar, primero por síntomas, en la cabeza de ese paciente, y cómo va a seguir cursando, y qué va a pasar con este paciente cuando yo empiece a devolverle su diagnóstico, sus terapéuticas, es absolutamente diferente de uno a otro. Y lo que sucede, a mi

entender, es que, aunque el médico clínico esté viendo a un mismo paciente en distintas oportunidades, cada vez que llegue traerá alguna variable diferente a las otras veces, porque, entre consulta y consulta, le estuvieron pasando muchas cosas.

Aquí viene la parte de la *organización*. Se organiza su diagnóstico, se organiza su terapéutica, se organiza su seguimiento y se organiza su acompañamiento. Por supuesto, es distinto si es una gripe, si es una neumonía, si es una diabetes, si es una enfermedad pulmonar crónica, si es cáncer o si es SIDA. El acompañamiento, en cada caso, será diferente. El seguimiento va a ser diferente. Y, seguramente, aquellas cosas que demanden los pacientes van a ser diferentes. Son diferentes las patologías agudas que las crónicas, y, a su vez, lo son mucho más las crónicas cuando hay peligro de vida, cuando hay sufrimiento o hay dolor.

Más de una vez me encontré saliendo de la casa de un paciente y, tal vez, un poco sonriéndome y diciendo: “Esta es la gripe más complicada que tuve que atender en los últimos diez años”. Esto no significa que la gripe por ser gripe no tiene importancia. Hay gripes de las que, por el contexto particular en que ese paciente está en ese momento, pueden nacer patologías para él tan importantes como para otros la neumonía o lo que fuere.

Hubo un momento de gran atomización en la medicina que llevó al surgimiento de muchas especialidades y por ende de muchos especialistas.

Yo dije, hace unos minutos, que no concibo el médico que no trabaje, que no sepa, que no quiera o que no le parezca importante trabajar en interconsulta o en equipo. Yo nunca hablo de que derivo a un paciente. A los pacientes, a mi entender, se los consulta. Pasado el primer tramo (en donde el médico se encontró con el paciente, hizo una estrategia diagnóstica y conoce el diagnóstico), y al solicitar la colaboración de otro (médico, psicólogo, psicoterapeuta, psicoanalista, kinesiólogo, etc.), se establece una relación entre más de dos personas. Nunca se deriva al paciente. El paciente no es un objeto, no es una cosa que yo

la mando, la traigo, la pongo, la saco. Con el paciente se consulta. Y el trabajo en equipo, que muchos médicos no hacen, es la comunicación previa. No se puede mandar a un paciente a un especialista si uno, como médico de cabecera, no ha comunicado previamente cuáles son los motivos por los que lo está mandando. No es un paquete, es alguien que ya empezó a tener todo un desarrollo de *consultorio*, y que, luego de atravesar otros consultorios, volverá al nuestro.

La tranquilidad del paciente, por lo menos en mi experiencia, es mucho mayor cuando los médicos se comunican entre sí. ¿Y esto les parece una tontería? Es algo que no ocurre. Ustedes pregúntense, pregúntenle a otros médicos, pregúntenle a los pacientes cuántas veces un médico se comunicó con otro seriamente. Y con seriamente no me refiero a “Estimado doctor, le envío al *no se qué* para *no se cuánto*”. *Comunicarse*, que un médico hable con otro. Esto es lo que yo pienso que es el trabajo en interconsulta.

Si esto ocurriera los pacientes no estarían diciendo: “Necesito alguien que me dirija la orquesta” Esto es una expresión muy habitual en los pacientes: *necesito un director de orquesta*. Necesito que me organicen. Estoy *como puerta sin manija*, estoy confundido. O, en otro caso, es el paciente mismo el que busca toda esta diversidad de profesionales y valdría la pena saber por qué en cada caso. Es él el que decide. “Me duele la garganta entonces voy al otorrino, me duele la cabeza, entonces voy al neurólogo, me duele *tal cosa*, entonces voy *al otro lado*. Es un ida y vuelta. A veces es al médico a quien le resulta más fácil *fraccionar* al paciente, derivarlo y desentenderse de él. Y, otras veces, por situaciones personales, hay pacientes que prefieren hacer todo esto en lugar de llegar a una instancia integradora.

El paciente siempre tiene algo. Cuando trabajo con residentes o con alumnos de posgrado me llama la atención las veces que escucho: “No, no tenía nada”. Eso no existe. No existe el paciente, el ser humano, que fue a un consultorio porque no tenía nada. No tenía nada, a lo mejor, porque uno como médico no llegó a saber qué síndrome, enfermedad, o qué exactamente le

está pasando, con nombre y apellido: “Es un Guillen Barre, es un Barreliou, es esto, es aquello”. Pero nunca, no tiene *nada*. Algo tiene, porque llegó a un consultorio. Tiene algo que tendrá que ver con síntomas, con órganos o con miedo. Hasta un paciente que se hace un chequeo viene por algo.

Hay una pregunta que yo muchas veces hago, cuando el paciente dice: “No doctor, simplemente vengo a hacerme un chequeo”. E interrogando, de repente, uno pregunta: “Usted ya pensaba hacer un chequeo en los últimos tiempos. Pero ¿por qué está hoy aquí? ¿Por qué no la semana pasada? ¿Y por qué no dentro de un mes?” Y en un gran porcentaje hay una causa, que el paciente, por pudor por parecerle que es tan poco importante, ni siquiera planteaba. Sin embargo, ni bien uno rasca un poquito, en un ambiente de diálogo sencillo y fácil con el paciente, aparece la causa y, a lo mejor, es reveladora de lo que le estaba pasando en ese momento para consultar y decidirse a ver un médico.

Hay otras dos palabras que leí en el programa: *atención y prevención*. Hay muchos médicos que no creen, como si fuera una cuestión de fe, en la prevención, y se pierden, a mi entender, una parte muy rica de la medicina y del ser humano que es la posibilidad de encontrar y diagnosticar conductas de riesgo que todavía no llegaron a la enfermedad y, eventualmente, poder ayudar en esa instancia, cuando todavía se está a tiempo, a cambiar un futuro. O bien hacer un diagnóstico precoz.

Yo tengo colegas, amigos, a los que no les importa saber si un paciente va hacia la hipertensión, porque “*qué vas a hacer*”; o si tiene marcadores que podrían significar una diabetes en algunos años. “*Y bueno, qué se va a hacer. De cualquier manera, qué se va a hacer.*” O, aun en temas como la oncología, en donde dirían “*¿Para qué enterarme?, ¿para qué enterar al paciente de algo con tanto tiempo si en realidad hay poco para hacer?*”. Yo pienso que la prevención es muy importante.

Les voy a comentar una experiencia en el hospital de Tigre. Organizamos un consultorio externo para adolescentes intentando no solamente tratar adolescentes con muchas patologías sino hacer prevención. La idea era que los chicos llegaran y el primer

lugar a donde pasaran fuera ese consultorio. El resultado fue que se necesitaron muchos memos, radiografías, cuando el muchachito iba a neumonología, a otorrino, por la sinusitis, por lo otro. Gracias a esto, hubo un ahorro a nivel hospitalario y hubo una gran adhesión, ya que los chicos volvían a ese consultorio. Lo que sucede, es que los adolescentes, cuando vienen para hacerse tratar y uno le dice: “Mañana vení a no sé dónde, y pasado vení a no sé cuánto”, no vuelven. Hubo una gran adhesión. Venían los chicos con su papá, con su mamá, y después venían los amigos del colegio porque se había corrido la bola de que en el hospital se los atendía bien. Iban siempre al mismo lugar, veían siempre las mismas caras. Y, realmente, fue una experiencia muy rica, y gracias a ella se pudo hacer por un buen trabajo en prevención de conductas de riesgo. Desde las sencillitas, como podían ser chicas con ciertos trastornos alimentarios, como tabaquismo, alcoholismo, y, por supuesto, la prevención de conductas de riesgo más serias, como serían las enfermedades de transmisión sexual, SIDA, etc.

Me parece fundamental saber integrar al paciente y su historia. No para hacer psicoterapia. Yo soy médica clínica. Yo no hago interpretaciones. Lo que yo hago es tratar de entender para poder organizar una estrategia terapéutica que le sirva al paciente, y no indicarle algo por lo que, al llegar ese paciente a la puerta, diga: “Está loca”.

Es importante integrar, trabajar en equipo, porque, a esta altura de la medicina, nadie lo sabe todo, y el que piense eso está loco. Ser flexible, para no sentirse dueño del paciente, para saber que los roles cambian. Por ejemplo: si estoy trabajando con un psicólogo y con un oncólogo, habrá momentos en que el psicólogo va a ser el que comande el equipo, en otro momento lo será el oncólogo y en otro lo seré yo. Pero todos tenemos que saber eso. El paciente no le pertenece a ningún médico. Él es el depositario de lo que nosotros conocemos, y es él el que se tiene que beneficiar de esto y no perjudicarse por la pelea que muchas veces ocurre entre los profesionales. A esto me refería con el tema de la flexibilidad.

Coordinadora Rita Macchi: A continuación la Lic. Sara Baringoltz

Sara Baringoltz: Quiero felicitar a Susi Reich por lo osado de sus propuestas, y lo valiosas, porque para muchos pueden ser considerados propuestas de hereje.

Ustedes vieron que a lo largo de la vida de todo lo que escuchamos y de todo lo que vemos hay frases que nos quedan y otras no. Evidentemente, esto tiene que ver con el estilo personal de cada uno. Cuando Susi me invitó a participar me acordé de una de esas frases que me ha quedado como impacto a través de los años. Es una frase de Maslow que dice, más o menos, algo así: “Si el único instrumento del que uno dispone es un martillo, uno tiende a ver todo como si fuera un clavo”. Yo creo que me acordé de esto porque me parece que todos los que estamos aquí reunidos es porque intentamos no disponer solo de un martillo. Intentamos tener una actitud abierta, flexible, que nos permita tener distintos instrumentos que ayuden a la persona que está enferma, que sufre, para evitar que sufra. Y estamos abiertos y flexibles a escuchar y a usar instrumentos que otros tienen y que resultan útiles, o acudir a los que cuentan con otras formas de abordaje y de ayuda.

Partiendo del supuesto de que todos aquí tratamos de no quedarnos sólo en el martillo, quería comentarles cuál creo yo que puede ser el aporte de formas y de enfoques psicoterapéuticos. De alguna manera han empezado a desarrollarse, y han sido utilizadas en los últimos años, como el enfoque cognitivo en psicoterapia. No es en lo que estoy embanderada (no soy una terapeuta cognitiva) sino que mi postura es la de integrar los aportes cognitivos en la psicoterapia.

Me gustaría contarles un poco acerca de esto porque en este país y en esta ciudad en general sabemos bastante sobre el psicoanálisis, tanto profesionales como no profesionales, pero recién en estos últimos años tenemos acceso a nuevas formas de abordaje.

En principio, lo que quiero comentarles es que yo originalmente no vengo de la terapia cognitiva, como la mayor parte de los terapeutas que la utilizan. Vengo de muchos años de psicoanálisis y de haber viajado por otras líneas terapéuticas. ¿Por que me detuve acá? Porque me pareció interesante por la misma razón por la que estamos reunidos acá y por lo que estamos participando de esta jornada. Y es el hecho de que los enfoques cognitivos en psicoterapia son considerados un puente, Son considerados una forma de integración en la psicoterapia. Y están basados, desde su inicio, desde su cuna, en un enfoque interdisciplinario.

Voy a ser muy sucinta por el tiempo que tenemos, pero en el nacimiento de los enfoques cognitivos en psicoterapia, aparecen fundamentalmente distintas variables.

Una es lo que se llamo en los años sesenta la revolución cognitiva. La revolución cognitiva fue en su momento un movimiento que facilitó, promovió y enfatizó el trabajo interdisciplinario. Justamente se cuestionó en ese momento las jornadas, congresos, revistas que solamente reunían a gente del mismo kiosco, o el mismo negocio, gente de la misma línea. Y se favorecieron los encuentros en los que había personas de distintas disciplinas. Estaban los psicólogos junto con los filósofos, con los dedicados a la neurociencia, la lingüística, a la inteligencia artificial, en fin, gente de distintas disciplinas que crearon un concepto que fue el de ciencia cognitiva.

En este espíritu interdisciplinario es que empiezan a desarrollarse los primeros enfoques cognitivos. Estos enfoques cognitivos trajeron, además del espíritu interdisciplinario, el cuestionamiento de las dicotomías y de las luchas. En los años sesenta, en el mundo, las líneas predominantes en psicoterapéutica eran el psicoanálisis y el conductismo. Se habían empezado a desarrollar otras líneas, pero no tenían la importancia de estos dos enfoques. Cuando surge la terapia cognitiva, a través de psicólogos que venían tanto del psicoanálisis como del conductismo, lo que se plantea es un enfoque que desde el punto de vista teórico era

integrativo y desde el punto de vista técnico era ecléctico. Esto de ecléctico, en esas épocas y sobre todo en nuestro país, no era buena palabra. Yo creo que recién hoy estamos pensando en que no es malo ser ecléctico y no es malo ser integrativo.

El enfoque cognitivo trata de salir de la dicotomía del psicoanálisis y del conductismo en cuanto al énfasis. El énfasis, fundamentalmente, en tomar los resultados conductuales como válidos, como planteaba el conductismo, o solo válido en navegar por el mundo interno inconsciente del paciente. Y se trata de desarrollar una teoría y una técnica en la que se pueda acceder al mundo interno del paciente sin descuidar la importancia de que haya cambios conductuales y remisiones sintomáticas.

Una de las características de los enfoques cognitivos es que siempre se trabajó en situación de equipo. Y que, en realidad, lo que se plantea desde el comienzo, y esto ya en los años sesenta, es romper la dicotomía entre si es algo físico o algo psicológico lo que le pasa al paciente. "*Es esto o es lo otro.*" Se trata de cuestionar esta dicotomía.

Es una persona, por lo tanto le pasa de todo. Por lo tanto todo está incluido. Realmente hay muchísimos cuadros donde no se sabe cuál es el huevo y cuál la gallina. Por dónde empieza la patología a veces se sabe, a veces no. Pero qué la provoca es muy difícil saberlo.

Lo que sí sabemos es que siempre está incluida la totalidad de la persona. En los congresos de psiquiatría, en los últimos años, el enfoque cognitivo aparece como uno de los más aceptados por los médicos y los psiquiatras. ¿Por qué? Yo creo que por esta característica: evidentemente, dentro de los grupos terapéuticos hay una misión colaborativa. Muchos tratamientos se plantean como tratamientos combinados, y no solo tratamientos combinados entre lo psicológico y lo médico. Muchísimas terapias se completan con otras formas alternativas de ayuda. No es ajeno para alguien que trabaje en esta línea recomendar actividad física, yoga, relajación o múltiples formas que colaboren con la terapia, porque, en realidad, se piensa que, si ayuda, es bienvenido.

Ustedes a esta altura se preguntarán: “¿Qué es esto de la terapia cognitiva? ¿En qué consiste?” Hay algunos supuestos que se los puedo transmitir en este pequeño espacio.

Yo diría que el principal supuesto se basa en una frase de Epícteto muy antigua que dice que “*La gente no sufre a partir de los hechos, sino por la visión que tiene de los hechos.*” Un elemento fundamental en la conceptualización y el desarrollo psicoterapéutico son los significados que atribuimos a los hechos. Esto no quiere decir que no haya hechos traumáticos, desde luego que los hay. Pero, ¿qué es traumático para Juan y qué es traumático para María? La diferencia a veces es el significado. Y además a veces la diferencia entre desarrollar una sintomatología o no tiene que ver con el significado atribuido.

El Doctor Moguilevsky trajo el tema del ataque de pánico, que es un tema muy trabajado desde este enfoque. Además de todo lo que el citó, para que un ataque de pánico se desencadene tiene que haber un pensamiento catastrófico acerca de la percepción del síntoma que en ese momento se tiene. Si yo en este momento me siento mareada y digo: “Estoy mareada porque no tomé el desayuno”, es muy difícil que desarrolle un ataque de pánico. Pero si yo en este momento me siento mareada y empiezo a hacer funcionar la maquinilla cognitiva, las ideas catastróficas, y ya me veo en la ambulancia en la puerta y pienso que me voy a desmayar, y sigo aumentando la ansiedad, aumenta la sintomatología y sigo aumentando las atribuciones catastróficas (como “me muero”) puedo provocar un ataque de pánico.

Este es un elemento fundamental con el que se trabaja hoy en día cuando uno incluye estos enfoques. Además de una conceptualización que, creo, está hoy muy presente en el planteo de esta jornada, **es la actitud activa del paciente.** Dentro de este enfoque, la metáfora que se suele usar de la relación terapéutica es la de un *team*, o sea un equipo de trabajo. Hay un equipo de trabajo donde uno cuenta con funciones diferenciales, pero los dos, o el número que sea, de personajes que están en el escenario terapéutico tienen una actitud de ser agentes de la necesidad de cambio.

Otro elemento es que la terapia no termina en la hora de terapia. O sea, lo que se llama la autoterapia empleada. De alguna manera el concepto es, que la terapia continúa en el sentido de que el paciente o el cliente o la persona sigue siendo activo más allá de la hora que está con su terapeuta.

Hay muchas otras conceptualizaciones pero no las desarrollaremos aquí.

Coordinadora: A continuación la Dra. Gladys Adela Oviedo.

Dra. Gladys Adela Oviedo: Hemos escuchado las palabras y la visión de una médica clínica y de una psicóloga. A mí me toca la parte más difícil, porque soy bioquímica y tengo que adaptar mi lenguaje para que todos ustedes lo comprendan y para que les sea útil.

Esta es la parte más difícil de la integración. También pueden preguntarse “qué hace una bioquímica”, “cómo se integra”; ya que es un personaje de la medicina que se dedica a hacer mediciones, cuantificaciones. Y la historia fue muy simple: yo recibía a los pacientes en forma personal en el laboratorio. En forma personal tomaba todos sus datos y me ponía a dialogar con ellos. Muchas eran mujeres, y se ponían a llorar a través del diálogo. Tanto fue así que un día mi jefa me llamó me dijo: “¿Por qué tratás tan mal a la gente? ¡La mitad de las mujeres se van llorando!” Pero después vio que, en realidad, se iban llorando pero me daban un abrazo y un beso. Entonces me preguntó qué pasaba. Y yo le dije: “Les hice algunas preguntas y las escuché.”

Y así, desde la bioquímica, comencé a tener una posición y una postura filosófica frente al paciente y frente a la medicina que me llevó a esta integración y a estar con ustedes hoy acá. Esto, desde un plano molecular y prácticamente biofísico, que está más sobre el plano de la física, y, más aun, de la física que se acerca a la cuántica. Es bastante difícil, pero espero que les pueda dejar algún aporte que les pueda ser útil, fundamentalmente, tratando de llegar a través de todo esto al plano de la integración.

La revolución de la medicina orthomolecular

Medicina orthomolecular significa conservar una salud óptima y tratar las enfermedades por medio de sustancias que son propias del organismo. Quizás esto sea nuevo para algunos por desconocimiento, pero en el transcurso de la evolución de la ciencia una o dos personas en el mundo continuaron, desde hace mucho tiempo, con el trabajo de sus profesores, de sus maestros y lograron continuar en la difusión del conocimiento a través de mínimos avances, eso será suficiente para que podamos continuar integrando a todos los elementos necesarios para estar en salud.

Las ciencias químicas en los últimos decenios han agregado un nuevo concepto a la biología referido a la acción de ciertos compuestos tóxicos. Estos compuestos tóxicos son derivados del oxígeno y se llaman radicales libres del oxígeno. Si bien el oxígeno es un elemento básico para la vida, bajo determinadas circunstancias es capaz de generar moléculas tóxicas para las estructuras de las células. Estas moléculas tóxicas son los llamados Radicales libres del Oxígeno. Es decir que la cantidad y la dosis de algo que en cierta medida es beneficioso, y necesario para la vida, bajo ciertas circunstancias puede volverse tóxico y agresivo para el organismo. Uno de estos elementos es el oxígeno. Bajo ciertas circunstancias puede convertirse en tóxico, generando una molécula que tiene una capacidad y un potencial tal como si fuera una molécula radiactiva. Se trata de una molécula altamente inestable con un potencial muy poderoso, que puede destruir, por ejemplo, nuestras neuronas, o nuestras membranas celulares.

Las investigaciones sobre los radicales libres del oxígeno mostraron su aparición en la cadena de los procesos óxido reductivos asociados a ciertos metales presentes en las enzimas. Estos radicales químicos producen agresiones en nuestras células alterando y lesionando su microestructura, ya sea en membranas, en otros elementos como proteínas o en el propio ADN, la sustancia del núcleo de la célula. Este mecanismo genera en las

células destrucción y mutaciones anormales y permite así alcanzar estados de enfermedad si los sistemas apropiados para corregir este proceso no funcionan correctamente.

La naturaleza nos ha brindado mecanismos de defensa, por medio de Sistemas Enzimáticos, para hacer frente a estas moléculas que se convierten en tóxicos. Estas moléculas de defensa son propias de nuestro organismo pero requieren, en algunos casos, de mejoras en el aporte, por medio de una alimentación apropiada. Muchos de los elementos para hacer frente a estas sustancias están en los alimentos. Una alimentación apropiada nos puede brindar los elementos adecuados para hacer frente a esta molécula agresiva.

Sobre estos conocimientos surge una nueva concepción de la medicina. Se instalaron en el mundo médico con diversas denominaciones, como medicina biomolecular, ecomedicina, medicina oxidativa, medicina holística, medicina natural y medicina complementaria u otros. Pero el término medicina orthomolecular viene del griego *ortho*, como lo correcto o lo justo. Fue acuñado así por el premio Nobel de química en 1954, Linus Pauling, para designar una terapéutica que se basa en la acción de moléculas provenientes del mismo organismo o de elementos naturales que, en cantidades apropiadas, son útiles para bloquear la agresión a que son sometidas las células por acción de los radicales libres de oxígeno y de ciertos metales.

La medicina orthomolecular en su terapéutica emplea sustancias naturales conocidas por el organismo, como aminoácidos, enzimas o vitaminas, sustancias propias de la bioquímica corporal. Otros son los fitoestratctos, como aportes de la naturaleza. Se controlan así la cantidad de oligoelementos que tratan de minimizar el uso de drogas sintéticas o la cirugía.

En sus beneficios se acepta que las sustancias naturales conocidas por el organismo gozan de ventajas muy importantes. Por ejemplo, la drástica disminución de los efectos colaterales asociados a la facilidad con que pueden ser eliminados o transformados en otros compuestos, ya que el ser humano cuenta con

una amplia gama de mecanismos enzimáticos y mecanismos reguladores capaces de metabolizar estas moléculas.

La farmacología tradicional usa preparados artificiales obtenidos en los laboratorios medicinales a través de procesos sintéticos. Las moléculas de síntesis muchas veces pueden producir efectos secundarios o transformarse en otras sustancias que podrían ser nocivas.

Los radicales libres generan procesos oxidativos, generando patologías degenerativas y metabólicas de tal modo que es fundamental su prevención o bloqueo a través de hábitos higiénicos y dietéticos.

La medicina orthomolecular coloca un marco de interés sobre este parámetro. Una alimentación equilibrada con sus nutrientes adecuados es la que provee suficientes principios activos, como aminoácidos, vitaminas, enzimas y oligoelementos, tan necesarios para corregir los desarreglos generados por los compuestos tóxicos del oxígeno y mantener así adecuadas funciones vitales. Estos son los principios activos que usa la terapéutica orthomolecular para prevenir, o como tratamiento cuando comienzan a ser deficitarios. La desintoxicación tabáquica, medicamentosa o alcohólica, la polución, el estrés o el sedentarismo son un complemento importante en esta medicina. La medicina orthomolecular encara de este modo su programa terapéutico, que consiste en reducir, en base a nutrientes naturales, la acción agresiva de los compuestos tóxicos del oxígeno, en corregir el desequilibrio de los metales en el organismo y en complementar, con ejercicios físicos y régimen alimenticio, un estilo de vida más armónico y sano. Todo esto a través de la nutrición, relacionado con la química y relacionado con la física, porque se trata de moléculas altamente inestables y si de interrelaciones se trata podemos además decir que el estrés es un gran inductor de estas moléculas. El estrés biológico y psíquico, sin el aporte necesario de los sistemas enzimáticos por medio de los nutrientes apropiados es el gran inductor de la formación de esta molécula agresiva. Relacionamos entonces biología

bioquímica, estrés y nutrición en este modelo de interactivo. Por eso el abordaje habrá de ser desde estos mismos campos de acción para poder alcanzar el equilibrio del estado de salud.

Podemos trabajar sobre la prevención, podemos trabajar sobre la detección y podemos trabajar sobre la evolución.

Los radicales libres pueden ser inducidos por déficit de los sistemas enzimáticos o metaloproteínas reductoras, por elevadas dosis de oxígeno, por alteración por una mala respiración y por procesos de estrés biológico y psicológico. Podemos enlazarlo con las palabras del Doctor Moguilevsky, que nos describió procesos de estrés y niveles de cortisol. El cortisol, en circulación sin control en estados crónicos o de estrés crónico o de depresión genera radicales libres, con graves daños para el organismo, y ahí es donde se desencadenan también los múltiples procesos de enfermedad.

Otro ejemplo es el paciente expuesto a campos de energía o de alta tensión. Es decir que acá nos vamos a encontrar en relación incluso con procesos físicos, dada la situación de vida en las grandes ciudades.

No es fácil transmitirles todo esto, espero que les haya llegado en una forma medianamente ordenada, y que puedan hacer las consultas necesarias buscando siempre la información con la persona apropiada. Lo importante es abrir una ventana de comunicación. Ustedes, después, busquen a aquellas personas con las que puedan complementarse para seguir trabajando en forma integrada.

Coordinadora: Desde que la OMS definiera que la salud es un complemento armónico del estado de bienestar psicofísico, afectivo, familiar y social, y no solo la ausencia manifiesta de la alteración orgánica o biológica, el horizonte se amplía. En el pensamiento bipolar *positivo-negativo* que alguno de los colegas han nombrado (salud y enfermedad) la medicina ha estudiado el cuerpo sólo como un agregado de órganos, cortando la relación con el mundo y la modalidad de su entendimiento.

Cuando el paradigma sistémico lo restituye en sus contextos, las expresiones, los signos, los síntomas, deviene en parte de los sistemas comunicativos, el lenguaje, las narrativas diferentes, y los sentidos que lo conectan a un continuo de la existencia.

Voy a tomar algunas cosas que dijeron mis colegas que me parecieron interesantes, o que por lo menos me produjeron resonancias importantes.

Integrar e integrarse para entender. Es un proceso circular, y *entender* es entender aquello que ya sabemos que vamos a buscar, motivo por el cual yo creo que todos aquellos que estamos en la salud también tenemos que ampliar nuestra competencia clínica para poder saber y escuchar desde lo que sabemos. Y comprender siempre que el paciente, por la vía del terapeuta o del médico, aquel que está trabajando con él, debe sentir que ha sido escuchado. Esto hace a la ética de la relación. Y desde ahí podemos abrir caminos alternativos.

Somos una unidad. Creo que la biología molecular, la medicina, las nuevas prácticas demuestran que somos una unidad y que estamos integrados en un universo, y que nuestros elementos no difieren del universo.

Sara hablaba de la actitud activa del paciente y del escuchar. Creo que la escucha tiene que ser una escucha activa, justamente por aquello que corresponde al entender.

Y la última presentación es interesante en cuanto a cómo la medicina ha ido acompañando el proceso de integración. Y ya hoy, como decía el Doctor Moguilevsky, nadie puede trabajar sin su colega, o sin otras voces que estén investigando y trabajando para la persona.

También se ha ampliado en la mirada en el campo de los conceptos de complejidad en relación a los profesionales médicos, con los sistemas de salud con los aportes de la tecnología y la bioética.

El discurso tradicional ignora zonas oscuras de la condición humana. La muerte, la enfermedad, el envejecimiento y el sufrir. El hombre en la modernidad creyó tener todo bajo control. Pero

en este punto también saltó sobre su propia sombra. ¿Dónde quedaron otras zonas del hombre? El dolor, el movimiento, la piel, el nacer, el morir, las pasiones y la sexualidad.

Estas son zonas opacas en la medida en que, como otros conceptos, para el lenguaje tradicional resulta casi indecibles en esta cultura occidental. Si nos enfrentamos a un paradigma psicosocial, podemos decir: ¿Cómo atravesar un reduccionismo? ¿Quién o cuál es el paciente? El individuo, la familia, la red, el sistema médico asistencial, o un fragmento. ¿Cómo construir la pertenencia? ¿Cómo recortar el sistema. Creo que esto hace a la facilidad de cualquier profesional: recortar la complejidad para poder operar.

Pliegues y repliegues. Dilemas y reflexiones, lenguajes y pautas metodológicas surgen en el esfuerzo por escuchar diversas voces y micronarrativas que conforman este espacio multidisciplinario e incommensurable.

¿Algunas preguntas que quisieran hacerle a los panelistas?

Oyente 1: Yo desearía saber en qué contexto el oxígeno deviene en tóxico y, en la práctica, cómo tendríamos que hacer para preveniros de esta situación. ¿Cómo me curo de eso?

Dra. Gladys Oviedo: A través de la nutrición, de una correcta nutrición esto incluye vitaminas reductoras como la vitamina c, por ejemplo. Con el aporte de los aminoácidos, los metales, las enzimas se refuerza todo el sistema reductor para evitar que el oxígeno se vuelva agresivo.

Oyente 1: Habría que tomar algún agregado a la alimentación, o sea los *famosos* antioxidantes.

Dra. Gladys Oviedo: Los *famosos* antioxidantes también deben ser controlados, deben suministrarse en las cantidades apropiadas y en el tipo de antioxidante apropiado. No de cualquier manera. No de cualquier forma. Todo tiene para su correcto aprovechamiento una dosis y una forma adecuada.

El estrés también es un gran inductor y un gran generador de radicales libres a través del cortisol. O sea que manejar las

situaciones de estrés, controlarlas y prevenirlas sería fundamental también para evitar que esta molécula actúe.

Esto se puede medir a través de procesos químicos bastante evolucionados y algunos muy costosos. Yo he trabajado con los métodos más caseros, no he tenido la posibilidad de utilizar los más costosos del mundo, pero se puede hacer una medición. Se pueden evaluar y se pueden controlar.

Es una combinación de circunstancias. Tiene que ver con el estado del individuo: qué otras situaciones está viviendo, cuál es su alimentación, cuál es su forma de vida. En toda esa combinación puede aparecer un radical del oxígeno que se convierte en nocivo. La naturaleza nos provee de un sistema para prevenirlo, para corregirlo. Nosotros también podemos evaluar el estado de ese sistema corrector a través de las vitaminas por ejemplo.

Oyente 2: Tal vez una ampliación o un comentario de la Lic. Sara Baringoltz a raíz del ataque de pánico como una combinación de un suceso más una situación catastrófica. Quería preguntarle cuál podía ser la diferencia entre el miedo y peligro real en relación a esta visión catastrófica.

Lic. Sara Baringoltz: Yo creo que hay que hacer tres diferenciaciones: una es miedo a situaciones reales; otra son los miedos irracionales que serían las fobias; y otra es el pánico, que tiene otra característica. Cuando uno habla de las fobias, por ejemplo, en realidad está hablando de temores irracionales en los cuales uno hace una baja evaluación de los recursos y una alta evaluación del peligro.

Esto es distinto a un temor, a una situación real. Los temores a situaciones de peligro real son protectores de la persona. Si uno no tuviera percepción del peligro al cruzar la calle quedaría pisado por el primer auto. Y a través de todo el desarrollo de la escala animal, el estado de alerta es un estado positivo para la supervivencia. Cuando los temores adquieren esta otra característica es cuando hablamos de fobia.

Y cuando hablamos de pánico no estamos hablando de fobia. Estamos hablando de una situación de descontrol frente a un

miedo que se descarga en forma de espiral y alcanza un estado máximo. ¿Cuál es la diferencia? Habitualmente, en el pánico, hay dos temores: el setenta por ciento de los panicosos tiene temor a la muerte, el treinta por ciento a la locura. ¿Qué estoy diciendo con esto? ¿Hay algún temor peor que el de morir? No. Por eso es que se llega al pánico. En la fobia siempre es posible evitar lo que se teme. En cambio cuando la persona siente que se está muriendo no existe posibilidad de evitación. Por eso es que se llega a este estado máximo de desesperación que se denomina *pánico*.

Yo estaba pensando, mientras hablaba la colega, la pregunta sobre el oxígeno. Si bien yo no soy una experta en esto, para nada, sí se que en los ataques de pánico hay un proceso que es el de la hiperventilación. Y el proceso de la hiperventilación es terriblemente nocivo en cuanto a las atribuciones de significado que uno le da. Porque cualquier persona que entra en hiperventilación tiene una enorme variedad de síntomas que le aparecen. Sensación de mareo, frío, calor, desmayos, se le aflojan las piernas, etc. Todo esto suele aparecer en los ataques de pánico. Ahora: ¿cuál es el problema? El problema es el significado que se les asigna. El significado es que *me estoy muriendo*.

Oyente 2: ¿Qué es la hiperventilación?

Lic. Sara Baringoltz: En la hiperventilación hay una alteración en el ritmo respiratorio, porque la persona que está nerviosa respira de otra manera.

Lic. Susi Reich: Respira alto. Respira superficial, rápido y alto. Justamente una de las cosas que comentaba esta mañana eran las técnicas de respiración que enseñamos para poder tener una respuesta diferente a la respuesta espontánea corporal. Entonces enseñamos técnicas de respiración abdominal, diafragmática.

Cuando una persona empieza a respirar alto y superficial, tiene miedo y, en ese momento, puede entrar en hiperventilación. Entonces, una respiración abdominal, fluida regular, silenciosa, trabajada, entrenada de manera que esté incorporada en nosotros, logra que en momentos en que aparezca un pensamiento de miedo podamos controlar nuestra propia respiración. Por eso decíamos que todos los recursos que tenemos tienen como base poder controlar nuestra respiración.

Oyente 3: Yo no sé si estoy en lo cierto, pero hace mucho leí que cada vez que recreamos situaciones dramáticas nuestro cerebro vuelve a generar los neurotransmisores y a hacer todo un trabajo químico que nos perjudica casi como en el momento en que el drama fue real. Por esta razón, yo creo que esa costumbre de volver al pasado sobre situaciones dramáticas es muy malsana.

¿Es así?

Dra. Mónica Yovanetti: Bueno esa es una técnica que se utiliza en teatro. Es una técnica teatral. Los actores la aplicarán de alguna manera o con un objetivo. Quizás algún psicólogo pueda dar una respuesta mejor que yo.

Lic. Sara Baringoltz: Yo creo que la respuesta es muy difícil. Por un lado, aparentemente, está bastante comprobado el poder de la imaginación, de la recreación en la fantasía o la imaginación. Tanto en lo que se acaba de plantear, lo que puede mover imágenes traumáticas, como el poder también de imágenes de paz o de tranquilidad o de otro tipo en cuanto a la incidencia.

El poder de la imagería como técnica psicoterapéutica hoy en día se lo considera muy importante. Pero yo tampoco diría que todo esto es suficiente como para decir es *malo* recrear una situación traumática en una terapia. Yo creo que hay otros aspectos, que tienen que ver con necesidades catárticas, que a veces no hacen muy bien, con necesidades elaborativas de esa situación desde otros puntos de vista y desde otras visiones que pueden ser positivas. Yo no diría ni malo ni bueno, es relativo.

Coordinadora Lic. Rita Macchi: Una situación traumática, muy traumática, terrible, elaborada, deja un aprendizaje, deja algo que enseña qué es lo que teóricamente se va a reactivar ante el recuerdo de esa misma situación traumática. La situación traumática ya fue, no vuelve a ser la misma, en todo caso la recuerdo. Pero si pude haber aprendido algo de esa situación traumática que me pasó y haberla elaborado, ese recuerdo va a venir acompañado con esa otra parte de elaboración o de aprendizaje por lo que no me generará la misma angustia que lo que pasó en su primer momento.

Yo no creo que sea malo. Será cómo se elaboró una situación por la que uno atravesó.

Yo creo que, como dice Sara, cualquier situación traumática que se recuerde en una situación terapéutica puede conllevar a una situación de cambio porque se resignifica de manera referente. Yo creo que el riesgo está en el manejo que el terapeuta o aquel que está escuchando haga de esa situación, y cuánto deje avanzar la situación que inunda la personalidad con angustia. Eso sí creo que es complicado.

Podemos salir de la narrativa de la situación conflictiva y, o sea podemos saber qué le duele a esa persona. Y otra cosa es dejarla meterse en el mar del dolor. Son dos cosas absolutamente diferentes. Y cuando alguien entra en el mar del dolor es muy difícil buscarlo. Está muy adentro. Tenemos que saber modular estos tiempos narrativos de la persona.

Oyente 3: Claro, eso en el ámbito terapéutico pero en la vida diaria la gente está permanentemente conectándose con lo desagradable...

Coordinadora Lic. Rita Macchi: Claro, pero de todas maneras en las conversaciones personales que usan los terapeutas cuando tienen múltiples conversaciones, también podemos parar al otro hasta un punto, pero sanamente.

Podemos cerrar acá, gracias a las personas que han integrado la mesa y gracias a ustedes.

(presentación del video)

Mesa redonda II

Fundamentos fisiológicos de las medicinas complementarias

Coordinadora Lic. Rosina Crispo: Vamos a comenzar ahora con la segunda mesa.

La Doctora Elba Albertinazzi es médica, ha realizado cursos de homeopatía, acupuntura, medicinas naturales y biológicas y terapias florales. Ha escrito un libro sobre temas de medicina natural y alimentación. Actualmente es Presidenta de la Asociación Médica Kousmine de Sudamérica y se especializa en temas de alimentación y salud.

El Doctor Mario Schwarz es Director y Fundador de la Escuela de Naturoterapias, Presidente del Colegio de Acupuntores y Naturoterapeutas Asociación Civil, autor de un libro de medicina tradicional china y del libro “Tai Chi Chuan y Salud”.

También va a estar con nosotros Alcira Valeri, osteópata recibida en la primera promoción del Instituto Argentino de Osteopatía. y vicepresidenta del Registro Argentino de Osteópatas, integrante del primer grupo interdisciplinario con odontólogos en la Sociedad Argentina de Ortodoncia.

El doctor Mario Schwarz tiene la palabra.

Dr. Mario Schwarz: Buenas tardes a todos. Antes que nada quiero comentarles lo contento que estoy de estar aquí, frente a tanta audiencia, para hablar de la integración de las medicinas, en este caso, de la **medicina tradicional china**.

Yo soy acupuntor; me he dedicado durante bastante tiempo a practicar *Tai Chi Chuan*, y *Chi Kun*, que son partes integrantes de lo que llamamos medicina tradicional china, y voy a hacer una breve introducción, por el poco tiempo que tenemos, sobre

qué es lo que se puede esperar de la medicina tradicional china y de cómo integrarla con nuestras formas de curar en Latinoamérica y en Argentina en particular.

La medicina tradicional china es extremadamente antigua, como lo es la medicina occidental, y tiene diferentes herramientas de trabajo y algunos elementos que son absolutamente peculiares y particulares.

La medicina tradicional china es extremadamente antigua. Lo primero que está registrado, son las técnicas de masaje chino, que nosotros las conocemos con el nombre de *T'uain A*. Hay cuatro tipos de masajes chinos y a la Argentina han llegado muy pocos de estos sistemas de masaje.

El primer sistema de masaje se llama *masaje de relajación* y en China está reservado prácticamente a las personas ciegas, quienes practican esta técnica terapéutica porque no requiere demasiada formación intelectual, aunque sí una gran sensibilidad en las manos.

El segundo tipo de masaje se llama *masaje de meridianos*. El concepto de *meridianos chinos* es muy antiguo y se basa en el concepto de circulación del *Chi*. Cuando uno busca en un diccionario chino el significado de la palabra *Chi* (que es algo absolutamente original y diferente de lo que nosotros trabajamos en occidente) va a encontrar veintiséis acepciones diferentes. Una de ellas será "energía vital". Conforme la ciencia occidental avanza, el *Chi* se va convirtiendo en fuerza eléctrica, electromagnética, etc. Es decir que el *Chi* también tiene que ver con estos activadores químicos y neurotransmisores de los cuales se habló anteriormente. El *Chi* es la capacidad que tiene nuestro organismo de curarse. Y toda la medicina tradicional china va a tener que ver con despertar estos mecanismos. Este segundo sistema de masaje entonces, consiste en llevar las manos en dirección de los meridianos para que la energía fluya con absoluta libertad.

Hay un tercer sistema de masaje chino que es el *masaje de cavidades* en el que las partes huecas del cuerpo, que es donde uno puede conectarse con las energías profundas, son abordadas

desde la digito-presión. Hay ciento ocho cavidades corporales y cada una de ellas tiene una acción terapéutica.

Y, por último, está el masaje *Chi-Kun*, que se realiza a través de un trabajo vinculado a la concentración de la mente y la meditación, donde el terapeuta proyecta el *Chi* sobre el paciente. Su propio electromagnetismo modifica el campo de una persona que tiene su energía desequilibrada.

Los chinos, por sobre todas las cosas, fueron observadores de la naturaleza, y muchos de los grandes descubrimientos se los deben a los físicos, los grandes observadores de la naturaleza. Lo primero que trataron de observar fue cómo se pone el cuerpo frente a la alegría y frente a la tristeza; qué tipo de corazas musculares generamos, qué tipo de abordajes tenemos frente a situaciones que son alegres o tristes.

Hace tres mil años descubrieron algo que es muy interesante y que todavía hoy nos puede aportar elementos de trabajo: cuando uno está eufórico o alegre, lo que suele ocurrir es que genera una respiración inversa. Habitualmente cuando uno inhala baja el diafragma, los órganos que están por debajo del diafragma se movilizan en descenso para permitir que los pulmones desciendan, y de esa manera uno puede absorber grandes cantidades de oxígeno. A esto se lo llama la respiración normal. Cuando uno se ríe, en la exhalación (al hacer “¡JA-JA!”) el abdomen se mueve con muchísima fuerza hacia afuera, y en lugar de realizar una respiración normal, se hace una respiración involuntaria invertida. Los observadores modernos se dieron cuenta de que hay fenómenos y cambios fisiológicos en el cuerpo.

Ante la risa, por ejemplo, las personas empiezan a sentir calor, empiezan a transpirar. Esto probablemente se deba a la acción mecánica que ejerce el diafragma (que es un músculo enorme), que va a golpear contra las fascias de la cápsula suprarrenal, aumentando la producción de sustancias halógenas y de sustancias de esta cápsula. A diferencia, al estar triste lo primero que ocurre cuando uno solloza es que se eleva el diafragma, tal como cuando uno se asusta. El diafragma se eleva, la respiración se hace más corta y el cuerpo se empieza a enfriar.

Estas fueron las bases fisiológicas que en la medicina tradicional china se utilizaron para crear los ejercicios de *Chi-Kun*, una herramienta terapéutica adicional al masaje. Para hacer *Chi-Kun* hay que respirar bien. Las personas que son extremadamente *Ying*, las que tienden a la tristeza o a la melancolía, van a tener que hacer una respiración de tipo *Yang*, es decir una respiración inversa (como la primera que expuse). En cambio, las personas que son hiperquinéticas o insomnes, se benefician mucho de la respiración normal que realizamos (si es completa) relajando el diafragma y permitiendo que este masaje a todos los órganos internos que están debajo de él. De esta manera el cuerpo se enfría y hay mayor posibilidad de que el cuerpo se relaje y se distienda.

En el *Chi-Kun* se trabaja con respiración y con el concepto que hoy llamamos *corazas musculares*. Los chinos fueron quizás, hace tres mil años, los primeros en darse cuenta de que el gesto corporal es un acto defensivo del cuerpo y que en cada evento nuestro cuerpo se va a defender natural y espontáneamente de alguna manera. O sea, que si alguien viene con una pistola y nos asalta, nosotros no solamente vamos a generar química diferente a la tradicional sino que aparte vamos a generar un gesto postural. Ese gesto postural va a ser sostenido durante un tiempo, porque no todos logramos realizar los *duelos* en el momento justo. Es decir: nos asaltaron, vamos a casa y nos preguntan: “¿Qué te pasó?” pero con esto yo no liberé todo el *Chi*, toda esa energía, esa fuerza electromagnética que dejé constreñida dentro de un órgano o dentro de una cavidad. Y como este problema no fue bien resuelto, esa coraza muscular va a persistir. La liberación de estas corazas es el objetivo mayor del *Chi-Kun*.

Ustedes habrán visto que durante un masaje *Chi*, a veces las personas, ante el toque de algunas zonas que están muy contracturadas, se ponen a llorar de la manera más inexplicable y liberan tensión solamente al tocar una zona de contractura. En la medicina china llamamos a estas contracturas los *Co-ey* que traducido al castellano sería *fantasmas*. Los chinos decían que cada vez que teníamos un evento desagradable o agradable

quedaban *memorias* guardadas en los músculos. Y la liberación de estas memorias es lo más importante a desarrollar en el *Chi-Con*, que son ejercicios de estiramiento de fascias —o sea que van a ver a la gente estirando brazos y piernas como si se estuviesen desderezando—.

Parte de la observación de los primeros físicos chinos fue la de ver a los animales después de estar mucho tiempo quietos: ¿qué hacían? ¿Cómo lograban su estado natural? ¿Cómo volvía a movilizar la energía y la sangre, por ejemplo, un oso, después de hibernar durante cinco meses? Observando estos movimientos, fueron copiando algunos y determinando luego, a través de la *praxis* y del pragmatismo, que rápidamente devolvían la circulación energética a las personas. Este *Chi* o esta energía que queda atesorada y guardada en los músculos es uno de los mayores problemas de la medicina tradicional china.

Los chinos trabajaban con masaje o con calor (utilizando una hierba llamada *artemisa*), para calentar algunas cavidades del cuerpo que tenían efectos reflejos. Mucho más adelante, en la época de los metales, pudieron hacer agujas. Ahí se dieron cuenta de que podían utilizar el metal como un capacitor para absorber toda esa bio-electricidad y retirarla.

Cuando uno va a un acupuntor muy dolorido es porque los músculos están extremadamente cargados con *Chi* (recordemos que el músculo es de alta conductividad eléctrica, pero la fascia que lo rodea es de muy baja conductividad eléctrica). Cuando la energía queda capturada en un músculo, este se empieza a calentar y el electromagnetismo queda dentro suyo. Al usar una aguja se libera una gran cantidad de electricidad del músculo y el electromagnetismo comienza a fluir de manera normal, lo mismo que ocurre después de un largo masaje. Por estas razones, la acupuntura se convirtió en una práctica que se integró a la medicina tradicional china. Contra lo que la gente muchas veces piensa, no es la práctica más desarrollada en China ni es la estrella de la medicina tradicional china. La acupuntura se utiliza habitualmente en trastornos funcionales, nerviosos y, principalmente, en trastornos de dolor. Lo que más se utiliza en la

medicina tradicional china es la farmacología, la dietoterapia y la gimnasioterapia, porque **la medicina china es una medicina del sentir.**

El médico tradicional chino sigue los pasos tradicionales del diagnóstico: se interroga mucho al paciente, se lo palpa, se lo observa... El terapeuta chino se dedica cuarenta o cincuenta minutos (las primeras consultas a veces duran horas), no para poder determinar cuál es la enfermedad del paciente sino cuál es su eslabón más débil, cuál es su terreno de predisposición, para ayudar a que ese terreno de predisposición sea fortalecido y su inmunidad mejore.

La acupuntura se comenzó a utilizar en occidente en los últimos años. Recordarán un viaje que hizo Nixon a China con su médico personal. Este médico sufrió un ataque de apendicitis y fue operado bajo anestesia con acupuntura. Quedó absolutamente enloquecido con esta situación que tuvo que vivir, y él fue uno de los más grandes mentores de la acupuntura en los EEUU, por lo menos a nivel de los efectos analgésicos que produce sobre el cuerpo.

En Cuba, que es un país que no tiene muchos recursos, se practica mucho la analgesia con acupuntura. Se han podido demostrar a través de más de ciento cuarenta mil operaciones de todo tipo (cataratas, reemplazo de caderas con colocación de prótesis, operaciones a corazón abierto, extracciones dentarias, cirugías odontológicas) que la analgesia con acupuntura, y solamente con dos o tres agujas, es absolutamente viable.

La ciencia de a poco comienza a demostrar lo que la medicina tradicional china ya decía hace muchísimo tiempo. Por ejemplo, los chinos decían: "Las personas que son hepáticas tienen dificultad para ver de noche", aunque ellos todavía no habían estudiado ni analizado las vitaminas liposolubles, y no tenían forma de saber que el hígado era el único órgano capaz de absorber la Vitamina A (retinol). Cuando ustedes van a un oftalmólogo con nictalopía (una incapacidad para ver de noche), les recetan Vitamina A. Por el contrario, en medicina china lo que se

debe hacer es fortalecer el hígado para que pueda captar esta vitamina, y ya en los textos de hace tres mil años se decían estas cosas: “si el ojo no ve bien de noche, es porque el hígado no está funcionando bien, si los músculos están muy contraídos y la persona sufre de dolores musculares crónicos es porque su hígado tampoco funciona bien”. Recién ahora logramos entender, desde la fisiología, la relación que tiene el hígado con el glucógeno y la importancia que tiene de entregar esta glucosa a los músculos para que puedan funcionar de manera adecuada. También dice en el *Ei-Ching* (que es este texto tan antiguo) que a las personas con trastornos de hígado se les rompen las uñas con facilidad, se les descaman. Recién en las últimas décadas logramos nosotros entender desde la ciencia que el hígado también absorbe esta vitamina liposoluble que es la Vitamina D, precursora de la Calcitonina.

Y así, muchos hallazgos que la ciencia occidental está haciendo hoy día no hacen más que redescubrir esta fisiología que es tan antigua pero tan cierta y tan útil, y es por eso que, a pesar de tener tres mil años de antigüedad, la medicina tradicional china se sigue usando. Curiosamente el cincuenta por ciento del gasto médico que se hace tanto en EEUU como en Canadá, está siendo usado por las personas en pagar consultas extra con acupuntores, con licenciados en acupuntura, con herboristas, etc. Es decir, buscando soluciones a través de lo que hoy se llama “alternativas”, que en realidad no son tales.

Por otro lado, en una gran cantidad de países se están haciendo carreras de formación porque no basta con leer un libro de medicina china, aunque uno sea profesional de la salud, y tratar de captarla. En EEUU, la licenciatura en medicina china son seis años de formación.

Ahora lo importante es integrar la medicina china con toda la estructura que nosotros estamos utilizando en occidente. Imagínense en la psicología, por ejemplo, si antes de hacer una sesión terapéutica, psicológica, nosotros hiciésemos un masaje de *Tuina* (de relajación) al paciente de la psicóloga o de la psiquiatra.

¿Se imaginan el estado en el cual iría a conversar con el terapeuta? ¡Sería fantástico! Estaría mucho mejor, mucho más relajado.

Estas son experiencias que de hecho hacemos. En nuestro consultorio en el Instituto Superior de Naturo-terapias tenemos una psiquiatra trabajando en un grupo multidisciplinario con la gente que hace medicina china, y las cosas que una persona cuenta desde la relajación son totalmente diferentes de las que cuenta desde la tensión y el miedo.

De ahí surge la importancia de tratar de integrar todas estas formas de trabajos (*Tai Chi*, el *Chi-Con*, la acupuntura, la gimnasia oriental, etc.) para que sea útil en la Argentina, en este país que es tan rebelde. Por ejemplo aquí, en la Argentina, no tenemos la posibilidad de estudiar otra forma de curar que la que enseñan las facultades de medicina. En mi caso particular, a los veintiún años tuve que viajar a Canadá, donde existían universidades (*colleges*) que daban el título de médico oriental (*oriental medical doctor*), porque en Argentina no pude conseguir un espacio para poder formarme en medicina tradicional china. Y luego tuve que viajar a China para continuar estudios.

Sería lindo que entre todos colaboremos, en lugar de hacer contra, para que podamos sumar, para que en la Argentina también podamos tener la calidad de enseñanza e información que hace falta para integrar las medicinas, ya que no es cuestión de integrarlas de cualquier manera: hay que integrarlas y hay que hacerlo bien.

Por último les comento una de las grandes sorpresas que tuve cuando viajé a China por primera vez: viajaba de Toronto, Canadá (donde estudié) con una idea de cómo era un hospital chino. En principio ingresé y había dos colas: una cola de gente que se quería atender con médicos chinos pero que hacían medicina occidental y había otra cola de personas tanto chinas como occidentales que se quería atender con médicos chinos, que practicaban la medicina china (tomaban el pulso, revisaban la lengua, daban hierbas medicinales chinas, te hacían masaje, acupuntura, etc. Y me llamó muchísimo la atención esta integración vital.

Después, como trabajé durante un tiempo en el departamento de acupuntura, vi como los acupuntores (médicos chinos tradicionales con una formación alopática pobre), cuando venía un asmático y no podían controlarlo, hacían directamente la recomendación de que visitara a un ergólogo o neumonólogo, donde le daban un remedio alopático. Y al revés también: los neurólogos recomendando hacer acupuntura en parálisis faciales, por ejemplo.

Esta integración fue fantástica, y yo traje esta idea aquí y todavía la idea sigue en estado de latencia. Algún día, y quizás con la ayuda de todos, logremos este sueño, que creo que es de muchos de los aquí presentes.

Muchas gracias.

Coordinadora Lic. Rosina Crespo: Presento a continuación a la Dra. Elba Albertinazzi.

Dra. Elba Albertinazzi: Buenas tardes a todos. Yo soy la Doctora Elba Albertinazzi, y hace más de quince años que estoy trabajando en lo que yo prefiero llamar medicinas naturales, en vez de medicinas alternativas o complementarias.

Todos estamos de acuerdo en que la medicina tiene que ser una sola, usemos técnicas orientales, hindúes, occidentales, francesas o suizas: lo que nos importa realmente es lo que le pueda pasar al paciente y como podemos aliviar su sufrimiento.

Hay un concepto que comparto totalmente con Susi y es que el paciente tiene que tomar la dirección de su tratamiento. Es inútil que el médico le diga: "Mire, tome tal pastillita, tal otra cosa, tiene que comer esto, tiene que hacer tal tipo de ejercitación". Si el paciente no está de acuerdo con eso no lo va a hacer, primero, y si lo hace lo hace en contra de su voluntad, no lo acepta y entonces muchas veces es peor el remedio que la enfermedad.

Voy a hablar del tema de alimentación, es un tema realmente apasionante y en el cual se está trabajando muchísimo en la

actualidad, no sólo en estas medicinas sino en química, física y biología.

Yo discrepo un poco con el tener que demostrar que este tipo de tratamientos tiene una base científica, porque se trabaja con la persona en su totalidad: con la mente, con el espíritu y con el cuerpo de esa persona. O sea que no tenemos un paciente al cual se le da una droga y un paciente al cual NO se le da una droga, como se hace en medicina alopática o en la medicina farmacológica. Nosotros no podemos hacerlo porque tendríamos que tener al gemelo total (que tampoco existe ya que siempre hay diferencias entre gemelos aunque sean univitelinos) o sea que el estudio doble ciego para nosotros no es posible.

Lo que si existe es un buen historial clínico y el seguimiento del paciente de acuerdo al tratamiento que nosotros instituímos.

Por lo tanto no podemos sacar variables y porcentajes y todos esos números donde pasan las prospectivas estadísticas de todo lo que sucede con la población mundial en este momento y después, llegan a la conclusión de que todo es al revés, como ha pasado con el huevo y el colesterol.

Así que tenemos que trabajar con el paciente, llegar a una buena relación con él. Hablar con el paciente es muy importante. En general el paciente viene con miedo, porque por algo está enfermo. Tiene una enfermedad, tiene miedo de esa enfermedad. Si no tiene esa enfermedad, tiene miedo igual porque a lo mejor la tiene.

Lo que tenemos que conseguir es la confianza del paciente en nosotros y a su vez nosotros también confiar en el paciente y estar a disposición de él para todo lo que necesite.

Vamos a hablar de la alimentación en el sistema inmunológico.

La doctora Catherine KOUSMINE (una médica suiza que ha trabajado en esto desde el año treinta, más o menos, hasta el año noventa y dos en que murió) ha creado un método de clasificación de las enfermedades inmunológicas, y de alimentación para el sistema inmunológico.

Ella clasifica las enfermedades inmunológicas (actualmente son consideradas inmunológicas casi todas las enfermedades incluso las metabólicas, como la diabetes, por ejemplo, que ya está demostrado que tienen una base de alteración del sistema inmunológico) en:

- **inmunidad deficiente** donde hay, generalmente, infecciones a repetición, a lo cual la medicina alopática le da un antibiótico;

- **inmunidad exuberante** son aquellas bien floridas, como alergias, picazones, pruritos, urticarias y artrosis, producidas por un engrosamiento de los elementos que están dentro de la articulación y que se tratan generalmente con antihistamínicos y antiinflamatorios;

- **inmunidad desviada** o procesos tumorales benignos o malignos que se tratan con antitumorales;

- **inmunidad aberrante** que corresponde a las enfermedades autoinmunes: psoriasis, diabetes, esclerosis múltiple, etc;

- **inmunidad deprimida** como es el caso de esta última enfermedad que ha aparecido, el SIDA, que se trata con antivirósicos.

Esta es una clasificación somera, y el tratamiento que propone la doctora **Kousmine** se basa en algunas premisas que son fundamentales: alimentación sana e higiene intestinal.

1- La alimentación sana es imprescindible para nosotros como seres humanos. Y como seres pensantes también, porque nosotros pensamos con el cerebro y el cerebro necesita nutrientes.

Todos los estudios neurológicos en este momento ubican las distintas células neuronales que van efectuando las funciones cerebrales (como la memoria, el pensamiento, el recuerdo, la vista), y que se especializan en cada sector.

La neurona es solamente una célula, exactamente igual a la de la piel. También tiene su núcleo, tiene su citoplasma tiene sus membranas nucleares y sus membranas externas. Todas las célu-

las de nuestro organismo tienen esa característica anatómica, de modo que todas las células de nuestro organismo necesitan exactamente el mismo alimento.

Es como una sociedad: nosotros en la Argentina tenemos gente que vive en Salta, en Tierra del Fuego –tienen distintos climas–, nosotros vivimos en una zona urbana y sin embargo, la comida siempre es la misma. Comemos proteínas, comemos grasas, hidratos de carbono, vitaminas y minerales.

Con las células pasa exactamente lo mismo: tengan la función que tengan, tengan la duración o la vida que tengan, cada célula necesita los mismos nutrientes. Por eso la base de este tratamiento es una alimentación sana.

2- La higiene intestinal es fundamental porque el intestino, en realidad, es una zona que esta fuera de nuestro organismo y a través de su superficie se incorporan los nutrientes.

La boca y el ano comunican con el exterior y entre la boca y el ano hay un tubo, un canal, que no permite el pasaje de las sustancias tal cual nosotros las ingerimos. O sea que dentro del intestino tiene que haber todo un proceso para que esas sustancias se digieran (se transformen en aminoácidos, en triglicéridos, en vitaminas y minerales extrayéndolas de las fibras) y para que puedan ser absorbidas y luego llegar a través de la sangre a alimentar las células.

Es como el mercado central: ahí nosotros tenemos los distintos alimentos (las verdura, las frutas, la pobre vaca) que pasan a nuestra carnicería, a nuestra verdulería y recién después de eso llega a nosotros. Lo mismo sucede en nuestro organismo.

La higiene intestinal es la base de la salud. Primero porque la alimentación moderna carece totalmente de fibras, sobre todo de fibras naturales (en el caso de los que comen comidas industrializadas ya que supongo que habrá muchos acá que comerán bien).

Lo que la industrialización hace es agregarle a los alimentos el salvado que antes le sacaron (salvado de avena, salvado de trigo) pero eso no es una alimentación rica en fibras. Está au-

mentada en fibras pero no son las fibras naturales correspondientes al alimento ni es el porcentaje de fibras que tiene que tener el alimento. Es muy distinto comer un pan integral hecho con una harina integral completa que comer un pan pseudo-integral que se hace con una harina blanca agregándole salvado de trigo o de avena.

Porque nunca sabemos la proporción que pasa, que tienen los alimentos naturales.

Y en segundo lugar, lo que permite la motividad diaria del intestino es la eliminación de sustancias que potencialmente pueden llegar a ser tóxicas. Por supuesto que el intestino elimina el resto de sustancias que nosotros no ingerimos que generalmente son las fibras basadas en celulosa.

Pero, además, hay una serie de productos metabólicos que necesitamos eliminar al exterior (la transpiración, la orina, la bilis), que salen del organismo hacia el exterior.

Muchas toxinas, sobre todo del aparato digestivo se vuelcan en el intestino. ¿Por qué? Porque el intestino comunica con el exterior, o sea que es como si las estuviésemos sacando directamente al exterior.

Si esas toxinas quedan dentro del intestino (un intestino grueso, sobre todo, que está taponado porque no hay una eliminación diaria) pueden volver a absorberse. Esto genera distintos tipos de problemas que pueden llevar, como se llama en medicina naturista, a una intoxicación o a una toxemia del organismo. No es la intoxicación por un veneno, ni por mucho menos, porque son sustancias prácticamente biológicas, pero que no sirven a nuestro organismo.

Por ejemplo, es el caso del colesterol. ¿Cuántas personas tienen el colesterol aumentado? Ese es otro cambio que hubo en la medicina alopática y por el que ahora sabemos que el colesterol que comemos, en general no se absorbe más que un veinte o treinta por ciento. El resto se elimina normalmente. Por el contrario el que sí se reabsorbe es el colesterol que se elimina por la bilis.

¿Cuál es el ciclo normal del colesterol?

Cuando una célula muere hay que eliminarla, es un cadáver que por distintos mecanismos fisiológicos (los glóbulos blancos, los macrófagos) es destruido.

El colesterol está en las membranas celulares. Entonces, ese colesterol pasa al hígado. En el hígado se combina con unos aminoácidos para hacer el jugo biliar (la bilis es la sustancia de eliminación del hígado) y ese jugo biliar (que puede pasar por la vesícula en las personas que no están operadas) se elimina directamente al intestino. Una vez que pasa por el intestino, como esta unida a estos ácidos biliares tiene una mayor capacidad de absorción.

El ácido biliar lo que hace es similar a lo que hace un detergente: liquidifica todo lo que es grasa. El colesterol es una grasa, entonces esa grasa, que está unida a unas sustancias que son parecidas al detergente, hace que se vuelva a absorber en mayor cantidad en nuestro organismo. O sea que posiblemente uno consiga mayores éxitos para bajar el colesterol si consigue limpiar el intestino y hacer que se movilice diariamente que evitando los alimentos ricos en colesterol.

No digo que haya que comer grasas saturadas todo el día ni sobrepasar el treinta por ciento. Pero, por ejemplo, el huevo es un alimento muy completo, porque aparte de tener colesterol en su yema, tiene fosfolípidos (que son necesarios para la membrana), tiene hierro (de modo que mejoran a veces muchos tipos de anemia), tienen magnesio, tienen cobre, fósforo (que nosotros necesitamos incorporar a nuestro organismo), y otras sustancias.

Estos son los micronutrientes, sustancias nutricionales que, en pequeñas cantidades, son muy necesarios. Y muchas veces nuestro organismo carece de esos micronutrientes.

No es tan frecuente la carencia de los macronutrientes porque proteínas, hidratos de carbono y grasas, salvo en el caso de la desnutrición, tan lamentable hoy en día, nuestro organismo los obtiene de los alimentos y, además, puede producirlos él mismo.

Hay un ciclo metabólico en nuestro organismo que hace que tanto los hidratos de carbono, las proteínas y las grasas (los macronutrientes), se puedan retransformar en ellas mismas.

Un grupo químico que entra al ciclo metabólico como proteína puede transformarse en grasa, según las necesidades del organismo. Una grasa puede terminar transformada en un hidrato de carbono y un hidrato de carbono en una grasa. Eso depende de las necesidades de ese cuerpo.

Lo que sí son necesarias son las vitaminas, los minerales y sobretodo, los ácidos grasos polinsaturados esenciales que nosotros no podemos producir. Nuestra fábrica orgánica no puede procurarnos esas sustancias que son fundamentales para tener un metabolismo correcto.

Entre los factores moduladores del sistema inmunológico encontramos las secreciones neuronales; secreciones hormonales; en la parte externa están los alimentos; las sustancias químicas que nosotros comemos y las sustancias poluyentes que están en el medio ambiente.

Y los factores ambientales como la luz, la temperatura, los olores, la presión barométrica, etc. De eso se dan cuenta muchas personas que tienen artrosis o que tienen gota, que ya saben que va a haber humedad un día determinado porque sienten dolor. Eso es un factor del medio ambiente que agrava un síntoma que padecen determinadas personas.

¿Cómo podemos hacer para recuperar el equilibrio inmunológico? Evitando agresiones, o sea, eliminando los químicos de los alimentos. Este es uno de los mayores problemas que tenemos en la era de la industrialización: si ustedes van al supermercado, hay muy pocos alimentos que no hayan sido tocados por la industria. Y la industria le va a poner siempre un elemento que no es natural. No es de “malos” que son, lo que pasa es que no tienen elementos naturales, hay muy pocos que puedan actuar como conservantes, como saborizantes, por lo tanto tienen que producir una sustancia química. La sustancia química es una cosa extraña a nuestro organismo. Eso quiere

decir que no puede entrar dentro del curso metabólico normal de una persona.

Estos químicos pueden producir alteraciones tanto a nivel hepático (que es el órgano desintoxicador), como en todas las células, ya que si la célula necesita determinado ácido graso y le damos una margarina (que es un ácido graso que ha sido totalmente modificado en su estructura química y física) es imposible que nuestro organismo pueda utilizarlo para hacer las membranas, una de las funciones de los ácidos grasos.

Si las membranas celulares o las membranas nucleares lo único que tienen para formarse es esa margarina, la van a usar. Es similar a lo que pasó con la gente que se perdió en la cordillera y tuvo que comerse a sus propios compañeros. Eran ellos o la muerte. En el cuerpo pasa exactamente lo mismo.

Usa las margarinas (o las grasas que no son naturales) pero el organismo no las puede metabolizar para formar estas estructuras. Y entonces, estas estructuras están mal formadas a nivel de las membranas tanto del núcleo como de la célula. Lo que sucede es que la permeabilidad que debe tener esa membrana para dejar entrar los nutrientes y salir las sustancias tóxicas no se mantiene. A nivel del núcleo no pasa la información genética o pasa trastocada, cambiada, y a nivel de la mitocondria (una organela que está dentro del citoplasma y que es la encargada de fabricar la energía, una de las funciones más importantes) produce un mal funcionamiento porque la sustancia grasa no le sirve, y estaremos cansados, ya que nuestras células no van a producir energía suficiente.

Muchos de los síndromes de fatiga crónica se deben, justamente, al aumento de estas sustancias grasas alteradas dentro de la alimentación. Y, por supuesto están todos los conservantes, todos los –antes: colorantes, conservantes, odorizantes, etc. que son sustancias que hay que tratar de no comer en grandes cantidades. Por todo esto la comida casera vuelve a ser lo mejor.

Aumentar las defensas con nutrientes naturales, las vitaminas, los minerales, los ácidos grasos y, en el caso de que no podamos

hacerlo porque es muy difícil en este momento, utilizar suplementos nutricionales indicados por un profesional.

Es importante mejorar los órganos relacionados con el sistema inmunitario, fundamentalmente la piel, las mucosas, el hígado y el intestino que son los órganos que eliminan las sustancias químicas y nos ayudan a depurar nuestro organismo; el sistema linfático, que es el órgano de defensa primordial de nuestro organismo y, luego, modular el estrés, que altera todo el metabolismo generando no solamente radicales libres sino una serie de sustancias tóxicas incluso a nivel del sistema nervioso central.

Vamos a ver qué nutrientes podemos incorporar para mejorar nuestro sistema inmunológico, que es un deber nuestro, de todas las personas que estamos acá, y de las que están afuera también, porque nosotros dependemos del sistema inmunológico para defender nuestro organismo.

Una de las primeras cosas en las que yo siempre insisto, porque creo que son nutrientes que están ausentes en la alimentación diaria, es en los ácidos grasos polinsaturados Omega-3 y Omega-6. En este momento se está hablando bastante, en nutrición y en alimentación, de este tipo de grasas.

Este tipo de grasas está presente en las semillas (semillas de lino, de sésamo, de girasol, las oleaginosas, las nueces las almendras) en los aceites de primera presión (ahora hay varias publicidades que uno no sabe muy bien si son reales). Acá, en la Argentina, se produce aceite de girasol y aceite de lino de primera presión, pero es una producción totalmente artesanal que no se vende en supermercados.

Los aceites industrializados difícilmente cubran las necesidades de estos ácidos grasos porque son sometidos a calor excesivos y purificaciones con solventes.

En principio, un aceite bueno, que nos sirva a nuestra salud, tiene que venir en un frasco de vidrio, como el aceite de oliva (que no es polinsaturado sino que es monoinsaturado), por ejemplo. A ese aceite se lo cuida mucho. En cambio, los polinsaturados no existen prácticamente en la alimentación.

Hay que dudar de todo lo que viene en frasco de plástico transparente, porque la característica de estos aceites es que se oxidan rápidamente. Por eso si ustedes tienen el frasco con el aceite puro hay que guardarlo en la heladera.

No sucede lo mismo con la semilla, ya que la semilla tiene una cobertura, la cáscara, que la resguarda de la luz, del calor y de la oxidación.

Y, además, tienen vitaminas, como la Vitamina E, por ejemplo, y los minerales antioxidantes, como el magnesio, el zinc, el cobre, el cromo que lo protegen dentro de su envoltura natural.

Otra fuente muy importante de ácidos Omega-3 son los vegetales verdes. Tenemos que aumentar el consumo de vegetales de hoja, porque tienen la ventaja de ser muy ricos en ácidos grasos polinsaturados y además contienen todas las vitaminas del grupo B, que nos protegen de una serie de accidentes cardiovasculares (como el aumento de la homocisteína) y, sobre todo, equilibran la glucemia en la sangre. O sea que aumentar la cantidad de vegetales de hoja verde en nuestra alimentación es fundamental.

Las vitaminas hidrosolubles son el ácido ascórbico (una vitamina de acción antioxidante muy importante) y la Vitamina C. También tenemos que incorporar estos elementos a nuestro organismo. El ácido ascórbico está en todos los vegetales, pero actualmente no tienen suficiente cantidad de este ácido porque vienen de Salta, de Mar del Plata, del sur, los recogen cuando están verdes y les falta la maduración. Por lo tanto, la cantidad que nosotros comemos es muy pequeña.

Y además está el problema de la contaminación ambiental, que va quemando al ácido ascórbico. La vitamina C, es un antioxidante muy necesario, sobre todo en las personas que fuman o viven en ambientes de fumadores, lo que yo hago con mis pacientes (sobre todo si vienen al centro) es darles Vitamina C. Si están afuera, no la toman porque no tienen tanta necesidad de esta vitamina.

También el stress aumenta la necesidad de Vitamina C, y la cocción y el almacenamiento destruyen esta vitamina.

Las vitaminas del grupo B (tiamina, riboflavina, ácido pantoténico, piridoxina y ácido fólico) son muy importantes como factores metabólicos. Estas son las que regulan la glucemia, el metabolismo de las grasas, el metabolismo de los aminoácidos o de las proteínas. Y las encontramos también en los vegetales de hoja verde crudos.

Y, por último, necesitamos las vitaminas liposolubles, que son la Vitamina A y los betacarotenos y la Vitamina E. Estos se incorporan a nuestro organismo a través de la alimentación.

En general preferimos los betacarotenos, que están en los vegetales anaranjados y en los verdes también, ya que la Vitamina A, en grandes dosis, es tóxica.

De hecho, en la naturaleza se encuentra en grandes cantidades en un alimento del que se acordarán las personas de mi edad, y que es el aceite de hígado de bacalao, que no se cómo no nos mató porque todos tomábamos aceite de hígado de bacalao. En este momento está terminantemente prohibido, porque tiene un exceso de Vitamina A que puede traer problemas hepáticos, problemas renales y en las embarazadas puede traer alteraciones en el feto. Pero a nosotros no nos pasó nada. O sea que también es una de las cosas que le falta demostrar a la ciencia. A lo mejor comíamos más vegetales de hoja verde. No sé qué habrá pasado.

Y terminamos con la Vitamina E, que es un antioxidante de membrana que está presente en las semillas y en los aceites de primera presión en frío y no en los refinados e industrializados.

A estos se les agrega una determinada cantidad de Vitamina E pero de origen sintético, lo que dificulta su absorción en la cantidad que nosotros necesitamos.

Dra. Alcira Valeri: Buenas tardes a todos. Ante todo quiero agradecerle a la Lic. Reich por permitir a la osteopatía estar aquí presente y felicitarla públicamente por la organización de este

evento. Considero que es sumamente importante, por el momento en que vive la Argentina con la situación social y depresión que vivimos los argentinos, que estemos juntos para pensar cómo sostener el sistema de salud de nuestros queridos pacientes, que actualmente se ve minado por tanta reacción emocional.

La osteopatía piensa que la verdad está en la naturaleza. Es algo muy simple que por algunos puede ser aceptado y por otros no. El cuerpo tiene los elementos para vivir en un estado de salud, decía Stil, creador de la osteopatía.

Si todo tiene movimiento, si las vísceras o las glándulas tienen su forma, pueden cumplir mejor su función. Si los líquidos del cuerpo pueden moverse, podrán llevar a los distintos tejidos los componentes que lo integran. Para nosotros, como para algunos histólogos también, la noción de inmovilidad o falta de movimiento altera el terreno. Todos sabemos, si no lo recordamos, que cuando el tejido no se mueve no solamente se deforma sino que cambia su función y, aparte de su histología, la liberación de las sustancias químicas.

Nuestra mirada no se posa en una persona que sufre del hígado, sino en una persona global. Miramos la constitución del cuerpo a nivel muscular (integrado por largas cadenas); a lo largo de la columna; observamos un nexo fundamental, que son las meninges (membranas muy poco elásticas) que al sufrir tensión por accidentes físicos, traumatismos, shocks, situaciones emocionales, se produce cierta liberación hormonal, como hoy nos contaba el Doctor Moguilevsky, esta liberación hormonal endurece y genera tensiones en la base de cráneo y en distintos pisos de nuestro cuerpo.

Por eso decimos que recibimos a diario personas que, por ejemplo, luego de un accidente tienen bruxismo. El bruxismo no es solamente emocional, me interesa muchísimo decirles a ustedes que cualquier alteración en el articulado dental (falta de altura de los dientes, faltas de piezas dentales) determina que las meninges se endurezcan, que las primeras cervicales se bloqueen, que pierdan movimiento, y, en consecuencia, esto sucede en todo el cuerpo.

Por eso una persona recurre a la consulta osteopática cuando sufre de dolores de cabeza, también sufre de gastritis o dolores de estómago, tiene pérdida de orina cuando se ríe, en una relación sexual las mujeres sienten ardor en la penetración vaginal, sus intestinos disfuncionan, es decir, la persona manifiesta un conjunto de dolencias.

¿Qué es lo que ocurre? La interpretación que da la osteopatía es que nosotros estamos vinculados entre el cráneo y la pelvis por las meninges, y luego tenemos conexiones o pisos horizontales que son los diafragmas. En estados de tensión esos diafragmas se endurecen y modifican la presión de las cavidades. En consecuencia los líquidos no tienen buena movilidad. No es raro entonces que una persona sufra de cansancio o tenga la sensación de haber realizado un gran esfuerzo cuando apenas caminó dos cuadras. Entonces recurre a las distintas consultas médicas y clínicamente está sana. Pero “¿qué es lo que me ocurre entonces? Junto con esto sufro cuadros de angustias, siento miedos. “Es que el cuerpo reacciona con una integridad.

Las técnicas de atención son distintas a las técnicas habituales. Nosotros estamos acostumbrados a permitir que el cuerpo se manifieste en su comodidad para luego introducir un cambio que aparece voluntariamente por la pérdida de reflejos. Esto es muy difícil entender si no se demuestra.

Lo más importante que quiero dejar claro es que, muchas veces, se interpreta o se condena a una persona a pensar que sus trastornos son únicamente, por ejemplo, emocionales, y quizás la persona realmente se siente mal. Entonces aparece la explicación de los síntomas.

Por ejemplo, es poco divulgado que el cuerpo tiene un sistema nervioso central, como dijo el Doctor Moguilevsky, que va bajando toda la información química, ya que somos un laboratorio, a través de la médula. Existen ciertos pisos medulares que se encargan de distribuir esa información. Por ejemplo, los pisos medulares entre la segunda vértebra dorsal y la quinta vértebra dorsal controlan lo que es cardiorrespiratorio. Desde la sexta vértebra dorsal a las primeras lumbares, controlan el apar-

to digestivo. A los costados de la columna vertebral, sobre todo de la dorsal y cervical también, existen sobre las apófisis transversas, sobre los huesos, sistemas que pertenecen a lo que conocemos como el neurovegetativo.

Estas funciones que están bajando desde el sistema nervioso central están aceleradas o disminuidas gracias a dos sistemas: las acelera un sistema simpático (y así estamos en simpático-tonía, excitadas, irritadas) o las disminuye un sistema para-simpático (estamos bajos, vagales).

Los osteópatas pensamos que si el cuerpo puede regular por sí mismo ambos sistemas, estos estarían en equilibrio y no aparecería la disfunción.

Un ejemplo: los chiquitos que sufren de otitis u otalgia. Existe un sistema simpático que está enervando nuestras mucosas, que pertenecen al oído. Hay un nervio que se llama trigémino que sale de *tal lado*, que tiene *este* recorrido y se encarga de *esto*. Pero como osteópatas, nosotros lo que nos preguntamos es: ¿qué le pasa al parasimpático? Que lo deja actuar solo, y está irritando las membranas. Entonces, ¿dónde está fijo? ¿qué tejido es el que lo fija?

No sé si ustedes saben que, por ejemplo, una fijación de una primera cervical, en un chiquito se ve con total claridad, da dolores de oído, da otalgias. Muchas veces es medicado por esta situación, cuando en realidad hay un sistema que está trabajando solo y la droga sería innecesaria si le otorgamos movimiento a los tejidos. Así estos sistemas se equilibrarían.

Otro síntoma muy típico hoy es la gastritis. La gastritis (ardor, endurecimiento de las paredes estomacales) tiene, como dije antes, una metámera, tiene el estímulo de todo un sistema simpático que irrita las mucosas. Lo que hace el osteópata es ver el recorrido del parasimpático y descubrir por qué no puede actuar. En el tiempo, lo que vemos es que el paciente que está contenido por una medicación, suspende la medicación y vuelve con el síntoma. El origen puede también ser mecánico. Este es el concepto que quiero introducir: el problema puede ser también por

la falta de equilibrio de estos sistemas que hacen al buen funcionamiento del cuerpo.

¿Qué ocurre entonces con el persistir de este síntoma? Las mucosas, a fuerza de estar enrojecidas y estimuladas, empiezan a lastimarse y ahí aparece la úlcera.

Un fenómeno como la constipación (acá lo han dicho todos, hemos coincidido todos), el estancamiento de la materia fecal, transmite todos los tóxicos que contiene la materia fecal a los músculos vecinos, a la estructura vecina. Todas las vísceras están colgadas de nuestro esqueleto y por supuesto que las intoxican, las endurecen, aumentan la densidad de los tejidos y aparecen dolores. Es sabido que los problemas renales producen lumbalgias, así como los intestinales o vesicales.

Nosotros enfocamos el tema desde, como dije antes, restablecer el equilibrio de la persona, mejorar la postura, controlar los aumentos de densidades para que el cuerpo por sí mismo pueda progresar en un camino de salud.

Nuestro trabajo no es ser el bastón de las personas. Quiero decir, que con nosotros entra en un estado de conciencia donde puede ver qué modalidades tiene en su forma de ser que lo afectan. Por ejemplo, una persona que tiene cierto temperamento de perfección, que quiere terminar todo a tiempo, destacarse, y que está sobrexigida por supuesto que va a tener una tendencia a una gastritis. Entonces es necesario que tome conciencia de esa situación y es por eso que apoyo totalmente el trabajo interdisciplinario.

Otro de los elementos que nosotros tenemos en cuenta es la calidad de vida de la persona y su alimentación.

El objetivo, como dije, no es ser el bastón de esa persona, sino inducirlo a mejorar la calidad de vida. ¿Para qué? Para que sus tejidos vivan en salud y su cuerpo pueda sostener su inmunidad.

Así que por eso le agradezco a Susi la invitación, y creo que no tengo más nada que decir.

Coordinadora: ¿Alguna persona del público quiere formularle preguntas a los disertantes?

Oyente: Para la Doctora Elba Albertinazzi: ¿Se puede consumir carne?

Doctora Elba Albertinazzi: El hombre, por suerte, es omnívoro, o sea que tiene capacidad de digerir todos aquellos productos que son naturales. Yo le diría que en vez de dejar la carne (uno lo puede dejar por amor a los animales y, por supuesto, yo jamás mataría nunca más un animal para comérmelo), deje los alimentos industrializados, porque son *muchísimo* peores.

Yo no digo que coman carne las catorce comidas semanales. Se puede comer carne, a lo sumo, dos veces por semana.

En aquéllas personas que tienen problemas inmunológicos sí es importante. Sobre todo si son problemas del sistema autoinmune es importante dejarla porque la carne es la vía de producción de un ácido que se llama ácido araquidónico que es totalmente pro-inflamatorio. Entonces, a las personas que tienen problemas autoinmunes, como artritis reumatoidea, esclerosis múltiple, lupus, soriasis, obesidad, diabetes, les diría que lo mejor es no consumir ni carne ni lácteos.

Pero la carne es un alimento natural, o sea que tiene su aporte de nutrientes. Es más acidificante del organismo pero no es que esté prohibida, eso es una cuestión personal de cada uno.

Oyente: ¿Qué opinión tiene sobre el agregado de oligoelemento.

Dra. Elba Albertinazzi: Los oligoelementos denominan en general a las vitaminas y los minerales. Son sustancias que necesitamos en pequeñas cantidades para estimular nuestro metabolismo. Son los formadores de enzimas. La enzima está formada por una proteína y un estimulante, como la llavecita que abre la puerta, que es un oligoelemento, que están presentes en pequeñas cantidades.

Yo los uso en mis pacientes. En general hay algunos que pueden llegar a tener problemas si se incorporan en grandes

cantidades, sobre todos las vitaminas liposolubles, la Vitamina A, D, E. La Vitamina K es una vitamina anti-hemorrágica que no se utiliza prácticamente.

Con respecto a los demás, es muy difícil entrar en una cantidad tan grande sobre todo si toman los preparados de tipo comercial. El problema de los preparados de tipo comercial es que tienen muy pequeña cantidad de oligo-elementos. Entonces yo trabajo con oligo-elementos, pero los mando a preparar acorde a las necesidades de cada paciente.

No todos los minerales sirven para estimular determinadas enzimas, entonces uno tiene que elegirlos. Por eso le digo que si la enfermedad es importante, lo mejor es recurrir a un profesional que maneje este tema. Sino, si es un estado de cansancio y ustedes quieren incorporar algún polivitamínico de los que están en el mercado, pueden hacerlo.

Además, el problema de los industrializados es que tienen muchas sustancias químicas. Tienen colorantes, tienen saborizantes, tienen esa goma que se les pone alrededor para que no se liberen (o se liberen lentamente). En fin, son sustancias químicas. Entonces lo mejor que lo preparen en alguna farmacia.

Con los minerales no hay problema, porque son minerales, no podemos “trucharlos”. Pero las vitaminas son todas sintéticas. No existen prácticamente vitaminas naturales, salvo la Vitamina E, que yo no sé si estará todavía en el mercado, que era la vitamina del laboratorio Slapag. Esa es natural. Es prácticamente imposible decir que la Vitamina C es natural cuando sabemos que el jugo de naranja tiene pequeñas cantidades. La Vitamina C se hace en laboratorio desde hace muchísimo tiempo y su acción es bastante similar a la natural, no hay tanto problema con la Vitamina C.

La Vitamina E se encuentra en todos los aceites de primera presión en frío. A los otros, los que son industrializados, se les agrega Vitamina E sintética.

Dr. Mario Schwarz: Alguien me consulta sobre las ciruelas japonesas Humeboyi. Sí las conozco.

Se utilizan mucho en la macrobiótica, más que en la medicina tradicional china. El único problema con estas ciruelas es el exceso de sal y algunos pacientes hipertensos no pueden consumirlas. En otros casos, donde la persona tiene un cuadro muy *Ying*, tiene un cuadro vagal, está muy cansada, agotada pueden ser consumidas. Pero no es parte de la medicina china sino de la medicina japonesa. La macrobiótica.

Coordinadora: ¿Cuál es la formación del osteópata? Y, al Doctor Schwarz, el nombre de los libros que escribió.

Dr. Mario Schwarz: Los dos libros que escribí, y que están publicados en la Argentina, son: “Medicina tradicional china”, Editorial Errepar, y uno que acaba de salir que se llama “Tai Chi Chuan”, de la Editorial Kier.

Dra. Alcira Valeri: Mi primera formación fue universitaria. Soy kinesióloga, egresada de la UBA en el año '77. Y, hace aproximadamente doce años, me incluí con un grupo de estudio de la llamada terapia cráneo-sacral, del Dr. Abnejeru de EEUU, que trabajó todo lo referente a las meninges entre el cráneo y el sacro. Luego le dimos forma de una carrera, cuando nos enteramos que esto no era simplemente un curso, y apareció la imagen del Dr. Gilles Drevon Di Lieffroy, un francés que, apoyado por la confederación de los colegios europeos de osteópatas, forma el primer Instituto Argentino de Osteopatía.

Yo destaco esta situación porque, como pasa en todos los países, hay quienes dicen que la carrera es de posgrado universitaria kinésica. Y no es así. Por eso me presenté solamente como osteópata.

Nosotros tenemos una carrera de cinco años de formación y estamos avalados por los colegios de Canadá, donde se reúne toda la osteopatía del mundo. En EEUU, en California, hay una Universidad, y en Inglaterra, Bélgica y Holanda es reconocida como una medicina no convencional a través del Parlamento.

Nosotros, en el año 2000, nos unimos a corrientes como el naturismo, acá con el Doctor Schwarz, y presentamos un proyecto de ley en el Congreso para evitar estas “formaciones” de

posgrado kinésico de dos años, ya que en realidad se requiere una carrera médica completa para descubrir el alcance en la salud que tiene el rescatar el movimiento global del cuerpo. Y cuando uno desconoce el trabajo sobre otros tejidos es verdaderamente iatrogénico.

En la actualidad yo soy docente del Instituto Argentino de Osteopatía, hace años que lo soy. Hasta hace poco fui coordinadora académica del mismo instituto hasta que presente la renuncia por exceso de trabajo y para poder pertenecer al grupo de investigación de ortodoncia de la calle Montevideo, que es la primer experiencia multidisciplinaria que hay en el país de un trabajo entre osteópatas y odontólogos, en donde también hay un foniatra.

Actualmente soy Vicepresidenta del Registro de osteópatas, que es el que nos nuclea. Nosotros no tenemos matrícula de Salud Pública. Por esa razón se formó el Registro de Osteópatas, que impone, para aceptar al profesional, ciertas condiciones, entre las que se encuentra la actualización y el trabajo permanente en nuestro lugar, que es el de ser osteópatas. Esto es necesario para sostener esto como una medicina totalmente independiente pero dispuesta a trabajar en equipo, porque el ser humano es una persona integral.

[Pregunta a la Dra. Albertinazzi]

Dra. Elba Albertinazzi: En primer lugar, no soy nutricionista. Soy médica clínica. Así que no me pidan calorías ni nada.

Entre los azúcares y los estebiosidos. El estebiosido es una planta estebia-rebaudiana que se cultiva en nuestra Mesopotamia, en la paraguayana y en el sur de Brasil. Tiene la característica de otorgar un sabor dulce a aquellos alimentos a los que se agrega, de modo que es una sustancia totalmente natural. En este momento existe industrializada pero bastante pura en forma de polvos, de gotas y de tabletas. La ventaja que tiene es que no tiene calorías (o sea que la pueden usar los diabéticos), no es

una sustancia química, como lo son los edulcorantes, y tiene un ligero efecto hipoglucemiante.

Se lo puede utilizar en hojas, en tisanas, en compotas también y no cambia el sabor con la cocción, cosa que es importante porque a veces los edulcorante tienen un gusto desagradable. Esto no le cambia el sabor para nada y tiene un buen sabor endulzante, no edulcorante.

[Pregunta a la Dra. Albertinazzi]

Dra. Elba Albertinazzi: Es lo que yo les dije al principio. Las células son todas iguales, o sea que la alimentación mucho no puede cambiar. Sí hay mejoría, yo no tengo experiencia en enfermedades como la esquizofrenia o el Alzheimer.

Sí la tengo en personas que tienen problemas de artrosis, y realmente mejora la enfermedad porque se produce un cambio en el Ph. Esto, fundamentalmente en la artrosis, donde mejora el dolor articular y elimina todas las sustancias tóxicas que no solamente están dentro de la articulación, sino en los tendones de los músculos, en las fascias musculares.

Con respecto al sistema nervioso, hay trabajos en EEUU hechos por un grupo del Dr. Pfeifer, que ya murió, y que ha trabajado muchísimo en esquizofrenias y alimentación. Investigaron varios síndromes, y lo que proponen es el cambio nutricional, quitando sobre todo la carne, agregando muchísimos productos en base a vegetales y suplementando, en este caso sí, con grandes cantidades de vitaminas y de minerales.

Coordinadora: Vamos a hacerle una pregunta más a cada uno

[La Pregunta a la Dra. Albertinazzi sobre lavado colónico]

Dra. Elba Albertinazzi: Yo no estoy de acuerdo con el lavado colónico porque no es una técnica natural, es totalmente artificial (se pone agua a presión), tiene algunas contraindicaciones y, sobre todo, porque lo que hace es arrastrar toda la flora intestinal también. Entonces es una técnica bastante agresiva.

En algunos pacientes que están muy graves, muy intoxicados, parece que ha dado buen resultado. Yo no tengo experiencia, no lo aconsejo, prefiero el movimiento diario del intestino incorporando el mucílago, la semillas de lino, y aumentando la cantidad de fibras y de líquidos, fundamentalmente.

Coordinadora: Una pregunta para el Doctor Schwarz

Dr. Mario Schwarz: Me consulta sobre la Kombucha, en particular, que es un hongo que se deja fermentar y se reproduce. En realidad yo no tengo datos estadísticos sobre gente que haya tomado Kombucha durante un tiempo y haya obtenido mejorías de patologías concretas. Lo único que sé, es que en el mundo se está utilizando para mejorar la inmunidad. Pero no cuento con estadísticas serias, y no sé si existen.

Es un producto de venta libre en las farmacias, incluso se puede conseguir en forma de tintura madre o de preparados para hacer té.

Coordinadora: Una pregunta para la Lic. Alcira

[Alcira Valeri: Nosotros atendemos desde las embarazadas hasta los bebés, intrauterinos o cuando nace.

Nosotros pensamos que la dentición, la irrupción de los dientes, tiene una correspondencia directa con las fijaciones de los movimientos del cráneo y la cara. En los casos en que el chiquito al nacer estuvo en una posflexión muy marcada, a veces con problemas respiratorios también, tienen al mismo tiempo el paladar ojival.

Entonces, fíjense cuál es la visión del osteópata: esos chiquitos tendrán la tendencia de succionar el dedo. Y ¿saben por qué? Porque les queda cómodo y afloja todas las tensiones de su cráneo. Nosotros no decimos nunca “Ponéte derecho”. Nosotros miramos cómo está parada la persona o el chiquito para darnos cuenta de que fijaciones puede tener.

En el caso de los dientes separados o distalación dental, obedece también a una posición de apertura que nosotros llama-

mos *lesión de flexión*, con exagerado diámetro transversal y poco diámetro anteroposterior.

El restablecer el movimiento de los huesos permite que cada uno crezca como debe serlo. Cada hueso que está sometido a una presión crece en sentido contrario a la presión. Si un sector no crece después, en el adulto, se instalarán asimetrías que proponen ciertas alteraciones, y predisponen a ciertas enfermedades.

Primero, justamente, cuando se va a hacer un ajuste o una expansión en la ortopedia de los chicos es fundamental que todo el articulado esté libre. Y, sobre todo, en el resto del cuerpo, porque en seguida manifiesta síntomas.

O si nos referimos a la visión, ustedes saben que si se aumenta la presión exagerada de una ortodoncia, el chiquito hace un glaucoma en un ojo, o un dolor de un oído. Y, claro, se desconoce esta situación. ¿Qué es lo que ocurre? Que hay cierto articulado de la cara o del cuerpo que no está libre. Entonces aparece la expresión del síntoma.

Coordinadora: Esto está interesantísimo pero lamentablemente tenemos que ir cerrando porque los que están en la próxima mesa están todos parados en la puerta. Esta mesa nos ha llamado la atención sobre el cuerpo, que, mal que nos pese, es lo que tenemos para transitar por esta Tierra. Si no lo atendemos, si no lo cuidamos, si no le damos de comer, si no lo ayudamos a descansar, si no lo alimentamos, lo estimulamos y lo movemos y no cuidamos el contexto donde está, difícilmente podamos hacer que nuestro espíritu crezca y se desarrolle. Así que acá los expertos nos han estimulado a atenderlo y sobre todo a integrar todos los elementos posibles para que el cuerpo, que es muy generoso, pueda dejar salir todos los recursos que tiene para estar bien.

Muchísimas gracias.

Mesa redonda III

Terapia de Interacción cuerpo-mente. Participación activa del paciente

Coordinador Lic. Claudio Deschamps: Vamos a empezar la siguiente mesa que tratará de la Terapia de Interacción Cuerpo-mente y Participación activa del paciente. Como coordinador de esta mesa, lo primero que quiero transmitirles es mi alegría de estar participando en un encuentro de esta naturaleza y desde ya le agradezco mucho a Susi Reich.

En primer lugar va a hablar el profesor **David Lifar**, actual Director de la Fundación Indra Devi. Desde que Indra Devi se radicó en Buenos Aires, David Lifar en el año '87, comenzó una relación profesional con ella. En 1988 reciben la aprobación para funcionar como la Fundación Indra Devi, "Yoga, arte y ciencia de vida".

Hoy es el editor de la revista "Yoga: arte y ciencia de vida". A partir de 1990 la fundación se expande. Actualmente posee seis centros en los cuales David dicta clases como profesor. Editó el libro "Las enseñanzas de Indra Devi", del cual es autor. Actualmente, está trabajando sobre un nuevo libro, "Con los pies en la tierra y el corazón en el cielo", de próxima edición.

En segundo lugar, va a hablar el **Prof. Claudio Marquez**, director de la Escuela de Reiki, que lleva su nombre, y presidente de la Asociación Argentina de Reiki. Desarrolla desde 1992 una intensa actividad para la difusión y enseñanza de este método japonés en la Argentina. Recibió su master en Estados Unidos. También recibió instrucción de Philis Furmoto, nieta de Takata.

Organizó y presidió siete congresos argentinos de reiki celebrados hasta la fecha, donde prestigiosos profesionales fueron disertantes y es el presidente del Octavo Festival Nacional de Reiki.

Es miembro de asociaciones internacionales dedicadas a reiki y disciplinas afines en Inglaterra y Estados Unidos. Es disertante en congresos y da conferencias en todo el país y sudamérica. Su investigación permanente de los métodos originales y actuales lo ha llevado a recibir instrucción de maestros de diferentes nacionalidades y estilos, haciendo de esto un proceso de crecimiento constante.

Y en último lugar va a hablar **Dr. Daniel Brenner**, médico egresado de la UBA. Médico homeópata unicista, discípulo del maestro Liu Pang Lin, Presidente de la Asociación Tai Chi Pang Lin Argentina.

Los dejo entonces con David Lifar y con las propuestas interactivas de cada uno de ellos.

Prof. David Lifar: Muy buenas tardes.

Quien no conozca nada de yoga levante las manos. Entonces todos conocen. ¡Qué vamos a hacer ahora!

Ustedes saben que Matashi Indra Devi nos definía el Yoga como un arte y una ciencia de vida que nos ayuda a desarrollar nuestros aspectos físicos, mentales y espirituales.

El ser humano no es solamente físico. El ser humano no es solamente mente. El ser humano no es solamente espíritu. Cada uno de nosotros es una única y compleja mezcla de todo ello. Y en nuestro diario vivir, en esa armonía a nivel físico, a nivel mental, a nivel espiritual se producen desequilibrios. Y nosotros, a través de lo que es la práctica del yoga, tratamos de buscar un nuevo equilibrio en nuestra vida.

¿Qué elementos vamos a utilizar?

En primer lugar hay toda una cuestión filosófica que acompaña al yoga, y que dentro del yoga de Patanshali se conocen como los *Shamas* y *Mishamas*, similares a los diez mandamientos.

En segundo lugar vienen las posturas del yoga, que se llaman *ásanas*. Esas posturas tienen propiedades curativas, preventivas y recuperativas.

En tercer lugar, el tercer paso, es el *pranayama*, control del *prana* o del aliento. A través de una utilización consciente del

aliento, combinado con la respiración, vamos a tratar de obtener los beneficios que nos van a producir las posturas.

En cuarto lugar nos vamos a encontrar con lo que se llama *Pratiabara*, control de los sentidos. Y esto, quizás, es lo que más le cuesta a los occidentales. ¿Cómo controlar nuestros sentidos? ¿Cómo hacernos amos de nuestros sentidos? Muchas veces los amos de nuestra propia vida son nuestros sentidos. Nosotros nos dejamos manejar por ellos, somos esclavos, y a través del yoga volvemos a tomar el control de ellos.

En quinto lugar vamos a encontrarnos con lo que es *tarana*, concentración. Aprender a concentrarnos. Concentrar significa poner todos nuestros sentidos bajo un mismo punto de observación, y no distraerse.

En sexto lugar vamos a llegar a lo que es *thyana*, meditación, que es tratar de encontrar el espacio de silencio entre un pensamiento y otro.

Y, por último, llegar a un estado de éxtasis o de *nirvana*, a lo que llegó, por ejemplo, el Buda, a lo que llegó Mahoma, o al que llegó Jesús.

En nuestras clases nosotros permanentemente les decimos: “Vamos a hacer un viaje de siete pasos”, para llegar al estado de meditación. El octavo paso es un optativo que depende de cada uno de nosotros. Y en las clases, se les dice: “nosotros podemos ayudarlo a dar los primeros pasos”, pero después, los pasos los van a tener que continuar ustedes en su vida cotidiana. Y una de las cosas con las que empezamos en nuestras clases, es la toma de conciencia de nuestra respiración.

Hoy vamos a hacer, antes de continuar con la charla, algunos ejercicios respiratorios si ustedes quieren.

Narices listas.

(ejercicio 1)

Inhalando, elevo brazos. Estiro, arqueo atrás y exhalando por la boca: ‘ahhh’. Vamos.

Inhalando, elevo brazos. Estiro, arqueo atrás y exhalando por la boca: ‘ahhh’. Vamos, inhalo, elevo, arqueo atrás y exhalar: aaahhh.

(ejercicio 2)

Gracias, nos sentamos. Manos sobre los muslos, las piernas. Cierro los ojos. Inhalo y exhalo por nariz, inhalo por nariz, exhalo por nariz. Elevo la mano derecha y tapo la fosa nasal derecha. Y ahora inhalo y exhalo por la fosa nasal izquierda.

Inhalo y exhalo por la fosa nasal izquierda. Dejo caer el brazo derecho, elevo el izquierdo, tapo fosa nasal izquierda, inhalo y exhalo por la fosa nasal derecha. Inhalo por derecha, exhalo por derecha. Cierro los ojos. Inhalo por izquierda exhalo por izquierda, exhalo por izquierda.

Inhalo por ambas fosas nasales, inhalo por la derecha, exhalo por derecha. Inhalo por derecha, exhalo por derecha. Inhalo por derecha, exhalo por derecha.

Inhalamos por ambas fosas nasales, exhalamos. Inhalo, exhalo. Inhalo, exhalo.

¿Ustedes pensaban que podían hacerlo antes? ¿Qué fue?

Control de nuestra mente, control de nuestros sentidos. Y en esto es en lo que el yoga nos ayuda. Nadie puede hacer el milagro por nosotros. Los pasos tenemos que darlos nosotros mismos. Esto es lo que Matashi Indra Devi siempre nos decía: *“el yoga nos puede mostrar y marcar un camino pero los pasos para producir lo que es una mejor armonía, a nivel físico, a nivel mental, a nivel espiritual, lo debe mantener cada uno de nosotros.”* Tiene que hacerlo cada uno de nosotros. Y si a través de un ejercicio muy sencillo, habiendo preparado nuestra mente, habiendo preparado en poquitos minutos nuestro cuerpo pudimos lograr esto que pensábamos que no podíamos hacer; en la medida en que ustedes sean constantes, en la medida en que perseveren, pueden lograr todo lo que ustedes deseen en la vida.

Swami Vitvekananda, uno de los primeros maestros de yoga que vino a occidente, escribió en su libro “El raja yoga”: *“Dile a tu mente que sea fuerte, dile a tu cuerpo que sea fuerte, y tened fe y esperanza ilimitada en vosotros mismos”*. No en Dios solamente, sino en uno. Y, a través de la filosofía del yoga (los *shamas* y *mishamas*), de las posturas, de la respiración, del control de los

sentidos, de la meditación y concentración, el yoga nos ayuda a disfrutar lo que la vida nos está dando, a pesar de lo que no nos dio o de lo que nos quitó.

Uno, circunstancialmente, puede estar al lado de una persona elevada espiritualmente, y no puede transmitir un montón de cosas lindas. Pero una vez que nos alejamos tenemos que empezar a cuidarnos nosotros mismos. Nosotros somos los que le abrimos la puerta a la negatividad, nosotros somos los que le abrimos las puertas a la enfermedad, a través de nuestra mente, para después materializarla en nuestro cuerpo. Pero, a través del trabajo de nuestro cuerpo y de nuestra mente, podemos revertir la enfermedad. Podemos revertir los malos momentos que estamos pasando en nuestra vida, pero no como un milagro. Será solamente fruto del esfuerzo y del trabajo personal que cada uno haga en su propia vida.

Matashi siempre nos decía: *“Trata...”*.

Justamente aquí me encontré con un amigo con el cual Matashi participó en el Encuentro Interreligioso que se hizo hace varios años atrás en la Facultad de Medicina.

Matashi dice que en la vida uno tiene que desarrollar dos virtudes: “Amor y desapego”. Amor hacia todos, los que nos quieren y los que no nos quieren. Y desapego al fruto de nuestras acciones. Tratar de hacer las cosas lo mejor posible. Aún con aquellas personas que no conocemos y no nos quieren. Y a través de ese camino uno puede encontrar la felicidad en su vida.

Este es el camino del yoga que Indra Devi nos enseñó: “Luz y amor”.

Lic. Claudio Deschamps: Adelante entonces Claudio Márquez.

Claudio Márquez: Buenas tardes a todos. Muchísimas gracias a la Licenciada Susi Reich por permitirme participar de esta jornada.

Siento que aquí en la sala debe haber muchas mamás. También debe haber muchas abuelas y alguna tía. ¿Hay alguna tía, abuelas, mamás?

Seguramente, han utilizado potencialmente la energía de *reiki* en algún momento. En forma intuitiva, o en forma casi natural, han acercado sus manos a su chico, a su nieto, a su bebé, y con ellas han logrado hacerles pasar un dolor en el estómago, calmarlos.

Todos, en algún momento, hemos recibido a algún amigo o alguna amiga que nos ha tocado el hombro y nos ha dicho: “Vamos, adelante, ya va a pasar todo”.

El toque es algo que constituye nuestra esencia, y, naturalmente, cuando nosotros acercamos nuestras manos transmitimos energía. De alguna manera, todo el tiempo estamos en contacto con esa energía que proviene del universo y que constantemente el sol nos regala.

A través de reiki nosotros podemos utilizar esa energía que el universo nos brinda tan generosamente a cada segundo. Dicen que nuestro sol es el más generoso de todos. Aquí en la Tierra, en este planeta, lo recibimos todo el tiempo, y él mismo quema cuatro millones de toneladas de su propia energía y la convierte en luz a cada segundo. Y esa energía nos llega a todos los seres vivos.

El Dr. Usui, en Japón, cerca del año 1920, creó un método para absorber más cantidad de energía vital de la que naturalmente todos los cuerpos recibimos. En un principio utilizó este método sobre sus propios pacientes. Él no solamente quería que su paciente recibiera su atención, sino que, hasta la siguiente consulta, el que se atendía hiciese algo. Ese *algo* que encontró fue sistematizar el uso de la energía vital a través de las manos de la persona.

Todos estamos capacitados para usar esta energía, y, de alguna manera, la estamos recibiendo en este mismo momento. Quién más, quién menos, tiene *Chi*, la energía vital. *Reiki*, la energía vital del universo, está ahí afuera, con toda abundancia, con toda fuerza, lista para que cada uno la adopte.

Cuando uno se desarmoniza por cualquier circunstancia, el cuerpo empieza a desvitalizarse, y allí es donde la persona que

aprende y practica *reiki* logra, a través de sus propias manos, capitalizar, usar esa energía para beneficio propio. No a través de un convencimiento, sino a través de una práctica concreta, que ahora veremos como se lleva a cabo. A través de esa práctica no solamente nos podemos vitalizar, sino que podemos lograr restablecer nuestro estado de armonía.

El *reiki* provee, a través de una serie de posiciones de las manos que se trabajan desde arriba (de la cabeza) hacia abajo (en el cuerpo), que uno mismo puede practicar sobre sí, la armonía de las distintas áreas del cuerpo que tienen que ver con la energía. Todo el cuerpo está permanentemente absorbiéndola, y, en el principio, el maestro de *reiki* desbloquea la capacidad natural de trasladar esta energía. O sea que ese desbloqueo es necesario para que uno no transmita lo propio.

Cuando uno acerca las manos con *reiki*, el cuerpo del otro reconoce esa vibración y comienza a absorber esa energía de forma espontánea, o sea que el que da *reiki* no dirige la energía mentalmente, sino que esta energía vital es absorbida por la persona en forma absolutamente espontánea. Por eso en la práctica no es necesario tener una especial capacidad.

Ustedes saben cómo es una sesión de *reiki*: uno está acostado durante aproximadamente una hora, y la persona le acerca las manos (puede hacerlo uno mismo, los occidentales prefieren recibir las sesiones de otras personas). Al cerrar los ojos empieza a sentirse plenamente el fluir de esta energía. A través de calor, en algunos casos, la mano se acerca al cuerpo de la persona; también a través de una vibración, pero, principalmente, a través de una profunda relajación. Esa relajación es absorbida por el cuerpo de todas las personas sin necesidad de una predisposición.

Al principio, cuando me encontré por primera vez con *reiki*, mi escepticismo era total. La primera vez que recibí *reiki* no pude menos que reírme, porque justo la persona que me va a dar *reiki*, mostrándome sus manos me dice: "Claudio, yo con estas manos hago cambiar el color de los ojos de la gente". Ahí me pregunté si había ido al lugar indicado, o si ya me tenía que

ir, nuevamente. En verdad, no cambia el color de los ojos. Lo que sí cambia es el brillo en la mirada de la persona.

Cuando la persona toma el primer nivel de *reiki*, siente muchas cosas que lo conectan con aquellos recuerdos hermosos, que tuvo en su vida: con un nacimiento, con un atardecer... te conecta con todas esas sensaciones. Es así, que uno, a través de *reiki*, empieza a recuperar el regocijo en la simplicidad. Por eso *reiki* es un método bien japonés. Simple, práctico, absolutamente natural, sin una necesidad de creencia detrás.

Cuando uno comienza a practicar *reiki*, hay no solamente una activación de la energía, no solamente una utilización de las manos, sino también una necesidad de que la persona que lo da esté trabajando sobre sí misma. Para esto no basta con ser muy bueno técnicamente, sino que es necesario que el que dé también esté trabajando sobre sí. Por eso *Reiki* proporciona una serie de herramientas creadas por el Dr. Usui para darle una base de sustentación que vaya más allá de lo físico. No en lo religioso, pero sí con valores que tienen que ver con la vida humana.

El creó cinco principios, que en realidad son como los tres mosqueteros, que son cuatro. Estos cinco principios los podríamos extender a seis, y cada uno de ellos empieza con “Sólo por hoy”, conectarse con el momento presente, repetírselo todo el tiempo. “Solo por hoy”. El único momento que tengo es este, ahora, acá. En este lugar en la avenida Santa Fé estoy escuchando esto, “solo por hoy, solo por hoy”. Esa es una de las frases preferidas por el Dr. Usui.

“Solo por hoy, no te enojés”.

La otra habla de “Solo por hoy no te preocupes”. Claro... hay infinidad de situaciones que me preocupan. No sólo repitiendo una palabra me voy a convencer de que no me tengo que preocupar, pero el *reiki* requiere el tener en cuenta estos principios sumados a la práctica. El *reiki* no son solamente posiciones de las manos, no es solamente sentir la energía sino que también es llevar adelante en la propia vida la consecución de estos principios.

El otro es: “Solo por hoy, sé agradecido”.

El siguiente: “Solo por hoy, trabaja duro sobre ti mismo”,

Y el último: “Se bondadoso con todos los seres vivientes”.

Sin esa base, nos quedamos con un *reiki* técnicamente puro, excelente en cuanto a los efectos de relajación y en cuanto a levantar la vitalidad de la persona. Nos vamos a quedar con que el *reiki* es muy bueno usado en un hospital americano o argentino, con que es estudiado a través de los Institutos Nacionales de Salud Americanos, y es aplicado en SIDA, en cáncer... pero nos vamos a olvidar del aspecto más importante, que es aquél que el Dr. Usui señaló como principal. En 1922, cuando comenzaba el método de *reiki* en Japón, a él le preguntaron cómo resumir el método de *reiki*. Él dijo: “Para mí *reiki* es el secreto arte de atraer felicidad a la vida de la persona”. Yo les diría que, a partir de su uso, a través de su práctica, la persona recupera su autoestima, mejora su capacidad y de alguna manera reflota la potencia en todas las habilidades internas que tiene. Vuelve a sentir que el poder de estar mejor está en sus manos y ayuda, de esa manera, al que lo cuida, al que lo medica, al que lo atiende psicológicamente y le da una mano aportando algo de sí mismo y no solo esperándolo todo desde afuera. Tomar conciencia de eso es una de las facultades o una de las cosas que logra el método de *reiki* creado por el Dr. Usui.

Vamos a hacer una pequeña práctica. Si bien el método de *reiki* en su forma más ortodoxa requiere que uno tenga una sintonización hecha (que esté activada la energía) sé que muchos de ustedes tienen *reiki*. De todas maneras la energía fluye, y es patrimonio de todos. Entonces, todos podemos sentirla y vivenciarla. Cuando uno se golpea, lo primero que hace es llevar su mano a la zona donde le duele. Desde ese movimiento reflejo, todos tenemos energía vital hasta el último momento de nuestra vida.

Así que vamos a usar un ejercicio que se llama *gallo*. *Gallo*, en japonés, significa *dos manos que van juntas*. *Dos manos que van juntas* tienen que ver con *esta* posición. Este es un gesto de

reverencia, en este caso, pero para otros es un gesto de oración, de respeto.

El *reiki* es un método japonés, y básicamente utilizando nuestras dos manos... las vamos a colocar así, de esta manera, a la altura del corazón y cerrando suavemente nuestros ojos vamos a poder llevar nuestra atención a ir desbloqueando el fluir de la energía en cada uno.

¿Cómo lo vamos a hacer? Vamos a tratar de llevar nuestra atención a un lugar arriba de nuestra cabeza, en la coronilla. Vamos a tratar de ver qué sentimos en ese lugar. Sentimos una sensación. Vamos a tratar de buscar, ¿qué sentimos ahí?

Simplemente, lo vamos a hacer lo mejor posible. Luego vamos a ir bajando y vamos a ver, si llevamos nuestra atención a nuestra frente, en el centro de nuestra frente vamos a tratar de ver que sentimos en ese lugar.

Y siguiendo con nuestro recorrido vamos a tratar de ver que sentimos en el centro del corazón.

Vamos a tratar de llevar nuestra atención a ese centro. Estos espacios son los espacios a través de los cuales la energía de *reiki* fluye.

Ahora vamos a llevar nuestra atención al centro de la palma derecha. A ver las sensaciones que sentimos ahí. *Reiki* te permite ser conscientes del fluir de la energía. Y a través de esto ser conscientes de nuestra pertenencia al universo.

Vamos a llevar nuestra atención al centro de la palma izquierda. Y ahí también vamos a tratar de mantener nuestra atención el tiempo que podamos, sin forzarlo, y luego nos vamos a relajar, vamos a dejar que simplemente esta energía surja de por sí.

El Dr. Usui, creador del método de *reiki*, iniciaba todas sus clases enseñando este método. A través de *reiki* uno aprende a desbloquearse a sí mismo y a vaciar su mente. Una forma integrada de poder lograr la relajación es ser conscientes plenamente de la energía, para después aplicársela a uno mismo o a los

demás. El Doctor Usui explicaba que para él este gesto, junto con las distintas posiciones de las manos de *reiki*, tenía que ver con esas frases que mencionamos antes. Había que repetir mentalmente esas frases al amanecer y al atardecer: “Solo por hoy no te enojés”; “Solo por hoy no te preocupes”; “Solo por hoy se agradecido”; “Solo por hoy trabaja duro sobre ti mismo”; “Solo por hoy se bondadoso con todos los seres vivientes”.

En cada uno de nosotros está la capacidad de activar sus fuerzas internas, de usarlas siempre que lo deseen en todo momento, acordándose siempre de estar presente en el aquí y en el ahora para disfrutar de todos los momentos de la vida.

Reiki contiene, como práctica, una serie de elementos al alcance de cualquier persona. La materia prima que utiliza es la energía, la energía vital, el *Chi*. Todos los pueblos, y ahora nosotros, hemos recuperado la capacidad de usar la naturaleza para poder estar mejor. Cuando todo se derrumba, cuando ya no hay ningún lugar a donde acudir para sostenerse sigue habiendo una columna muy fuerte que es la naturaleza, y esa columna pasa a través de cada uno de nosotros. El reiki te devuelve la natural capacidad de conectarte con la naturaleza. El *reiki* va a estar siempre ahí, desde el inicio de los tiempos hasta el último día y quien aprende este método está en permanente disponibilidad de esa energía. Por eso, desde el comienzo, desde el Dr. Usui hasta hoy, muchos son los maestros, muchos son los que practican este método y muchos los que han logrado a través de su propio esfuerzo transformar sus propias vidas. De eso se trata *reiki*. De ser más felices porque, en definitiva, más allá de las técnicas y de los sistemas, buscamos ser felices.

Agradezco algo que considero que es más importante que todo, que es ese espíritu de exploradores que tiene cada uno de ustedes. Sin ninguna duda, el hecho de que estén hoy aquí escuchando todos estos temas que no se escuchan en ninguna parte, o en muy pocos lugares, es porque tienen un espíritu de búsqueda muy profundo. Ya sea en *reiki*, en yoga, en la medicina no convencional, integrativa, que siga bien alto ese espíritu

de investigación y ese espíritu de exploración. Mientras no decaiga ese espíritu nunca nos van a engañar y vamos a poder ser personas mucho mejores.

Gracias a todos por escuchar.

Lic. Claudio Deschamps: Gracias Claudio Márquez, continuamos ahora con el Dr. Daniel Brenner.

Dr. Daniel Brenner: Hola, qué tal. Antes que nada, quiero agradecer a Susi Reich por haber hecho este evento, este encuentro tan importante que permite que todos nos integremos e intercambiar ideas, conceptos, formas de vida, y permite dialogar un poco en estos tiempos que tanta falta nos hace. Sobre todo, juntarnos, compartir y poder ir hacia adelante.

En este momento, en este siglo XXI, tenemos acceso a cosas que antes no se tenía, como el conocimiento de todas las eras que nos han precedido. Gracias a esto, podemos hoy encontrarnos y hacer esta amalgama, esta comunión de conocimientos y de experiencias. Es por eso que existe este trípode, estas tres patas de la mesa, que serían la alopátia (o la quimioterapia, la antibióticoterapia, la cirugía, etc.); las medicinas alternativas (homeopatía, acupuntura, medicina orthomolecular, osteopatía, etc.); y el tema de esta mesa, que son las prácticas de interacción cuerpo-mente, donde el paciente tiene una participación activa, donde el paciente no solo espera, sino que participa de su propio proceso terapéutico y se hace responsable de su propia curación.

Por eso, los que hoy estamos aquí, tanto David como Claudio y también Mario Schwarz, trabajamos activando este proceso de curación, es decir que la persona pueda despertar su propia capacidad o su propia reacción curativa.

¿Por qué nos enfermamos? Porque no podemos mantener un nivel de integración interna de unidad o de equilibrio que permita que la enfermedad se manifieste. Al tener ese estado de mayor unidad, la energía enferma, la enfermedad no tiene espacio, porque tenemos un mayor grado de bienestar, una mayor inte-

gridad. Es por eso que me sumo a lo que recién hablaban mis compañeros y tomo lo que ellos decían.

Tai Chi. El Tai Chi Chuan significa la unión de las energías Iryang. Eso es lo que decía mi maestro Liu Pai Ling. Mi maestro, al cual conocí cuando él tenía poco más de ochenta años y practicaba todas las mañanas a las seis de la mañana, nos enseñó cómo entrenar esa energía vital. Cómo practicarla, como cultivarla, como poder manejar uno mismo su propia salud. Cómo integrar las energías. Es así, que vamos teniendo una visión del ser humano como un hombre cósmico, como un hombre que está totalmente integrado a las energías de la naturaleza, a las energías del cielo y de la tierra. El Tai Chi representa esa instancia interna en nosotros. Cómo poder integrarnos, cómo ser parte de la totalidad.

Para eso tenemos prácticas y ejercicios, como las tiene el yoga. El yoga, si me permiten, sería un Tai Chi hindú. O el Tai Chi es un yoga chino. En definitiva, lo que todos estamos trabajando es esa práctica de la energía vital, como cultivarla, como desarrollar nuestra energía y nuestra espiritualidad.

Vamos a hacer un ejercicio muy sencillo para desbloquearnos un poquito, que es un balanceo de los brazos donde, fundamentalmente, lo que trabaja es el pulmón y el corazón; para desbloquear el meridiano o el canal de energía del pulmón y el corazón. Es muy simple.

El Ejercicio

Vamos a tomar una diagonal, miramos hacia la diagonal y hacemos un balanceo con los brazos.

¿Todo bien?

Adelante, atrás, adelante, atrás...

Muy bien, este ya salió mucho mejor. Vamos a hacer otro ejercicio que es para que trabaje más la energía del hígado, del vaso y páncreas. Es muy parecido pero gira la cintura. Es similar a agarrar una esfera con las manos y girar la cintura. Esto trabaja más toda estas partes de acá: los órganos intraabdominales.

Muy bien. Termino así, abrazando acá, porque esta parte de acá es donde está la raíz de energía. Entonces cada vez que uno termina de hacer un movimiento abraza acá para concentrar la energía. Vamos a hacer ahora hacia el otro lado. Hacia atrás, hacia adelante, hacia atrás, hacia adelante, hacia atrás, hacia adelante...

Muy bien. Primero vamos a comenzar concentrando el espíritu en un punto atrás del entrecejo, en el centro o morada del espíritu. *Lem Pai*. Es la zona del tercer ventrículo, cerca de la glándula pineal. Muy naturalmente llevar la atención a ese punto sin forzar, lo más naturalmente posible. No se puede forzar. Vamos sintiendo cómo baja la energía por el frente del cuerpo, por la línea media en dirección hacia el bajo vientre, donde está la raíz de energía. Tratamos de percibir, de sentir esa región que está atrás del ombligo, aproximadamente unos cuatro centímetros hacia atrás del ombligo y unos cuatro centímetros hacia abajo. Esa zona se llama *tan tien*, que es donde está la raíz de energía del ser humano.

Relajan el cuerpo, relajan la mente, vacíen el corazón. Separar pie izquierdo, ancho de los hombros, pies paralelos. Postura de abrazar el árbol, o postura del universo. Relajar bien los hombros, relajar bien los codos, relajar bien las muñecas. Universo, en chino, significa todo el tiempo y todo el espacio. El sentir de abrazar todo el tiempo y todo el espacio.

Suspender palmas *Yang* en unión con el cielo. Sedimentar palmas *ying* hacia la tierra. Ying y yang se abrazan al hacer *tai chi*, unión de cielo tierra y ser humano. Soltar.

Postura de universo. Suspender. Sedimentar. Abrazar al *tai chi*. Reunir las energías *Ying* y *Yang* en la raíz. Una vez más, soltar.

Postura de universo. Suspender. Sedimentar. Abrazar al *tai chi*. Una vez más, soltar.

Vamos a hacerlo una última vez.

Muy bien, muchas gracias gente.

Lic. Claudio Deschamps: Yo, la verdad, me siento mucho mejor. Le agradecemos al Dr. Daniel Brenner.

Tenemos diez minutos para las preguntas.

Oyente: Quisiera saber si de alguna manera me puede desarrollar algún concepto sobre el que se basa el *tai chi*, en la idea de cielo y tierra como centro del cuerpo.

Dr. Daniel Brenner: Básicamente es un entrenamiento de energía y de la electricidad. Son prácticas de origen Taoísta, milenarias, que cultivan la energía y el espíritu. Lo que se hace primero es una guía interna para despertar centros de energía, para establecer una conexión con la energía espiritual, o energía *Yang* del cielo, esa electricidad tomada por el centro del espíritu que está en la zona del tercer ventrículo. Es como si fuera una antena, que capta la energía del cielo. Esa energía espiritual del cielo es conducida internamente por los canales de energía hacia la zona que se conoce como el *mar de energía*, que es la zona donde nos originamos. Es nuestra raíz de energía, la raíz de energía del ser humano. La raíz del espíritu está en esa zona del tercer ventrículo. Y la raíz de energía del ser humano está donde nos originamos, atrás del ombligo.

Lo que hacemos es lograr una unión, una integración del espíritu y la energía en nuestro cuerpo. Por eso encaja bien con ese concepto de integración cuerpo, mente y espíritu.

Es entrenar nuestro cuerpo y nuestro espíritu a través del entrenamiento de la energía. Establecemos esa conexión con el cielo y con la energía de la tierra, y nos integramos con esas energías.

Oyente: ¿Se lo puede considerar meditación en movimiento?

Dr. Daniel Brenner: Es una meditación en movimiento, por supuesto que sí. Cuando lo aprendemos bien, toda nuestra vida se va volviendo una meditación en movimiento.

Prof. Claudio Marquez: La pregunta es ¿qué precauciones tiene que tomar la persona que hace una sesión de *reiki* al final?

En realidad, primero tiene que, por lo menos, tener la activación hecha de la energía en su primer nivel. Y al finalizar, lo que se hace es volver a la posición inicial. Todo tratamiento de *reiki* comienza con la posición *gallo*, que es la que nombramos re-

cién, que es un desbloqueo. Al final se hace exactamente lo mismo, para que de alguna manera nos despeguemos de la energía del otro y no quedemos conectados.

Poniendo las manos una enfrente de la otra se genera una especie de circuito cerrado en nosotros. Es a partir de volver a generar esa gran cantidad de energía en nosotros que nos despeguemos de lo que estuvimos haciendo hasta ahí.

Simple. Algunas personas estilan lavarse las manos, las manos y parte de los brazos, pasarlas en agua, y también es una práctica que se puede hacer, pero a veces no está a mano esa posibilidad.

El método pensado por el Doctor Usui mismo es la de usar la posición *gallo* al principio y al final.

Oyente: Creo que en la definición no está incluido el aspecto espiritual del hombre. ¿? Por favor podrían decirme...

Prof. David Lifar: A Matashi siempre le hacían este tipo de pregunta. Ella estaba en una oportunidad en Rusia en el año 1966 y la habían invitado a dar una primera apertura de Yoga en la URSS. En ese momento estaba cerrado el Yoga porque se lo consideraba una religión.

Entonces, cuando estaba con todos los jefes del Kremlin en la Embajada de la India, Matashi habló de espiritualidad y religión a Gromiko, una de las principales cabezas del gobierno Ruso. Se decía que el Yoga no era una religión sino que justamente ayudaba al desarrollo físico, mental y espiritual del ser humano. Y entonces fue Gromiko quien le preguntó:

—“¿Cuál es la diferencia entre espiritualidad y religión?”.

Indra Devi, muy astuta, muy pícara, le dijo:

—“¿Usted conoce la obra de León Tolstoi?”;

—“Sí.” Le responde.

—“Desde su punto de vista, Tolstoi ¿fue una persona espiritual?”

—“Un gigante espiritual.” Dijo.

—“Mire, la Iglesia le negó el funeral.”

¿Qué quiso decir con esto? Que una persona puede ser religiosa y no espiritual, puede ser espiritual y no religiosa. Y puede ser las dos cosas.

Para nosotros, espiritualidad (es lo que siempre Matashi nos decía) **no tiene nada que ver con ninguna religión sino con una actitud positiva de luz y amor hacia todos los seres. Sin diferencia de sexo, de raza, de religión, de edad, de país.** Esa actitud positiva de luz y amor con la que yo concluí es el mensaje central de Matashi que siempre nos dio. En los últimos momentos de su vida la gente le preguntaba: “Matashi, ¿cuál es el mensaje que usted nos deja antes de irse, antes de salir de esta tierra?”; ella respondía: “No hagas a los demás lo que no te gusta que te hagan a vos. Y hacé a los demás lo que te gusta a vos recibir.” Esa persona es una persona espiritual, no hace falta que sea religiosa.

Dra. Gladys Oviedo: Para Claudio Marquez. He tenido comentarios de sesiones de *reiki* grupales, donde una familia le hace *reiki* a un paciente grave, enfermo psicológico, y que, en ese momento, suelen aparecer visualizaciones grupales. ¿Cómo lo manejan en ese caso, si es que les ha sucedido?

Prof. Claudio Marquez: En realidad, puede suceder porque hay una conexión, muchas veces, cuando están utilizando esta energía. Se produce una comunión entre todas las personas y eso ayuda a que afloren procesos internos, procesos que venían de antes.

Simplemente, en *reiki* se trabaja dando más *reiki*. Nosotros no trabajamos con la interpretación de lo que sucede, sino que utilizamos y dejamos a la energía de *reiki* que haga su trabajo. Para la persona que practica *reiki*, este tiene su propia sabiduría. No por una creencia, sino porque nosotros actuamos por canales, es simplemente la energía de la naturaleza la que está actuando en ese momento. Nosotros nos prestamos como canales, facilitamos el acceso a esa energía.

Cuando surge eso, hacemos lo que muchas veces comentamos en *reiki*: “Hay que hacer todo lo posible y el resto entregarlo al macrocosmos”, providencia, o lo que cada uno crea. Enton-

ces nosotros hacemos todo lo posible, nos ponemos a trabajar como canales perfectos, buscamos purificarnos a nosotros también lo más posible y entregamos eso para que esta energía actúe. Y esta energía actúa siempre en positivo.

Por eso nunca hay, aún en esos casos, problemas o contraindicaciones. Ayuda a liberar todo lo que está saliendo. Si está saliendo, hay que darle más *reiki*. Hermoso que pase, y hermoso que pase también a nivel familiar o nivel grupal, porque sanan internamente el alma de más de uno y no solamente la del que está enfermo o dolido.

Por eso, como compañía para ayudar a partir a muchas personas es una de las herramientas más suaves y que más luz le permiten dar entre todos y conectarse y entender ese proceso como algo normal de la vida de todos.

Eso sucede cuando hay una conexión muy grande entre todos, no se da habitualmente. Puede darse por ser un grupo familiar; si fueran todas personas distintas quizás no. El *reiki* grupal es más que nada utilizado en Japón y no tanto acá, donde se usa más como autotratamiento o entre dos personas.

Prof. David Lifar: Yo participé de una visualización colectiva.

Esta no era una persona enferma. Era el año 1998 e Indra Devi nos había dicho que un vidente le había comentado que iba a vivir hasta ese mismo año, y mientras tuviera noventa y ocho años. En ese momento estaba haciendo un viaje a la India. Hicimos una reunión donde vinieron todos los instructores para despedirla. Al final encendimos una vela y pusimos un cassette de una persona muy querida, Alberto Kuselman, que en su momento practicaba terapia del canto. El cassette era "Mira la luz".

En ese momento, cuando empezamos a entonar esa canción, Indra Devi, mientras estaba sentada con nosotros, empezó a subir la escalera de Echeverría³, se detuvo en un descanso y nos miró de arriba. Todos nosotros tuvimos la misma visión. La

³ Centro Indra Devi.

visión de que era un ser de luz, de que había dejado su mensaje en la Argentina y de que le faltaba muy poco tiempo para partir.

Todos los asistentes, éramos entre cincuenta y setenta personas, empezamos a llorar como chicos. Nos abrazamos unos a los otros. No entendíamos lo que pasaba, pero sí sabíamos lo que estábamos viendo y lo que estábamos sintiendo. Fue un trabajo energético colectivo, en el cual, a lo mejor, sin predisponerlo, tuvimos todos la misma visión. Ella después se acercó, cuando terminó toda la historia, y nos preguntó: “¿Por qué lloraban ustedes?” Ella no se había dado cuenta de la visión que el grupo había tenido.

Y sucede también con la gente, cuando está enferma. Muchos alumnos nuestros, ayudan a sus parientes a despedirse de esta tierra haciendo un trabajo en conjunto para ayudarlo a que se desprenda de todas las cosas que lo atan, y se tienen visiones como las que vos comentabas.

Algunos no tienen todos la misma visión pero sí ayudan a acelerar el proceso de la persona y de que no sufra tanto cuando es el corte.

Lic. Claudio Deschamps: Bueno, gracias David, gracias Daniel, gracias Claudio.

Para mí, como terapeuta familiar y editor de *Perspectivas Sistémicas*, esto ha sido un festín. Me ha gustado mucho y podría rescatar un montón de cosas, pero la verdad es que en lo que hacemos mucho hincapié (en el paradigma y sobre todo en la práctica clínica y sistémica) es en poner rápidamente activo a la persona que consulta.

Es evidente que estas prácticas que escucharon y vivenciaron hoy tienden a eso, a generar un cambio desde el único lugar que se puede hacer un cambio y sobre todo a mantenerlo. Estos profesores generan la posibilidad de aprender, de despertar recursos para autoasistirse. El concepto de la autoasistencia me parece algo fundamental de lo que ellos transmitieron. Otra cosa que los tres transmitieron es el desbloqueo de la energía, El despertar de recursos, y algo muy importante, que es cómo mantener un estado de felicidad.

El otro día un paciente me preguntaba: “No tengo angustias, ¿qué hago?”. Y esto es muy interesante, porque la verdad es que todas estas prácticas nos dan un buen camino para saber qué hacemos cuando no sufrimos, qué hacemos para seguir pasándola bien incluso para desarrollar esto.

Y, evidentemente también como sistémico, lo que se nota en todas las mesas, y en esta no fue una excepción, es el concepto integral de la persona. El concepto holístico de que las cosas están conectadas.

Podemos vivir muy desconectados pero estas prácticas de interacción cuerpo-mente evidentemente nos conectan. La verdad es que tenemos muchísimo que aprender y tenemos que recomendar estas prácticas, sobre todo si están llevadas a cabo por personas tan serias como las que estuvieron en esta mesa.

Por mi parte nada más. Les agradezco mucho. Ahora hay un *break* de quince minutos y después viene la mesa final de pacientes oncológicos.

Mesa Redonda IV

El desafío de la Medicina Integrativa Abordaje Múltiple en Oncología Cierre Final

Coordinadora: Lic. Rita Macchi

Buenas tardes. En seguida vamos a comenzar con la cuarta mesa, con el Dr. Ernesto Gil Deza.

Vamos a comenzar el abordaje múltiple en oncología.

En esta mesa participan: el Dr. Ernesto Gil Deza, Oncólogo Director en Docencia e Investigación del Instituto Henry Moore.

Posteriormente la mesa tendrá el siguiente formato: primero expondrá el Doctor, y luego, conforman esta mesa para abrir al diálogo interdisciplinario, la Dra. Mónica Yovanetti, el Prof. David Lifar, la Lic. Susi Reich, la Dra. Sara Baringoltz y la Dra. Alcira Valeri.

Inicia la charla el Dr. Ernesto Gil Deza

Dr. Ernesto Gil Deza: Les agradezco a los organizadores la gentileza de haberme invitado..

Yo creo que el esfuerzo de Susi al invitarnos a participar aquí, al generar esta idea integrativa de las medicinas, al incorporar esto a mí me llama del lado de la medicina convencional. No crean ustedes que es fácil entender cuáles son las diferencias, los complementos y las dificultades en la interacción de la medicina convencional y científica –basada en la evidencia– con las otras medicinas, que están al lado, junto, arriba, abajo, o de cualquier manera en el espacio y en el tiempo.

Un problema clave es ponernos de acuerdo en los términos. No es fácil poder afirmar que todos decimos lo mismo, cuando decimos salud. Todos ustedes conocen que la definición más extendida en medicina convencional de salud, que es la que da la Organización Mundial de la Salud, es una falacia. Según esta definición, la salud es un estado ideal de bienestar psicofísico

que sólo se logra cuando tienes el tercer orgasmo con aquella mujer extraordinaria que te dijo que sí la primera vez y, en ese mismo instante te informan que ganaste la lotería. En ese momento logras la salud. *Ergo*, la mayoría de los seres humanos, entonces, están en un estado de insalubridad. Y lo dice la OMS... Este es el primer inconveniente.

El segundo se produce al referirnos a una enfermedad: es importante saber si se está hablando de una abstracción (de un modelo, de un comportamiento global) o se está hablando de un diagnóstico completo. Porque la enfermedad de Juan Pérez no existe en la medicina: existe Juan Pérez, que padece una enfermedad determinada, de un modo particular y con características que le son propias.

Además, hay que saber si ese diagnóstico es objetivo o subjetivo porque hay personas que están severamente enfermas, aunque no podamos demostrar qué les pasa. Y esta demostración a falta de demostración es uno de los puntos más importantes en muchas de estas discusiones. ¿Por qué? No se olviden ustedes que, así como la ley es el mínimo de moral exigible (es aquél comportamiento mínimo que yo puedo exigirle al otro y otro me puede exigir), también el conocimiento científico debe ser visto como el mínimo conocimiento común. Por encima de él, o más allá de él, hay muchas otras cosas que son a veces notablemente más importantes para la vida de la persona pero que no tienen demostración científica.

Yo soy un hombre de fe y podría dejarme matar frente a una Hostia consagrada. Nunca dejaría que me corten mal una uña por saber cuál es la velocidad de la luz. Lo que quiero decir, es que hay una enorme cantidad de conocimientos científicos que no tienen que ver con aquello que hace a la persona *ser*. Por eso es muy importante entender que cuando hablamos de enfermedad y de curación desde la medicina convencional, estamos diciendo que tenemos un diagnóstico objetivo y demostrable de una patología determinada presente en una persona en un momento determinado. Esto es importante, porque una enorme cantidad de discusiones terminan en este punto ya que muchas curaciones de enfermedades son indemostrables, nunca se diag-

nosticaron, y, por lo tanto, para el conocimiento científico son inexistentes.

Cuando hablamos de medicina, estamos diciendo que es un conocimiento ordenado. Pero, además, también es un acto, es un arte. Es muy importante entender que esos dos elementos, conocimiento y arte, no han tenido el mismo desarrollo en la historia de la medicina.

Nuestro arte se remonta, por lo menos, a quince mil años atrás. Nuestro conocimiento científico se remonta, en el mejor de los casos, a dos mil quinientos años atrás. Y, si soy, sincero, a ayer mismo.

El conocimiento científico hace referencia a una patognosia (un conocimiento de determinadas entidades que llamamos enfermedades), a una etiopatogenia (a un modo en que se produce esa enfermedad la mayoría de las veces), a una semiología (el modo en el cual se diagnostica esa enfermedad) y a una terapéutica. Cuando hablamos de tratamiento, algunas veces hablamos de conjuntos de medidas, y otras de prescripciones.

Los primeros tratamientos médicos registrados son consejos higiénico-dietéticos. Y los primeros tratamientos médicos demostrados son ortopédicos (la evidencia de consolidación de fracturas en huesos de seres humanos que tienen por lo menos seis mil años, y pertenecen al Alto Egipto).

Todo fármaco tiene necesariamente tres efectos al mismo tiempo. Tiene un efecto farmacológico (el estudiado en animales de experimentación y en seres humanos), tiene un efecto placebo (el efecto beneficioso brinda la creencia en un tratamiento a seguir) y tiene un efecto nocebo, el efecto del etéreo, producido por la desconfianza de la eficacia de un determinado tratamiento. Los últimos dos conceptos dependen exclusivamente de la persona humana.

Hay algunas evidencias experimentales que pueden ser muy interesantes. Hay una medicación que se llama adrenalina, que al inyectarla en un animal eleva la presión arterial; por el contrario, al inyectar acetil colina, otro fármaco, baja la presión arterial.

Si uno inyecta acetil colina y toca un timbre repetidas veces, el animal bajará la presión; si uno toca el timbre también bajará la presión. Si luego uno inyecta adrenalina y toca el timbre también bajará la presión. Es decir que un reflejo adquirido modifica una respuesta farmacológica.

Este el único modelo que semeja el efecto placebo del ser humano. El efecto placebo en el hombre es responsable del control de síntomas en, por lo menos, el treinta por ciento de los casos. Por lo tanto, es un efecto farmacológico muy importante, que solo se ve en el ser humano con medicaciones que no tienen acción farmacológica *per se*.

La evidencia (el conocimiento médico que se aplica en el diagnóstico o tratamiento debería fundamentarse en ella), básicamente, tiene tres elementos de análisis: la forma en la que se obtuvo la información; la consistencia de esa información (cuántos más obtuvieron lo mismo); y la utilidad de esa información.

Toda esta introducción sirve para poder explicar por qué, desde mi punto de vista, la mejor definición de médico la dio un filósofo que se llamaba Boesio hace mil quinientos años. Es una oración latina que tiene cuatro términos:

“*Vir bonus, medendo peritus*”. *Vir bonus*, hombre bueno.. *Medendo peritus*, experto en el arte de curar. Eso es un médico: un hombre bueno, experto en el arte de curar.

Un experto en el arte de curar pero que no es buena persona, no es un médico. Buena persona que no es experta en el arte de curar, tampoco es un médico. Y esto ya lo habían dicho en el Siglo V después de Cristo. Es decir: el género próximo del médico, es la persona que tiene buenas intenciones. La diferencia específica es que tiene un conocimiento experto en la administración de tratamientos para curar a la gente.

El desarrollo de los conocimientos médicos, a lo largo de la historia de la medicina, empieza con la mentalidad mágica, que está formulada en el conjuro. El conjuro es el arte que tenía el *chamán* (el sacerdote, el médico) para conjurar las fuerzas de la naturaleza y modificar el destino. Los primeros que ponen en

claro esto son los griegos que, a fuerza de ser sinceros, eran deterministas en cuanto a su destino. Según ellos, un hombre podía ser afortunado o desafortunado, y lo único que podía modificar el infortunio (un designio adverso de los dioses) era un conjuro.

Esto es importante, porque la mentalidad mágica sigue presente en nuestros días. Nosotros seguimos creyendo en el médico que nos atiende. Y una de las razones de descreimiento médico es la imposición del médico (cuando alguien dice: “Yo no puedo elegir un médico”). Parte de la base de que aquel a quien le impusieron no tiene por qué creerle. Por lo tanto, el efecto placebo de la creencia en la figura del médico se pierde, este efecto es responsable del treinta por ciento del éxito de los tratamientos.

El empirismo fue el siguiente paso en el conocimiento médico, pero no llegó sino hasta el Siglo XV (ayer, en la medicina). Recién en ese momento se impone el conocimiento científico como la manera de obtener el conocimiento. En una universidad italiana (la Universidad de Padua), hubo dos médicos: uno español, que fue Besalio, médico de reyes, que escribió dos libros, vivió muy bien en la corte de Carlos V y Felipe II y no escribió nunca nada más, y un inglés, que fue el que demostró que Galeno había mentido durante quince siglos.

El conocimiento científico uno puede entenderlo como el arte de probar hipótesis locas. A mí me encanta que esto se realice en la sociedad científica, porque la ciencia ha sido siempre el ámbito y el camino en donde ninguna hipótesis debe ser desechada a menos que sea inmoral. Las hipótesis anti-éticas son las únicas que nunca deben estudiarse, pero todas las demás son estudiables.

¿Hay hipótesis más loca que la hipótesis de Jenner, “*infectándote te protejo*”? Yo te infecto y te protejo... como hipótesis es loca, sin embargo es el fundamento de la vacuna. Te infecto con algo no tan virulento y te protejo de un agente de mayor agresividad.

Tausing-Blalok diseñó una operación para el tratamiento de una cardiopatía congénita, la tetratología de Fallot, en donde la

hipótesis es *“agrego una anomalía y soluciono el problema”*. ¿Por qué? Porque la anomalía congénita que resolvía es una anomalía en la cual los chiquitos no podían mandar sangre a la arteria pulmonar. Estos autores hacían un conducto arterioso, que es el mismo que tienen los recién nacidos, y, de esa manera, resolvía el problema: agregando una anomalía a la tetralogía de Fallot. Cuando se intentó resolver con la mentalidad anatómica, no pudo hacerse. Pero se agregó una anomalía (una quinta anomalía) que resolvió el problema.

Ilisaroff es un ruso que se enfrentó al problema de los enanitos rusos (acondroplásicos), que miden, con suerte, un metro y veinte centímetros. Él tuvo una hipótesis loca: *“fracturándolos los alargó”*... Dijo: *“yo los fracturo, y los hago más altos.”* ¿Cómo los va a quebrar y hacer más altos? Justamente, el método de Ilisaroff consiste en fracturarlos e ir elongando milimétricamente el cayo fracturario y, de esa manera, logra un hueso que es entre diez y quince centímetros más largo. La primera vez que lo mostraron en los Estados Unidos no lo creyeron: *“cambiaron la fecha de la foto. Pusieron en el Archipiélago de Goulak a los que tienen 1,60m y, dos meses después, le sacaron la foto con 1,20m.”* Cuando demostraron que realmente Ilisaroff tenía razón, una hipótesis loca fue probada.

Humberto Veronesi demostró que haciendo cirugía en menos, curaba lo mismo... La primera vez, cuando dijo: *“No hay que sacar toda la mama, hay que sacar una parte”*, lo trataron de loco. Y podríamos seguir así...

¿Qué tienen en común todos estos casos? ¿que la hipótesis es loca? No. Que la demostración es cierta. El conocimiento científico no se basa en la mayor o menor cordura de la hipótesis, sino en la consistencia de la demostración.

Junto con eso, debe haber un desarrollo ético de los conocimientos. Durante mucho tiempo, lo importante, para la medicina, fue la pregunta. La evidencia de las experimentaciones con judíos llevadas a cabo por veintitrés médicos nazis, llevó a que por primera vez la medicina diga: ***“Señores, la pregunta no es***

solamente lo importante. También es importante el modo en que obtienen la respuesta.” Es por eso que el juicio de Nüremberg a los veintitrés médicos nazis se fundamentó en las investigaciones clínicas inhumanas, y catorce de ellos fueron a la horca. Ésa fue la primera vez que la medicina dijo: *“Nunca más voy a investigar en un ser humano como si no fuera un ser humano, nunca más voy a tratar al otro por cualquier condición que le aleje de un ser humano”*. Y por ese motivo, en 1973 el Pacto de Derechos Civiles y Políticos incorpora en el artículo séptimo que cualquier experimentación médica o científica con seres humanos sin que den su libre consentimiento, es una forma de tortura o trato indignante.

Pero también se puso en evidencia Tuske Gee, un estudio realizado en Alabama con cuatrocientos negros con sífilis que fueron seguidos sin darles tratamiento activo, hasta que en 1972 se publicó el caso en el New York Times. O la unidad 741 de Japón, que trató a más de quince mil chinos sometiéndolos a intervenciones experimentales, entre ellas cirugía sin anestesia, por ejemplo. O al estudio de Will Brook, en Nueva York, en el cual se estudió la transmisión de Hepatitis B a niños deficientes mentales internados en un hospicio, sin que dieran su consentimiento. Eso llevó a que se modificara sucesivamente la declaración de la Asociación Médica Mundial (declaración de Helsinki), con la última modificación en Edimburgo del 2000, donde la medicina dice *“todo se debe estudiar, pero nada se debe estudiar de cualquier manera”*. Hay un modo en que eso se debe estudiar, y por eso el gran desafío es demostrar que algo es cierto respetando no solo la metodología, sino también los Derechos Humanos. Este es un desafío importantísimo de la medicina.

Si aplicamos esto a la oncología, uno diría “ciertamente, la palabra cáncer engloba más de cuatrocientas entidades anatomopatológicas diferentes”. Tumores líquidos versus sólidos, hereditarios versus adquiridos; se da en todos los grupos étnicos; agudos contra crónicos, mortales contra curables, diseminados contra localizados, comunes contra infrecuentes. Cuatrocientas enfermedades distintas se engloban dentro de la palabra cáncer. Pero todas comparten una patogenia común, y es que tienen una

o más mutaciones por las cuales se altera la regulación del crecimiento celular ordenado.

Estas células, cuando alteran su crecimiento celular, adquieren tres capacidades: la capacidad clonogénica (la capacidad de crecer en cualquier lugar), la capacidad de invadir y de migrar (de salir del sitio en el cual se originaron y dar lugar a la metástasis, que es la capacidad metastásica) y, finalmente, matarán al paciente si adquieren la capacidad de resistir. Todas ellas tienen estas tres capacidades (clonogénica; invadir, migrar y metastásica; y resistir) en común.

¿Cuál es la etiología de esto? La etiología es desconocida en la mayoría de los tumores. No sabemos por qué se producen, pero sabemos que está relacionada con una fragilidad genética. Se producen más cuando se altera con facilidad el ácido desoxiribonucleico, o no se repara adecuadamente. Entonces, todas aquellas afecciones que tengan gran facilidad de mutación o aquellas personas que tengan alterada la capacidad de reparación, tendrán más tumores. Además, se pierde la apoptosis. La apoptosis es una palabra difícil que define un acto muy sencillo: en un organismo pluricelular cuando una célula muta y puede poner en peligro la vida del organismo, se debe suicidar. La pérdida de ese suicidio permite que la célula crezca.

Por lo tanto, si está relacionado con las mutaciones, y está relacionado con la pérdida de apoptosis, uno puede ver al cáncer como el precio que la vida está dispuesta a pagar para poder evolucionar. Piensen que hay vida en nuestra tierra desde hace cuatro mil millones de años. Sin mutación no hay evolución. El cáncer es una mutación inadecuada, que la vida está dispuesta a pagar para no quedarse fija.

Por supuesto, afectan también la exposición a mutágenos, sobre todo el cigarrillo, la inmunodepresión y la edad. En cuanto a la selección y eficacia de los tratamientos se pueden ordenar estos en base a la evidencia científica (que depende del resultados de los distintos tipos de estudio), su consistencia, siguen siendo los más fuertes los estudios randomizados (con asignación al azar), y sigue siendo la mayor utilidad la sobrevivida, por la sencilla razón de que es el objetivo más importante. Un

minuto de vida es lo que todos queremos cuando solo nos queda un minuto.

Más allá de este conocimiento, para la mayoría de los pacientes la palabra cáncer significa estas cuatro cosas: dolor, deformación, sufrimiento y muerte. Y esto es así, independientemente del conocimiento científico. No importa que el setenta por ciento se pueda prevenir. No importa que el cincuenta por ciento se cure. No importa que para muchos pacientes signifique una nueva manera de vivir. No importa que para algunos pacientes la calidad de vida después del cáncer mejore. Para la gente significa dolor, sufrimiento, mutilación y muerte. Por eso es que los cuatro problemas cardinales más importantes, son estos: la *verdad*, el *tratamiento*, la *familia* y la *muerte*.

La verdad es el primer objetivo de la metodología científica. Y la primer evidencia de experimentación humana, está en este texto, (la Biblia) en el Capítulo I del libro de Daniel (un libro común, para judíos y cristianos), traducido, en esta versión (Biblia de Jerusalén), por expertos rabínicos, es decir que es difícil que esté mal traducido, porque ellos son quienes más saben de esta parte. Fíjense esto:

A los judíos los han llevado y están en la corte de Nabucodonosor. El rey se da cuenta de que son bastante inteligentes y quiere algunos a su servicio, entonces selecciona a cuatro israelitas, y les asigna una ración diaria de la comida del rey y del vino de su mesa. “Deberán ser educados durante tres años, al cabo de los cuales entrarán al servicio del rey.”

Entre ellos se encontraban Daniel, Ananías, Nisael y Azarías. El jefe de los eunucos (el eunuco no tenía testículos, esto es importante para lo que sigue) le puso otro nombre. Daniel decidió no contaminarse con la comida del rey y el vino de su mesa, y pidió al jefe de los eunucos autorización para no contaminarse. Dios concedió a Daniel el favor y la compasión del jefe de los eunucos, y este dijo a Daniel: “Temo al rey, mi señor, quien os ha asignado vuestra comida y vuestra medida. Y si encuentra vuestro semblante más desmejorados que los de vuestros compañeros,

expondrá mi cabeza ante él.” - como era eunuco, no le podían cortar los testículos, está claro, entonces quedaba solamente la cabeza, por lo que era bastante honesto: “si ustedes andan mal, me cortan el mate” -. *Entonces Daniel dijo al guardián, que el jefe de los eunucos había asignado: “Por favor, pon a prueba a tu siervo durante diez días. Que nos den legumbres para comer y agua para beber. Luego compara nuestro aspecto con el de los jóvenes que comen los alimentos del rey, y actúa con nosotros, según los resultados. “Él aceptó la propuesta, y los puso a prueba durante diez días. Al cabo de diez días tenían mejor aspecto y estaban más fuertes que todos los jóvenes que comían los alimentos del rey. Desde entonces, el guardián retiró sus raciones de comida y de vino y les dio legumbres.*

Esta es la primera evidencia histórica de un trabajo científico. Por supuesto, el número es inadecuado, la asignación de grupos no es azarosa, no tiene estudio estadístico, no tiene determinación de P, no se controló qué tipo de comidas les daban. Eso significa que si usted es Dios, puede diseñarlo como quiera y escribirlo en su libro. Si usted no es Dios, deberá hacer las cosas un poco más ordenadamente.

Lo importante es que se enfrentaron a un problema y lo resolvieron diciendo *“pónganos a prueba y veamos los resultados.”*. Esta es la manera científica de resolver los problemas. ¿Por qué? Porque yo creo que en primer lugar el desafío de la medicina moderna es romper la paradoja “Humanidad *versus* Técnica”. Es mentira que uno deba perder la humanidad cuando gana experiencia. Nuestro primer texto se llama “Verdad *versus* Verdicto”, por la sencilla razón de que la palabra es la primer arma del médico, y no su técnica. Lo primero que les pasa a los pacientes es que nos creen. Y en ese conocimiento de la palabra es que uno descubre lo que Platón escribió hace dos mil quinientos años en sus textos sobre la retórica, el *Gorgias*. Dice *“las palabras acarician o golpean, alejan o acercan, son dulces y beneficiosas para el alma o veneno para el cuerpo”*.

Es un desafío tratar al paciente como una persona, respetando sus deseos y creencias. Esto es clave, porque no se puede

imponer un deseo ni una creencia. Se debe convencer. Y lo que sí debe ser común es combatir el fraude por todos los medios. Porque una cosa es el error, otra cosa es la mentira; una cosa es la ignorancia y otra es la falsedad; una cosa es no saber y otra es inducir a que otro haga lo que yo creo que es mejor, sin decirlo. ¿Por qué? Porque si la ciencia es el conocimiento común, de eso discutimos. Si de fe hablamos, nunca se discute la fe. Y lo importante es interactuar de un modo inter, trans y multidisciplinario para poder brindar mejores soluciones.

Muchas gracias.

Coordinadora: Invito a los otros participantes de la mesa a subir, así podemos abrir el diálogo.

Lic. Susi Reich: Muchísimas gracias Ernesto. Estupenda tu disertación. Esta mesa la pensamos multitudinaria porque intentamos aprender el cómo podemos entre todos los agentes de salud abordar al paciente que sufre y a su familia.

Desearía que esta mesa sea una conversación de intercambio y aprendizaje entre todos.

Lic. Rita Macchi: Para empezar esta conversación, yo haría una pregunta a todos los participantes: ¿cómo nos acercamos, desde las diferentes disciplinas, de lo que hacemos en nuestra práctica, a la persona que consulta, que está enferma, que padece un cáncer? O bien, que está en etapa diagnóstica, o en etapa terminal. Cualquiera de las situaciones nos enfrenta a otro que está sufriendo, con el que estamos conectados. Es por eso que la pregunta que planteo es esta: ¿cómo podemos enriquecernos, con diferentes tipos de acercamiento, y cada uno desde donde lo hace?

Dra. Alcira Valeri: Desde la osteopatía cada uno es un ser único e irrepetible, inigualable. Tiene una forma de ser y sufre de acuerdo a eso. Nosotros, desde la osteopatía, fundamentalmente trabajamos intentando recuperar la vitalidad del paciente; trabajamos sobre las zonas de mayor vitalidad. Pensamos que estos campos que sostienen su vitalidad son los que ayudan, como dijo el Dr. Gil Deza, a resistir, a mejorar la inmunidad de

la defensa. Lo que quiero comentarles es que, en realidad, hay dolores que, hasta el surgimiento de la osteopatía en el mundo de la salud, pertenecían a un terreno subjetivo.

Tal vez caímos en un descuido al no tener presente la fisiología. Lo que ocurre cuando hay tejidos castigados por cicatrices, cuando la presencia de edemas comprime ciertas raíces nerviosas, cuando un hueso pierde motilidad, (digo bien motilidad, porque todos los tejidos tienen su movimiento ya que necesitan distenderse y flexibilizarse para recibir el combustible, y luego contraerse para poder eliminar los tóxicos. Nosotros pensamos que los huesos también son flexibles, si tienen esa motilidad), lo que ocurre entonces es que aparecen dolores, y dolores óseos también que la persona, cargada de angustia, atribuye a una progresión en su mal, en su cáncer.

La osteopatía empieza a rescatar el cuerpo desde el lado del no-dolor, cómo puede tomar herramientas para reconciliarse y poder seguir sobreviviendo en esta situación. Por ejemplo, es frecuente la consulta por edemas en los miembros, por parestesias y radiaciones, por irritaciones en el recorrido de la raíz nerviosa, provocados por estos bloqueos de tejidos; y esto verdaderamente preocupa a la persona. Nosotros vemos que podemos entrar en el acompañamiento de la persona haciéndole perder el temor a su estado de salud.

Ya existe en la Fundación Salud la divulgación de la osteopatía (de la que se encarga un colega nuestro), y podemos ver, desde nuestra experiencia, que realmente existe una progresión muy favorable en la sobrevida. Y vuelvo a repetir: para nosotros la idea es, en el acompañamiento, inducir a la persona al estado de conciencia, revertir ciertas condiciones de vida, ciertas características personales, y que sienta, que tal vez esto significa el momento o el golpe que necesitábamos para un cambio de vida.

La osteopatía fundamentalmente apoya a la naturaleza, a lo natural del cuerpo. Nosotros sabemos que la alta/baja presión arterial está provocada por una irritación del ganglio simpático, del último simpático cervical, del mal movimiento de los riñones,

del defecto de las suprarrenales, como dijo hoy el Doctor Moguilevsky, donde el movimiento de las suprarrenales restauraría todo el desbalance que se da entre la adrenalina, la noradrenalina con el cortisol. Vuelvo a insistir, nuestro criterio es muy natural, es permitir que el cuerpo pueda sostener su sistema de inmunidad.

David Lifar: Yo voy a enfocar la parte final de la exposición del Doctor para, en parte, manifestarle ciertas coincidencias. En primer lugar, hay algo que notamos siempre que viene un alumno con un tumor a la Fundación, y es que viene totalmente asustado, en medio de que el mundo se le viene abajo. Todo por lo que había luchado parece que carece de sentido. De alguna manera esa persona necesita, en todo ámbito, contención, necesita en dónde apoyarse, necesita mucho afecto, necesita mucho amor.

Ese es el primer trabajo que hay que hacer, tanto a nivel familiar, como de los profesionales médicos, y también de todos aquellos ligados a la salud. El paciente, o el alumno, cuando viene, quiere ver que no lo tratan como a un número, solo como perteneciente a una obra social donde paga determinada cuota, sino que es un ser humano y que en este momento está sufriendo, más allá de la edad que tenga, de su clase social, de su riqueza. En ese momento necesita ser contenido, pero no para quedarse llorando sobre los hombros.

Ahí viene el otro trabajo: empezar a ver cómo podemos revertir algunas actitudes que tuvimos a lo largo de nuestra vida y tratar de mejorar lo que es calidad de vida. Empezar a mejorar esos hábitos de vida que fueron nocivos, y que, de alguna manera no tuvimos en cuenta, como el cigarrillo; o, a lo mejor, se era demasiado cascarrabias, nos hacíamos demasiado problema por las cosas, demasiada mala sangre; o no comíamos como era adecuado, o no teníamos el descanso que era necesario para nuestro cuerpo. Nosotros, a través del Yoga, lo que hacemos es, despacito, empezar a enfocar aquellos hábitos que ayuden a mejorar la calidad de vida.

No me gusta hablar de sobrevida. ¿Por qué no me gusta hablar de sobrevida? Porque nadie, aún una persona sana, sabe si está viviendo su último día. ¿Qué quiere decir esto? Que la vida es el único bien no renovable que tiene el ser humano. Nuestra salud puede ir y puede volver, nuestro dinero puede irse y puede volver. Pero nuestro tiempo de vida es el único bien no renovable que el ser humano tiene. Y, además, si queremos hacerle un análisis clínico no podemos saber cuánto tiempo de vida le queda a una persona, entonces es injusto hablar de sobrevida en un paciente, porque uno que no es paciente se puede morir al día siguiente.

Me ha sucedido en alguna oportunidad, en mi familia, que le hablaban de sobrevida a una persona muy querida mía. Y ¿saben qué? Eso pasó hace veinte años atrás. Le habían dado seis meses de vida.

Y entonces, acá el Doctor me refrescó unas palabras mías: *“En este momento estoy con el noventa por ciento de mis capacidades inutilizadas”*. Y yo le dije: “¿Qué capacidad tiene el ser humano para sufrir?” Infinita. De una cosa muy chiquitita podemos hacer algo bien grande. Pero esa misma capacidad que tenemos para sufrir, también la tenemos para disfrutar. Y yo le pregunté a esa persona: “¿Cuánto es el diez por ciento de infinito?”

Ese cambio de actitud, ese switch que le hicimos en su mente le ayudó a seguir viviendo y disfrutando la vida. Y ese un cambio de los que no se pueden comprobar.

Y, por último, una vez escuché a un sacerdote brasileño, que decía ciertas cosas que yo no compartía. Pero ¿saben? Dijo lo siguiente: “Todos los caminos de la curación son válidos bajo una sola condición: que el individuo que los siga, tenga fe.”.

Dra. Mónica Yovanetti: Encaro la pregunta de cómo abordar, o cómo contener, o qué hacer cuando un paciente tiene cáncer.

Desde mi práctica, que es la clínica, la mayoría de las veces me toca el diagnóstico y la primer parte de la comunicación al paciente, para luego comenzar otra tarea que es el trabajo en

equipo. Con el Doctor Ernesto Gil Deza hemos trabajado muchas veces en equipo: el clínico consulta al oncólogo y ambos seguimos trabajando cada uno con su *praxis*, cada uno con lo que sabe, tratando de comunicarnos y de tener una mirada unívoca sobre ese paciente. Mirarlo, entenderlo, tratar de entender lo mismo con el paciente y, caso contrario, discutirlo; devolverle una opinión, una indicación que sea compartida por ambos y no pelear en la cabeza del paciente por algo que el clínico o el oncólogo dice.

¡Qué suerte que pasaron muchos años desde aquellos pacientes oncológicos que yo vi hace muchos años! ¡Qué suerte, cambió mucho la quimioterapia! ¡Qué suerte, cambio mucho la radioterapia, cambiaron mucho los métodos de diagnóstico!

Y cambió muchísimo, afortunadamente, la relación del médico con el paciente oncológico. Hace muchos años hacer el diagnóstico de cáncer era empezar a mentir, era ocultarle. Era hablar con la familia y se armar un *pacto de silencio*. Era un pacto terrible. El paciente no hablaba con su familia, porque ¿cómo iba a empezar a hablar de lo qué dolía, de su miedo, de su cáncer? Porque el paciente lo sabía, no nos engañemos, los pacientes saben. Saben mucho, saben poco, pero saben, y generalmente saben mucho.

¿Cómo iba la familia a poder hablar con ese paciente si en realidad a la familia le parecía que lo mejor era ni mencionarlo? “*De esto no se habla*”. No era cáncer, no era tumor, era, ¡qué se yo!, era *algo*, un problema. Y el paciente moría en ese silencio. Moría sin poder haber hablado con su familia, sin que el médico pudiera ayudarlo a hablar, porque el médico tampoco quería hablar de ese problema. No le gustaba, no *nos* gustaba. Y pensábamos que eso era protección. Lo protegíamos porque no hablábamos.

Obviamente, el sufrimiento del paciente era infinito. El sufrimiento de la familia también era infinito. Nadie se había podido, en los casos graves, despedir, ni nadie había podido acompañarlo cuando la cosa no era tan grave. Acompañarlo en la *quimio*, y

hablar de la *quimio*, y hablar del pelo que se iba a caer, de la peluca que había que comprar. Nosotros tampoco lo hablábamos. “*Mejor no...*”

En este momento, por un lado, es mayor la información que tienen los pacientes (igual creo la información interna es la más grande... antes no había tanta información y el paciente también sabía qué patología tenía), y por otro lado los oncólogos nos fueron enseñando a los clínicos que sí se podía hablar. Pero, seguramente eligiendo las palabras, eligiendo los momentos. Elijiendo la forma en que se le va a decir al paciente, por ejemplo, que tiene un tumor de pulmón. Todos sabemos lo que es un cáncer de pulmón.

Yo recuerdo un ejemplo: a una muchacha joven le hago una placa de tórax porque suponía que estaba con un cuadro bronquial inespecífico. El día que me traen la placa, me la trae sin resultado. No venía escrito nada. Me trae la placa, me la muestra, yo la miro (espero no haber puesto cara rara), y ella me dice: “Yo quiero toda la verdad. No me vayas a decir que es un cáncer. No me vayas a decir que es un cáncer de pulmón.” No le dije que había un cáncer de pulmón. Le hablé de que había una imagen, le hablé de que había que hacer una biopsia, de que había un ganglio, de que íbamos a colocarle un tubito (un terraposcopio) y le íbamos a sacar el ganglio, de que le íbamos a hacer un diagnóstico, bla bla bla...

A los dos meses estábamos hablando del cáncer de pulmón. Se necesito ese tiempo. Esa paciente necesitaba un tiempo. Y en ese momento ya estaba haciendo *quimio*, pero necesitó un tiempo para poder hablar de ese terror que a ella le daba el cáncer de pulmón.

A medida que uno escucha pacientes, de esa y otras patologías, a medida que uno ve la patología oncológica, se da cuenta de que el paciente le va dando el permiso para hablar. Abre una puertita, y uno pone una idea, abre otra puertita y uno le cuenta una estadística. Y no se necesitan años para eso. Se necesita, básicamente, confianza. Tener confianza en que está entendiendo al paciente; y el paciente, tener la confianza de poder escu-

char al médico, de preguntarle y de saber que le van a contestar con la verdad.

Esta sería mi forma de acercarme, de abordar y de empezar a hablar sobre esta enfermedad, con cierta tranquilidad. Seguramente, me da mucha pena cuando son cánceres ya avanzados, pero con tranquilidad, y pudiendo compartir con el paciente y con su familia, se avala el hecho de que la familia hable con el paciente y de que al paciente no le hace mal. Al contrario, le hace bien hablar con su familia, y le hace bien poder decir, maldecir, requerir, pedir, y a su familia le hace bien poder contestar, poder ayudar y poder dar.

Lic. Susi Reich: Mientras ustedes hablaban pensaba en el proceso de cambio de estos últimos veinte años. Habiendo trabajado con familias con un pacientes con cáncer, se cómo era el enfoque nuestro desde la terapia familiar hace 20 años: tener que acompañar la angustia, el enojo de toda la familia y los distintos momentos del doloroso proceso. Yo siento que hoy en día tenemos muchos más recursos. Hoy hablamos no solamente de curación: hablamos de sanación, sabemos que podemos contribuir a mejorar la calidad de vida y que el paciente también tiene hoy una mayor idea de que, a pesar de que todos podemos morirnos mañana, él tiene el tiempo más acotado y consciente. Esta conciencia puede lograr grandes cambios positivos también en su vida cotidiana y en la familia.

A los terapeutas familiares nos toca acompañarlos, estar con su pareja, también con su familia. Pero hoy en día, un paciente que acude todos los días a su terapia oncológica en tratamiento con interferon, por ejemplo, es posible que su hijo lo acompañe a esta sesión, hecho que en otro momento histórico, ni siquiera diez años atrás, se podía pensar. Hoy toda la familia acompaña en el proceso y esto le permite una mayor resiliencia al paciente. Está más contenido por la familia, por los terapeutas; estamos nosotros los agentes de salud en continuo intercambio transdisciplinario. Sabemos también cómo podemos mejorar la nutrición, reforzar el aparato inmunológico para que pueda recibir la droga. Además puede ir al osteópata, o hacer

reiki... hay más recursos hoy. Nosotros, los agentes de salud, debemos conocerlos y poder sugerirlos, y así el paciente puede encarar mejor el tratamiento en esta etapa de su vida.

Dra. Elba Albertinazzi: Acá hablamos del cáncer, pero aunque sea una enfermedad tonta como lo es una uña encarnada, preocupa también al paciente. Hay cosas que son básicas, y en eso coincido con el Doctor Gil Deza, que tenemos que tener en cuenta.

En primer lugar el paciente. El paciente o el no-paciente. Porque muchas veces vienen personas al consultorio que no están enfermas, que creen que están enfermas. A lo mejor sí lo están, y, otras veces, vienen porque quieren hablar un rato con el médico.

A los que hacemos homeopatía nos pasa mucho eso, porque saben que los homeópatas tratamos de escuchar a los pacientes (*algunos* escuchan, otros lo único hacen es buscar en el librito lo que el paciente les está diciendo). Yo creo que eso es fundamental, y que hay tres cosas fundamentales que el médico puede hacer por todas las personas que se acercan al consultorio:

Una, es escucharla porque si bien pueden hablar con la familia, no es lo mismo lo que uno habla con una persona querida porque uno se frena para no lastimarla, que lo que puede hablar con una persona de afuera. Así que, escuchar al paciente, escuchar sus problemas, escuchar sus quejas y lo que quieren decirnos es fundamental.

En segundo lugar, es fundamental es apoyo a todos los pacientes, porque todos ellos, aunque le demos una aspirina, tienen alguna duda de qué es lo que les va a pasar. Si es la aspirina, porque a lo mejor le afecta la coagulación, por ejemplo. O sea que el apoyo al paciente y el estar a disposición del paciente en todo momento es sumamente importante.

Y en tercer lugar, el respeto por lo que el paciente cree, siente o teme. Si un paciente niega un tratamiento (un alimento en mi caso), y no lo quiere comer, por ejemplo, por una contraindicación de los médicos oncólogos (nos sacan todos los alimentos crudos por lo que tengo unos dramas bárbaros), entonces, que respeten al oncólogo, en primer momento, y después yo les doy mi alimentación. Así se respeta al paciente. No hay que crearle una oscilación entre lo que le dice un médico y lo

que le dice otro. Yo no coincido con los oncólogos cuando les sacan las verduras crudas, pero al paciente no le va a pasar nada porque, durante dos o tres días, cuando está internado, no coma verduras crudas. Cuando salga, veremos lo que hacemos. El respeto por lo que el paciente quiere, siente, piensa, tiene ganas de hacer, es fundamental y es parte del respeto por el resto de la humanidad, el resto de las personas, que en la Argentina se ha perdido un poco. Por esto, no solamente los médicos y los que tienen relación con las profesiones relacionadas con la salud, sino también entre nosotros mismos, tendríamos que retomar un poco ese respeto por la persona que está al lado nuestro.

Prof. David Lifar: Con respecto a lo que se hablaba recién, hay algo que es importante rescatar: saben que, muchas veces, apenas un paciente recibe el diagnóstico trata de buscar una solución mágica. Muchas veces me han pedido una entrevista y me dicen: *“El Yoga ¿me puede curar este cáncer?”* Y yo le digo: “Hay algo que quiero que entiendas. Acá puede haber muchos factores que te van a ayudar en la enfermedad. Primero, que le sigas haciendo caso a tu médico. No abandones el tratamiento. Si tenés tu tratamiento con un oncólogo, estás con un médico clínico o un psicólogo, seguí con eso. Esto va a ayudar a complementar lo que vos estás haciendo.”

Cuando venían a Yoga, a Matashi le decían: “Tóqueme, usted me puede curar”. Nosotros tratamos siempre de desmitificar eso porque, justamente, al principio la persona puede sentirse bien, porque es el efecto placebo del que se habló, Pero después la enfermedad sigue avanzando y se ha descuidado totalmente el tratamiento. Nosotros siempre aconsejamos a la persona que siga con el tratamiento, siempre y cuando sienta que le va a hacer bien, y que tenga fe en el doctor con el que está. Esto es importante porque la persona tiene que sentirse identificada con el doctor. Si no se siente identificada, lamentablemente, a veces el no-placebo es negativo para el paciente.

Dr. Gil Deza: ¿Cuántos de aquí tienen cáncer?

Sepan que una de cada cuatro personas tiene o tendrá cáncer en su vida. Pocos lo saben, y, por ende, una enorme cantidad no lo saben. Sepan también que cuando se enteren de que

tienen cáncer, convivieron con el durante cinco o diez años. Por lo tanto, una de las cosas que con mayor frecuencia uno ve en el consultorio es el enorme impacto que la información tiene sobre la vida de la persona. Dicho de otra manera: mientras estabas con el cáncer y no lo sabías, ¿todo estaba bien? Ahora que te lo sacaron, pero lo sabes, ¿todo está mal? Algo no cierra... porque cuando uno toma conciencia de que es esa información lo que nos cambia la vida, uno toma conciencia del valor que el cuidado de la palabra debe tener.

En eso coincido plenamente con lo que ha dicho la Doctora Mónica Yovanetti: la aproximación a la palabra empieza por una escucha activa, porque es el paciente el que va guiando lo que quieren decir. Nuestro compromiso es no mentir, que no es lo mismo que callar, porque uno puede callar todo aquello que el otro no quiere oír.

Si le decimos a la familia “es posible que el paciente le pregunte a usted lo que no me quiere preguntar a mí”, es porque para él es más importante escuchar la pregunta que la respuesta.” Y cuando uno quiere formular una pregunta y no correr el riesgo de recibir una respuesta, se la formula al que no sabe. Entonces le dice a la esposa: “¿Me voy a morir?” Y luego, cuando viene al médico, la esposa le dice: “Decile lo que me preguntaste...”. Y él no quiere, “*ya lo tengo claro todo*”, así no corre el riesgo de que le digan que sí.

Marañón dijo: “*El instrumento más importante de la medicina es la silla*”. ¿Saben por qué? Porque cuando uno va a hablar con una persona tiene que sentarse, para poder escuchar tiene que sentarse y darse el tiempo de escuchar al otro.

Yo he seguido a más de un millar de pacientes hasta su muerte. Por lo tanto, me he enfrentado a las preguntas que más temor le generan a ningún médico. Más de un paciente me ha preguntado *si se va a morir*. Y la respuesta de la mayoría de los médicos es polar: “No te vas a morir” o, sino, el discurso escatológico: “*Sí te vas a morir*”. *Nadie es semilla acá. Todos nos vamos a morir. La vida es una enfermedad mortal por definición*. Ninguna de esas dos cosas sirven para nada, porque cuando un paciente pregunta *si se va a morir*, uno tiene que decirle: “¿Vos qué crees?” Si el paciente responde que sí, la pregunta siguiente

sería “¿Cómo te puedo ayudar, si mañana te fueras a morir? ¿Qué puedo hacer hoy por vos para que estés mejor?” Esa aproximación secuencial y honesta a la verdad protege al paciente de falsas expectativas y de los peligros que pueden rondar cuando cree que lo que debe hacer es algo que puede poner en peligro su vida. Esto, por supuesto, respetando siempre la elección del paciente, porque en última instancia, toda persona autónoma tiene derecho a elegir lo que cree que es mejor para su vida.

Coordinadora: Son temas fuertes.

Voy a incluir algunas palabras y reflexiones: se han dicho palabras como dolor, permisos, secreto, diálogo, silencios, sobrevida, vida... Voy a incluir alguna que tienen que ver con la vergüenza, que a veces tiene el paciente, y lo que significó el cáncer socialmente, que muchas veces significa un estigma social.

Estamos insertos en el lenguaje, y creo que todas las ponencias han sido a través de la silla y de la palabra.

Podemos elegir palabras, que llevan a acciones, podemos elegir palabras que hacen doler, podemos elegir palabras que deconstruyan y otras palabras, que son palabras *sombra*. Con esto, con palabras sombra, quiero decir que los pacientes vienen cargados con mitos familiares, con mandatos, con una serie de situaciones que ensombrecen el diagnóstico y el vínculo con el médico. Ensombrecen el propio estar en la vida.

Quiero cerrar esta mesa diciendo que tenemos que saber manejar el lenguaje, tenemos que saber como usar las palabras que usamos y tenemos que conocer las palabras que utiliza el otro para, desde ahí, entablar el diálogo. El diálogo nos va a ayudar siempre a atender al otro. Luego, quizás, la silla, la quimioterapia y las cosas que hay gracias a todos los que trabajan en la salud, y trabajamos en la salud, para que la gente se cure.

Muchas gracias a todos.

¿Alguna pregunta?

Dra. Gladys Oviedo; Una pregunta para el Doctor Gil Deza. Se habla de las hipótesis de los radicales libres sobre el genoma humano para desencadenar el cáncer. ¿Tiene usted alguna experiencia en la aplicación de antioxidantes en esta patología?

Dr. Gil Deza: Sí. Los radicales libres juegan un rol en la génesis de la mutación. Por desgracia, los antioxidantes no han demostrado utilidad en el tratamiento del cáncer y ciertamente uno puede explicar esto: el radical libre es un mecanismo final de la mutación que la mayoría de las veces se repara. Cuando se genera un tumor, es porque se alteró de tal manera que ya no se puede reparar y revertir el cambio.

Dra. Elba Albertinazzi: Yo quería agregar una cosa, Doctor, si me permite.

Yo tengo pacientes de cáncer tratados con quimioterapia, con radioterapia, operados, y que, con los suplementos nutricionales y un cambio nutricional adecuado, consiguen mejorar su resistencia física y tolerar mejor el tratamiento agresivo sin caída del cabello, sin cansancio, sin náuseas, sin vómitos y tener una sobrevida aceptable. Las dosis que utilizamos, que son bastante más altas, son del tipo de la que utilizaba Linus Pauling, y, por supuesto, deben ir acompañadas de un cambio en la alimentación, porque no se gana nada si sigue comiendo comida chatarra si le vamos a dar antioxidantes. En ese caso no pasa nada. Pero, realmente, la calidad de vida mejora.

No tengo experiencia con el tratamiento exclusivo de antioxidantes, pero sé que eso es importante.

Doctor Gil Deza: Creo que es muy importante. Este no es un ámbito de discusión científica, pero, ciertamente, uno debe saber que hoy, con los nuevos antieméticos, la posibilidad de que un paciente vomite con la quimioterapia es inferior al cinco por ciento, y, dependiendo de la droga que se utilice, la caída del cabello puede no producirse. Creo que lo importante de esto es saber si uno se encuentra frente a pacientes con déficit nutricionales o sin déficits nutricionales.

Lo que no está demostrado es que los suplementos vitamínicos ayuden a aquellos pacientes sin carencias a evolucionar mejor.

Pero no vamos a discutirlo en este ámbito.

Coordinadora: Las diferencias, creo yo, siempre enriquecen, abren al diálogo, abren a posibilidades. Quizás en otro contexto y en otro momento podamos conversar estas cosas.

¿Alguna otra pregunta?

Oyente: Además del cigarrillo, ¿qué otros mutágenos comunes nos puede enumerar para la prevención en la producción de tumores?

Doctor Gil Deza: Sin duda, el mutágeno al que estamos expuestos con mayor frecuencia es el sol. Países como Australia tienen una altísima tasa de aumento de un tumor de piel, el melanoma, por la exposición solar. Allí han estipulado un cuadro de prevención que empieza con los alumnos en edad preescolar y con la educación de las mamás. No permiten que los niños tomen sol en los primeros dos años de vida y, cuando son mayores, con un modelo (llamado *slip-slap-slop*), en el cual los chicos que van a la escuela se colocan una gorra para proteger la nuca y el cuero cabelludo, se cubren con cremas protectoras solares y se van al mar con remeras. Estas prácticas han bajado el índice de melanoma en la población, pero la causa más frecuente de mutación física es la inadecuada exposición solar en las primeras etapas de la vida, sobre todo hasta las ampollas.

Eso obliga, o por lo menos obligó en Australia, a utilizar suplementos de Vitamina D, porque es una población que al tener poca exposición solar, puede tener déficit de vitamina D.

El segundo mutágeno, más allá del cigarrillo, está en los virus como el HPV, o en algunos virus que pueden estar generando tumores de vejiga. Y otros mutágenos son los químicos, especialmente los derivados del petróleo. Otros, son químicos físicos como es el asbesto, que puede generar un cáncer de pulmón especial que es el mesotelioma y hay más de mil quinientos mutágenos conocidos.

Oyente: La comida que se saca del microondas, ya sea cocida o calentada, ¿es un mutágeno?

Doctor Gil: El rol de las ondas electromagnéticas en el cáncer, tanto en los microondas como en las líneas de alta tensión, es algo muy cuestionable. También sucede con los teléfonos celulares. Se han estudiado intensamente, y, aparentemente, cuando hay menos de tres milímetros en las proximidades no hay mayor riesgo. Con la comida producida por el microondas

no tengo ningún conocimiento de que haya un incremento del cáncer.

Prof. David Lifar: En principio, dentro de la Fundación tenemos muchos alumnos que han pasado o que están tomando clases, que tienen problemas de este tipo. Con respecto a la pregunta que vos me hacías sobre técnicas de *pranayama*, no hay ningún estudio científico.

Sí tenemos casos en los que, complementado con la terapia médica, se han logrado resultados muy positivos, y están llevando una vida normal, como cualquier otra persona. Yo creo que no es cuestión de un solo aspecto sino de una visión mucho más integral del ser humano.

Dentro de lo que es la parte de Yoga, siempre tramos de decir que la alimentación tiene que ser lo más natural posible, y, en general, los métodos de cocción tendrían que ser los métodos de cocción naturales porque en esta ciudad estamos expuestos permanentemente a un montón de radiaciones y de emanaciones que, de alguna manera, afectan a nuestro organismo. Y, encima, esas emanaciones nos la llevamos a nuestra casa y a nuestro alimento.

Entonces tenemos que ponerle una especie de coto, diciendo: “Llegamos a nuestra casa, nuestra casa es como un oasis.” Y tenemos que tener la mejor energía en nuestra casa: en lo emocional (mi relación con los que viven conmigo y en el alimento. El alimento forma parte del nutriente que va a alimentar mis células, y tengo que tratar de darle la mejor cocción y no agregarles más elementos químicos y artefactos eléctricos de los que no se ha comprobado científicamente si hacen daño. Pero eso no quiere decir que no los afecte a los alimentos.

Dr. Gil Deza: Creo que la investigación es importantísima.

En nuestro instituto hay un grupo mult credo que brinda auxilio o soporte a los pacientes que requieren o desean el apoyo mult credo: hay un rabino que está permanentemente trabajando, hay un imán que va dos veces por semanas y un sacerdote que está asistiendo a la mayoría de los pacientes, porque creemos que realmente es un auxilio muy útil. Hay un grupo de auxilio o soporte psicológico que está trabajando con dos grupos distintos y, por supuesto, la mayoría de nuestras

enfermeras dan consejos dietéticos a los pacientes que hacen quimioterapia y aceptamos que, aunque no tengan ningún fundamento científico muchos de ellos, muchos pacientes se sienten mejor. Y entonces intervenimos poco y nada.

Yo creo que la función de muchos de nosotros en estas condiciones es saber cuáles pueden ser los alimentos dañinos. Hay ciertos alimentos que siendo naturales, como la banana, no pueden ser consumidos junto con ciertos quimioterápicos, como la procarbina, porque dicha combinación podría tener efectos deletéreos. Lo mismo sucede con el vino, que en determinadas condiciones puede ser un excelente suplemento dietético.

Oyente pregunta: ¿Cual es la relación entre respiración y meditación?

Lic. Susi Reich: La meditación, entre otras cosas, es un método de autoinvestigación, nos sirve para monitorear nuestras continuas sensaciones y pensamientos y nos ayuda a manejar mejor las emociones y relaciones con nosotros y con los otros.

En las técnicas de respiración, como dije en la apertura, uno de los objetivos era conseguir por medio de éstas una respuesta diferente a la reacción espontánea corporal frente a una situación de miedo, de stress, etc.

Tanto la meditación como la respiración requiere la repetición hasta formar un hábito. Si nos entrenamos en técnicas de respiración también notaremos que posteriormente nos sentimos mejor, más balanceados física, mental y emocionalmente, así como con la meditación.

La respiración que encarna en el cuerpo puede acceder a niveles más sutiles y así vemos que está todo interrelacionado.

Hoy mostramos un video sobre cómo pueden influir las técnicas de meditación en los cambios fisiológicos. Uno de los temas que se está estudiando ahora son las técnicas de respiración que, por su regulación, logran bajar la presión arterial. En Estados Unidos se abre toda una línea de investigación que relaciona la mecánica o técnica de respiración con el proceso de respiración celular. Otro aspecto de gran desarrollo en el campo de la investigación en Harvard University es el óxido nítrico.

Gladys, por favor, podés ampliarlo.

Dra. Gladys Oviedo: Estamos tratando de buscar respuestas científicamente comprobables cuando en realidad nos falta muchísimo por pensar. Nos falta mucho todavía. Una de las cosas que mencionaba la Licenciada Susi Reich, con respecto al óxido nítrico, es un nuevo mecanismo. Estamos acostumbrados a que el que el sistema nervioso trabaje en una dirección en donde el neurotransmisor es liberado al espacio sináptico y se pone en contacto con un receptor posináptico, y estábamos acostumbrados a que ese mecanismo fuera unidireccional, mientras que los mecanismos de retroalimentación volvían por otra vía, tal como lo explicó el Doctor Moguilevsky.

Lo que se está estudiando en este momento es un retromecanismo, incluso a base de moléculas en estado gaseoso, que podría estar actuando como un mecanismo de retroalimentación nerviosa, donde el óxido nítrico se convierte, aún en estado gaseoso, en una especie de neurotransmisor de retorno en sentido inverso al mecanismo habitual de los neurotransmisores. Esto es muy nuevo, yo no lo conozco en profundidad, solamente les transmito lo poco que sé al respecto.

De todas formas creo que mucho está por verse y por pensarse en cada uno de nosotros.

[Coordinadora]: Estamos tratando de acercarnos a la vida y a la complejidad de la vida. Creo que no podemos quedarnos en ninguno de los dos polos: ni cuerpo, ni mente. Somos una sola cosa, estamos en un universo. Devenimos, enfermamos y morimos. Somos energía, somos pensamiento, somos ciencia.

Lo importante es que nos podamos ir de esta mesa pensando que nos falta mucho. Conformémonos cada día con lo que vamos teniendo, en el sentido de poder enriquecernos, de seguir investigando, y, como dijo el Doctor, “quizás lo que hoy nos sirve, mañana no nos sirva”, y sea otra explicación. Yo creo que esto es lo más misterioso de la vida. Gracias a todos.

Cierre

Cierre jornada

- 1) Resumen de la jornada
- 2) El camino a seguir

Resumen de jornada

¿Hemos logrado nuestro cometido?

Podemos ahora, todos juntos, repasar esta jornada: Pudimos ver como se interrelacionan e interactúan áreas prácticas y teorías científicas que la medicina convencional no había ligado hasta este momento.

Pudimos apreciar gracias al Dr. Jaime Moguilevsky, los fundamentos biológicos y fisiopatológicos de la psiconeuroinmunoendocrinología. A lo largo de los últimos 30 años por medio de numerosas investigaciones científicas, le permiten a este metasistema constituirse como una entidad propia, donde cada patología tiene un enfoque multi e interdisciplinario necesario para establecer este complejo abordaje.

Toda integración implica una cierta epistemología del profesional actuante, así en la visión integradora de la medicina convencional, la dra. Mónica Yovanetti ejerce la integración con colegas de otras especialidades médicas, dejando de ser una profesional independiente para pasar a ser un profesional interactuante, demuestra que toda rama de la medicina tradicional permite la interrelación e interacción *dependiendo de la postura del profesional a cargo*.

Vemos también el proceso evolutivo por el que pasan ciertas especialidades como la psicología que en si misma se va orientando hacia los procesos interactivos. El enfoque cognitivo que promueve y enfatiza el trabajo interdisciplinario, tal como nos transmitiera la Lic. Sara Baringoltz.

El enfoque cognitivo, junto con el sistémico y los nuevos abordajes en psicología muestra entonces, que posiblemente,

cada una de las especialidades médicas hoy reconocidas como tales estén cambiando. Poco a poco se estarán acercando a través de cambios propios hacia el paradigma integrador que facilita la cooperación.

No cabe la menor duda que al acercarnos al plano molecular es mucho más fácil comprender el modelo integrador, si bien es más difícil explicarlo con comprobaciones científicas. Justamente en este plano en el cual la Dra. Gladys Oviedo refiriéndose a la medicina orthomolecular logró explicarnos que finalmente son las moléculas y ciertas sustancias medibles en el organismo las que promueven, provocan y generan la integración en el ser vivo como vía o camino concreto de interacción biológica por ejemplo por medio de los radicales libres.

En el siguiente, nos acercamos virtualmente a los límites del conocimiento en lo que hace a los procesos de integración: La medicina china por medio del dr. Mario Schwarz, de la nutrición por medio de dra Albertinazzi y de la osteopatía con la dra. Alcira Valeri. estos son solo tres ejemplos de nuevas posibilidades dentro de las medicinas complementarias que por definición son medicinas menos agresivas. Hay otras para agregar pero partir de la medicina china y la acupuntura son la clave segura para el éxito de la comprensión interactiva. La medicina china ya tiene incorporados ciertos ejercicios respiratorios, el gikong con una técnica y características bien definidas según las necesidades acorde a la personalidad del paciente.

La dra. Elba Albertinazzi nos mostró que nutrición no es solo para el cuerpo sino también para la mente y el espíritu.

El equilibrio nutricional es necesario no solo para mantener la salud sino también para restablecer a un individuo enfermo a través de una dieta apropiada.

Esto es ahora mucho más abarcativo dado que no compete solamente a las patologías del sistema digestivo o del metabolismo sino que es fundamental para apuntalar todo tipo de tratamiento médico independiente del tipo de padecimiento.

La osteopatía se nos muestra como una herramienta con claros fundamentos fisiopatológicos cuya técnica permite resta-

blecer las condiciones necesarias para el estado de salud, es entonces fisiopatología y técnica aplicada.

Incorporamos las terapias de interacción cuerpo mente, pero esta interacción solo es posible a través de la inclusión del tercer pilar de apoyo como lo es la participación activa del paciente con lo cual habremos de dar una *nueva dimensión al término paciente hacia un activo participante de su proceso de sanación*.

La sensación de bienestar no viene en pastillas, debemos trabajar activamente para lograrla, ejemplo de ello fue demostrado por David Lifar quien nos mostró por medio de ejercicios respiratorios básicos nuestra capacidad de autopercepción. Esto seguramente es la punta del iceberg de lo que el yoga nos puede aportar.

Claudio Marquez nos acercó al fluir de la energía por medio del reiki

El Dr. Daniel Brenner, lideró la práctica del Tai chi chuan, y así sus pacientes seguramente disfrutaban ya de un camino integrador y no son pacientes sino activos participantes en su propio proceso de sanación y curación

Por último el gran desafío, todos aquí reunidos enfrentando el abordaje múltiple frente a una patología no resuelta como lo es el cáncer.

Esta mesa, emblemática de nuestro espíritu integrador nos permitió reconocer nuestros avances y nuestras limitaciones.

Así se cierra esta jornada con el placer de haber compartido todos juntos este avance hacia el nuevo paradigma.

¿Cuál es el camino a seguir? Ya no hay un abismo sino un camino que podemos ver solo al caminar todos juntos en una instancia creativa por medio del conocimiento que cada uno de nosotros podamos aportar.

Pensando, trabajando y actuando en grupo desde el lugar que hasta ahora pudimos concebir mas allá de nuestra extracción curricular y apoyados en este nuevo modelo.

Quedan muchos campos por investigar, incorporar nuevos aportes, algunos se encuentran en desarrollo, otros carecen de

difusión en nuestros ámbitos científicos. Es necesario ahondar en el conocimiento y aplicación de los mismos dentro de este nuevo paradigma.

Son ejemplo de ello quizás las investigaciones sobre los cuerpos mas sutiles como el cuerpo etéreo con posibilidad de ser captados y graficados por medio de la Cámara Kirlian; la Cámara Kirlian tiene capacidad diagnóstica y pronóstica.

Investigar los campos morfogénicos, organizadores de niveles mas complejos conectados en tiempo y espacio a través de la intencionalidad; investigar y desarrollar los conocimientos de nuestras posibilidades de acceso a dimensiones y campos de conciencia mayores.

El poder de la plegaria, de la oración y la meditación como técnicas terapéuticas

La espiritualidad en el campo de la ciencia y la investigación de su relación con el campo material, investigar la sanación a distancia, la telepatía.

Así como la psiconeuroinmunoendocrinología se erigió en un supra sistema que encontró las conexiones entre los diferentes sistemas psíquico, inmunológico, neurológico, endócrino, estamos intentando encontrar el meta sistema que interrelacione el cuerpo, con la mente, con la energía y el espíritu.

Seguramente hay mediciones que no podemos comprobar bajo los modelos tradicionales actuales, pero hay comprobaciones pragmáticas que dado que las vemos cotidianamente y que por lo tanto les deberíamos dar el lugar científico correspondiente. Cada paradigma tiene una forma de investigación, un método comprobacional, un modelo a seguir. Esto también es parte de nuestra tarea desde la recientemente formada Asociación Argentina de Medicina Integrativa A.A.M.I.

Entonces que a los caminos que ya hemos recorrido se sume este importante mojón para que nos lleve a unirnos para una mayor apertura de nuestra mente.

Epílogo

Al momento de la edición del libro volvía yo del Congreso “Global Holistic Health Summit” que tuvo lugar en Bangalore, India.

En él se dieron cita importantes y reconocidos especialistas de diferentes ramas de los nuevos estudios e investigaciones médicas como Deepak Chopra, Robert Thurman, Roberta Ritson de WHO (World Health Organization), representantes de la Fundación del Príncipe de Gales para la Salud Integrada, entre otros.

Este interesante evento fue organizado por la International Holistic Health Association en el Holistic Health Center, bajo el lema “Salud y Paz para todo el Mundo”. El dr. Isaac Mathai, prestigioso homeópata de India, graduado en Harvard fue el que nucleó a los asistentes y a nuevos disertantes.

Se trataron temas médicos acerca de enfermedades aun no resueltas que se padecen en todo el mundo y con gran progresión estadística como el sida, el stress, enfermedades crónicas, patologías respiratorias, cardíacas, el cáncer, etc. Entonces, ¿cuál es la gran novedad? El abordaje, tanto desde el método diagnóstico como desde el tratamiento.

Dentro de la metodología diagnóstica se presentaron las mediciones objetivas del campo energético y/o vibracional y los mecanismos de validación de dicha información son los nuevos elementos que las califican como mediciones científicas. Estas son la Cámara Kirlian, la medición de los anillos energéticos y de magnetos entre otras.

En cuanto a las prácticas terapéuticas, no fueron en sí temas nuevos, son los que se han practicado desde hace mucho en

forma intuitiva. Se ha logrado profundizar mucho en la aplicación de la medicina homeopática sobre ciertos desórdenes conductuales y psiquiátricos en niños; la fitofarmacología como fuente de apoyo terapéutico en el HIV/Sida y el cáncer; la aplicación del yoga en tratamientos de rehabilitación; las interesantes aplicaciones de la medicina ayurvédica en patologías crónicas.

La dimensión espiritual estuvo presente como un eje transversal permanente tanto en el diagnóstico como el tratamiento.

La dra. Sarah Sallon de Hadassa Hospital de Israel en su conferencia se refirió a la medicina bíblica en su tradición y usos modernos. Asimismo Sri Sri Ravi Shankar, líder espiritual de India que convoca habitualmente a multitudes en su disertación nos dice: “Salud es un cuerpo sin dolor, una mente sin stress y una sociedad sin violencia”, donde la meditación es parte del camino hacia la curación. De esta forma la dimensión espiritual se instala en el campo de la medicina.

Mi participación consistió en una conferencia sobre Medicina Integrativa y una investigación realizada sobre técnicas respiratorias como camino real para la prevención y curación y en la mesa plenaria final tuve la oportunidad de intercambiar con colegas internacionales **“the way ahead”**. (el camino a seguir). Tema recurrente es el de la necesidad de regulación de las terapias complementarias y alternativas para mayor seguridad de la población y necesidad de aunar esfuerzos y estrategias.

Allí pude transmitir mi alegría de ver que al cabo de 25 años de hablar sobre este nuevo paradigma de interrelación, interdependencia, cooperación, éste ya se está poniendo en acción.

No fueron en sí temas nuevos pero me alegró sobremanera ver la evolución de las técnicas y métodos aplicados ahora con mayor rigor científico, comprobaciones mensurables y afianzamiento de los conocimientos. Sí, en cambio, veo aun una gran brecha entre la medicina complementaria y la tradicional occidental, faltando aun la integración entre ambas; por eso nosotros desde la Asociación Argentina de Medicina Integrativa estamos trabajando hacia ese camino de integración.

Esta además decir que las medicinas complementarias y alternativas están ganando terreno a nivel mundial tanto por los menores efectos nocivos como por el costo beneficio; quizás sea éste un buen momento para aunar esfuerzos. El cambio de paradigma ya es inevitable y nosotros queremos ser catalizadores de ese cambio.

SUSI REICH
Enero 2003

Se terminó de imprimir en Impresiones Dunken
Ayacucho 357 (C1025AAG) Buenos Aires
Telefax: 4954-7700 / 4954-7300
E-mail: info@dunken.com.ar
www.dunken.com.ar
Abril de 2003