

## VIOLENCIA Y MEDICINA SICOSOMÁTICA: EL LENGUAJE DEL CUERPO

Octavio Henao-Orrego<sup>1</sup>

*En cada acto médico debe estar presente el respeto por el paciente y los  
conceptos éticos y morales; entonces la ciencia y la conciencia estarán  
siempre del mismo lado, del lado de la humanidad*

**Fernando Sánchez Torres**

*Manejar el silencio es más difícil que manejar la palabra*

**George Clemenceau**

### Resumen

La función de la medicina ha sido denominada, entre otras, como el arte de curar. Pero esto implica un tipo de rituales que ha variado significativamente en los últimos años. Desde el abordaje, el tiempo destinado a cada paciente, el grado de confidencialidad que pueda lograrse, hasta el lenguaje que se expresa o el silencio que también tiene significado. La medicina psicosomática es una ciencia que trata de correlacionar rigurosamente lo físico, lo psicológico y ahora lo social, comprendiendo lo real, lo imaginario y lo simbólico. En este artículo se pretende desarrollar esta necesaria integración, acudiendo a diversos autores y escuelas, de diferentes países, discutiendo por el lenguaje, el habla y el silencio, teniendo en cuenta la misma complejidad humana en sus muy diversas circunstancias y motivaciones. Se analizan las fases de hablar o callar y sus expresiones posibles en el cuerpo. Se mencionan estudios científicos de otras latitudes y se correlacionan con las experiencias de violencia en nuestro país, y sus expresiones en dolencias y enfermedades como la hipertensión arterial, algunas expresiones en órganos diana, ansiedad, alergias, migraña, entre otros, hasta la elección vicariante de órganos. Se mencionan igualmente las incidencias de los episodios violentos sobre la salud y algunos tipos de conducta documentados por la medicina comportamental. Se aportan ejemplos de diversos autores, desde la úlcera péptica, hasta las estadísticas incrementadas por las guerras, los desplazamientos y las desapariciones forzadas. Se mencionan las posibles correlaciones entre la somatización y el habla y el sentir de los individuos sometidos a circunstancias violentas. Se ilustran modalidades de abordaje y tratamiento, teniendo en cuenta las dimensiones del ser y su conciencia, para lograr la mejoría de sus síntomas e incluso la resolución de sus conflictos. Se enfatiza en la biografía personal, comparándola con los exámenes y procedimientos técnicos de diagnóstico. También las dificultades para nombrar el dolor producido por eventos traumáticos de índole psicológica. Se establecen categorías de las expresiones

1 Doctor en Medicina y Cirugía. Universidad Nacional de Colombia. Medicina Familiar Psicosomática Hospital Clínico U. Complutense de Madrid, España. Sexología Clínica Instituto de Sexología de París, Francia. Fellow American University Washington, USA. Gerencia en Salud CES, Medellín. Exdirector MCHS-Hospital de Hialeah, Miami, USA.

siones del lenguaje en los órganos, sus lógicas y también las repercusiones del silencio. Se mencionan alternativas de manejo más allá de los medicamentos y se finaliza con una reflexión sobre los tipos de lenguaje y la alienación del individuo frente a una sociedad violenta.

**Palabras clave:** *Medicina psicosomática; violencia; lenguaje; habla; silencio; somatización.*

## VIOLENCE AND PSYCHOSOMATIC MEDICINE: BODY LANGUAGE

### **Abstract**

Medicine has been called, the art of healing. But this implies a type of ritual that has varied significantly in recent years. From the approach, the time allocated to each patient, the degree of confidentiality that can be achieved, to the language that is expressed, or the silence that also has a meaning. Psychosomatic medicine is a science that tries to rigorously correlate physical, psychological and now social aspects, understanding the real, the imaginary and the symbolic. This article aims to develop this necessary integration, going to various authors and schools, from different countries, through language, speech and silence, taking into account the same human complexity in its very diverse circumstances and motivations. The phases of speaking and/or silence and their possible expressions in the body are analyzed. Scientific studies from other latitudes are mentioned and correlated with the experiences of violence in Colombia, and their expressions in ailments and diseases such as arterial hypertension, some expressions of illness in target organs, anxiety, allergies, migraine, among others, until the vicarious election of organs. Incidents of violent episodes on health and some types of behavior documented by behavioral medicine are also addressed in this article. Examples of various authors are provided, from peptic ulcer, to statistics increased by wars, displacements and enforced disappearances. The possible correlations between somatization and speech and feeling of individuals, subjected to violent circumstances, are mentioned. Methods of approach and treatment are illustrated taking into account the dimensions of being and its consciousness, to achieve the improvement of its symptoms and even the resolution of its conflicts. Emphasis is placed on personal biography, comparing it with technical exams and diagnostic procedures. The difficulties to name the pain produced by traumatic events of a psychological nature are also addressed. This article also establishes categories of language expressions in the organs, their logic and also the repercussions of silence. Management alternatives beyond medications are mentioned. The article ends with a reflection on the types of language and alienation of the individual in the face of a violent society.

**Keywords:** *Psychosomatic medicine; violence; language; speaks; silence; somatization.*

La medicina es una ciencia que a lo largo de la historia se ha caracterizado por estudiar la vida, la salud, la enfermedad, y todo tipo de afecciones de la mente (1) y del cuerpo, de los seres humanos. Aunque en nuestra época más reconocida por publicarse más de lo físico y corpóreo, prescindiendo de otros factores intrínsecos conexos, pretextando el carácter científico solo de lo cuantificable, medible y evidenciable con aparatos o tecnologías. La misma palabra “medicina” (2), engloba una de sus más conocidas funciones: curar (3), pero, ¿a través de qué mecanismos?

Sanar, recuperar la salud, aliviar, implica toda una serie de rituales que han sido descuidados en los últimos 60 años por la medicina tradicional occidental, muchas veces asociada con una medicina hegemónica que actúa bajo premisas económicas de maximización de los recursos. Es decir, esta medicina practica una economía de la enfermedad, donde el volumen de pacientes que consultan supera el tiempo disponible de cada profesional. Uno de los requisitos para maximizar la utilidad de las empresas de salud o de los médicos, es atender cada vez en menor tiempo a cada persona<sup>2</sup>, logrando así un mayor número de pacientes por hora, y por tanto, incrementando el beneficio económico, sin detenerse a valorar la calidad del acto médico.

Así, en general, el ritual que se practica dentro de esta medicina hegemónica actual es el siguiente: el paciente entra, ya sea para un “chequeo médico” (4) o para buscar un remedio (5) a su dolor, molestia o preocupación. Si se trata de lo segundo, el paciente le “cuenta”<sup>3</sup> en forma breve al médico los síntomas e intenta describir su malestar en palabras entendibles para ambos. El médico procede a examinar y corroborar el relato<sup>4</sup>

- .....
- 2 En general, el promedio de consultas de algunas instituciones de la salud está entre 4 y 6 pacientes por hora, es decir, un tiempo de 10 a 15 minutos máximo para cada persona.
  - 3 Existe una gran dificultad para transmitir la clase de dolor que el individuo siente, pues sus palabras no concuerdan con las del médico.
  - 4 Relato en el sentido de una narración que trata de describir un acontecimiento, en este caso doloroso.

del paciente, asegurándose de que la descripción tenga sentido dentro de un marco institucional y un lenguaje médico, para así proceder a orientar el diagnóstico (6) y por último, tratar la dolencia u ordenar exámenes complementarios. Todo esto sucede, muchas veces, en menos de 15 minutos. En este sentido, dado el escaso tiempo del procedimiento, el médico despersonaliza al paciente y deja de ser el otrora confidente de penas y pesares, el verdadero médico de antaño como lo menciona el profesor Fernando Sánchez Torres en sus escritos<sup>5</sup>.

Una de las características asociadas a este tipo de medicina, es que se basa en un lenguaje que ha tendido a desplazar el relato del paciente por palabras médicas, lo que se conoce como semiología clínica (7). Dicho de otra forma, la identificación de la patología es a través de la lectura de los síntomas –reconocidos después del interrogatorio y del examen físico del paciente– para poder diagnosticar. En muchos sentidos, la semiología ha sido el arte de la medicina, pues de cierta manera es el lenguaje mediante el cual la sintomatología puede ser ordenada dentro de una estructura legible y comprensible para el resto de los médicos. Es decir, gracias a ella se legitima la transformación del dolor o la molestia del paciente en un idioma clínico desde el cual se puede orientar el diagnóstico, paso obligatorio para poder tratar al enfermo. De esta manera, nos situamos en un tipo de lenguaje hegemónico, sin el cual es difícil el entendimiento del dolor, la molestia o la preocupación de quien consulta.

No obstante, este tipo de lenguaje institucionalizado, no es aplicable dentro de todos los contextos. Cuando se trata de dolores –no sólo físicos– inscritos por ejemplo en entornos violentos, explicar el padecimiento puede ser una tarea ardua y confusa. Es en este sentido –en el lenguaje que relaciona el dolor, la enfermedad

- .....
- 5 Sánchez T, F (2013). Como debe ser el médico. Texto reproducido con autorización. Bogotá D.C.: Secretaría Distrital de Salud de Bogotá; 2013 (de original 1975).

y la afección con la medicina como ciencia curativa— que surge la medicina psicosomática como alternativa a aquella ciencia que olvida la existencia de otras formas de comunicación.

La medicina psicosomática es una disciplina médica, cuya metodología “consiste en correlacionar, tan rigurosamente como sea posible, dos órdenes de parámetros, psíquicos y somáticos, a fin de definir en términos alternativamente descriptivos, apelando a la caracterología, o deliberadamente dinámicos, poniendo el acento en los factores inconsciente del conflicto, un perfil psicológico particular” (8). De esta manera, cuando el dolor se desarrolla en contextos donde el conflicto es normalizado, es decir, donde el orden de la cotidianidad se desestructura como resultado de la violencia (9) y “donde el muro del silencio determina el rumbo” (10) de la vida de las personas, la medicina psicosomática es una forma de intentar entender el dolor escuchando a los pacientes a través de distintos órganos.

Así mismo, esta teoría de lo somático, desarrollada por Franz Alexander *et al.* (11) y sus colegas en el Chicago Institute for Psychoanalysis, trata de relacionar el malestar físico y mental con el contexto histórico que rodea al individuo, con el fin de entender otros lenguajes que expresan el dolor. Esta disciplina saca del anonimato órganos que no son reconocidos por la sociedad como “órganos parlantes” u “órganos del habla” como los llama Sapir (16), haciendo referencia al conjunto de órganos que están relacionados con el habla como los pulmones, la boca, la laringe, el paladar, la nariz, la lengua, los dientes y los labios (12). Esto convierte el cuerpo en el instrumento de comunicación para aquellos que no tienen voz y sufren muchos tipos de silencio.

El habla (13) ha sido reconocida como forma de comunicación dominante, y por ello ha sido difícil aceptar otros tipos de lenguaje —el corporal— como formas de

manifestar el mundo de símbolos y de relaciones subjetivas de los seres humanos. En ese sentido, la complejidad de la teoría psicosomática “viene derivada de la propia complejidad de la condición humana, condición en la que el proyecto de la construcción de lo propio, en un mundo de relaciones simbólicas, está en un primer plano” (14), pero donde no siempre es legítimo expresarlo en cualquier lenguaje. Es decir, si no se habla mediante palabras, es difícil ser escuchado. “El habla es una actividad humana que varía sin límites precisos en los distintos grupos sociales, porque es una herencia puramente histórica del grupo, producto de un hábito social” (15). En ese sentido, en ciertos contextos violentos, el habla está determinada por otros factores como la necesidad de guardar silencio —ya sea por seguridad o por otros factores que impiden volver a nombrar<sup>6</sup> el evento traumático— y por ello surgen otros “órganos que, de manera incidental, pueden servir para la producción de los sonidos del habla” (16).

De esta manera surge una dialéctica entre hablar y callar, dos acciones presentes en el lenguaje del cuerpo. La primera hace presencia a través de otros órganos que se convierten en las herramientas de comunicación, mientras que la segunda se hace presente a través de la ausencia de los “órganos del habla” como los llama Sapir. En este sentido, el silencio debe ser entendido como una forma de comunicación que debe ser leído de manera diferente; los pacientes, en otro contexto víctimas, al estar completamente mudos, se ven en la necesidad de hablar a través de sus cuerpos, somatizado enfermedades para ser escuchados; al ser presas de “la violencia de la voz silenciada” (17), en un mundo donde hablar con la voz es casi esencial para comunicarse (24), las víctimas de la violencia no son

---

6 “Nombrar” el dolor se torna complicado en un mundo en donde localizarlo en la palabra y no en el cuerpo es lo dominante. Nombrar está relacionado con “mapear”, clasificar y codificar (Castillejo, 2000: 66). En este caso “no nombrar” es resultado de un contexto violento, callar puede ser una forma de sobrevivir. Ese “no nombrar” es otra forma de dolor, que termina por situarse en el cuerpo.

escuchadas y su discurso es malinterpretado, traducido por médicos que ven las enfermedades como resultado de agentes patógenos y no como consecuencia de un país convulsionado, con agentes que imprimen la fuerza para desestructurar el orden de lo cotidiano (18).

En diversas épocas hemos podido evidenciar este tipo de lenguaje del dolor inscrito en el cuerpo, común en los habitantes de diversas regiones de Colombia y Latinoamérica. Durante cerca de 40 años de trabajo en hospitales del Estado, realizando más de 50.000 consultas en más de 12.500 grupos familiares, hemos podido tener cercanía con pacientes y familias que padecían enfermedades de todo tipo, heridas visibles y otras no tanto por ser profundas o psicológicas, también hemos podido diagnosticar y tratar al menos entre un 15% y 20% de estos consultantes que utilizaban el cuerpo como coartada del inconsciente, como símbolo de lo que no puede ser dicho por las palabras, expresando así lo que no es verbalizable (19).

Por ejemplo, muchos de los pacientes tenían hipertensión en sus arterias, pero también una tensión excesiva en sus trabajos. Colesterol alto y una pulsión incontrolable por comer grasas, a pesar de las advertencias documentadas que los colocaban en la autopista del infarto. Obesidad por falta de ejercicio y malos hábitos alimenticios, pero también como una forma de llamar la atención buscando la vía oral como afecto frustrado. Ansiedad extrema por extraños factores hereditarios y endógenos, pero también por no pagar las deudas justo a tiempo. Depresión por falta de litio en el cerebro, pero muchas veces por las tristezas y carencias acumuladas. Rasquiña por alergias, acompañada de obsesión por la higiene y la asepsia, imposibles en un mundo infectado de incertidumbres. Migraña crónica y hasta falsos tumores cerebrales, como refugio de preocupaciones extremas y aproximaciones a la hipocondría o a la escogencia vicariante de órganos. Este tipo de enfermedades están fuertemente asociadas con el entorno que rodea a los pacientes (20).

Muchos ejemplos de ello están documentados a nivel mundial en la ciencia médica. Lo plantean en México Vinaccia *et al.* (21), quienes sugieren que existe “un proceso a través del cual el estrés psicosocial (22) puede inducir al desarrollo de la úlcera péptica duodenal (UPD)” y describen los sistemas psicológicos, biológicos y sociales que se ponen en juego para desarrollar dicho estrés. Entre los posibles factores como determinantes del estrés que dicha investigación muestra, se encuentran tanto “sucesos vitales” como “sucesos cotidianos”, como lo llaman los autores. Siendo los primeros aquellos que alteran la vida cotidiana de los individuos, creándole al sujeto la necesidad de ajustar de nuevo su vida. Algunos de estos eventos son extremadamente violentos, como guerra, violación, tortura, desplazamiento forzado, heridas, accidentes de tránsito; y otros más normativos, como el enamoramiento, el matrimonio, la separación o el divorcio. Pero ambos pueden alterar la realidad y el conjunto de significados de los individuos y, como es lógico, los pueden llevar a experimentar cierto tipo de estrés<sup>7</sup>.

En cuanto los segundos, son más frecuentes que los primeros, y consisten en la experimentación de eventos cotidianos relacionados con valoraciones positivas o negativas (23). Este tipo de estrés también puede afectar el estado de los pacientes a través de mecanismos de adaptación que utilizan las personas para afrontar el dolor. Así, dejar de hacer ejercicio, fumar, consumir alcohol, aumentar el consumo de comidas grasosas o irritantes, dejar de comer o hacerlo de manera rápida o excesiva, son conductas que esconden estrés, trauma, dolor, ansiedad, y anexan otra categoría como causante de estrés: la frustración; todas ellas generan en el individuo afecciones que no deben ser tratadas únicamente con medicamentos.

7 Un acontecimiento traumático o una pérdida grave implican un duelo, un golpe inesperado en su destino. Este suceso tiene la particularidad de ser imperativo para el sujeto. No tiene tiempo de reaccionar y la dimensión simbólica parece alejada del individuo.

Al respecto, los autores citados encontraron casos de pacientes con cardiopatía coronaria e hipertensión, en quienes sus enfermedades estaban fuertemente asociadas a un continuo estrés producido por la percepción de que su medio ambiente familiar era frustrante, y por lo general no se daba como quería, lo que desencadenaba una continua respuesta psicofisiológica que tomaba como órgano diana al corazón y el sistema cardiovascular (24).

Así, el estrés puede ser la manifestación de otro tipo de problemas, que dada su magnitud no pueden ser expresados mediante el habla, y por tanto se ubica en otros órganos que sirven de conectores entre la interioridad del individuo y el medio ambiente que lo rodea. En casos extremos, como en situaciones de guerra se ha podido documentar un aumento significativo en los casos de úlcera (25). Por ejemplo, durante la Segunda Guerra Mundial, luego del ataque aéreo a Londres, hubo un aumento significativo de sujetos que presentaron úlcera péptica perforada.

En este orden de ideas, no es difícil relacionar eventos traumáticos como desplazamientos, desapariciones forzadas, torturas, mutilaciones, guerras, con posibles enfermedades asociadas al estrés, ya que este se convierte en el único medio mediante el cual las personas pueden hablar. Esto no es nuevo. Sandín y Chorot (26) ya habían estudiado la relación entre las enfermedades físicas y trastornos psicológicos con la experimentación previa de un suceso de gran impacto en la vida de los seres humanos.

Weiner, Thaler, Reiser y Mirski (27) desde 1957 habían desarrollado un estudio en el que lograron establecer una relación entre el surgimiento de la Úlcera Péptica Duodenal (UPD) y reclutas del ejército de Estados Unidos. Esta enfermedad también se presentó de manera significativa durante el seguimiento de veteranos de guerra que fueron capturados y sometidos a estrés crónico. Finalmente, Nice, Garland, Hilton, Baggett y Mitchell (28) documentaron un hallazgo parecido en un grupo de aviadores to-

mados prisioneros y torturados en la guerra de Vietnam, el cual se comparó con el de un grupo de aviadores navales que no fueron hechos prisioneros. Hubo un mayor número de casos con UPD en el primer grupo en comparación con el segundo. Sin embargo, este es un estudio para un caso específico, por tanto, es necesario aclarar que no siempre se ha encontrado que situaciones que generan altos niveles de estrés, lleven necesariamente al surgimiento de enfermedades como la UPD (29).

En este sentido, la somatización (30) de las enfermedades puede ser un tipo de idioma en el que se intenta traducir el espacio relacional del sujeto, su estructura, sus dinámicas y sus conflictos en lenguajes distintos a la palabra (31). Con lo somático, lo que se quiere enfatizar es la posibilidad de otro tipo de dolores que no se reducen a lo físico. A veces, lo que está realmente lastimado es la conciencia, o la psique, o los sentimientos, realidades que trascienden nuestro reduccionismo sólo a lo que vemos o podemos visualizar con tecnologías.

El sentir de los sujetos es una expresión de la individualidad y complejidad humanas, ajenas a estereotipos. Tiene una riqueza singular y es variopinta en sus manifestaciones. La salud es un resultado de múltiples factores y no solo es biológica, sino también psicológica y social. Y cuando este dolor ha estado salpicado por experiencias traumáticas, violencias, guerras, terrorismo, sus huellas ya no son tan invisibles. Entonces, cada paciente engloba además del contexto que lo rodea, las vicisitudes de sus relaciones consigo mismo, con el médico, con la familia y la sociedad.

La medicina psicosomática implica un nuevo tratamiento del paciente, donde éste sea escuchado y donde se tenga en cuenta el contexto histórico que lo rodea. Es decir, un estudio bio-pato-psico-socio-biográfico. Pero esta relación psicosomática no implica necesariamente una relación de causa-efecto, en la medida en que “psíquico” y “somático”, ambas categorías -comprendida la conciencia-, equivalen a las dos caras de

una misma moneda. Ninguna vale más que la otra. Lo inconsciente, lo que se encuentra agazapado en las sinuosidades de las neuronas y sus conexiones, es incognoscible por definición, y por lo tanto no posee o no se le puede atribuir, por ahora, existencia o cualidades exclusivamente psíquicas o somáticas, a pesar de los intentos de la resonancia magnética funcional y de la valoración experimental por emisión de positrones. Estas categorías derivan del conocimiento racional que se estructura alrededor de dos organizaciones conceptuales: una “física”, que da origen a las ciencias naturales, y la otra “histórica”, que sustenta las ciencias que toman por objeto al intelecto o a la cultura.

En resumen, la teoría de lo somático incluye, en primer término, la unidad biográfica de cada paciente, ubicando los distintos protagonistas que conforman el drama que ha hecho crisis en cada quien, y nos lleva a pensar en cada uno de ellos como versión de los diferentes personajes de su infancia, su juventud o su madurez, que irrumpen en su trayectoria para marcarlos. En segunda instancia, esta teoría identifica los mapas que el sano o el enfermo utilizan para recorrer el territorio de sus vidas particulares y reconoce los estilos comportamentales, adquiridos generalmente desde la niñez, con los cuales cada individuo en el seno de su familia y de su entorno, realiza un trazado o “programa” para el resto de su existencia. En un tercer plano, ella comprende cuál es la “parte” u órgano, aparato, o sistema, que el trastorno elige y desde el cual “habla”, dentro del drama que ha puesto en crisis al sujeto cuando se encuentra enfermo. Un cuarto asunto consiste en darle un nuevo significado a la historia de cada paciente, hasta el punto que el conflicto de significados contradictorios que sostiene su enfermedad, incluido en una unidad de sentido trascendente y más amplio y complejo, adquiere la forma de un malentendido con su cuerpo (que puede ser interpretado como el producto de un mapa fragmentario o incompleto). En ese punto desaparece la necesidad que sostenía a la enfermedad con alguno o algunos órganos de su cuerpo.

Lo anterior pone de manifiesto la dificultad de nombrar el dolor. Muchas veces, este busca otros mecanismos no convencionales para ser expresado. Pero detrás de cada lenguaje, de cada forma de comunicación, sea el cuerpo o las palabras, se esconde una historia que explica el mismo lenguaje. En el caso de lo somático, detrás del órgano afectado se esconde una historia de guerras, conflictos, estrés, entre otros, que llevan muchas veces a un silencio que debe ser manifestado en otras partes del cuerpo. Este dolor debe ser leído entre líneas, pues más allá de lo que dice, se esconden traumas y dolencias de otro tipo.

Así, la relación entre cuerpo y lenguaje trasciende al simple diagnóstico médico, ya que el dolor puede ser causado además de agentes patógenos, por otro tipo de patologías psicológicas y sociales. Entonces, enfermedades aparentemente orgánicas (algunos tipos específicos de artritis, cefaleas, infartos cardíacos, asma, úlceras de estómago, algunos cálculos biliares, dolor en la relación sexual, dolor en la columna, cáncer, entre muchas afecciones) son formas de *lenguaje*. Estas enfermedades una vez aprendidas a descifrar se presentan como capítulos espinosos de una biografía muy particular. Es decir, que el padecimiento orgánico ocultaría una historia cuyo significado le es insoportable al ser humano, encontrando en cierto tipo de enfermedades una “solución” temporal para ese drama no resuelto.

En el caso de una enfermedad somática que se instala a partir de un suceso psicológico reiterado, llama la atención que la dimensión de lo psíquico está aparentemente ausente. Entre el acontecimiento imperativo y la aparición de los síntomas orgánicos no se observa la presencia clara de un conflicto anunciador del síntoma. El fenómeno psicosomático no constituye una estructura aislada. La somatización puede presentarse en cualquier estructura del cuerpo, según elecciones muy heterogéneas, presentaciones clínicas diversas y en diferentes momentos de la cura, intentada por inter-

medio de los fármacos o los placebos o de la palabra sistematizada y expresada en logoterapia (32).

Pero el órgano enfermo también se puede conducir con su propia lógica, la del silencio. Realidad muda a la que solo la técnica de la extirpación, del corte, puede producir un alivio al dolor físico generado por la lesión. Y ese corte no se logra con bisturí, sino con el lenguaje afinado en los argumentos.

¿Y cómo se hace para curar cicatrices con el lenguaje, especialmente las que deja la violencia? ¿Cómo tratar horribles migrañas que se examinan hasta con electroencefalogramas y tomografías que no muestran nada, pero que traducen una ansiedad contenida por muchas insatisfacciones acumuladas? o ¿Úlceras por estrés postraumático de quienes han sufrido el asesinato de un hijo, la tortura del esposo, la desaparición de la novia o el novio, acusados de informantes? ¿O el infarto por la noticia infausta de un despido malintencionado del empleo al que alguien ha accedido con sacrificios extremos? ¿O los cálculos biliares de quien no puede manejar sus rabias contenidas ante un miserable jefe que lo humilla cada vez que le da la gana? ¿O el “colon irritable” como respuesta al miedo o a las ofensas? (33).

## Conclusiones

Con la medicina psicosomática se tiene un método en el que se parte de un interrogatorio acerca de la enfermedad actual y de los recuerdos, deseos y circunstancias que conforman la semblanza esquemática del individuo que consulta. Prosigue con un diagnóstico clínico de su estado físico general y del estado actual de la enfermedad por la cual busca ayuda, como lo hace la medicina tradicional occidental. Se puede acompañar para ilustrar mejor, en forma novedosa, de algunas fotografías del enfermo en los distintos períodos de su vida, y de las personas allegadas que éste considera más significativas para darle un sentido específico a su trasegar individual, familiar y comunita-

rio, dándole la misma importancia que los exámenes de laboratorio, las radiografías o las más modernas ecografías, resonancias magnéticas y las imágenes obtenidas con emisión de positrones. Además, se le puede sugerir redactar un cuento corto, relatar alguno de sus sueños y narrar una historia, una película o una novela libremente elegidas, como formas de evaluar su pensamiento y sus simbolismos, para explorar su mente además de su corporeidad. Se finaliza con la observación del paciente y del vínculo que él establece con el equipo que realiza el estudio, durante las entrevistas y en su tratamiento.

El remedio no es siempre el medicamento, el fármaco sacralizado en la sociedad de consumo. Existen otros, diversos, enmarcados en técnicas o terapias verbales y no verbales como el entrenamiento autógeno de Shultz, asertividad, terapia emotivo-racional de Ellis, análisis situacional y transaccional de Berne, juego e inversión de roles de la Gestalt, relajación progresiva de Jacobson, entre varios de orientación psicodinámica y humanista.

No son meros simbolismos o artificios distractores o emplastos inocuos, como despectivamente los denominan algunos escépticos. Son otras maneras de tratar pacientes con fundamento científico por sus resultados, aunque no se acompañen siempre con la publicación de su demostración puramente estadística o matemática, pero sí reconociendo las particularidades que rodean su vida y cómo éstas lo transforman, hasta el punto de generar enfermedades como formas de contar lo sucedido. De hacer presente un conflicto que los ausentó de todas las formas y estructuras sociales, incluida la del lenguaje.

No se pueden reducir todas las enfermedades al terreno de lo somático. Se requiere entender y aceptar cómo algunas estructuras sociales desestructuran al individuo, lo expulsan de la sociedad normalizada, lo privan de medios para comunicarse, no quedándole

otra salida que sentir dolor en alguna parte de su cuerpo -fruto del conflicto interno que padece la persona- como forma de denunciar su sufrimiento.

Se trata de concebir y hacer legítimos otros tipos de lenguaje que son resultado de esa alienación del individuo en la sociedad; y de entender que no siempre se puede administrar el dolor y que, bajo ciertas circunstancias, los individuos tienen distintas maneras de buscar reestructurar su vida y los símbolos que le fueron quitados de manera violenta.

## Conflictos de interés

Declaro no tener conflictos de interés.

## Agradecimientos

A mis profesores Francisco Martínez López, José Madrid Arrau, Rof Carballo, Fernández Cruz, (España), Charles Gellman, Gilbert Torjdmán, Jacques Waymberg (Francia), Gerald Zwang (Suiza), Patricia Schiller, J. Altman (EEUU), Alfredo Rubiano Caballero y Fernando Sánchez Torres (Colombia), por sus valiosas motivaciones, enseñanzas y sabios consejos.

A mi hija Laura Henao Izquierdo, economista y magister en Economía y en Sociología, y especialista en Derechos Humanos y en Derecho Internacional Humanitario, por su permanente afecto, apoyo en las búsquedas bibliográficas, corrección de estilo y redacción final de este manuscrito.

## Referencias

- García Pelayo, V.A. Pequeño Larousse Ilustrado. Madrid. 2003. p. 667.
- Medical Search Online Etymology Dictionary.[Internet] Etymonline.com.2010 [consultado: 15 de Julio de 2011]. Disponible en: <http://www.etymonline.com/index.php?search=MEDICAL&searchmode=none>
- García Pelayo, V.A. Pequeño Larousse Ilustrado. Madrid. 2003. p. 667.
- Diccionario de la Lengua Española. [Internet]. RAE.es. 2010 [consultado 18 de Julio de 2011]. Disponible en: [http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO\\_BUS=3&LEMA=reconocer](http://buscon.rae.es/drae/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=reconocer)
- García Pelayo, V.A. Pequeño Larousse Ilustrado. Madrid. 2003. p. 874.
- García Pelayo, V.A. Pequeño Larousse Ilustrado. Madrid. 2003. p. 344.
- Báez y Pérez de Tudela, J. Los paradigmas del análisis. En: Báez y Pérez de Tudela, J, Investigación cualitativa.2ª edición. Madrid: ESIC; 2009.
- Sami-Ali, M. Pensar lo Somático. Buenos Aires: Paidós; 1991.
- Castillejo Cuellar, A. Poética de lo Otro. Bogotá: Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Técnica (Colciencias) y el Instituto Colombiano de Antropología; 2000.
- Castillejo Cuellar, A. Los Archivos del Dolor. Bogotá: Universidad de los Andes; 2009.
- Alexander, F., French, T., Pollock, G. Experimental Study and results En: Alexander, F. Psychosomatic Specificity. 1a edición.. Chicago: Editores. University of Chicago Press; 1968.
- Sapir, E., Alatorre M. El lenguaje: Introducción al estudio del habla. México: Fondo de Cultura Económica; 1966.
- Sapir, E., Alatorre M. El lenguaje: Introducción al estudio del habla. México: Fondo de Cultura Económica; 1966.
- Sapir, E., Alatorre M. El lenguaje: Introducción al estudio del habla. México: Fondo de Cultura Económica; 1966.
- Sapir, E., Alatorre M. El lenguaje: Introducción al estudio del habla. México: Fondo de Cultura Económica; 1966.
- Sapir, E., Alatorre M. El lenguaje: Introducción al estudio del habla. México: Fondo de Cultura Económica; 1966.
- Sapir, E., Alatorre M. El lenguaje: Introducción al estudio del habla. México: Fondo de Cultura Económica; 1966.
- Sapir, E., Alatorre M. El lenguaje: Introducción al estudio del habla. México: Fondo de Cultura Económica; 1966.
- Castillejo Cuellar, A. Los Archivos del Dolor. Bogotá: Universidad de los Andes; 2009.
- Castillejo Cuellar, A. *Los Archivos del Dolor*. Bogotá: Universidad de los Andes; 2009.
- Castillejo Cuellar, A. *Los Archivos del Dolor*. Bogotá: Universidad de los Andes; 2009.
- Alberro, N. Proyecto Psi. [Internet]. 2011 [consultado: 15 de Julio de 2011]. Disponible en: [http://www.proyectopsi.com/profesional/profesion/profes\\_022.asp](http://www.proyectopsi.com/profesional/profesion/profes_022.asp)
- Henao-Orrego, O. Medicina Psicosomática. Universidad de los Andes-Colombia; 2011.
- Vinaccia, S., Tobón, S., Sandín, B., Martínez Sánchez, F. Estrés Psicosocial y Úlcera Péptica Duodenal: una perspectiva Bio-Psico-Social. Revista Latinoamericana de Psicología;2001; 33(2): 117-130.
- Vinaccia, S., Tobón, S., Sandín, B., Martínez Sánchez, F. Estrés Psicosocial y Úlcera Péptica Duodenal: una perspectiva Bio-Psico-Social. Revista Latinoamericana de Psicología; 2001; 33(2): 117-130.

25. Vinaccia, S., Tobón, S., Sandín, B., Martínez Sánchez, F. Estrés Psicosocial y Úlcera Péptica Duodenal: una perspectiva Bio-Psico-Social. *Revista Latinoamericana de Psicología*; 2001; 33(2): 117-130.
26. Sandín, B. Y Chorot, P. Cuestionario de afrontamiento al estrés. *Revista de Psicología y Psicopatología Clínica*. 2003; 8(1): 2003. P. 39-54.
27. Weiner, H., Thaler, M., Reiser, M., Mirsky, A. Book Reviews: I. Relation of Specific Psychological Characteristics to Rate of Gastric Secretion (Serum Pepsinogen). *Psychosomatic Medicine*. 1957; 19(1): 1-10.
28. Nice, D., Garland, C., Hilton, S., Baggett, J. Mitchell, R. Long term health outcomes and medical effects of torture among US Navy Prisoners of war in Vietnam. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. 1996;276(5):375-381.
29. Vinaccia, S., Tobón, S., Sandín, B., Martínez Sánchez, F. Estrés Psicosocial y Úlcera Péptica Duodenal: una perspectiva Bio-Psico-Social. *Revista Latinoamericana de Psicología*; 2001;33(2):117-130.
30. WordReference. Somatizar [Internet]. 2005 [consultado 17 de julio de 2011]. Disponible en: <http://www.wordreference.com/definicion/somatizar>
31. Seabra, I. El síntoma somático dentro de una teoría psicósomática relacional. *Clínica e Investigación Relacional*; 2007; 1(1):165-176.
32. Sami-Ali. *Pensar lo Somático*. Buenos Aires: Paidós; 1991.
33. Henao-Orrego, O. Violencia, Salud y Enfermedad. En: Henao-Orrego, O, editor. *Humanización en Salud*. 2015.

**Recibido:** noviembre 30 de 2019  
**Aceptado:** febrero 12 de 2020

**Correspondencia:**  
Octavio Henao-Orrego  
[octaviohenao2012@gmail.com](mailto:octaviohenao2012@gmail.com)