

El error de Hamer

La recuperación del poder en la curación

Fernando Callejón

Índice.

Capítulo 1.

Hacia el conocimiento.

El positivismo.

Capítulo 2.

Lo biológico.

Las rememoraciones.

Las emergencias biológicas.

El conflicto biológico.

Los sistemas.

Un callejón.

Capítulo 3.

Lo no biológico.

El lenguaje biológico.

Los desplazamientos.

Las descargas.

El tifón.

Capítulo 4.

El enigma del sentido.

Los programas.

La conversión.

La psiquis humana.

Freud.

Capítulo 5.

El cerebro primitivo.

La emoción.

Los conceptos.

Los prototipos.

El DHS y los conceptos.

Propuesta indecente.

Capítulo 6.

Los condicionamientos.

La evitación.

El DHS.

No somos ratas.

Hilando.

El descondicionamiento.

Capítulo 7.

El yo observador y la memoria.

Las dos caras del yo.

La alucinación colectiva.

Los que nos observan.

Cuando el yo no está.

Capítulo 8.

El objetivismo.

- Aprendiendo a sobrevivir.
- Los valores superiores.
- El sacrificio.
- Las cinco necesidades.

Capítulo 9.

Supervivencia o convivencia.

- Una joven mujer.
- La solución biológica.
- Solo entender.

Capítulo 10.

Las dos posiciones.

Capítulo 11.

La conexión emocional.

- Los intermediarios.
- Lo que está ocurriendo.

Capítulo 12.

El conflicto primario.

- Sin conflicto no hay suceso.
- Los prototipos.
- El colorido del conflicto.
- Los antecedentes.
- El pánico.
- La articulación.

Capítulo 13.

Hacia la curación.

- La contaminación.
- Los mandatos generacionales.
- La asociación con las hojas.
- Algo que zumba.

Capítulo 14.

La teoría de los tres mandatos.

- El cumplimiento en el endodermo.
- El cumplimiento en el mesodermo antiguo.

Capítulo 15.

El cumplimiento de mesodermo moderno.

- El cumplimiento en el ectodermo.

Capítulo 16.

El destino.

Aprender a escuchar.
Enfermedades comunes y arquetípicas.
La trampa.

Capítulo 17.**El sistema proveedor y territorial.**

Proveedor.
Territorial.

Capítulo 18.**Las metástasis.**

Las metástasis cerebrales.
Los secundarismos asociados.
Los secundarismos no asociados.
Los marcadores tumorales.

Capítulo 19**Hablar y hablarnos.**

No solo oír.
Para que hablar.
Abrir la posibilidad.
La acción de escuchar.
La ontología del lenguaje.
La clausura operacional.
Otra dirección.

Capítulo 20**De la autoridad a la metanoia.**

El propósito.
Las creencias.
La obligatoriedad.
Anular la descarga.
La memoria.
La práctica.

Capítulo 21.**La terapéutica de los tres pasos.**

Cada uno de ellos.
Automatismos biológicos.

Capítulo 22.**El conocimiento de que el timbre no es la descarga.**

Unos sí y otros no.
Supervivencia o denuncia.
Dos objetivos distintos.
Las frases construidas.
Lo generacional.

Capítulo 23.

La repetición del timbre.

Repetir es verbalizar.
La frase de la enfermedad.
Los actos arquetípicos.
Confrontación o conciencia.

Capítulo 24.

La evitación.

El papel del yo.
Yo timbre-yo descarga.
Los bultos y las descargas.
Cuando el yo es el conflicto.
El muro débil.

Capítulo 25.

La construcción del muro.

Los muros de Hamer.
Prepararse para no ser sorprendidos.
Los dos circuitos.
Los dos segundos.
El mecanismo.
La primera inhibición.

Capítulo 26.

La respiración y el concepto.

La frase y la respiración alternada.
La hipótesis.

Capítulo 27.

Los muros inconcientes.

El comienzo.
Las escenas.
Seguimos.

Capítulo 28.

El muro cotidiano.

Que el timbre siga sonando.
Los recuerdos.
Lo anterior al yo.
Más atrás.

Capítulo 29.

Las tres puertas.

La actitud de curación.
La gran confianza.
El lenguaje en la curación.
Los tres mandatos.
Los instrumentos.

Capítulo 30.

El muro de la autoridad.

Lo primero que se pierde.
Del carisma al poder.
El muro del poder.
La pregunta que nunca falta.
¿Y cuál es el sentido?

Epílogo.

¿Y cual es el error de Hamer?

Otro campo.
La verdad.
Los condicionamientos.

Prologo.

Anímese, pase, despójese por un momento del ropaje que trae. Pruébese este por un momento. Fíjese como le queda, tal vez al principio le tire de algunos lados, pero mírelo. No tenga miedo, son modelos nuevos, pero con material probado en las más altas exigencias. Si algunas cosas se pueden ver es porque el espejo es más grande; lo ampliamos para poder apreciarlo en su totalidad.

¿El material?, de los más diversos. ¿De dónde lo traen? No es fácil, hay que buscarlos, y se necesitaron muchas horas de trabajo, se probaron muchos, pero tal vez este tenga una mejor ergonomía.

¿Cómo se unen? El principal hilo es el conocimiento. Este une, de forma muy flexible y resistente los distintos tipos de elementos que fueron incorporándose con el tiempo. Lo cual permite formar estos modelos con un sentido acorde a los tiempos que vivimos.

¿Los talles? No espere poco. No va a encontrar un small, large o XL. Acá se trabaja a medida, todo se hace según la necesidad y el sentido.

Creo que esto es lo que nos propone y nos da Fernando. La posibilidad de abrir una nueva puerta y transitar otros senderos para contemplar el hermoso jeroglífico que es la vida.

Con aportes desde la biología, la etología, las neurociencias, la antropología, la lingüística, y otras más, tira puentes para unir distintas ciencias, como la natural con la social.

Si podemos empezar a transitar por estos puentes, podremos abrir nuevas puertas, y con un poco menos de miedo.

Hace apenas 500 y algún año más, creíamos que la tierra era plana y allá en los límites de lo que podíamos ver, estaba lleno de monstruos. Por distintas necesidades tuvieron que animarse y se encontraron con cosas maravillosas.

¿El cuerpo será plano o redondo?

Para los que piensen que es plano, cada vez hay armas más sofisticadas para esos monstruos.

Los que no, este es un buen barco con provisiones, y la principal, creo, que es ese hilo de formas inagotables que nos permitirá adaptarnos a los nuevos paisajes.

La vida, y en ella la enfermedad, muchas veces nos pone en estos límites.

Anímese, ábrala. Podremos encontrar cosas maravillosas.

Diego Paillole. Médico.

Capítulo 1

Hacia el conocimiento.

Hablar sobre los fundamentos de una teoría, implica necesariamente hablar de la historia de quien genera esa teoría. El camino recorrido, los obstáculos presentados y esos momentos de lucidez que permiten articular las dificultades con propuestas válidas. En ese camino, debo admitir, que el hecho de ser médico me obligó a ver la realidad como la formación universitaria me enseñó a verla. En ella, se afianzó en mí la necesidad de un objeto de estudio que aprendí a llamar patología. En ese objeto se depositaba toda mi fuerza para poder cambiarla. Entendí que ese objeto era un enemigo que había que destruir aún a costa de olvidarnos del sujeto que llevaba en sí.

En la historia de la medicina, materia que debería ser obligatoria en toda nuestra formación, ya que al conocerla no repetiríamos los mismos errores de nuestros antecesores, se relata que Hipócrates funda la medicina con su estudio sobre los Escitas. En ese fascinante desarrollo, observamos que la mente genial de este médico cuestionaba abiertamente las causas sobrenaturales de la enfermedad. En su época, se atribuía el origen del dolor de los seres humanos a los dioses, a castigos espirituales o a acciones malintencionadas. Hipócrates decide estudiar el origen de la impotencia sexual de los varones de una comunidad llamada los escitas y descubre que ese sufrimiento no era causado por ninguna de estos hechos sino por la frecuente costumbre de los varones de andar a caballo. Postula que esta costumbre generaba una obstrucción de la circulación pelviana que llevaba necesariamente a la impotencia sexual. A partir de este estudio, se comenzó a buscar en la causa del sufrimiento un hecho externo pero consecuente con la lógica del pensamiento que comenzaba a reinar en ese período de la humanidad. Pero al hacer este movimiento, se instaló a la enfermedad como un objeto de estudio. Ya no se estudiaría el comportamiento moral de la persona sino la acción de la naturaleza sobre el individuo. Esta acción pasaba a ser más importante ya que generaba alteraciones fisiológicas que podían comprobarse. La relación dual entre el paciente y su médico se reemplazó por la relación ternaria entre el médico, el paciente y la enfermedad. Poco a poco, la enfermedad pasó a ser el único objeto de estudio del médico. Luego, el médico fue reemplazado por la institución médica y así se volvió a una relación dual pero entre protagonistas distintos: la enfermedad como objeto de estudio y el sistema médico como orden clasificatorio de esa enfermedad.

Lo llamativo de este origen es que Hipócrates estaba equivocado. No era la equitación la causa de la impotencia sexual de los varones escitas. La causa estaba jugada en una profunda desvalorización que la mayor parte de los varones sufría. Pero la medicina o quizás la historia de la medicina funda su origen en este relato. Que la medicina se haya fundado en un error, nos trae la posibilidad de pensar en porqué a los médicos no nos enseñan historia de la medicina.

Sin embargo, figuras tales como Maimónides o Paracelso observaron muchos siglos después que ese tercer elemento que había nacido, se debía cuestionar. Paracelso que llegó a quemar en una plaza los libros de Galeno, y Maimónides que se ocupaba más de la historia del enfermo que de la enfermedad, nos dejaron entrever en el misterio de la relación entre el paciente y el médico el origen del restablecimiento de la salud.

El positivismo.

Un dato curioso ocurrió a poco de comenzar la revolución francesa. Allí un comité del gobierno republicano que se autodenominó “de la salud” decidió que en un estado en donde la libertad, la fraternidad y la igualdad reinan, no puede existir esa desigualdad llamada enfermedad. Es por eso, que decretaron la inmediata anulación de la profesión médica y el cierre de los hospicios y lugares de internación. Como éstos se encontraban

en las afueras de la ciudad, la inmediata reacción fue que los locos y los leprosos se acercaran a las ciudades, lo que generó tal pánico entre los miembros de la urbe que rápidamente anularon el decreto y pidieron la desesperada ayuda a los médicos para que los volvieran a llevar a sus lugares. Lo interesante de esta anécdota es que para esa época, las enfermedades tenían una clasificación que no llegaba a veinte dolencias. Al poco tiempo de este hecho, ocurrido en la misma época donde el positivismo reina como manera de pensar, ya había doscientas enfermedades clasificadas. Recordemos que el positivismo es la escuela filosófica surgida de la revolución francesa en donde los hechos son analizados y conocidos por el método científico. A partir de allí, el ser humano y la sociedad también son analizados solo por éste método. La rápida extensión de la cantidad de enfermedades es una expresión del poder que el sistema médico comenzó a tener sobre los hechos de la realidad. Actualmente hay 1600 enfermedades clasificadas.

La idea de significado se aleja de ese objeto que fundó Hipócrates y que llamó enfermedad. Nosotros como médicos jamás estudiaremos el significado de la enfermedad. Solo el fenómeno que puede clasificarse. La terapéutica que surgirá de ese modo de situarse frente a la enfermedad será la acorde a la ausencia de significado. La enfermedad no tiene significado. Solo hay que tratarla.

Capítulo 2

Lo biológico.

La idea de significado se aleja de ese objeto que fundó Hipócrates y que llamó enfermedad. Nosotros como médicos jamás estudiaremos el significado de la enfermedad. Solo el fenómeno que puede clasificarse. La terapéutica que surgirá de ese modo de situarse frente a la enfermedad será la acorde a la ausencia de significado. La enfermedad no tiene significado. Solo hay que tratarla.

Es así que comencé a preguntarme si esa expresión celular que llamamos enfermedad carecía de significado o simplemente mi formación médica no la tenía en cuenta para su estrategia de diagnóstico y tratamiento. El primer significado que se presentó fue el biológico. La vida, las células, los órganos tienen una historia. Es la biología quien la ha estudiado detalladamente. Nuestros organismos tal cual hoy los conocemos, comenzaron siendo algo elemental. Desde el ser unicelular hasta el mamífero más complejo que es el homo sapiens.

El cerebro humano es el ejemplo más claro de este proceso evolutivo. Actualmente se conservan las partes del cerebro que nacieron hace millones de años y que fueron progresivamente complejizadas con las nuevas capas llamadas neomamíferas o corticales. Pero todos los órganos vivieron este proceso. Fueron proto órganos que luego de repetidos intentos lograron lo que hoy conocemos como órganos maduros con su forma y su función normal. Esos intentos fueron el fruto de una adaptación a las necesidades del entorno. Hoy la medicina acepta que existen células totipotenciales, pluri, multi y unipotenciales. Es decir, que algunas células pueden repetir formas que irán haciendo el proceso de llegar a estructuras maduras o normales.

Es aquí que en la búsqueda del sentido biológico me encontré con el trabajo de un médico alemán llamado Rike Geer Hamer.

Las memoraciones.

Lo que encontré inicialmente de él, me impactó notablemente. La enfermedad, según su visión, era la memoración de los distintos procesos evolutivos que los órganos tuvieron que enfrentar para sobrevivir en el curso de los millones de años. Esa adaptación evolutiva frente a la exigencia del medio, es lo que se manifiesta en el proceso que hoy llamamos enfermedad. Un órgano enfermo no es una falla sino un programa biológico que se repite tal como lo hizo cuando nació el órgano. Esa repetición se lleva a cabo para enfrentar una crisis de supervivencia. La enfermedad no es producida por un microbio o una alteración metabólica sino que ambos son elementos de ese programa que el cerebro solo va a usar cuando determinados sucesos lo activan. Ese programa tiene un sentido, un comienzo, un desarrollo y un fin que es alcanzado siempre que se supere el obstáculo a la supervivencia que lo activó. No puedo dejar de decir que la idea de un cerebro como ordenador que activa y desactiva programas de supervivencia me pareció fascinante. No podía dejar de pensar en la oportunidad de trabajar con el cerebro. Usar los descubrimientos de las neurociencias para validar esta teoría y a la vez agregarle fundamentos de otras disciplinas que pudieran hacer que la enfermedad dejara de ser una falla y pasara a convertirse en una expresión de un lenguaje que aún no comprendemos.

Según Hamer la enfermedad tiene sentido biológico. Se produce para superar un obstáculo biológico. Ese obstáculo es la confrontación entre una necesidad y su satisfacción. Cuando sucesos dramáticos, que no pueden ser verbalizados y que sorprenden al ser vivo, imposibilitan la satisfacción de esa necesidad, surge un conflicto en el plano biológico. El cerebro activa entonces este programa arcaico de

supervivencia, que es la repetición de la solución que encontró hace millones de años, cuando el órgano enfrentó por primera vez la imposibilidad de satisfacer esa necesidad biológica. Comienza a producir células que enfrenten esa necesidad o bien genera úlceras o necrosis para dar espacio a esa necesidad o altera la función de ese tejido para adaptarse al nuevo requerimiento.

Un ejemplo nos puede ayudar a la comprensión de la postura de Hamer. Los vertebrados tienen una escala evolutiva que comienza en los peces y continúa en los anfibios. Luego pasa por los reptiles, aves y llega a los mamíferos, de los cuales nosotros los humanos somos el punto más alto. Hace cuatrocientos millones de años, los peces enfrentaron una crisis de supervivencia. La alimentación que se encontraba a su disposición en el agua, no alcanzaba a cubrir las necesidades de todos. Las plantas acuáticas que crecían en las márgenes eran una oportunidad de supervivencia. El obstáculo que se generó es que los peces al sacar el oxígeno del agua a través de las branquias y al tener que estar un tiempo fuera del agua, morían o por falta de alimentación o por falta de oxígeno. Eso fue un conflicto biológico que generó la aparición de un tipo especial de célula que fuera capaz de sacar el oxígeno del aire. Así nacieron los alvéolos pulmonares y se generó una nueva escala evolutiva que fueron los anfibios. En ese proceso que duró millones de años, apareció una zona en el cerebro primitivo en donde se ordenó esta función respiratoria y este grupo de células nuevas. Esa zona del cerebro nunca fue eliminada y aún la tenemos. Está en el tronco cerebral. Lo que propone Hamer es que un cáncer de pulmón, específicamente un adenocarcinoma, es la repetición de este proceso ocurrido hace millones de años y producido por la activación de ese registro en el tronco cerebral. La causa de ello es lo que llama conflicto biológico que es la aparición de un suceso sorpresivo, no verbalizable y dramático que guarda relación con falta de oxígeno. Ese suceso puede ser un robo, un ataque físico, una pérdida de espacio territorial, la pérdida de un trabajo o un ser querido, o el sentirse sin espacio propio de forma brutal. En ese momento el cerebro, en este caso el tronco, activa un programa extremo de supervivencia biológica que es producir en el órgano encargado de atrapar el oxígeno, células potencialmente capaces de llegar a convertirse en células pulmonares. No genera células maduras porque el impacto provocado por el suceso generador, impide que actúen las capas cerebrales modernas que son las encargadas de controlar a estas células modernas y maduras. Quien da la orden es el viejo tronco cerebral y es una orden de supervivencia. Extrema y especial. Que vuelvan a nacer las células que enfrentarán la crisis de falta de oxígeno.

Las emergencias biológicas.

En un trabajo monumental, que merecería por lo menos ser investigado, Hamer fue descubriendo cada órgano en una zona del cerebro. Los órganos nacidos del endodermo en el tronco cerebral. Los nacidos del mesodermo en cerebelo y sustancia blanca. Los órganos ectodérmicos, representados en la corteza cerebral. A partir de su trabajo de investigación, pudo ubicar en una tomografía de cerebro una imagen que le permitió hacer un mapa no solo del órgano afectado sino del tipo de conflicto que ese órgano estaba sufriendo. La lectura de ese mapa es controvertida y como toda lectura, sujeta a interpretaciones que han de ser valoradas con los demás registros diagnósticos al alcance del médico. A pesar de ello, abre un panorama amplio en la posibilidad de entender lo que el cerebro hace y nos permite conocer la vivencia de la persona enferma.

En su trabajo, Hamer destaca la importancia de entender estos programas cerebrales como situaciones de emergencia biológica. No es un conflicto psíquico el que lo

produce sino justamente la ausencia de conflicto psíquico. Si hay alguna psiquis que está en juego en la teoría de Hamer, es lo que podríamos llamar la psiquis de la evolución. El sujeto deja de pensar y la evolución piensa por él. Desde la teoría psicoanalítica, la noción de holofrase se acerca a la idea que propone Hamer. Un conglomerado de significantes con una descarga exclusivamente orgánica que genera una respuesta física. Como el reflejo condicionado de Pavlov. El estímulo, por su intensidad o su repetición genera una asociación con una conducta física. La carga de tensión no logra ser descargada como representación psíquica (descarga psíquica) y solo hay respuesta orgánica (descarga orgánica). Lacan llamaba a esto síntoma psicosomático. Pero es solo un acercamiento entre distintas visiones. No es que Hamer piense que el psicoanálisis pueda armonizar con su teoría.

El conflicto biológico.

En realidad Hamer se basa en la idea de una rememoración biológica de los distintos obstáculos evolutivos que quedaron registrados en el cerebro y ante una emergencia biológica se reactivan como actuales. Una persona en perfecto estado de salud, sufre la vivencia de ser traicionado por un hermano en un negocio. Entra en un estado de alerta permanente, no duerme bien. Casi no come, piensa todo el día en los sucesos que vivió. Pasan los meses y el hecho no se resuelve. Al año de lo vivido, comienza con pérdida de sangre por el ano y le diagnostican cáncer de colon. Una mujer de treinta años busca quedar embarazada pero fracasa en varias inseminaciones. La estimulan hormonalmente y a los seis meses del último intento le diagnostican un mioma de útero. Un niño de ocho años se orina en sus pantalones en un viaje de estudios. No se lo cuenta a nadie hasta volver a su casa. A los seis meses, le diagnostican leucemia mieloide. Todas estas situaciones pueden o no ser reales. Algunas inclusive pueden provocar en quienes las escuchan una reacción de fastidio. Los seres humanos constantemente vivimos hechos desagradables y si todos desarrolláramos un cáncer luego de alguno de ellos, entraríamos en un estado de pánico por evitar cualquier hecho que nos pueda afectar. No es esto lo que dice Hamer. Tanto la persona que fue traicionada por su hermano como la mujer que no podía quedar embarazada como el niño que se orinó en su viaje, no pudieron hacer un conflicto psíquico y desarrollaron un conflicto biológico. Lo que su mente no hizo, lo hizo el programa de supervivencia cerebral. Aquí está el nudo de la teoría de Hamer; no hay conflicto psíquico, hay conflicto biológico. La pregunta que queda sin respuesta es porque no fue capaz de desarrollar la descarga psíquica y activó una respuesta orgánica, es decir, un conflicto biológico. Hay muchas otras preguntas. El niño que se orinó en los pantalones había recibido una vacuna treinta días antes de la aparición de la leucemia. La mujer que buscaba quedar embarazada consumía leche en grandes cantidades. El hombre que fue traicionado por un amigo cumplió la misma cantidad de años que tenía su padre al morir en un accidente. O también, las tres personas sufrieron traumas de separación importantes en sus primeros siete años de vida. O los tres tienen antecedentes de enfermedades oncológicas en sus abuelos. O tantas otras cosas que podrían asociarse al nacimiento de una enfermedad. Una de las críticas más fundamentadas a la posición de Hamer es justamente la visión causalista y lineal. Si le pasó esto, le ocurrirá aquello. A la vez, esta visión es la más atractiva ya que parece acercarse a la posibilidad de repetir metódicamente la demostración de la causa. No podemos dejar de decir, que el sentido de lo que nos pasa no solo está en el pasado sino en lo que aún no ocurrió. Y que muchas enfermedades tendrán su origen en el futuro y no en el pasado. En un sentido que aún no se ha construido y que en ese hiato, en esa ausencia de sentido, aparece lo que llamamos enfermedad. Pero volvamos a los conflictos biológicos.

Los sistemas.

Hamer no se queda en esta descripción. Comienza un trabajo que desde la embriología relaciona cada capa embrionaria con un tipo de conflicto. Los órganos nacidos de la hoja embrionaria más antigua, el endodermo, reaccionan con un tipo especial de respuesta que es la proliferación celular y ante conflictos de búsqueda, asimilación y eliminación de la presa (sólida, aérea o líquida). Un cáncer de estómago será una lesión en coliflor ante un conflicto indigerible. Los órganos del mesodermo reaccionan con una proliferación o necrosis ante un tipo de conflicto de humillación o desvalorización. Un melanoma será una proliferación ante un conflicto de mancillamiento. Los órganos del ectodermo reaccionan con células que se ulceran o se paralizan ante un conflicto de separación o de invasión territorial. Una esclerosis múltiple será un conflicto de movimiento en el territorio. Lo que él ha llamado sistema ontogénico de los tumores y enfermedades análogas es un desarrollo de su teoría hacia el comportamiento celular específico que define la realidad desde el punto de vista evolutivo. Los microbios tienen una intensa participación ligada a cada hoja embrionaria. Los virus son activados por el ectodermo. Las bacterias por el endodermo y el mesodermo. Cuando el conflicto es solucionado, ellos intervienen y provocan reacciones que en lugar de llamar enfermedades, Hamer llama soluciones biológicas. Todo esto ordenado por un cerebro que genera respuestas celulares y microbianas de acuerdo a la evaluación que hace sobre la necesidad de supervivencia de un órgano específico. Quizás los nombres de alguno de los conflictos suenen demasiado psíquicos (desvalorización debería ser llamado de sostén o verticalidad; el de humillación podría nombrarse como de mancha) El objetivo de todos estos movimientos en donde el sistema nervioso autónomo es quien expresa la dirección a través de la simpaticotonía y la vagotonía, es la supervivencia. Hamer lo reitera una y otra vez. La enfermedad es un mecanismo de supervivencia.

Un callejón.

Es aquí en donde yo me encontré haciendo honor a mi apellido, en un callejón sin salida. Si todas las enfermedades son una emergencia biológica para sobrevivir comencé a preguntarme porqué la causa de la muerte de casi todos, son las propias enfermedades. La respuesta de Hamer era clara: si la intensidad del conflicto es muy intensa, el intento de reparación pone en marcha mecanismos que comprometen la vida. También era posible, como él lo plantea, que el conflicto no se solucione y las respuestas orgánicas de emergencia generen un estado de simpaticotonía extrema imposible de sobrellevar. Sin embargo, estas explicaciones no dejan en claro que el mismo cerebro que origina la respuesta de supervivencia pueda estar ausente en la decisión de la muerte.

Una persona sufre un conflicto biológico que afecta al órgano estómago. El suceso desencadenante fue una mala jugada de su hijo. Es un trozo imposible de tragar. Las células comienzan a proliferar con el objetivo biológico de producir gran cantidad de jugos digestivos que permitan que ese trozo (la mala jugada) pueda pasar. Según Hamer, si el hijo reconoce ese error y repara la injusticia el tumor es invadido por bacterias y reducido con la aparición de hemorragias. Hasta allí es comprensible que en esa hemorragia se ponga en peligro la vida de la persona ya que el intento es terminar con la respuesta de emergencia. Lo que no es comprensible es que sea el propio cerebro, en el caso de que el hijo no repare la injusticia, el que haga que la lesión siga creciendo e invade el tejido vecino produciendo una muerte por inanición. Ya no hay objetivo de supervivencia en esa decisión. Daríamos por sentado que el cerebro sigue produciendo células para que permitan la digestión ignorando que esas mismas células están matando a la persona.

Aquí, hemos recibido muchas explicaciones por fuera de la teoría de Hamer. El instinto de muerte que plantea Freud. Los campos mórficos de Sheldrake; el gen egoísta de Dawkins; las órdenes ancestrales de la psicogenealogía. Todos ellos coinciden en que hay fuerzas que superan las decisiones individuales. Hamer no habla mucho de ello pero deja entrever que la evolución decide para su propio provecho, no para el individuo. Y que la muerte sería el incumplimiento de la prueba que la misma evolución plantea a los individuos para la supervivencia de los más aptos.

La medicina no admite estos cuestionamientos. Estudia el fenómeno y se preocupa de aislarlo como un objeto de investigación. A las órdenes ancestrales las llama predisposición genética y no las trata de relacionar con la vivencia de los antepasados sino de modificarlas para producir un cambio en su estructura. A las fuerzas colectivas como las que plantea Sheldrake o Freud las deriva a campos en los que no se inmiscuye. Es el mismo Hamer quien introduce estas fuerzas colectivas (quizás sin proponérselo) en el campo de la medicina. Creo que el papel que le da a la evolución le impide ver que el ser humano incorporó a partir del lenguaje otras fuerzas que necesitan ser evaluadas para entender el mecanismo de la enfermedad.

Entender esas fuerzas fue el origen de la medicina psicobiológica.

Capítulo 3.

Lo no biológico.

Luego de la fascinación de la importancia de lo biológico, aparecieron muchas preguntas. Pero una de ellas me ocupó en la búsqueda de respuestas a esas mismas preguntas. El ser humano habla y lo que dice se interpreta. Y esa interpretación genera sentido. Y ese sentido no se atrapa tan fácilmente. Se escapa, se diluye, se enmascara. Conocer las leyes del lenguaje es conocer las leyes del sentido. Y Hamer decía que el sentido de los programas de emergencia era siempre la supervivencia. Ahora bien, cuando la supervivencia se convirtió en un hecho del lenguaje, su sentido también comenzó a desplazarse y lo biológico se fue diluyendo en algo que hemos llamado psicobiológico pero que en realidad debería llamarse filobiológico.

En todas las teorías, se subraya la idea que el lenguaje es fundamental para que el hombre esté en la punta de la pirámide. Sin lenguaje el hombre jamás hubiera logrado su actual evolución. Lo llamativo es que no se conoce ni siquiera como teoría aceptada el origen del lenguaje. Se han postulado muchas pero todas coinciden en la imposible demostración de alguna de ellas. Tanto es así, que los mitos han terminado ocupando un lugar preponderante en el origen del lenguaje. Es como decir que no pudo haber nacimiento del hombre sin el lenguaje pero no pudo haber lenguaje sin que existiera ya el hombre.

En la teoría de la medicina psicobiológica, el lenguaje es el origen de la enfermedad. No hay enfermedad sin lenguaje.

El lenguaje biológico.

Aquí debemos tener claro que no hay un solo lenguaje. Creemos que el lenguaje biológico es el primero que existió. La acción física, el gesto, el sonido que representaba una función natural y la dificultad en esa función. Para comer se debía abrir la boca y mover las mandíbulas, morder, tragar, ensalivar. Se generaba una tensión (el hambre) que si se comía disminuía. Si se comía demasiado, la tensión persistía pero tenía otra manifestación. El abdomen se distendía, había malestar y presencia de movimientos digestivos que expresaban la lucha entre lo que se incorporaba y la capacidad de digerirlo. Esa misma comida generaba en el curso de los días la necesidad de eliminarla y si no se lo hacía esa tensión se manifestaba. Estas manifestaciones son el lenguaje del cuerpo. Y lo son a través de la repetición de los sonidos de los órganos o por la repetición de los sonidos que aparecían ante las dificultades (la queja, el esfuerzo, el dolor). Cada órgano tiene su lenguaje biológico. El riñón retenía líquidos si no se le daba el necesario para sobrevivir. El pulmón se cerraba cuando el aire era nocivo. La piel se erizaba al contacto. Los ojos se enturbiaban cuando se hacía demasiado esfuerzo para ver al que se fue lejos. Las piernas se agotaban ante largas caminatas o permanecer de pie demasiado tiempo. Toda la actividad de los tejidos y las partes del organismo se expresaban ante la tensión que originaba un obstáculo a su función y la relajación que sobrevinía por la satisfacción de esa función. Este lenguaje biológico fue la comunicación de la percepción de los órganos. Seguramente hubo un grupo primario que se dedicó a ello. A comunicar esa función. Y hubo otros grupos que los imitaban y otros que los rechazaban. No había aún frases ni sintagmas. Los repertorios primarios y secundarios que propone Edelman son una base para entender el nacimiento del lenguaje.

La coordinación entre los grupos era mínima pero fundó la existencia de este lenguaje biológico que ya no era la expresión de la función del órgano sino la comunicación de esa función. Este lenguaje biológico fue dando lugar en el cerebro a lo que llamamos RCF (representación de la comunicación de la función) que se superpuso a la

representación de la función (RF) que ya existía en el cerebro. Ambas representaciones son la base de eso que ahora llamamos luego de millones de años, lenguaje biológico. Lo que marcó la diferencia fue la necesidad de la comunicación. La presencia de grupos que comenzaron a transmitir esa necesidad.

Los desplazamientos.

Es indudable que todos los seres vivos con los que estamos unidos (vertebrados, mamíferos) tienen en común con nosotros la misma representación de la función en el cerebro. Lo que nos diferencia de ellos, es la RCF (la forma de comunicar esa función). Allí aparece el lenguaje biológico humano y desde allí la posibilidad de la palabra con sentido. La referencia a otra cosa que la que se nombra. La RCF es el origen del lenguaje humano. **Y lo que conocemos como enfermedad es la denuncia en su lenguaje de la RCF por encontrarse imposibilitada o amenazada para expresarse.** Esta representación en la psiquis de algo que no es la función del órgano sino la comunicación entre los distintos seres vivos de esa función fue la que, con el uso de la palabra (que es otra de las expresiones del lenguaje), alcanzó extensiones asombrosas. La RCF fue impregnada por dos sucesos lingüísticos: la metáfora y la metonimia. A través de la primera se produjo un desplazamiento del sentido. La función del pulmón que es captar el aire, se desplazó a tener espacio, quedarse sin aire, sentir invadido el territorio o gritar en silencio. A través de la metonimia, lo que se desplazó no fue el sentido sino la palabra aire. Se convirtió en espíritu, soplo vital, energía, inmediatez. Esto fue aumentando la representación psíquica de la comunicación de la función (RCF) alcanzando distintos sentidos en cada cultura aunque la mayor parte de ellos son universales. La palabra (el significante) fue ampliando la RCF a límites que se siguen extendiendo.

Las descargas.

Un animal cuando se enferma lo hace a través del lenguaje biológico que expresa la representación de las funciones de los órganos (la RF). Una hembra se enfermará de una mama por haber perdido una cría y tendrá cataratas por haber perdido el contacto visual con alguien de su territorio. Un ser humano puede enfermarse por los mismos motivos o por muchos más. Podrá enfermarse de la mama por haber escuchado en una fiesta a uno de sus hijos haber descalificado a otro de sus hijos. Podrá tener cataratas porque sus amigos le han dicho que un amigo de su infancia al que hace veinte años que no ve, acaba de fallecer. Pero además podrá enfermarse por palabras con un determinado sentido que lo habitan. A esas palabras las hemos llamado mandatos familiares y mandatos sociales. Historias de sus ancestros y de su colectivo social que la mayor parte de las veces desconoce pero que actúan en sus decisiones y se expresan cuando esos mandatos no son cumplidos.

Un ser humano puede enfermarse por motivos que el animal desconoce. Un papel que recibe y que al leerlo expresa que una mujer ya no lo quiere.

Recordemos lo que dice Mc Dougall sobre la enfermedad psicósomática. Ella aparece cuando la cantidad de tensión que el estímulo genera, no puede descargarse como representación psíquica y solo logra la descarga somática. No hay compensación de la psiquis y el soma se hace cargo de toda la tensión que el estímulo genera. Como el estruendo de una bomba que produce una reacción física de sobresaltos, taquicardia y dolor en el pecho. No hay pensamiento. No hay psiquis analítica y discriminativa. Solo la antigua psiquis biológica con su capacidad de representar las funciones de los órganos. La comunicación, la metáfora, la metonimia, desaparecen bajo el yugo de un

exceso de tensión a la que no logran darle ningún otro sentido que no sea el de la antigua psiquis biológica. La RCF vuelve a ser RF.

El tifón.

Podemos decir que el mando lo tiene ahora una fuerza que pertenece a la naturaleza y no a la cultura. Lo que Hamer llama programas biológicos de supervivencia. Una suerte de tifón que hace que nuestro pequeño barco sufra las embestidas más crueles contando con una tripulación que resiste de dos maneras: o va contra el viento o va a favor del viento.

Estamos frente al enigma de la enfermedad. En el animal, ella es claramente la respuesta frente a un obstáculo a la supervivencia. En el ser humano, puede tener el mismo origen pero la presencia de un lenguaje que ha vuelto compleja la comunicación, admite otros orígenes que trascienden el obstáculo a la supervivencia. En el animal, el origen del conflicto biológico siempre estará en la representación cerebral de la función del órgano (RF). En el ser humano casi siempre estará en la representación cerebral de la comunicación de esa misma función (RCF). Lo que entrará en conflicto no será la función del órgano sino sus metáforas y metonimias. No habrá conflicto biológico sino psicobiológico. Es por eso que decimos que lo que Hamer llama conflicto biológico no es otra cosa que el congelamiento de todos los sentidos posibles, salvo uno: el biológico. ese sentido emerge como única respuesta posible y allí se genera el programa de emergencia biológica.

Es indudable que el lenguaje ha sido la fuerza más transgresora de la naturaleza. La que ha creado y modificado todo aquello que alguna vez fue del orden de la naturaleza. La enfermedad humana se ha vuelto un hecho cultural. El ser humano, con el lenguaje, se ha alejado de la naturaleza y ha sido capaz de crear enfermedades culturales. En donde ya no hay intento natural de superar un obstáculo, sino litigios de sentido. Todas las enfermedades que hoy llamamos crónicas o incurables, expresan esta dificultad. No las vamos a curar resolviendo situaciones personales concretas, sino modificando las bases culturales que las han hecho nacer. Mientras no comprendamos esto, solo podremos sobrevivir en base a programas de supervivencia y no vivir con las posibilidades inimaginables que nuestra misma biología nos propone.

Capítulo 4.

El enigma del sentido.

Es así que nos fuimos dando cuenta que la enfermedad era también un hecho del lenguaje. Hemos inventado la enfermedad. El ser humano creó el monstruo y ahora el monstruo domina a su creador. Si cultura es todo aquello que ha sido creado o modificado por el ser humano, la enfermedad actual es cultural. Ha dejado de ser natural. El mismo diagnóstico ha sido una de las modificaciones más prolíficas de la cultura. La clasificación de las enfermedades de la medicina occidental responde a la visión que la cultura occidental tiene sobre las manifestaciones de la naturaleza. Si observamos las clasificaciones de la medicina oriental, la tradicional china o la ayurvédica, nos encontraremos con enfermedades del viento, de la madera, del carácter pitta o vata. La interrelación entre el ser humano y su entorno. Los órganos se expresan de acuerdo al carácter de la persona o a la presencia de energías perversas. La medicina occidental clasifica según lo que ve. Pero solo ve la materia, la función o el aspecto. No le interesa demasiado el carácter de un individuo ni los sucesos que vive. Y si los puede tomar en cuenta es solo para volver rápidamente a la materia y a la función, no para buscar el significado de esa relación. Esto no es una casualidad. Un médico ayurveda debe conocer la personalidad de su paciente antes de meditar si le conviene comer coliflor o pollo. Un médico occidental contará las calorías para saber si su paciente puede descender de peso de acuerdo a una tabla. Recuerdo un chiste que contaba Hamer en sus seminarios. Se les ofrece a tres científicos una prueba. Leer una guía de teléfono y memorizarla. El primero es un biólogo y ante la prueba pregunta cual es la lógica de la misma. Le contestan que ninguna y se niega a hacerla. El segundo es un matemático, quien pregunta cual es el desarrollo de la misma. Le dicen que ninguno y se niega a hacerlo. El tercero es un médico y se dispone a hacer la prueba solo preguntando de cuanto tiempo dispone para terminarla.

Así estamos frente a lo que llamamos enfermedad. No nos preguntamos nada. Solo vemos el fenómeno y creemos que hacer una medicina basada en la evidencia es ver más de cerca lo que ya vimos antes. O peor aún, hacer asociaciones entre fenómenos que llamamos conclusiones estadísticas.

Hamer patea el tablero y sale a gritar que la enfermedad es un programa de supervivencia, es decir, una solución biológica a un problema que no siempre es biológico. El cerebro interpreta que la necesidad de nutrición no es satisfecha y le da una solución biológica. El cerebro percibe que en el estómago hay algo que no pasa y rápidamente quiere eliminar ese trozo demasiado grande. Pero lo que está atascado allí no es un trozo de alimento sino la traición de un amigo o la injusticia no reparada. No es que nuestro cerebro sea incapaz de diferenciar un trozo de alimento de una injusticia. Es que la situación vivida lo sorprende, lo deja sin análisis ni discriminación. Le suspende la posibilidad de todo desplazamiento de sentido, de toda metáfora y ya no hay representación psíquica de todo lo que ese órgano puede percibir sino solo representación psíquica de la función del órgano. Se pasa de la RCF a la RF. No actúa nuestro moderno cerebro sino nuestro antiguo cerebro. Es un cúmulo de tensión que por su intensidad no puede ser analizado ni asociado por la psiquis. Es el sistema nervioso autónomo quien responde. Un estado de alerta permanente que busca una solución biológica. Pero esto no es una decisión conciente. Se ha activado un programa cerebral de supervivencia.

Los programas.

Cualquiera puede entender los programas cerebrales de inflamación o los de cicatrización. Ellos también son programas de supervivencia. Uno no le da la orden de

cicatrizarse a la herida. Eso es un programa cerebral. Tampoco ante un golpe uno interviene con su psiquis para que se inflame la zona y así lograr la recuperación. Tanto los programas cerebrales de inflamación o cicatrización persiguen un objetivo. Reparar el daño. Sobrevivir. Los programas cerebrales que describe Hamer persiguen ese mismo objetivo. Pero la ciencia y la humanidad toda los han interpretado como programas de daño y los han llamado enfermedad. Lo que viene a decir Hamer es que son programas idénticos a los de la inflamación y la cicatrización. Buscan evitar un daño mayor. El trozo de carne demasiado grande que se ha atascado produce un programa de supervivencia que es la proliferación de las células que rodean al trozo de carne y así se eliminan las suficientes enzimas y jugos para disgregar el trozo y lograr que éste pase. Esto dice Hamer. Todo lo que conocemos como enfermedad es un programa de supervivencia en un plano biológico. Pero en los humanos se ha trasladado a otro plano. Se responde desde lo biológico a situaciones que no lo son. La injusticia debería ser reparada con una lucha territorial o una huida. Discutir con el jefe o cambiar de trabajo. En cambio de esto, el estómago responde desde lo biológico. Esto debe entenderse; se responde desde lo biológico cuando debería responderse desde lo psicológico. Es por eso que la enfermedad no surge, como tantas veces escuchamos, desde un conflicto psicológico sino desde un conflicto biológico. No hay conflicto psicológico o si lo hay no es la causa de la enfermedad. Lo que sí hay es una respuesta biológica porque lo vivido se escribe como conflicto biológico.

Podríamos decir que la enfermedad es un problema con el sentido de lo que sucede. De ese sentido, lo que importa es que se convierte en biológico. Siempre que aparezca una enfermedad, lo único que importa es que lo que sucedió previamente a ella se convirtió (sea lo que sea) en un hecho biológico. Esto es lo que dice Hamer. Que si pasó o no algo antes de la aparición de la enfermedad, eso que pasó o no, generó una reacción biológica. Nada más alejado que creer que todos los hechos conflictivos generan enfermedad.

La conversión.

Cómo se convierte un hecho que tiene que ver con la separación, con los vínculos, con el trabajo, con la vejez, con un viaje o con una mudanza en un hecho biológico es la pregunta que debemos aprender a contestar si pretendemos desandar el camino y que ese hecho deje de generar una respuesta biológica.

Esta propuesta no es inocente. Nadie puede creer que la naturaleza con lo detallista que ha demostrado ser en todas sus expresiones, haya creado la enfermedad como una manera de destruir al ser vivo. Las teorías evolucionistas han demostrado que si algo caracteriza a la naturaleza es la economía. Siempre elige lo que le da ventaja. Matar a un ser vivo a través de la enfermedad no solo es anti económico sino que no ofrece ninguna ventaja. Si la naturaleza quiere destruir a un ser vivo, lo hace con una rapidez y una eficiencia propia de ella. Desde lo individual hasta lo colectivo. Una muerte súbita. Un terremoto. Una epidemia. ¿A quien se le ocurre pensar que el objetivo de cualquier enfermedad sería la destrucción lenta y cruel de un ser vivo?

Si entendemos que el sentido de la enfermedad no es la destrucción del ser vivo sino la resolución de un obstáculo, podemos comenzar a pensar en los mecanismos que utiliza esa inteligencia que llamamos la naturaleza. Desde el punto de vista biológico estos mecanismos son múltiples: inflamación, necrosis, proliferación celular, úlceras, parálisis, anaplasia, apoptosis son los más estudiados. Si vemos a cada uno de ellos como mecanismos destructivos (así lo ve la medicina), intentaremos luchar contra ellos. Las drogas, las cirugías, las radiaciones son inventos de la medicina que surgen para combatirlos. Es lo que podemos llamar la medicina de la enfermedad. Si los

comenzamos a ver como mecanismos puestos en marcha para superar obstáculos, ya no vamos a pensar en destruirlos sino en entenderlos. El objetivo de ese entendimiento será poder superar el obstáculo, poder detener el mecanismo de superación del obstáculo. También podrá ser tener una conciencia de lo que está ocurriendo y a partir de esa conciencia tomar decisiones que trasciendan la decisión biológica de superar el obstáculo.

La psiquis humana.

Lo que estamos diciendo es que la medicina se ha instalado en un supuesto: la enfermedad es una falla. Y que a partir de ese supuesto esa falla se debe tratar. A partir de Hamer, el supuesto es otro: la enfermedad es una respuesta biológica ante lo que ese organismo reconoce como insatisfacción biológica. Las necesidades biológicas pueden ser satisfechas o no. El que no lo sean es una de las posibilidades. No hay error en ello. El organismo se creó antes que la psiquis humana y esto determinó que ante ciertos hechos sorprendentes y dramáticos, la psiquis queda suspendida y solo se responde desde el organismo biológico. Todo pasa a ser una decisión de supervivencia ante la cual no hay mente humana sino mente evolutiva. Esa mente está registrada en las zonas más antiguas del cerebro y son ellas las que responden dando órdenes a los órganos con los que han creado conexiones desde hace millones de años. Esas órdenes son las mismas que usaron en situaciones de emergencia para sobrevivir. Desde el punto de vista biológico esas órdenes se llaman inflamaciones, úlceras, necrosis, etc. El objetivo de esas órdenes es la supervivencia: producir más enzimas, crear más espacio, hacer desaparecer células que ya no sirven, inmovilizar para sobrevivir. Todas son decisiones extremas. Una parálisis sobrevendrá cuando cualquier movimiento genera posibilidad de muerte. Podemos decir que el cerebro obliga al ser vivo a hacerse el muerto para no morir. Una úlcera aparece cuando el conducto deba aumentar su espacio. Podemos decir que el cerebro aumenta el diámetro del conducto para que pase más líquido. Una proliferación celular se genera para endurecer la zona. Podemos decir que el cerebro endurece la zona para que no la rompan. Una necrosis se genera para hacer desaparecer células que ya no sirven. El cerebro mata para no ser matado. Siempre habrá objetivo o sentido biológico. No psicológico.

Freud.

Sin embargo, la mente humana apareció y creó alteraciones en la psiquis biológica que han sido estudiadas por la psiquiatría y el psicoanálisis. Todas ellas tienen entidad humana. La gran pregunta es si esta psiquis tiene alguna participación en la activación de estos programas biológicos que llamamos enfermedad.

Uno de los que se hizo esa pregunta a fines del siglo diecinueve fue Freud. Lo hizo en otros términos. Él decía que había una suma de excitaciones provenientes de estímulos externos e internos a los que se añadían asociaciones con huellas némicas (recuerdos) que generaban cambios en los órganos. A ese proceso lo llamó conversión y una de las expresiones de este proceso fue bautizado como histeria.

A fines del siglo diecinueve, Freud decía que toda célula es una fuente de tensión y que si esa tensión no logra descargarse en un objeto, regresaba a su fuente y se descargaba allí. A ese fenómeno lo llamó regresión. Este concepto no dista mucho de lo que dice Hamer. Si un órgano no logra satisfacción biológica de su necesidad, eso genera una tensión que puede descargarse a través de la palabra, de la preparación para sobrevivir a esa insatisfacción o de la vivencia no biológica (y desdramatizada) de satisfacción.

Hamer no habla de estos mecanismos pero cuando dice que para que ocurra una enfermedad debe haber previamente un suceso sorprendente, dramático e imposible de

verbalizar, nos lleva a ese territorio. La imposibilidad de la descarga de la tensión celular. Lo llamativo del concepto de Freud es que él mismo decía que este es el mecanismo para explicar las aberraciones celulares que ocurren en determinadas enfermedades.

Es aquí que me di cuenta que las neurociencias podían ayudarme para entender de qué se trataba esta asociación entre estímulos, huellas gnómicas y acciones físicas.

Capítulo 5.

El cerebro primitivo.

El aporte que las neurociencias han hecho a la comprensión de la naturaleza humana es demasiado importante como para ignorarlo. Uno de los investigadores que más nos ha interesado es Mc Lean que podríamos decir presenta dos tópicos. En la primera, desarrolla la existencia de un cerebro preverbal que trabaja con estímulos simultáneos y de un cerebro verbal que trabaja con estímulos sucesivos. La segunda tópica es la descripción del cerebro ternario formado por el reptiliano, el paleomamífero y el neomamífero. Cada uno de ellos tiene su propio sentido del espacio, del tiempo y su propia memoria. El encargado de integrar los estímulos internos y los externos sería el paleomamífero o sistema límbico.

Lo que propone Mc Lean es que la enfermedad psicósomática sería el resultado de la falta de integración de lo preverbal con lo verbal (en la primera tópica) o de lo interno con lo externo (en la segunda tópica). De esa manera, lo verbal no es integrado y se hace pre verbal y lo que debería ser un análisis de lo sucesivo se convierte en un registro no discriminado y evaluado como simultáneo.

La emoción.

Desde este aporte científico, la emoción es la tendencia a acercarse o alejarse de algo previamente evaluado. Los mecanismos que se encargan de esa evaluación tienen una relación anatómica directa con los mecanismos que regulan las funciones de los órganos. Cuando hay una emoción o lo que podríamos llamar una evaluación de acercamiento o alejamiento, los órganos tienen programas que responden rápidamente a esta evaluación. Estos programas proceden de prototipos que fueron usados por nuestros antepasados y que les fueron útiles. Es por ello, que permanecieron sin cambios. Es necesario recordar que todas estas evaluaciones y programas cerebrales de respuesta orgánica que las acompañan, son anteriores a la palabra. Y también que estos prototipos de conductas siguen existiendo porque el cerebro en su evolución nunca empezó de cero y necesitó guardarlos. Podríamos decir que están dormidos pero no muertos.

Desconozco si Hamer ha leído a Mc Lean, pero ambas teorías se parecen llamativamente. Al fin de cuentas, lo que dice Hamer es que hay un suceso tan dramático y sorprendente que no es verbalizable y eso origina la activación de un programa de supervivencia que toma a su cargo la evaluación del suceso y lo resuelve biológicamente. Si pensamos un poco, no es otra cosa que el cese de la función analítica y discriminativa del cerebro verbal y la acción en simultáneo, ya no en sucesivo, de los prototipos que en la evolución sirvieron para superar obstáculos a la supervivencia. El sistema límbico no integra el suceso externo y solo hay evaluación emocional desde la respuesta de los órganos. Así lo plantea Mc Lean para las enfermedades psicósomáticas pero Hamer ya no habla de enfermedades sino de programas biológicos de supervivencia y esto lo extiende a todo lo que la medicina hoy llama enfermedad.

Según Hamer, para que esta acción ocurra debe haber un suceso desencadenante. Para Mc Lean ese suceso es una falla en el sistema límbico de integración. Ambos coinciden en que una acción biológica (llamada enfermedad psicósomática o programa especial de supervivencia) emerge como respuesta pre verbal. No interviene lo verbal, ni lo analítico ni lo discriminativo.

Los conceptos.

Otro investigador que hemos trabajado en la búsqueda de complementar a Hamer, es Edelman, cuya teoría de los grupos neuronales descansa en tres principios:

- 1) durante el desarrollo de la evolución ciertas zonas del cuerpo, por su uso, quedaron asociadas a otras zonas del cerebro. A esto, lo llama repertorio primario.
- 2) Las conexiones de esas zonas fueron reforzadas o debilitadas, por su uso frecuente o discontinuo, formando una conexión llamada repertorio secundario. Aquí, la memoria juega un importante papel.
- 3) Ambos repertorios forman mapas que en el cerebro permanecen ligados.

Estos repertorios y mapas son activados por estímulos y originan señales que se transmiten a otros mapas con los que se conectan creando así asociaciones preferenciales que hacen que un mapa quede ligado a otro. Aquí Edelman propone tres pasos previos al lenguaje: el concepto que surge de estos mapas, la percepción de ese concepto y la memoria del mismo. Con la aparición del lenguaje, los fonemas se asocian a los conceptos y aparece una nueva memoria que funda la conciencia humana. Independientemente de la percepción y de la memoria, lo que destacamos es el concepto. La respiración, el ritmo cardíaco, la sexualidad, la alimentación son conceptos cerebrales, además de funciones físicas. Son representaciones primarias que forman mapas conectados entre sí. Y estas áreas de concepto son anteriores al lenguaje. Conectan una parte del organismo no solo con una parte del cerebro sino con un concepto. El estómago no solo está unido con el área del tronco cerebral sino que ambos representan el concepto de entrada de alimentos. Pero el área del tronco está unida a la zona de la corteza cerebral que ordena el epitelio que recubre el interior del estómago. Y ese concepto ya no tiene que ver con la alimentación sino con la agresión al territorio. Por lo tanto ambos conceptos pasan a relacionarse. Estas relaciones entre las diversas áreas del cerebro, pero fundamentalmente entre los conceptos de esas áreas, es lo que Hamer llama constelaciones cerebrales y es quizás una de las partes más interesantes de su obra. Dos conceptos que se interrelacionan y generan una nueva expresión del cerebro: el síntoma mental.

Los prototipos y los conceptos.

Ya que las áreas de concepto son anteriores a la palabra, son productos de evaluaciones emocionales que se refuerzan por señales. Dependen de un ensamble de neuronas que se encuentran en la amígdala cerebral y que podemos llamar recuerdos inconscientes. Estas áreas son de enorme utilidad ya que evitan tener que volver a aprender esas señales cada vez que se presenten. Los conceptos o evaluaciones emocionales son así memorizados y detectados por el núcleo de la amígdala sin necesidad de la participación de la conciencia.

En este sentido, el término conciencia estaría acotado a la existencia de una memoria de corto plazo y a la noción de un yo como agente experimentador que percibe un estímulo. Las áreas de concepto no implican a ninguno de estos elementos. Aparecen ante señales que son reconocidas por el núcleo amigdalino y evaluadas emocionalmente. De esta evaluación, surgen tres respuestas:

- 1) acción del sistema nervioso autónomo, simpaticotonía en alerta y vagotonía en relajación.
- 2) Conductas propias de cada especie, expresiones faciales, ataque, huida, inmovilidad.
- 3) Respuestas hormonales, liberación de esteroides, adrenalina y neurotransmisores.

Recordemos que las áreas de evaluación emocional están ligadas directamente a las áreas de respuestas físicas. Esas respuestas son percibidas por el cerebro y son nuevamente evaluadas. Si hay una memoria a corto plazo y una noción del yo, las evaluaciones emocionales pueden ser influidas y la respuesta física puede ser inhibida. Si tanto la memoria a corto plazo como la noción del yo, son anuladas, no hay inhibición de la respuesta física. Esta inhibición es controlada por el córtex prefrontal. Es importante decir que la respuesta visceral tarda dos segundos en ir desde el cerebro hasta las vísceras y en regresar al cerebro. La anulación de la inhibición de la acción del neocórtex debe durar más de ese tiempo.

El DHS y la amígdala.

Lo que dice Hamer es que un suceso sorpresivo y dramático anula la posibilidad de hacer verbalizable la experiencia y genera la activación de un programa cerebral de crisis. No hay palabra, no hay neocórtex, no hay inhibición de la evaluación emocional. Lo interesante de los mapas de Hamer es que abren la posibilidad de pensar estas acciones en un territorio limitado: el cerebro. Una persona vive un suceso de este tipo. El mismo es recibido por las áreas que tienen el concepto de defensa del territorio primitivo (los órganos y la cría). Esas áreas se encuentran en el cerebelo. Hay anulación de la inhibición que el neocórtex envía. No hay noción del yo ni memoria de corto plazo para generar una representación psíquica y así inhibir la evaluación emocional. La anulación de la inhibición continúa mucho más de dos segundos. Las respuestas físicas son evaluadas y tomadas como las únicas que existen. Los prototipos que sirvieron para situaciones similares cuando no existía ni noción de yo ni memoria a corto plazo ni neocórtex, son utilizados por el cerebro.

Quien es la depositaria de estos prototipos es la amígdala. En realidad cada área tiene su prototipo. En la amígdala se guardan los recuerdos no concientes de esos prototipos. De quien dependen los recuerdos concientes y la memoria a corto plazo es del hipocampo y de sus conexiones con la corteza. Se sabe que la lesión en las dendritas del hipocampo produce una falla en la memoria a corto plazo. Así lo vemos en la enfermedad de Cushing, en la utilización de corticoides por mucho tiempo pero también en los abusados sexualmente de niños y en los veteranos de guerra. El estrés duradero también genera esta situación.

Los recuerdos de los prototipos se activan entonces cuando hay una evaluación emocional de peligro que no es inhibida por la noción del yo ni la memoria a corto plazo que propone el hipocampo.

Propuesta indecente.

Hasta ahí, Hamer no dice cosas demasiado diferentes que Mc Lean o Edelman. Pero a partir de allí, Hamer propone que esos prototipos responden a un sistema (que él llama ontogénico) que siempre va a ser el mismo y que tiene una lógica de supervivencia. La orden de esos recuerdos inconcientes dependerá de su origen embrionario. En la zona del cerebro que ordena a los órganos derivados del endodermo, la orden será de proliferación celular. En los derivados del mesodermo será de necrosis y en los del ectodermo será de úlcera. Esta propuesta es empírica pero repetimos que se basa en una lógica de supervivencia. Los órganos del endodermo se encargan de atrapar, digerir y eliminar a las presas y por ello deben proliferar si necesitan hacer cumplir su función. Los del mesodermo se encargan del sostén del organismo y se deben necrosar para rellenarse luego de un tejido más apto para ese sostén. Los del ectodermo revisten los conductos y se ulceran para ampliar esos conductos.

Desde la medicina psicobiológica hemos asimilado esas tres actitudes biológicas a tres conductas de supervivencia: el ataque (la proliferación), la inmovilidad (la necrosis) y la huida (la úlcera).

Al sistema ontogénico de los tumores, Hamer le agrega una teoría sobre el sistema ontogénico de los microbios que acompañan los procesos celulares y a las hojas embrionarias. Así los virus rellenan las úlceras (aunque últimamente ha propuesto que los virus no serían capaces de hacer esto), las bacterias barren las necrosis y los bacilos destruyen a las células proliferadas.

Como vemos, hasta aquí Hamer no dice nada que ofenda la historia de las neurociencias. Es una pena que los libros de Hamer no tengan referencias biográficas en las cuales poder entender muchas de sus propuestas. Tampoco puede achacarse a la personalidad de Hamer el tremendo rechazo del estamento oficial a sus teorías. La obra de un científico es lo que escribe sobre el tema científico, no sus opiniones políticas o sociales.

Capítulo 6

Los condicionamientos.

La tercera fuente de las neurociencias que hemos trabajado para ampliar la teoría de Hamer es el estudio del aprendizaje condicionado.

Quien lo describe por primera vez es un científico ruso llamado Pavlov. Él observó que el perro aumenta la salivación en presencia de un alimento. Así el organismo se prepara instintivamente a digerir. Pavlov hizo sonar una campana cada vez que le mostraba el alimento al perro. Luego de varias exposiciones al alimento y al sonido simultáneo de la campana, el perro aumentaba la salivación sin necesidad de la presencia del alimento. Solo hacía falta sonar la campana. A la salivación la llamó respuesta condicionada y al sonido de la campana estímulo condicionado. Al trozo de carne lo llamó estímulo no condicionado. Lo que descubrió Pavlov es que el aprendizaje de este condicionamiento es rápido y persiste durante toda la vida del animal, sea en forma manifiesta o latente.

La evitación.

En este tipo de aprendizaje no interviene la corteza cerebral. La vía neurológica es la conexión del tálamo con el núcleo amigdalino. Seligman demostró en los años 60 que si bien no podía eliminarse el aprendizaje condicionado, sí podía evitarse. Lo hizo con ratas a las que mientras le enviaba una descarga eléctrica, les hacía escuchar un timbre. La respuesta condicionada era saltar para evitar la descarga. Luego de varias exposiciones, suprimió la descarga y el solo sonido del timbre provocaba que la laucha saltara como si la descarga eléctrica ocurriera. Para lograr la evitación del condicionamiento puso a la laucha entre dos muros e hizo sonar el timbre. La laucha intentó saltar varias veces pero los muros se lo impedían. Luego de varios timbrazos la laucha dejó de intentarlo. Cuando se le sacó el muro y se le hizo sonar el timbre, la laucha ya no saltó. El proceso de la evitación depende del dominio de la corteza cerebral sobre las salidas del núcleo amigdalino. Es necesario entender que la memoria del condicionamiento sigue existiendo y reaparece si aumenta la intensidad de la señal de entrada sobre el núcleo amigdalino. Esto lo demostró Seligman echando a la rata al agua y someténdola luego a escuchar el timbre. Volvía a saltar como si reaprendiese el reflejo condicionado.

El DHS.

Trasladando esto a la teoría de Hamer, el programa cerebral que él llama enfermedad es un recuerdo inconsciente aprendido en etapas evolutivas ancestrales. Jamás se ha borrado y lo tenemos todos los seres vivos. La aparición de la corteza cerebral determinó la evitación de esos recuerdos y esa evitación ha quedado registrada en los ganglios basales, en el hipocampo y en la corteza pre frontal. Para que se activen nuevamente debe ocurrir un aumento en la intensidad de las señales dirigidas al núcleo amigdalino. Eso ocurre cuando se anula la acción inhibitoria de la corteza por un suceso sorpresivo y dramático (echar la rata al agua). Allí los programas a activarse son universales pero indudablemente influenciados por la herencia de la persona (habrá quienes tienen diabetes y otros tendrán cáncer de mama). Las áreas de concepto que se expresarán dependerán de los sucesos vividos y de la evaluación emocional que ese ser vivo haga de ese suceso. Recordemos que esa evaluación es pre verbal.

Una vez activado ese prototipo o programa de supervivencia, según el aporte que hacen las neurociencias, solo se podrá inhibir a través de exponerlo al mismo estímulo pero con dos acciones:

- 1) Evitándoles la respuesta condicionada (no dejarlas saltar).
- 2) Evitándoles el estímulo no condicionado (no someterlas a la descarga eléctrica)

No somos ratas.

El texto de Seligman es llamativo. Dice “la laucha dejó de saltar como si se hubiese dado cuenta que la descarga eléctrica ya no estaba”. Ese “como si” es la experiencia de evitación fundamental. Nuestra corteza cerebral lo conoce.

Es indudable que lo que impide a la laucha saltar es el tubo o muro que la aprieta. Podríamos hablar de una laucha amurada o entubada. Ella pone en marcha la respuesta condicionada pero al estar inhibida mecánicamente, se agota y se “olvida”. Es el descondicionamiento. Imaginemos la siguiente situación. Una persona ha activado un prototipo de conducta que estaba agotado. Ese prototipo Hamer lo llama programa especial de supervivencia. Lo activó por una situación de estrés (el DHS de Hamer). Estaba inactivo y ahora está activo. Según lo que sabemos para volver a inactivarlo debemos evitar la respuesta condicionada (la activación del programa de supervivencia) en presencia del estímulo condicionado (las circunstancias asociadas al suceso desencadenante) y en ausencia del estímulo no condicionado (el suceso desencadenante). Para hacerlo deberíamos amurar o intubar la respuesta condicionada (no el cuerpo de la persona como hicimos con el cuerpo de la laucha).

Hilando.

Hilemos más fino. La respuesta condicionada es un prototipo de conducta. Imaginemos un agujero en el hueso (una osteólisis). Ese prototipo se activó por la presencia de un estímulo no condicionado (la insatisfacción de una necesidad biológica) y un estímulo condicionado (un suceso sorpresivo, dramático y vivido en soledad). Podemos mantener la necesidad biológica insatisfecha pero nunca el suceso sorpresivo. A éste lo debemos anular. No ha de ser muy difícil hacerlo. Se habla con la persona y se usan recursos concientes para evitar la sorpresa. Pero que es amurallar o entubar al agujero en el hueso?

Es aquí que Hamer se nos hace imprescindible. Porque el agujero en el hueso es, según él, un conflicto biológico de desvalorización. Ya no tratamos con un prototipo de conducta celular sino con un lenguaje del cuerpo. El agujero se hace porque la persona se siente desvalorizada, incapaz de hacer lo que cree se debe hacer. Entubar un conflicto de desvalorización se vuelve más accesible que entubar un agujero en el hueso.

Entubar, amurar es impedir, inhibir.

Así llegamos a que en un estado de alerta en que un terapeuta introduce a su paciente, se debe asegurar que el suceso desencadenante no esté presente o esté mediatizado por la conciencia. En ese estado de alerta (el timbre sin descarga eléctrica) el terapeuta debe lograr entubar el conflicto de desvalorización.

El descondicionamiento.

En la teoría de Hamer, la respuesta condicionada es la evaluación exclusivamente emocional que llevará a la activación del programa de supervivencia. El estímulo no condicionado es la necesidad biológica. El estímulo condicionado (el sonido del timbre) es el suceso sorpresivo. Es decir que para lograr la inactivación del programa cerebral que genera la enfermedad, lo que hay que lograr es en presencia de un estado de alerta

similar al ocurrido al activarse, evitar la sorpresa y la no verbalización por un lado y evitar la evaluación emocional por el otro.

Hamer les pide a sus pacientes que hablen contando en reiteradas oportunidades y delante de mucha gente el suceso dramático. De alguna manera, ese solo hecho logra la presencia del estímulo condicionado (el timbre o estado de alerta al contarlo) evitando el estímulo no condicionado (lo desdramatiza y al verbalizarlo evita el efecto sorpresa) y también la respuesta condicionada (la evaluación exclusivamente emocional) al contenerlo en público y proponerle un conocimiento que permite la solución de lo que él llama conflicto biológico.

Es indudable que hay varias fisuras en el éxito de la inhibición. Si todas las enfermedades se detuvieran por el solo hecho de contarlas, la psicoterapia sería la solución de todas las enfermedades. Hamer no dice eso. Lo que dice es que el conflicto que generó la enfermedad debe ser solucionado. Y el conflicto no puede ser reducido ni al estímulo condicionado ni al no condicionado ni a la respuesta. El conflicto es las tres cosas a la vez, es decir, la simultaneidad de los dos estímulos y de la respuesta.

Solucionar el conflicto es, en los parámetros que venimos analizando, inhibir la evaluación emocional a través de un acto de conciencia. Y este acto de conciencia exige la presencia de un yo que observa. Es un acto de evaluación que debe tener fundamentos válidos y sostenidos. Podríamos decir que lo que vamos a buscar es que el timbre no sea lo mismo que la descarga eléctrica. Discriminar ambos estímulos es lo que va a impedir que se active la respuesta biológica que conocemos como enfermedad. Esa discriminación es un acto de conciencia pero iremos viendo que para lograrla los caminos pueden ser varios.

En la teoría de Hamer en el timbre se deposita la necesidad biológica insatisfecha. En lo que existe y debe ser satisfecho (la alimentación, la reproducción, la defensa, la estructura y la comunicación). La forma que tiene cada ser humano de trabajar y convivir con ella, será lo que le permita al suceso desencadenante que el timbre sea el equivalente a la descarga eléctrica. Allí se juega la posibilidad de activar o desactivar ese prototipo de conducta que Hamer llama programa especial de supervivencia y que todos conocemos como enfermedad.

Recordemos que si en el timbre se deposita la necesidad biológica insatisfecha, en la descarga eléctrica se depositan tres situaciones fundamentales: la no verbalización, la sorpresa y el dramatismo. Ya comenzamos a pensar la manera que tendremos de impedir que el timbre se convierta en descarga eléctrica: desdramatizar, prepararnos para no sorprendernos y hablar de lo que nos ocurre. Situaciones simples y concretas. Allí está el núcleo de inhibir al prototipo de conducta. Allí estaría la curación.

Es aquí que nos encontramos con la psiquis humana. Salimos de la emoción y nos adentramos en los sentimientos y en la presencia de los llamados valores humanos. Porque el ser humano no solo tiene la enfermedad animal sino que ha sido capaz de crear la enfermedad humana.

Capítulo 7.

El yo observador y la memoria.

Llegado a este punto, empezamos a requerir la dimensión humana específica. No solo no somos ratones, sino que hemos evolucionado no ya en el plano físico sino en el plano psíquico. Es por eso que nuestro siguiente paso fue preguntarnos sobre ese extraño personaje que es el yo. Pero sin dejar de articularlo con lo que veníamos trabajando. En un párrafo anterior decíamos: “solucionar el conflicto es, en los parámetros que venimos analizando, inhibir la evaluación emocional a través de un acto de conciencia. Y este acto de conciencia exige la presencia de un yo que observa. Es un acto de evaluación que debe tener fundamentos válidos y sostenidos. Podríamos decir que lo que vamos a buscar es que el timbre no sea lo mismo que la descarga eléctrica”. La presencia de un yo que observa es un tema delicado. Desde el punto de vista de las neurociencias, el yo es una función cerebral. Ya veremos luego que podemos decir de esta función.

Las dos caras del yo.

Desde la medicina psicobiológica, el yo tiene dos aspectos. El primero es la percepción de la realidad. El segundo es la articulación con lo que el otro dice sobre esa realidad. No hay yo sin esa articulación. Su origen y su desarrollo, dependen no solo de la capacidad heredada biológicamente (el cableado por donde va a pasar la información) de poder ver lo que todos ven sino de la información que se pasa por ese cableado y que configura un modo, un estilo de percibir de acuerdo a lo que el otro legalice de esa percepción.

En el llamado estadio del espejo, entre los 9 y 16 meses de edad, el niño al mirar el espejo se ríe. Esto se debe a que su capacidad visual ha alcanzado una madurez que no tiene el resto de su cerebro. Sus ojos ven una figura no fragmentada pero su cerebro no sabe que esa figura es la de él. Esta es la primera etapa en la formación del yo. El niño ve algo que no sabe que es. Solo a partir de la presencia del otro (la madre habitualmente) es que él incorpora esa imagen no fragmentada como la suya. Sin esa presencia no lo podría hacer. Son los otros los que le dicen que ese es su yo y así ese yo siempre estará mediatizado por la presencia del otro. Esa es la segunda etapa en la formación del yo.

Esa mediatización se reforzará continuamente en la vida de una persona con las identificaciones que necesita para vincularse con los otros. Es por eso que el yo de cada uno de nosotros está hecho con el yo de los otros, que a su vez se originó con el de otros.

La alucinación colectiva.

Rodolfo Llinás afirma que durante seiscientos años la humanidad fue incorporando determinadas frecuencias de ondas que le eran útiles para su supervivencia. Colores, sonidos, materialidades. Ello permitió crear una alucinación colectiva que hoy llamamos realidad. Todo lo que no se incorporó en ese período primario de la humanidad, quedó fuera del alcance del cerebro, que se clausuró para otras expresiones que no fueron útiles para la supervivencia. Hoy llamamos alucinación a toda impresión del cerebro que está fuera de la alucinación colectiva.

Hay cosas que el yo solo alcanza a observar en la medida que otros la observen. Sin esa impresión colectiva, esa realidad no existe. Cuando hablamos de un yo que observa, estamos hablando de un yo que es observado y que cada cosa que observe está

mediatizada por ese otro que lo observa. En nuestra teoría ese otro, está delineado en la figura de los mandatos familiares y sociales y no podemos trabajar sobre una persona sin tener en cuenta esos mandatos.

Los que nos observan.

Hamer propone trabajar sobre los mandatos biológicos exclusivamente, es decir, sobre el cableado. Sobre la estructura registrada en el cerebro reptiliano y que es anterior al yo. Es más, es anterior al ser humano. Hamer trabaja sobre el cableado. Haciendo una alegoría sobre la televisión por cable, es como si solo transmitiera por esos cables un canal único, cuando en realidad, la programación alberga cientos de posibilidades, que inclusive son elegidas al llegar al televisor cambiando de canales. Ese programa único que la humanidad se obstina en seguir viendo, es el que Hamer llama programa especial de supervivencia. Los demás programas existen y la medicina psicobiológica habla de alguno de ellos.

Nos hemos ocupado de la enfermedad porque somos médicos pero existen programas para la prosperidad, para la salud, para los vínculos, para la solidaridad y muchos más. La humanidad los viene desarrollando desde su origen y si no alcanzan su expresión colectiva, es porque seguimos obedeciendo al yo que nos observa y somos un niño que no ha podido reemplazar esa mirada en el espejo.

La tarea fundamental que propone la medicina psicobiológica es trabajar sobre esa mirada detrás del espejo. Sobre los archivos que todos tenemos y que no nos dejan desear algo sin que ese deseo esté mediatizado por el otro.

Esos archivos incluyen los mandatos familiares, el conflicto primario y los mandatos sociales. Todos ellos son simplemente cartas de navegación (tal como dice Hamer de los conflictos biológicos) que nos ayudan a encontrar la vivencia que aquí y ahora la persona tiene para activar el prototipo de conducta reptiliana que llamamos enfermedad. Esa vivencia la podemos convertir en el muro que permite inhibir esa conducta reptiliana y comprender que la descarga eléctrica no está presente.

Cuando el yo no está.

Desde algunas escuelas de investigación (Llinás), se propone al yo como una función del cerebro. Esta función depende de la unión entre el tálamo y la corteza cerebral y podría definirse como una integración de las percepciones internas y externas generadas por un tipo de oscilación de las neuronas. En el estado de sueño llamado MOR (movimientos oculares rápidos) que ocurre cuando la persona sueña, ese yo no está. Esto ocurre porque la corteza no reacciona frente al estímulo externo. Alguien puede hablarle a la persona y ese estímulo, en ese momento, no genera la oscilación neuronal de 40 hertzios necesaria para que la corteza realice la integración que se llama yo o agente que percibe.

Esta desaparición del yo durante el estado de movimientos oculares rápidos se utiliza como argumento para introducir estímulos que no sean analizados por el yo en algunas técnicas conocidas como de integración cerebral. De esa manera se generan posibilidades de cambiar conductas automáticas tales como miedos y enfermedades.

En la medicina psicobiológica, el yo es una mirada que ha sujetado a la persona a ver, oír, sentir, saborear y oler y sobre todo a pensar, emocionarse y actuar de una manera que le impide detener el condicionamiento que llamamos enfermedad. Tal como la laucha, su yo sigue saltando al sonido del timbre y sus órganos siguen haciendo automáticamente lo que ese condicionamiento genera: que proliferen sus células, que se inflamen, que se paralicen, que se ulceren.

Las terapias que tratan de impedir esa mirada, en realidad lo que buscan es actuar sobre los condicionamientos como un yo artificial que con otra mirada, inhibe el automatismo. Hay otras que proponen impedir esa mirada sin cambiarla por otra. Solo esperar que surja algo anterior al yo, que por lo que sabemos es solo el cableado. Desde la medicina psicobiológica no proponemos ni inhibir el yo ni trascenderlo. Proponemos trabajar con él, con sus miradas, sus sujeciones y sus posibilidades.

Capítulo 8.

El objetivismo.

En este recorrido por los distintos aportes que fuimos encontrando, llegamos a la filosofía. Y una de las escuelas filosóficas más desafiantes en cuanto a su utilidad en la vida diaria es el objetivismo de Ayn Rand. Llamativamente existen valiosos puntos de contacto entre su propuesta filosófica y la de Hamer. La principal de ellas es plantear los valores humanos en términos de supervivencia. Para Rand, las acciones que rigen las conductas de los hombres deben basarse en la defensa de los propios intereses. Para Hamer el egoísmo evolucionario es quien decide lo que llamamos enfermedades.

Lo que nos interesa rescatar desde la medicina psicobiológica es la idea de la invención de las causas de la enfermedad y el correlato de la victimización de la humanidad por un sistema médico que destruye cualquier acto de conciencia para reemplazarlo por el miedo y el destino fatal.

La mayor parte de la humanidad hoy no se muere por causas concretas como las guerras, la desnutrición o la falta de higiene. Hoy nos morimos, pareciera ser, por causas incognocibles: accidentes cerebrovasculares o cardíacos (la palabra accidente resuena como que no se pudo evitar), cáncer (víctimas de una larga y penosa enfermedad) e infecciones. Llamativamente la principal causa de muerte hasta los 35 años en Argentina es la llamada causa externa (accidentes de tránsito, homicidios, suicidios, ahogamientos, etc), siendo rápidamente superada por el cáncer a partir de esa edad y hasta los 65 años en donde la primacía es la causa circulatoria. Pareciera ser que hasta los 35 años la gente se muere como antes, por actos de violencia. Luego, se empieza a morir por causas que ya no se pueden manejar.

Este sustrato de lo incognocible es la base de la medicina. Si bien, la mayor parte de la gente cree lo contrario ya que el sistema médico se ha ocupado desde su origen en dar por cierto lo que solo es una teoría o una conclusión asertiva. La llamada medicina basada en evidencias no tiene en cuenta ciertas evidencias para las cuales no tiene ninguna respuesta: la pérdida de la dignidad, el desamor, la ausencia de cooperatividad, la enseñanza a huir de los problemas y no a enfrentarlos. Para ella, estos no son hechos que se relacionan con la enfermedad. Las evidencias para la medicina son el cigarrillo, las grasas, el sedentarismo y el estrés, incluyendo en este último término el exceso de trabajo y las preocupaciones excesivas. Los médicos hablan de estos temas provocando más miedo que conciencia y alejando a la humanidad de una comprensión clara de lo que está ocurriendo.

Aprendiendo a sobrevivir.

Nuestra educación no nos enseña a sobrevivir. Una de las palabras que más rechazo nos creó nuestra formación es la palabra egoísmo, cuya definición es la defensa de los propios intereses. Nos hicieron creer que había que ser altruista, sacrificarse por los otros, confiar en la recompensa en un más allá. Nos educaron para no sobrevivir ante ninguna situación en la que una fuerza incognocible nos sometiera. Hemos creado un sistema en donde la enfermedad no desaparece porque dejemos de hacer lo que supuestamente la provoca. Nadie cree que porque uno deje de fumar se curará un cáncer de pulmón. Detrás de la enfermedad hay una fuerza no solo no conocida (genética, viral, molecular) sino siempre superior a nuestra capacidad de tener salud. Y ese mismo sistema viene proponiendo instrumentos de destrucción de la enfermedad y no de las causas. Se ha creado una medicina de la enfermedad sin tener en cuenta jamás las fuerzas y la capacidad de salud de nuestros organismos. Se llama medicina preventiva a la detección precoz de la enfermedad para que los instrumentos de destrucción sean más eficaces que cuando ya la detección es tardía.

Esos instrumentos han creado en la sociedad una percepción doble. Por un lado se les reconoce cierta eficacia. Por el otro, se los ve como destructivos de todo el organismo y sin lograr la curación. Esta doble percepción ha generado una interpretación colectiva de sacrificio de la salud para obtener la interrupción de la enfermedad.

Rand dice que el sacrificio es la renuncia a un valor superior por un valor inferior. Indudablemente la salud como pleno equilibrio entre los órganos y las emociones es un valor superior al cese de una manifestación física. Es así que la humanidad se está sacrificando por un sistema que le pide ese sacrificio como corolario de una educación basada en el sacrificio. El beneficio, en cambio, es la renuncia a un valor inferior por otro superior. Renunciar a todas las causas que nos llevan a la enfermedad para obtener la salud.

Los valores superiores.

Si un ser humano es consciente de los valores superiores que rigen su vida y a su vez de aquellos valores que en su jerarquía no ocupan ese lugar, podríamos pensar que si sostiene los valores inferiores sobre los superiores se destruye conscientemente.

Imaginemos que los valores superiores sean la supervivencia (es imposible que este valor no sea el primero ya que si no, ninguno de los otros podría realizarse), la salud (no tener manifestaciones que reflejen la pérdida de ese equilibrio entre los órganos y las emociones y así verse impedido de vivir plenamente), la cooperatividad (su esfuerzo por alcanzar los valores anteriores serán menores que si vive sin ayuda de los otros), la armonía (esto implicará la ausencia de luchas innecesarias que lo llevan a la pérdida de la salud y de la cooperación), la alegría (como fuente de vida que permite realizar los proyectos en cooperación y armonía), el amor (como tendencia natural a la comunicación y al intercambio emocional y físico), el juego (como descarga de las tensiones acumuladas durante el día) y aquellos otros que significan para cada persona su interés particular de lograr ciertos objetivos. Ahora imaginemos que la persona está dispuesta a renunciar a alguno de estos valores por otros que en su jerarquía consciente no figuran en esa lista que lo funda como persona. Diríamos, sin lugar a dudas, que esa persona se está sacrificando. El ejemplo que damos es una persona que renuncia a su salud, es decir, rompe el equilibrio entre la función del órgano y las emociones que lo rigen, por ganar más dinero que el que venía ganando. Ahora bien, si esa persona tiene conscientemente a la riqueza como bien superior a la salud, no diríamos que se está sacrificando sino que ha obtenido un beneficio; ha logrado uno de sus objetivos superiores (la riqueza) renunciando a uno jerárquicamente inferior (la salud). Podríamos objetar que hay bienes universales (y la salud sería uno de ellos) que no pueden ser sustituidos por bienes particulares (el deseo de riqueza). Pero si la persona es consciente de esta sustitución, su libertad le permite rechazar esa objeción, aún a costa no solo de su salud sino de la oposición de la mayor parte de la humanidad a esa decisión.

Si en cambio, la persona no es consciente de esta sustitución jerárquica, estamos frente a un hecho de claro sacrificio. Creo que este es el mecanismo que la sociedad ha instalado para crear enfermedades y provocar así una lucha desigual contra causas llamadas incognocibles pero que no son otra cosa que la pérdida de conciencia de los valores que rigen a una persona.

El sacrificio.

Veamos ejemplos de la vida cotidiana. María de 34 años, luego de enterarse que su madre, viuda hace un año, se pone de novia con un hombre 20 años menor que ella, hace un sarcoma retroperitoneal. Roque, de 54 años, hace una bronquitis severa a las dos semanas que es acusado injustamente de abandonar un amigo. Nelly de 50 años,

hace una hemorragia severa de útero luego de que sus dos hijas se van de su casa. Pedro, de 9 años, presenta una amigdalitis infecciosa al perder unas vacaciones que le habían prometido. En todos los casos, los pensamientos, sentimientos y emociones rompieron el equilibrio con algún órgano. En todos los casos, se privilegió una idea, creencia o deseo a un valor universalmente superior como la salud.

Hamer dice que para que esto ocurra debe existir un suceso sorpresivo, dramático y no verbalizado. Si es sorpresivo, su sistema de valores no lo esperaba. Si es dramático, ese mismo sistema no alcanza para entenderlo. Y si no se puede verbalizar, es indudable que el sistema de valores no tiene los elementos para contrarrestarlo.

Todas esas personas han sido educadas en una moral hipócrita. Su sistema de valores se basa en el sacrificio. No han podido hacer conciente que el valor fundamental es la supervivencia. En ellos prima la posesión, el altruismo, el juicio de los otros, la falta de proyectos personales, la espera de que el otro lo salve, las ideas de salvación eterna, la búsqueda de la verdad sin anclaje en la realidad. En todos ellos, hay un sacrificio, es decir una autodestrucción para hacer primar valores en los que no creen pero que defienden como lo más importante de su vida.

Hace poco le pregunté a una paciente de 40 años qué personas serían imprescindibles para sobrevivir. Ella hizo una lista de varias entre las que figuraban sus hijos, su esposo, su madre, sus hermanos y unos amigos. Le volví a preguntar cuales de todos ellos serían imprescindibles para su supervivencia y fue tachando a todos, salvo a sus hijos. Eso que queda cuando la vida es el valor más importante a defender es lo que llamamos valores superiores. Y si uno no es conciente de que está renunciando a la salud y a la vida misma por valores que no son imprescindibles, está obedeciendo a una educación basada en el sacrificio y no en el beneficio.

Las cinco necesidades.

Hamer habla de cinco necesidades biológicas. La primera es la nutrición. Todo lo que se incorpora (alimentos, pensamientos, sentimientos) debe nutrirnos, es decir, debemos aprender a tomar lo que nos sirve y desechar lo que es inútil. La segunda necesidad es la reproducción, es decir debemos continuar la vida ayudando a los que nos siguen a que hagan lo mismo. La tercera necesidad es la defensa del territorio primitivo, poder proteger el propio cuerpo y la cría de las acechanzas del entorno. La cuarta necesidad es el sostén de lo que somos y de lo que tenemos; aprender a no perder lo que obtenemos. Y la quinta necesidad es la comunicación y la convivencia grupal para trabajar en cooperación y en beneficio mutuo, no en sacrificio.

Estas cinco necesidades son los valores fundamentales de la supervivencia. Si no logramos obtenerlos, los órganos que dependen de estas necesidades activan programas biológicos de emergencia. Si no logramos satisfacer las necesidades de nutrición, todo el aparato digestivo, aéreo y glandular está en peligro. Si no logramos la segunda necesidad, la de la reproducción, renunciamos a los órganos reproductivos. Si fallamos en obtener la defensa de nuestro cuerpo y nuestras crías, renunciaremos a la dermis, las mamas y a las corazas del cuerpo. Si no logramos la cuarta necesidad, todo nuestro tejido de sostén fallará (huesos, músculos, arterias, venas). Si renunciamos a la quinta necesidad, nuestra piel y nuestros conductos se enfermarán.

Eso es lo que dice Hamer. Lo que dice Rand es que hemos vivido engañados por el misticismo (sacrificarnos ahora para una vez muertos lograr la felicidad eterna), el subjetivismo (la presencia del deseo como fuente inconciente de todo lo que hacemos) y del altruismo (esforzarnos por el otro y no por nosotros). Ese engaño nos hace renunciar a valores fundamentales en espera de que otros valores ingnocibles guíen nuestra existencia.

Si lo pensamos, ambas propuestas dicen lo mismo: no sabemos defender nuestras vidas. Y la enfermedad es el producto de esa falta de defensa.

No tenemos porqué aceptar ciegamente las propuesta de Hamer ni la de Rand. Lo que debemos hacer es pensar en base a la realidad. Hamer propone una realidad evolutiva que jamás fue tomada en cuenta. De los demonios como causa de la enfermedad pasamos a los microbios y luego a la genética. No nos dejan pensar en la integración de la historia. En como los seres vivos fueron adquiriendo capacidades evolutivas que siguen actuando en los seres vivos de hoy. Aprender eso nos puede llevar a una realidad que no es la que nos enseñan. Una realidad en la que nosotros podamos elegir sobrevivir y no que los otros elijan sobre nuestra vida. Si mi cerebro es capaz de activar un programa evolutivo de supervivencia que ya no es útil pero que sigue viviendo con nosotros, yo puedo tener el derecho de inactivarlo y no de destruir sus manifestaciones físicas.

Rand propone una realidad filosófica. El egoísmo es la base de la supervivencia. Y a partir de allí, la cooperación, el esfuerzo, los intereses comunes, la defensa de lo nuestro y las virtudes. Pero ya no, el sacrificio para que un sistema de pocos se adueñe del producto de todos.

Realidades que exigen conciencia y no mero asentimiento.

Capítulo 9.

Supervivencia o Convivencia.

Si tenemos en claro el valor de la supervivencia, debemos tener en claro ahora el valor de la convivencia.

Es indudable que alguna amenaza debe haber para que los valores de convivencia sean sustituidos por los valores de supervivencia. Cuando comparamos a Hamer con Rand, dijimos que debe haber un sacrificio, es decir una renuncia a los valores máximos para que aparezca el programa de emergencia biológica. Y dijimos que la propia supervivencia es el valor máximo. Pero también planteamos que habrá personas que pueden renunciar a su propia supervivencia y lo pueden hacer con conciencia de ello (pensemos en los fanáticos religiosos o en una madre que ve a su hijo en peligro) o sin conciencia (una persona que trabaja 14 horas al día para lograr un objetivo).

También habíamos visto que la humanidad se alejó en toda su historia de los valores de supervivencia y eligió valores de convivencia (solidaridad, arte, compasión) y de alguna manera desafió a la naturaleza a competir con estos nuevos valores culturales. Hamer dice que es anti natural que una mujer de 60 años active un programa de emergencia biológica por su hijo sin trabajo ya que a esa edad, su mama no podría producir leche. Pero culturalmente el programa (llamado cáncer de mama) se activa igual. En este desafío, encontramos una veta para no volver siempre a los valores de supervivencia sino poder deslizarnos suavemente a valores propios y con poder.

Una joven mujer.

Imaginemos a esa mujer joven ya citada que ha hecho un sarcoma en el hígado poco tiempo después que su padre muere y su madre se pone de novia con un hombre veinte menor que ella. El tumor se manifiesta también en la zona del periné (la zona que está entre el ano y la vulva). Por tratarse de un tumor mesodérmico en un órgano endodérmico hay varias hojas embrionarias comprometidas y aquí si es muy útil la tomografía de cerebro porque nos guía cual es la zona que realmente ha reaccionado. Lo que veo en la TAC es un conflicto en hígado, otro en útero y un tercero en partes blandas de abdomen. Averiguo que el padre murió hace 5 años y la madre se puso de novia hace dos años. En ese mismo momento, a la abuela materna la internan en un geriátrico. La vivencia que ella relata es de abandono por parte de la madre. Nos preguntamos a qué valor superior renunció para que se activara un programa de emergencia biológica. El órgano más importante que reaccionó es el hígado pero allí se estableció tejido conjuntivo que prolifera en fase de vagotonía. Lo mismo pasaba en el periné. Crecía tejido para reparar lesiones excavadas previamente. Pero no dejaban de crecer. Los estudios que le pedían y el conflicto de diagnóstico permanente no dejaban que la fase de vagotonía terminara y volvía a una simpaticotonía constantemente. Esto es algo muy frecuente. La persona se toca el tumor, el abdomen está hinchado y no puede dejar de pensar en su enfermedad. ¿Pero cual era el conflicto inicial? La imagen en la TAC de cerebro marcaba que era de útero. De hogar. De mesodermo moderno. De caída. De sostén. Lo que se había caído era la familia y el tumor que apareció en el periné estaba en el camino entre los dos orificios. No había salida biológica. Los programas biológicos del hígado buscaban exigir al máximo el órgano de la desintoxicación (del rencor, de la ira); los del útero reforzar las paredes del hogar; los del periné hacer un puente para que salga toda la tensión celular acumulada.

La solución biológica.

Es aquí que nos preguntamos si la solución biológica es posible. La dimensión de los tumores genera un gasto energético y una crisis epileptoide que seguramente

compromete la vida de la persona. Infecciones, cirrosis, edema cerebral o tumor cerebral. Es mucho el tiempo transcurrido y la manera en que la paciente está atrapada en el conflicto de diagnóstico. Sabbath dice que el noventa por ciento de las enfermedades es por diagnóstico y el cien por ciento de las recidivas tiene ese origen. Debemos aprender a evaluar esta situación y a no generar interpretaciones que los saquen del programa biológico y los lleven a crisis epileptoideas o vagotonías extremas que se acercan mucho a la muerte.

El padre había muerto, la abuela estaba en un geriátrico, la madre era feliz con su joven novio y ella se estaba muriendo. Aquí nos planteamos la posibilidad de la convivencia con los programas biológicos de supervivencia. Aquí nos planteamos las paradojas terapéuticas en donde no se intenta resolver el conflicto (o la pregunta) sino que se busca una respuesta en otra dimensión y que es la que salva nuestra vida.

Si recordamos el koan del maestro que pregunta a su discípulo si le va a romper el palo en la cabeza y le da todas las respuestas posibles y ninguna de ellas evita que le rompa el palo en la cabeza, tenemos una guía. El discípulo se pregunta para qué le ofrece todas esas posibilidades. Y se responde: “para entender que estoy atrapado. Y si estoy atrapado solo puedo huir convertido en un cobarde que nunca logrará sus objetivos; quedarme quieto convertido en un discípulo golpeado y que no encuentra la salida o atacar y convertirme en un maestro”. Y decide arrebatar el palo del maestro y seguir su camino. Las paradojas terapéuticas nos plantean todas las posibilidades que tenemos para curarnos y que somos nosotros quienes las elegimos. O también podemos elegir morir (huir) o esperar un milagro (inmovilizarnos).

Solo entender.

Esta joven mujer no tenía que resolver ningún conflicto. Es dramático pedirle a alguien que se está ahogando que piense qué debe hacer. Hay que tirarle una soga. Esta mujer solo debe tomar conciencia de que está atrapada por el fatalismo, el mecanicismo y la violencia del sistema médico. Y allí están sus creencias sobre la enfermedad. Y debe trabajar con la alegría, la amorosidad y los vínculos. Y ese trabajo no debe ser un peso sino una descarga. Su historia ya ocurrió. Su padre murió, su abuela se enfermó y su madre se puso de novia. Es ella la que debe captar que su rencor y su interpretación de esa realidad hizo que se activaran programas de emergencia biológica. Lo demás, la extensión de esos programas y su estado actual son por el miedo, el estrés excesivo y dramático que el sistema médico y su aceptación de ese sistema fueron originando. No permitieron que los simples programas se fueran inactivando y dejando como secuelas cicatrices, quistes o disfunciones leves. Todo se magnificó hasta el extremo de volverse una paciente “incurable”.

Ahora no debe empezar a resolver conflictos. Solo tomar conciencia de cómo se fue cayendo y dejar de caerse. Entender a los programas biológicos y dejar que se terminen. Descansar, alimentarse, reírse, bailar, cantar, vivir. No entrar más en estado de alerta. Entregarse a la convivencia con esos programas sin querer destruirlos. No tener miedo. Tocar la pelota entre el periné y el ano y aceptarla. No rechazarla. Ella cumple su objetivo y se irá cuando ya nada tenga que hacer. Y la biología tiene sus tiempos. Empezar a convivir con los programas biológicos y no con la enfermedad. Nadie puede convivir con un enemigo. Todos podemos hacerlo con nosotros mismos.

Capítulo 10.

Las dos posiciones.

Y desde el trabajo aportado por las neurociencias, la psicología, la filosofía, comenzaron a salir algunas conclusiones.

Uno de los instrumentos fundamentales para conocer que el timbre no es la descarga eléctrica es la desdramatización del timbre. La certeza de no ser solo ratas (que también lo somos) sino seres humanos que pueden no solo trabajar en el circuito entre la amígdala y el tálamo sino también entre el tálamo y la corteza cerebral. Poder tomar conciencia que los programas cerebrales de supervivencia pueden ser reemplazados por programas de emergencia transitoria.

Decíamos antes que la dificultad, en la historia de la medicina, en entender los procesos de la vida que terminó llamando enfermedades, fue la franca exterminación que estos procesos producían. La crisis epileptoide y la vagotonía extrema se convirtieron en la imposibilidad de ver en ellas algo que buscaba la supervivencia. Así quedaron estancados en la visión mecanicista de que tanto la crisis como la vagotonía eran enfermedades en sí mismas y no fases de un proceso que la naturaleza había creado para la supervivencia del más apto.

Pero la humanidad no decidió seguir a la naturaleza. No lo ha hecho en casi nada y mucho menos en la decisión evolutiva de la supervivencia del más apto. La humanidad creó la cultura de la convivencia y no de la supervivencia. Y creó conceptos alejados de la supervivencia tales como la compasión, la música, la pintura, la informática y la necesidad de transferir valores culturales.

Es por eso que la medicina no pudo ver en la fiebre un mecanismo de supervivencia. Y se obstina en combatirla. Al igual que al dolor, la angustia o el cansancio. A todos ellos, los hemos incorporado en el rango de enfermedad. Hoy se combate el cansancio con el mismo mecanicismo con que se combaten los virus. Sin importarnos su sentido, su significado biológico, es decir, de supervivencia.

Esta visión de la enfermedad tiene tres elementos que la sostienen:

- 1) **La tragedia:** la posición fatalista se ve reflejada en esas cárceles llamadas hospitales y en esas celdas de reclusión llamadas salas de cuidados intensivos. La enfermera que desde el cuadro colgado en la pared pide silencio invita a un ambiente en donde la alegría, la risa o el ruido están prohibidos. Los médicos vestidos de blanco y que se pasean orgullosos delante de los pacientes que esperan nerviosos. El diagnóstico dicho con fingida seriedad, la crueldad de los estudios que aprietan, sangran y desnudan. Los sanatorios deberían tener un cartel que diga “usted entra aquí para sufrir”.
- 2) **El mecanicismo:** la lógica lineal en donde A es causa de B si A está cerca de B o si siempre que sucede B sucede A o si A está siempre antes que B. Si sus padres tuvieron cáncer es muy probable que usted tenga cáncer. Si usted tiene un nódulo en la mama, tendrá pronto una metástasis en el hueso. Si no hace gimnasia tendrá un infarto. Si no se hace un Papanicolau es una irresponsable. El mecanicismo está anudado a la tragedia ya que todo apunta a la muerte y al sufrimiento.
- 3) **La violencia:** el sistema médico es un sistema de poder y emite juicios y condenas. Puede usar la fuerza. A los padres que no quieren vacunar a sus hijos por los graves riesgos que esas vacunas generan, se los lleva a la cárcel. A los médicos que desaconsejan la quimioterapia en pacientes cuyo estado físico no la

toleraría, los pueden resumir desde las colegiaturas médicas. Los instrumentos médicos son violentos: cortar, quemar, intoxicar. La violencia es el instrumento de ejecutar la tragedia de la enfermedad.

Ahora veamos los tres elementos que sostienen a la medicina psicobiológica:

- 1) **La alegría:** la enfermedad no existe., es un invento. Lo que sí existe es el programa de emergencia biológica transitorio (PEBT). Un grupo de células soporta sobre sí la exigencia de descargar una tensión que es incompatible con la vida. Es un acto de amor y así lo debemos tomar. Tengo un pebete (así se debe pronunciar). ¡Gracias al grupo de células que está haciendo eso por mí! Cuanta alegría me da saber que este pebetito (también puede pronunciarse así) me está salvando la vida. Imagino una sociedad que marcha contenta a ver a su médico para que le ayude a comprender su pebete.
- 2) **La amorosidad:** los médicos estamos para ayudar, acompañar y aliviar. Esa es nuestra función. Y eso no se puede hacer si no se respeta y se ama la dificultad del otro. La amorosidad no es acariciar a nuestros pacientes sino llevarlos a la verdad y a la paz que necesitan para aprender a superar ese momento que ya no llamamos enfermedad.
- 3) **La propuesta basada en el vínculo:** los programas de emergencia biológica surgen de la dinámica de los vínculos. No son mecánicos. Porque mi mujer no me quiere, hago una dermatitis en las manos o porque ya no puedo saltar hago una artrosis en la rodilla. Los PBET tienen que ver con mi historia personal y familiar, con mis mandatos y mis modelos mentales. Con las particulares circunstancias que rodean los sucesos desencadenantes. Debo ser conciente de lo que quiero y para qué lo quiero. Es en ese sentido que descubro la posibilidad de acompañar al programa biológico de emergencia y de convivir con él hasta que ya no sea necesario.

Si alcanzamos esta comprensión, tanto la crisis epileptoidea como la vagotonía extrema pueden ser abarcadas como fases del proceso de emergencia biológica y no como graves enfermedades que hay que combatir. Este abarcamiento no supone observarlas sin hacer nada sino utilizar todos los instrumentos a nuestro alcance para aliviarlas y disminuirlas. Pero en una visión que no deja entrar el miedo fatalista que desencadena nuevos programas de emergencia que no permiten la culminación de este proceso. Igualmente la fase activa de los programas (sobre todo los de las capas antiguas) podrá ser evaluada en esta nueva visión para su rápido desarrollo sin permitir la cronicidad ni la necesidad de llegar a fases de crisis severas.

Esta nueva posición es la que debemos ir creando en nuestros pacientes. Reemplazar el concepto de enfermedad por el de programa biológico de emergencia. No de supervivencia. Una vez hecho esto, podremos desdramatizar los obstáculos que la naturaleza ha creado para que esos programas se resuelvan. Las fiebres, el cansancio, el dolor, los sangrados pasarán a ser parte de un proceso que nos llevará inevitablemente a salir de un programa que es ajeno a nuestra voluntad. El sentido del trabajo del terapeuta es acompañar ese proceso hacia la recuperación del poder que ese programa le ha hecho perder. Ya no tendrá que estar ocupado por los fenómenos de ese programa sino que podrá desarrollar su existencia con la libertad que ha perdido desde la activación de ese programa.

Si somos concientes de que ese es nuestro trabajo, lo podremos transmitir a los demás. Si creemos que somos los factores de la curación estamos perdidos. Fundamentalmente porque no hay curación. Hay salida de los programas de emergencia y reinstalación de las decisiones de convivencia que elija cada uno. Debemos alejarnos del concepto de ideal de supervivencia del más apto ya que no deseamos una humanidad de superhombres sino de seres diferentes y libres de desarrollar esa diferencia. Es aquí que nuestra diferencia con Hamer es abismal. No queremos curar a nadie, sino solo ayudarlos a salir de programas biológicos autónomos de su voluntad y acompañarlos a encontrar el sentido de sus singulares y diferentes vidas.

Capítulo 11

La conexión emocional.

Tenemos enfrente nuestra una persona que nos viene a pedir ayuda. Trae un diagnóstico médico. ¿Cómo lo ayudamos?

El primer paso es escucharlo. Preguntarle en qué podemos ayudarlo en un contexto en donde sepa que va a ser escuchado. Dejar que desgrane su historia médica. Para él, eso es lo único que importa y debemos respetar esa comprensión que tiene. Esa primera escucha debe centrarse en sus palabras, sus gestos y sobre todo sus énfasis. Dónde pone mayor intensidad y donde pasa de largo. Cuando dice “Nadie se imagina lo que yo sufrí con esa biopsia” o cuando ni siquiera nombra el momento del diagnóstico. Escuchar los silencios y las faltas surge de la experiencia del terapeuta. Allí volverá a preguntar respetuosamente. “Y usted que sintió cuando el médico le dijo que era cáncer?”

¿”Recuerda lo que pensó en ese momento?”. El paciente está relatando su historia y debemos ayudarlo a llenar los hiatos para que esa historia genere sentido.

El segundo paso es establecer qué programa o programas especiales el cerebro ha activado. Debemos trasladar el concepto de enfermedad que trae el paciente al concepto de programas especiales de emergencia biológica. Ese traslado implica que ahora se convivirá con dos realidades. La de la medicina que ve en las manifestaciones de desorden biológico una anormalidad que debe ser corregida porque no tiene sentido y la que nosotros proponemos que ve en ese desorden un intento de alcanzar un nuevo orden que tiene un sentido evolutivo.

Este segundo paso debe ser realizado con prudencia. No es imprescindible que el paciente lo conozca en un primer momento. Los efectos terapéuticos pueden lograrse sin la transmisión de pensamientos, insistimos, en un primer momento.

El tercer paso es establecer la conexión emocional entre los programas de emergencia biológica y los cuatro elementos de la percepción de la realidad. Estos son los pensamientos, los sentimientos, las acciones y las sensaciones. Sabemos que la emoción es una evaluación que hace el ser vivo para alejarse o acercarse a algo. Si bien este es un concepto absolutamente biológico, lo tomamos ya que nos ayuda a entender este mecanismo como el elegido por la evolución para detectar peligro o ausencia de peligro. Es por eso que la única emoción biológica que abordamos es el miedo. Lo definimos como la capacidad de reacción ante una amenaza y esa capacidad se juega en el ataque, la huida y la inmovilidad.

Los intermediarios.

Los sentimientos son la transformación conciente de la emoción. Es por ello que si interviene la conciencia, interviene el lenguaje y habrá tantos sentimientos como transformaciones pueda producir la intervención del lenguaje en la emoción. Tristeza, ira, angustia, susto, alegría, enamoramiento, etc. Aquí vemos que a través de las propias reglas del lenguaje, la emoción (el miedo o la falta de miedo) sufre una transformación lingüística. Hay un desplazamiento de la emoción al susto o a la paz y a eso lo llamamos metonimia de la emoción. Y también hay una condensación de la emoción hacia la tristeza o la angustia y a eso lo llamamos metáfora de la emoción. A través de la metáfora y de la metonimia ya no aparecerá el miedo sino sentimientos (orgullo, ira, abandono, vergüenza) que debemos aprender a articular con la aparición de los programas de emergencia biológica.

Los pensamientos son la articulación de la realidad con elementos que llamamos significantes. También podemos llamarlas palabras. Pero el significante es una palabra o un sonido cargado de significación por la forma que tiene de articularse con otra palabra u otro sonido. Cuando pienso, ese pensamiento se articula con un sentimiento, una

acción, una sensación y a través de ellos con una emoción. Si pienso “no estoy contento de estar acá”, no puedo dejar de tener una sensación en algún lugar del organismo o no puedo dejar de accionar ese pensamiento con mis gestos, mi inmovilidad o mi huida. Y eso está articulado con una evaluación de alejamiento de algo o alguien. Yo puedo creer que es la gente que está allí lo que me lo produce. Pero esa articulación nunca está allí donde yo creo que está. Porque si lo estuviera, yo no pensaría, ni actuaría ni sentiría lo que pienso, actúo y siento.

Las sensaciones son los sentidos. Tocar, oler. Ver, oír. Saborear. Mis cinco sentidos se articulan con mis pensamientos y mis sentimientos. Con mis actos. La inmovilidad es un acto. El dolor surge de mis sentidos y su articulación con mis actos, mis pensamientos y mis sentimientos. Si sufrí la amputación de un brazo en un accidente, todos ellos serán guardados como registros de memoria. Lo que pensé, lo que sentí, lo que hice o no.

Los actos son los movimientos voluntarios o involuntarios que se registran cotidianamente a través del aprendizaje. Un bebé no sabe caminar pero tiene movimientos en su cara y en sus brazos y piernas. Se ríe, gira sus brazos, patalea. También sus intestinos se mueven. A un adulto le pasa lo mismo. No sabe volar pero su cuerpo se lanza hacia adelante, baila, corre, salta. O se queda quieto ante una situación en la que debía salir corriendo. Sus actos son de convivencia. Se queda estático ante una ofensa. Grita porque sus hijos no le hacen caso. No es lo suficientemente rápido ante una emergencia. A través de los pensamientos, los sentimientos y las sensaciones, sus actos participan de la transformación que llamamos conexión emocional.

En este tercer paso debemos establecer la conexión entre los cuatro elementos de la percepción de la realidad y los programas de emergencia biológica. Y la vía regia de esa conexión es la emoción.

Lo que está ocurriendo.

Nuestra hipótesis es la siguiente: lo que Hamer ha sistematizado como programas de emergencia biológica son activados cuando los pensamientos, los actos, las sensaciones y los sentimientos no alcanzan a descargar la tensión celular. El programa de emergencia biológica es la manera (justamente biológica) de descargar esa tensión para evitar el cese de la función celular. Nos basamos en el concepto freudiano de regresión. Allí se postula que toda célula es una fuente de tensión que si no se descarga en un objeto, regresa a su fuente y se descarga allí. Esa regresión no es otra cosa que un exceso de tensión que activa el programa de emergencia biológica para evitar la muerte. La proliferación celular (el ataque como respuesta de supervivencia), las úlceras (la huida como respuesta) y las disfunciones (la inmovilidad como respuesta) son la manera biológica de sobrevivir ante un exceso de tensión que es incompatible con la supervivencia. Es la manera que ha encontrado la biología de seguir vivo. Elaborando programas biológicos de emergencia. Ellas son lo que la medicina llama enfermedades. La gran dificultad que hemos tenido para entenderlos fue siempre la manera “exterminadora” que encontró la biología para desactivarlos. Aquí está la genialidad de Hamer. El tomó conciencia no solo de la existencia de estos programas sino de su clara división en dos fases, una de simpaticotonía o de conflicto y otra de vagotonía o de ausencia de conflicto. Y si bien advirtió que en la fase de vagotonía se produce la mayor parte de las muertes, toda su teoría consiste en llevar a los seres vivos a esa misma vagotonía. Y es aquí que planteo mi diferencia con Hamer. No advertir que la solución biológica no es compatible con el ideal de existencia que la humanidad viene desarrollando en los últimos miles de años.

No hay vida sin conflicto. El desarrollo de la vida es un permanente conflicto. Es lucha entre dos fuerzas. El bien y el mal. El ataque y la huida. La simpaticotonía y la vagotonía. Toda la vida se ha desarrollado en un sistema binario. En la misma célula el sodio y el potasio luchan y entran en conflicto. El magnesio y el calcio. La dilatación de las arterias y la contracción de las arterias. Hamer entendió el conflicto pero creyó que la salida era la solución del mismo. Solo los orientales con su teoría del yin y del yan han advertido que el conflicto no busca solución sino complementariedad. Pero la biología parece ser occidental. Se obliga a buscar la solución y encuentra la imposibilidad.

Allí, en la conexión emocional entre los pensamientos, los sentimientos, las sensaciones y las acciones con el cerebro, está la posibilidad de no buscar la solución sino la convivencia. Salir del programa de supervivencia y establecer un “modo” de convivencia. Está en nosotros querer el triunfo sobre los conflictos o la más humilde aceptación de aprender a vivir con ellos.

Capítulo 12.

El conflicto primario.

Es por eso que en la medicina psicobiológica nos vimos en la necesidad de ir más allá del DHS y trabajar esas asociaciones. La llegada del ser humano a un mundo cargado de símbolos, la incorporación de ese mundo, los primeros registros y las lógicas dificultades en articularlos con esa dimensión propia del ser humano que es el lenguaje. Es por eso, que en nuestros pacientes comenzaron a nacer recuerdos. Experiencias que de alguna manera se asociaban a los sucesos del DHS. Y nos fuimos dando cuenta que toda la teoría de Hamer podía articularse sin fisuras con estos nuevos registros a los que llamamos conflictos primarios. Así aparecieron ante una enfermedad, dos situaciones necesarias: el suceso desencadenante y el conflicto primario. Sin la presencia de ambos, no hay conflicto biológico.

Un cáncer de mama izquierdo tendría su suceso desencadenante en los seis meses previos a la aparición del nódulo. La preocupación por un hijo, el desencuentro con la madre. Pero ahora, debíamos articularlo con el conflicto primario. Una situación ocurrida tiempo atrás, en un orden cronológico que tenía una lógica. A partir del suceso desencadenante se tomaba esa fecha y se comenzaba a dividir por dos las distintas etapas de la vida de esa persona. Si al momento del suceso desencadenante tenía 50 años, buscábamos a los 25 años hechos similares. Y luego a las 12-13 años y luego a los seis y a los tres y al año y medio y a los 9 meses. Lo comenzamos haciendo con hipnosis y luego sin necesidad de ello. Solo con la suficiente relajación que le permitía al cerebro rastrear esa articulación. Allí aparecieron los conflictos primarios. Sucesos similares en algo o en todo al suceso desencadenante.

Sin conflicto no hay suceso.

Esta primera articulación entre ambos sucesos nos hizo preguntar sobre la naturaleza del conflicto primario. Como siempre, fueron los mismos pacientes los que nos revelaron tal naturaleza. Para que un suceso se estableciera como conflicto primario (y pensemos que ese momento es la base para que algo pueda convertirse en suceso desencadenante) debía vivirse como una lucha contra algo ya incorporado. Eso que ya existía no podía pertenecer al registro de la psiquis ya que habitualmente ocurría a edades tempranas en las que la psiquis, tal como la conocemos, aún no está estructurada. El conflicto comenzó a aparecer entre las necesidades biológicas (que sí ya están estructuradas desde el nacimiento como instintivas) y ciertos mandatos u órdenes que surgían desde el mundo en donde el pequeño ser comenzaba a incorporarse. El conflicto primario es el incumplimiento de estas órdenes que hemos llamado mandatos familiares.

Del relato de mis pacientes, de cientos de historias que he tratado de escuchar, articular y comparar, comenzaron a surgir los mandatos familiares del endodermo, del mesodermo y del ectodermo. También de la posibilidad de articularlos con las necesidades de cada hoja embrionaria. En el endodermo, el mandato es “nunca serás primero, siempre llegarás tarde”. Cuando los pacientes afectados de enfermedades del endodermo (hipotiroidismo, lesiones de colon, hígado, próstata, páncreas) hablaban se referían a la necesidad de arremeter para lograr algo, de escaparse para no tener que sufrir por esa orden, de caer en la disfunción para quejarse por ese mandato. El conflicto primario surgía entre la necesidad instintiva del órgano y el intento natural de lograr una vivencia de satisfacción a través de ese mandato.

Para decirlo de otra manera, el conflicto primario es una de las articulaciones necesarias para que el timbre se convierta en descarga eléctrica. Hasta ahora dijimos que el timbre era la necesidad biológica y la descarga eléctrica el DHS. Ahora decimos que sin conflicto primario no puede haber suceso desencadenante.

Los prototipos.

Los hechos ocurridos en los primeros años de vida crean la plataforma necesaria para que un suceso o una etapa de la vida puedan ser lo que Hamer llama DHS. El desencadenante de un prototipo de conducta que hasta ese momento estaba inhibido por la corteza cerebral. Esa conducta está registrada en el cerebro reptiliano como una de las tantas posibilidades que el ser vivo encontró para superar un obstáculo a la supervivencia. Ese prototipo de conducta se vivió en el nacimiento de todos los tejidos que se formaron para evolucionar. Cuando el alimento que se necesitaba para sobrevivir fue demasiado grande para el tubo digestivo que el ser vivo tenía (un conducto que comunicaba la boca con el ano) comenzaron a crearse células cuya función era especializarse en la capacidad de digerir los alimentos. Hasta que esas células llegaron a crear el estómago y el intestino pasaron no solo millones de años sino millones de intentos de lograr la especificidad de la función. Los prototipos que permitían alguna función digestiva que significaba una ventaja en relación a los anteriores intentos, quedaban registrados en el cerebro para comenzar a partir de allí y no tener que comenzar de cero. Esos prototipos no eran las células digestivas que conocemos ahora sino células aún no diferenciadas como parte del intestino. Podríamos llamarlas células primitivas. Son estas células las que vemos en lo que la medicina llama cáncer. Ella las llama células anaplásicas y su característica es ser indiferenciadas (no logran diferenciarse como células maduras del intestino), poseer gran capacidad de división (ya que el objetivo es llegar a formar un tubo digestivo) y no obedecer a la forma ni a la función del resto del aparato digestivo (son, según la visión médica, anárquicas). Estas células son prototipos y no alcanzarán la madurez ni la especificidad porque su registro cerebral no se lo va a permitir (en cambio, tienen su propia circulación formada por células maduras, ya que la angiogénesis no es parte del prototipo sino que lo alimenta).

El colorido del conflicto.

A estos prototipos, Hamer los llama programas especiales de supervivencia pero en realidad son registros cerebrales arquetípicos. Registros que quedaron allí y luego fueron inactivados por otros registros que sí alcanzaron la madurez y la especificidad de esas células. Cuando el ser vivo alcanzó esa conducta que hoy llamamos de madurez celular y que es la que logra la forma y la función del intestino, esos prototipos ya no se usaron más. Quedaron relegados al recuerdo inconsciente. Pero no dejaron de existir. Como lo probó Seligman, cuando al ser vivo se lo somete a estrés, esos condicionamientos vuelven a activarse. Esa activación no necesita ni del timbre ni de la descarga eléctrica sino solo de aumento del estado de alerta sostenido e intenso. Los conflictos primarios son la base para entender lo que Hamer llama el colorido del DHS. El da el ejemplo de una persona que sorprende a su esposo engañándola. Si lo vive como una guarrada, hará una enfermedad de intestino; si lo vive como una frustración sexual, hará una enfermedad de cuello de útero; si lo vive como una traición que la mancilla, hará un melanoma. Esta explicación de la vivencia subjetiva ha logrado irritar a algunas personas aduciendo que esa subjetividad es demasiado casual. La existencia del conflicto primario permite entender porqué una vivencia se articula con una parte del cuerpo y no con otra.

Los antecedentes.

Un varón de 57 años sufre de una hipertensión incontrolable a partir de los 56 años. Todos los medicamentos le hacen efecto inverso. Se le pregunta por los sucesos previos y relata la intensa preocupación por su hijo que queda sin trabajo. Le pregunto por las

sensaciones que le provoca esa situación y expresa que por las dificultades económicas que vivía no podía ayudarlo y eso le generaba un estado de nerviosismo insuperable. Inmediatamente vamos a buscar al conflicto primario y dividimos por dos su edad que es de 56, pasando por 28, 14 y 7 años. Allí a los 7 años, se queda en silencio. Es ahí, donde surge el silencio, que siempre está el conflicto primario. En pocos segundos, surge la historia. “A los siete años, tuve que soportar que me apedrearan un grupo de chicos por proteger a mi hermano menor”. Por la teoría de la medicina psicobiológica sabemos que el conflicto primario de la hipertensión arterial (conflicto biológico de líquidos; mesodermo moderno) es la conducta de inmovilidad frente al mandato familiar de “debes ser el garante del bienestar del otro”. Esa conducta de inmovilidad frente al mandato es “si me muevo, el otro corre peligro”. Allí, cubriendo el cuerpo de su hermanito y soportando la pedrada, si se movía, el otro corría peligro. Allí está la plataforma que en una etapa de su vida (que no es cualquier etapa sino la que duplica la edad en la que se produjo el conflicto primario) desencadenará la hipertensión. Si no tuviera 56 años, no habría sucedido desencadenante. Podemos decir que el suceso es tener 56 años. Con ello no negamos los sucesos de preocupación por su hijo (sentir que el agua lo tapó), sino que entendemos que esa preocupación a otra edad, no habría desencadenado la hipertensión. Ningún suceso va a generar enfermedad sin la articulación con el conflicto primario y esa articulación siempre responde al tiempo cronológico.

El pánico.

Un varón de 50 años comienza con un cuadro que luego de deambular por varios médicos, es diagnosticado como ataques de pánico. No aparecen sucesos desencadenantes salvo un estado de tensión por viajes frecuentes y exceso de trabajo. El cuadro es explosivo. Siente que va a morir, se marea, no puede quedarse sentado y desea escapar. Físicamente le sube un poco la presión pero le baja instantáneamente al acostarse. Una característica de estos síntomas es que si se acuesta todo mejora. Lo medican con Clonazepán que disminuye sus síntomas en segundos pero que no evita la aparición de las crisis que aumentan cuando está trabajando o en viajes. Le pregunto qué sucesos tuvo a los 25 años relacionados con miedos. Me relata que a esa edad fue movilizado para la guerra de las Malvinas. Toda esa época la vivió como una amenaza permanente a ir a la guerra. Le pregunto por los 12-13 años y contesta que en esa edad había muerto su abuela pero luego lo piensa y dice que su abuela murió cuando él tenía 17 años. Esos errores siempre deben tenerse en cuenta. Son recuerdos cruzados. Le pregunto si a los 17 años, además de la muerte de su abuela, había ocurrido algo y expresa una etapa de mucha confusión en una relación afectiva. Una pareja lo abandona y él se entera al verla con otro. Es entonces que salto a la mitad de 17 y no de 12 y le pregunto por sucesos de miedo a los 8 años. Allí relata una situación en la escuela primaria en la que un compañero de 12 años que venía quedándose de año en repetidas ocasiones, abusaba físicamente de los niños menores. En el recreo los inmovilizaba. Los ponía en una camilla y los hacía caer hacia atrás. El veía esa escena y lo aterraba. Nunca se lo había hecho a él pero la posibilidad de caer hacia atrás le daba mucho miedo (conflicto de verticalidad o de caída). Le pregunto si a los cuatro años aparecía alguna escena y allí se produce lo esperado, el silencio o la frase mágica: “quizás esto no tenga importancia pero recuerdo que...”. Lo que cuenta es una escena familiar en donde él grita y golpea sus pies y manos contra un piso de un patio porque su madre no le da algo que él quería. Esa escena lo angustia y es la primera escena que puede recordar de su vida. Su abuela, la que había muerto cuando él tenía 17 años y no 12, lo levanta y lo acuna cantándole una canción.

Aquí vemos la dinámica del conflicto primario. Como es el hilado de hechos que se articulan con el mandato familiar. El mandato familiar de los ataques de pánico es “no eres lo que nosotros esperábamos” y la reacción ante él, que será quien generará el ataque, es “debo tener lo que los otros necesitan”. Pero como en todos los síntomas psíquicos, hay una constelación con otros conflictos y en este caso es el de caída que pertenece al mesodermo moderno y cuyo mandato familiar es “debes ser la garantía del bienestar del otro”. Allí, en la constelación de los dos mandatos es donde se entiende el pánico. La respuesta de inmovilidad y de espera que el otro cambie, no es posible.

La articulación.

El primer suceso de este varón de 50 años es el abandono cubierto por otra persona que la que él demandaba. Esa abuela que cubre su desvalidez. Todos los niños son abusados. No es una fantasía sino una realidad. Es por eso que el conflicto primario siempre aparece en la niñez. No hay niño no abusado en una sociedad como la nuestra.

El segundo suceso, el de los 8 años, es el miedo a la violencia del más fuerte y a caer hacia atrás. El tercero, el de los 17 años, es la vivencia de traición. Luego, el de los 25 años, el miedo a la violencia mayor, a la muerte.

Lo invito a pensar qué vivencia tenía antes de la aparición del pánico, a los 50 años. Me cuenta que el primer ataque lo confundió con un infarto. Estaba solo en un edificio con escaleras y ya había hecho varios escalones cuando tuvo esa extraña sensación. Se quedó inmovilizado durante varios segundos y pensó que si subía algunos escalones más ya llegaría y podría descansar. Intentó subir un escalón y la vivencia de pánico aumentó. Sintió que moría. Transpiraba, el pecho se le había oprimido y las manos estaban frías. Me contó que estuvo varios minutos parado sobre ese escalón y advirtiendo que su posición era imposible de sostener. Al fin, decidió bajar y cuando llegó a la planta baja, todo el episodio desapareció. Con muchas variantes, esto se repitió y se repetía actualmente. Todo desaparecía al tomar Clonazepán o al salir al aire libre o al llegar al objetivo del viaje.

Le pregunto si había alguna situación particular en ese momento y expresa que estaba de viaje, fuera de su ciudad, visitando a un amigo enfermo. ¿Había algo en esa enfermedad que le preocupaba? El creía que su amigo padecía esa enfermedad porque había sido traicionado por su esposa y que eso era irreversible.

La etapa desencadenante se articulaba con el conflicto primario en el abandono, y la aparición de otro. El dolor, el llanto (la enfermedad) como respuesta a la insatisfacción. Recordemos que el conflicto primario es la vivencia de insatisfacción del mandato familiar. En nuestro paciente se trata de no poder cumplir con ese mandato a través de su reacción, querer tener lo que el otro necesita. Y como está en constelación, se suma la vivencia de no poder seguir esperando que el otro cambie, ya que su amigo se estaba muriendo.

Ese es el hilo conductor. La causa por la cual el timbre se convierte en descarga eléctrica. No poder tener lo que el otro necesita. No poder esperar que el otro cambie. El suceso desencadenante es la subida en la escalera porque se articula con el conflicto de caída. Y es la enfermedad del amigo que se articula con el abandono, la falta de amor, el no poder ser lo que el otro busca. Todos los sucesos se articulan.

Los sucesos de los 8 años (el miedo a la caída) y los de los 25 años (el miedo a la muerte) eran parte de esta historia que ahora se llamaba ataque de pánico. Un hilo conductor donde el miedo era la expresión nacida del conflicto primario de los 4 años. Lo que necesitaba era inhibir la respuesta de miedo que se había gestado por la articulación entre ambos mandatos y sus conflictos primarios. Ese muro tiene este

primer ladrillo que es la conciencia de lo que está ocurriendo para que se desencadene la crisis de pánico. A partir de allí, esa conciencia es la base de la terapéutica.

Capítulo 13.

Hacia la curación.

Es aquí que nos encontramos con todo el peso de lo biológico. La persona analiza, discrimina y usa el lenguaje. Apuntamos a la desdramatización, la preparación y la descarga verbal. Pero el programa prototípico del cerebro reptiliano ante cualquier situación que aumenta el estado de alerta, vuelve a activarse. Observamos la franca mejoría de los pacientes y la curación de muchos. Pero también la recaída, la vivencia de no poder superar la enfermedad. Hamer es muy claro al respecto. Sin solución del conflicto biológico, no hay curación de la enfermedad. Lo cierto es que la curación biológica tiene dos vertientes. La primera es la simple inactivación del prototipo celular y la detención de la enfermedad. La segunda es la activación de un prototipo que Hamer llama fase de conflictolisis, que es tan peligroso para la vida del sujeto como la fase de conflicto activo. Allí se producen las infecciones, las hemorragias, los infartos y las convulsiones. En muchos casos, es preferible no solucionar el conflicto ya que esa etapa genera tanto estrés y dudas en los pacientes y en los médicos que suele ser el desencadenante del final.

Muchos terapeutas opinan que los conflictos biológicos solo se solucionan de la segunda manera y que no conviene generar el conflicto de solucionar el conflicto. Que lo que se debe hacer es que el paciente continúe escuchando el timbre evitando que la descarga eléctrica se produzca. Que pueda continuar su vida de siempre sin grandes cambios pero que aprenda a desdramatizar, a hablar y a prepararse para que no haya sucesos que lo sorprendan.

En realidad, cambiar el programa prototípico de cáncer de huesos por el programa prototípico de leucemia no es aconsejable para nadie. Tampoco lo es cambiar el prototipo de úlceras de las arterias coronarias (fase activa de conflicto de territorio) por el prototipo de infarto de miocardio (fase de conflictolisis del conflicto de territorio).

La contaminación.

Sin embargo, hemos sido testigos y partícipes de muchas resoluciones de enfermedades en forma suave, progresiva e incruenta. Es decir, que la primera opción, la de la simple inhibición del prototipo es posible. Creemos que el error de muchos es proponer como única salida la solución del conflicto biológico. Creemos que la inhibición de la respuesta condicionada, que no es otra cosa que el trabajo suave, progresivo e incruento para que el cuerpo sepa que la descarga eléctrica no existe, es el camino hacia la curación. El tiempo, cuando se lo sabe usar, es un aliado maravilloso.

Y recordemos que en la descarga eléctrica no solo está la necesidad biológica insatisfecha sino que también está el conflicto primario, al que hay que trabajar, entender e incorporar como un niño herido, que con su cerebro aún no formado, teme por la llegada inminente de la descarga eléctrica.

Educar a un niño, no es tarea fácil pero hacerle comprender que nada tiene que temer es aún más difícil. Como nuestro paciente con ataques de pánico, ese niño busca la presencia de la madre. Una madre ideal, necesariamente ausente y dramáticamente buscada.

He sido muy criticado por la introducción de estos temas en la teoría de Hamer, como si los mismos contaminaran una idea pura y natural. No creo que la contaminen sino que nos permiten entenderla desde otros lenguajes que forman parte de la cultura humana. Independientemente que tengamos las mismas enfermedades que los otros animales, no nos enfermamos solo por cuestiones biológicas. Nuestro lenguaje nos permite enfermarnos por una palabra y la palabra no es solo biológica.

Los mandatos generacionales.

En la búsqueda de la articulación de la enfermedad con el conflicto primario, me encontré con los arquetipos. El niño herido con sus características de rabia, dependencia e ingenuidad representa a los órganos del endodermo. Allí las células proliferan. El saboteador, con sus características de no resolver los problemas y esperar que los otros se hagan cargo, representa al mesodermo. Allí, las células dejan de funcionar. La prostituta, con sus características de no creer en sí misma representa al ectodermo. Allí las células se ulceran. La víctima, con su sensación de abandono, trabaja en todos los órganos que activan prototipos de conducta de necrosis.

El trabajo con los prototipos me fue llevando (casi conducido por ellos) al intercambio que en las distintas generaciones se producía. Observaba que el arquetipo de niño herido que trabajaba en la infancia de un paciente era sustituido por el arquetipo de prostituta en la vida adulta y que ese arquetipo de prostituta era el mismo arquetipo que tenía alguien de otra generación cuando el paciente era un niño. Y leyendo la conducta de otra generación, llegábamos al abuelo o bisabuela que ejercía ese mismo arquetipo. Fue así que tomé conciencia (como la laucha entre los muros) que el papel de los arquetipos era ejercido por distintas personas de distintas generaciones y que las vidas de esas personas se articulaban en una suerte de misión inconclusa. La actual mujer con cáncer de mama estaba ejerciendo el mismo papel que su abuela cuando ella era niña. Y esta mujer actual con cáncer de mama cumplía inconcientemente ese papel activando un prototipo de conducta celular. La descarga eléctrica ya no era el conflicto primario sino algo del orden de lo transgeneracional.

La asociación con las hojas.

Comencé a observar que las personas no solo tenemos una historia personal sino también una historia heredada. Algo de lo que poco sabemos pero que influye a través de arquetipos en nuestras decisiones y en la forma de percibir un estímulo. Esa historia heredada también pasaba por el filtro de las hojas embrionarias. Los órganos del endodermo tienen su propia historia y los del ectodermo la suya. Al igual que los mandatos familiares, estos nuevos mandatos (que comencé llamando generacionales) hablaban su lenguaje en determinados órganos y no en cualquiera. Fue allí que comencé a ver que siempre existían violaciones a estos mandatos en las enfermedades en donde los comportamientos celulares eran más primitivos. Esa conducta celular no representaba una solución de emergencia para una crisis de supervivencia, sino por el contrario, ponía en actividad conductas celulares muy agresivas que si no se las detenía conducían a la muerte de la persona.

La expresión popular habla de tumores benignos y malignos o de enfermedades tratables o incurables. No es lo mismo tener un pequeño angioma en el hígado que tener múltiples nódulos que invaden órganos vecinos. No es lo mismo tener una gastritis que un engrosamiento de células anaplásicas en el techo gástrico. Según Hamer, todo se reduce a la intensidad del conflicto. Si la intensidad es leve, la enfermedad es leve. Si la intensidad es grave, la enfermedad es grave. La clínica no nos dice eso. Medir la intensidad de un conflicto no parece una tarea posible. Es exclusivamente subjetivo. Allí comencé a ver que en los pacientes que la conducta celular era agresiva, había una clara presencia de mandatos generacionales.

La lectura de Habermás me llevó a pensar que lo que él llama reproducción simbólica generacional se acercaba mucho a lo que trataba de encontrar. Luego fui extrapolando la función de las hojas embrionarias y sus órganos a esos mandatos que ya no eran familiares sino que pertenecían al conjunto de la humanidad. Fui tomando conciencia que si los cerebros que tenemos tienen su propia memoria y su propio sentido del

espacio y del tiempo, estos mandatos también lo tenían. Es así como apareció el mandato del endodermo en donde lo anterior debía tener más derecho que lo posterior ya que la nutrición inicial es la del macho primario. Es su derecho y su exclusividad. Pensé en todos los problemas de los órganos del endodermo, en las alteraciones digestivas y en como debía el alimento recorrer un largo camino para su metabolización y posterior aprovechamiento. Y en como si se iniciaba mal, terminaba mal. En como la metáfora del lenguaje convirtió al anterior en el padre y al posterior en el hijo. Lo relacioné con el mandato biológico y el mandato familiar y tomé conciencia de que los tres mandatos nos conducían a entender lo que había que hacer. El mandato biológico debía cumplirse; sin ello, no hay curación. Pero los mandatos familiares y sociales nos daban la alternativa de entenderlos y decidir si los cumplíamos o los trascendíamos. Allí estaba una clave para curar. No solo en solucionar el conflicto biológico sino en no permitir que el timbre desencadene la respuesta condicionada, trabajando los mandatos (el timbre) e inhibiendo la descarga eléctrica (el conflicto primario y su articulación con los sucesos actuales).

Algo que zumba.

Un paciente me relataba un zumbido que lo acompañaba desde hacía 22 años. Apareció luego de la muerte de su primer hijo por una malformación congénita del aparato digestivo. En ese momento tenía 40 años. Le pregunté que le había pasado a los 20 años y me contó que a esa edad, una novia lo había abandonado. Le pregunté que había pasado a los 10 años y relató que cursaba sus estudios en una escuela católica y una monja le pegaba en las manos como castigo habitual. Sus padres no creían su relato y lo dejaban expuesto al castigo. A los 5 años, relata con asombro (ya que se había olvidado) la estadía de un mes en casa de su abuelo y la sensación de rechazo cuando sus padres lo fueron a buscar. Allí estaba el timbre. Allí estaba la descarga eléctrica. El mandato biológico del oído es escuchar, atrapar la presa de la información (tu hijo ha muerto). Pero allí estaban los mandatos del ectodermo (no eres lo que esperábamos (mandato familiar) y debes tener autoridad (mandato generacional). Allí estaba el hilo conductor por todos los episodios donde lo dejan pero sobre todo a los 5 años. Pensemos que puede sentir una criatura de esa edad a la que los padres sin explicación alguna dejan en la casa de su abuelo. Todos los días al levantarse, trataría de escuchar los pasos de su madre que no llegaban. Allí está el conflicto primario. No puedo escuchar la llegada de mis padres. A los 40 años, la información que recibe (tu hijo ha muerto) se articula con esa vieja información de los 5 años. Y el cerebro reptiliano desencadena la respuesta condicionada al ruido de los pasos o de la voz de la madre que no se escucha. Genera ruidos para no esperar más esa voz. Esta nueva información (ya no espero a mi madre) es la que (al igual que la laucha) le hará saber a su cerebro reptiliano que la descarga eléctrica ya no está. Y cuantas más veces se repita esa información y se articule con el timbre (la vida cotidiana) mas nos acercamos al descondicionamiento del prototipo de conducta llamado acufeno (zumbido en los oídos).

Capítulos 14.

La teoría de los tres mandatos.

Comenzó a construirse con estos elementos la presencia de tres mandatos u órdenes con los que estos programas comenzaban a relacionarse. Poco a poco la realidad de estos mandatos se hizo presente en cada historia y pudimos comprobarlos centenares de veces.

- 1) **el mandato del órgano o mandato biológico:** es la función del órgano. El sentido para el cual ese tejido se ha formado. Tomar el oxígeno del aire en el pulmón, eliminar lo no digerido para el intestino, acumular reserva de alimentos para el hígado. Cuando ese mandato no se cumple, estaremos frente a la posibilidad de desarrollar un programa de emergencia habitualmente llamado enfermedad. La causa de ese incumplimiento puede ser una exigencia excesiva imposible de sostener en el tiempo o una decisión personal de no incorporar, asimilar o eliminar más. En ella, el pulmón no podrá captar suficiente oxígeno, el intestino, no podrá eliminar los desechos y el hígado no podrá tener reserva de alimentos para el funcionamiento del organismo. Este concepto de incumplimiento del mandato biológico es esencial para entender la diferencia entre las enfermedades comunes, que sí cumplen la función del órgano y las arquetípicas, que la niegan.
- 2) **El mandato familiar u orden de nacimiento:** es la historia familiar que penetra al futuro sujeto. Por circunstancias ancestrales o que rodean al nacimiento, el bebé es recibido de esa manera. Lo que importa de este mandato es la reacción al mismo. Si lo acepta y vive de acuerdo con él durante toda la vida, si lo rechaza o si aún hace más de lo que se le exigió. En el hígado, por ejemplo, el mandato familiar es “no podrás disfrutar de nada porque llegarás siempre tarde a todo”. Cuando se desarrolla un tumor de hígado, la reacción habrá sido, “rechazo ese mandato y arremeto con impaciencia para llegar a tiempo a todo”. En el origen de la enfermedad arquetípica, lo que no se puede cumplir es esa reacción. Cada vez que no logre arremeter para lograr su objetivo, se producirá un incumplimiento de esa reacción. Esto irá dando lugar a un espacio de programación de la enfermedad que hemos llamado conflictos primarios.
- 3) **El mandato generacional o social.** Es la historia de la supervivencia cultural ligada a la supervivencia del órgano. Cada órgano tendrá su mandato generacional que es fruto de la función del órgano inscrita en la historia ya no de los vertebrados, sino de la humanidad. En el hígado, el mandato generacional es “se debe aceptar la jerarquía de los anteriores (los padres) sobre los posteriores (los hijos). Cuando existen hechos en los que este mandato no se cumple, se producirá la enfermedad arquetípica, siempre que el mandato del órgano y la reacción al mandato familiar tampoco se hayan cumplido. Si una madre siente que no tiene derecho sobre su hijo (tenga la edad que tenga), ese mandato no es cumplido. Si un hijo siente que su madre es devoradora, tampoco se cumple. Diversas circunstancias, en el contexto histórico de los otros mandatos, serán el origen a una enfermedad arquetípica.

La teoría de los tres mandatos nos permite acceder a un rápido abordaje terapéutico. Si la enfermedad es fruto del incumplimiento de esos mandatos, se deben realizar actos que cumplan real o simbólicamente los mismos.

El cumplimiento en el endodermo.

En el endodermo tendremos tres objetivos. Cumplir la función biológica, la reacción ante el mandato familiar y el mandato generacional.

- 1) **El mandato biológico:** la función del endodermo es captar la presa, digerirla y eliminar los deshechos. Cada órgano tiene funciones específicas que darán la tonalidad al cumplimiento. El estómago debe aceptar pasivamente pero luego agredir activamente con ácidos y enzimas. Si no se asegura la función biológica, no hay posibilidad de curar una enfermedad. Esto es así cuando la enfermedad está activa. Cuando ese período, es superado (muchas veces por el tiempo que transcurre y otras por reales soluciones a los incumplimientos), pueden hacerse maniobras que pongan en peligro la función biológica e igual detener la enfermedad. Asegurar la función biológica es permitir la entrada de alimentos y su disgregación. En un sentido simbólico, permitir la entrada de pensamientos, sentimientos y su división lógica para ser luego analizados en un nivel superior. El intestino debe eliminar los deshechos. En un sentido simbólico, esta función biológica se relaciona con historias pasadas que uno debe aprender a eliminar sin dolor. En el hígado, habrá que desintoxicarse, entre otras cosas, de sentimientos de rencor y decepción. En la tiroides, se deben desarrollar actividades en donde se pruebe la rapidez y eficacia en los movimientos. En el páncreas, habrá que descansar del permanente sacrificio con los familiares. En el pulmón, habrá que respirar “aire puro”. Cumplir el mandato biológico es cumplir simbólicamente y concretamente con la función del órgano.
- 2) **El mandato familiar del endodermo:** es “deberás esperar siempre; nunca serás el primero”. La reacción que nos interesa tendrá distintos matices. Si la persona decide arremeter para llegar a ser primero en algo, cuando no pueda arremeter, la célula hará tumor, proliferación celular. Si la persona huye de la vida, cuando no pueda huir, hará úlceras. Cuando la persona ha elegido sufrir el mandato con una actitud de espera permanente y no pueda por alguna circunstancia seguir esperando, hará inmovilidad del órgano. Cuando haya tumor endodérmico, habrá que estar seguro de cada acto para no fallar; arremeter pero para conseguir lo buscado. Cuando haya úlceras (enteritis por ejemplo) será importante conseguirle un lugar seguro donde su huida pueda ser posible. Si hay inmovilidad o disfunción (hipotiroidismo por ejemplo), habrá que permitirle volver a esperar. De alguna manera, ofrecerle una esperanza concreta. Cumplir la reacción al mandato familiar permitirá restablecer la forma en que esa persona ha logrado no enfermarse hasta ese momento.
- 3) **El mandato generacional del endodermo:** es “existe una jerarquía en donde los anteriores tienen más derecho que los posteriores”. Cumplir este mandato en las enfermedades endodérmicas no es entrar en conflicto sino salir de él. Cuando una hija siente que su madre le hace daño, es seguro que debe defenderse para impedir ese daño. Nadie tiene derecho a dañar al otro. Aceptar esa jerarquía es alejarse de ese vínculo ya que es imposible. No intentar mejorarlo. Solo alejarse. Si una madre es dañada por su hijo, también debe protegerse de ese daño. Pero eso no significa que quiera cambiar al hijo o que entre en conflicto con él. Debe aceptar su jerarquía y si no es posible cumplirla, alejarse del vínculo. Esto puede ser muy duro pero es imprescindible entender que se trata de un mandato social incorporado en el órgano. Que intentar hacer cumplir el mandato es entrar en conflicto de incumplimiento de mandato. Lo único que puede hacer la persona es no reactivar ese incumplimiento y aceptar que quien no lo cumple es el otro. De alguna manera, se libera al entender que uno está dispuesto a cumplirlo y el otro no. Los anteriores no solo son los padres. También los referentes, maestros,

superiores a nivel intelectual, laboral o espiritual. Si tenemos en cuenta que en un tumor endodérmico, la reacción que no se cumple es la de “arremeter y lograr a tiempo el objetivo”, en lo que refiere al mandato generacional, no se trata de arremeter contra el anterior sino de respetarlo pero logrando claramente el objetivo de no llegar demasiado tarde.

La paciente H, es una mujer de 65 años, que presenta dos nódulos en el hígado, presumiblemente metastáticos de mama. El incumplimiento biológico se daba en varios niveles. Por su edad, ya no tenía manejo de la economía, como lo había hecho hasta entonces y dependía de las decisiones de su marido (incumplimiento de reserva). Presentaba un gran rencor hacia toda figura de autoridad y un desprecio pronunciado por su marido (incumplimiento de desintoxicación). Tenía imposibilidad de demostrar lo que sabía en su profesión y adjudicaba esa dificultad a la presión económica (incumplimiento de productividad). Por su personalidad distante y orgullosa, estaba acostumbrada a arremeter con sus decisiones, cosa que algunos hechos recientes, le impedían hacer (incumplimiento de reacción de ataque ante el mandato endodérmico de no llegar). Uno de sus hijos la rechazaba explícitamente y no la quería recibir (incumplimiento del mandato social de jerarquía de los anteriores). Se debe tomar cada incumplimiento y trabajarlo concreta o simbólicamente. Desde hablar con el marido para que le otorgue una presencia económica real, en donde ella pueda tomar decisiones, hasta permitirle volver a arremeter en pequeñas cosas que le permitan salir de su orgullo herido y de su verdadera intoxicación por rencor. También alejarse del hijo que la rechaza y reforzar su vínculo con los otros hijos.

El cumplimiento en el mesoderma antiguo: buscaremos los tres objetivos; cumplir la función biológica, acceder a la reacción ante el mandato familiar y respetar el mandato generacional.

- 1) **el mandato biológico:** la función de los órganos de esta hoja embrionaria, es la de coraza del propio organismo. En la mujer y durante un período de tiempo, el hijo forma parte del propio organismo y las mamas son órganos coraza del hijo. La función de las mamas es doble en esta hoja; por un lado protegerlo de cualquier ataque y por otro producir leche para alimentarlo y que pueda vivir. Cumplir la función biológica de la mama es poder “poner el pecho” por el hijo y poder darle lo que él necesite. La función de la dermis es ser coraza de la mirada del otro, de su opinión, de todo aquello que pueda ser vivido como una ofensa en la zona donde se recibe. Si es algo dicho desde atrás, en la espalda; si es sobre su capacidad intelectual, en el cerebro; si es sobre su carrera profesional, en las piernas; si es sobre algo que no hubiese querido ver, en el ojo. Si es un ataque a la anatomía de las mamas, se verá en la dermis que rodean a la mama. Cumplir la función biológica de la dermis es poder protegerse de una vivencia de hostilidad que rodea a esa persona. Esa vivencia es biológica. Imaginemos un cáncer de mama que crece e invade la piel. Allí la dermis crecerá notablemente ya que vive la doble amenaza. La del propio cáncer y la de la amputación quirúrgica. Las lesiones crecerán, en la medida que esa función, la de protección, no pueda ser cumplida. Lo mismo vemos en las capas del peritoneo, la pleura y el pericardio. Tanto la probable agresión (traumatismo, cirugías, pensamientos constantes de que una lesión interna pueda avanzar) como la vivencia de ofensa en esas zonas (golpes a las emociones que representa el corazón; ataques al territorio que representa el pulmón; agresiones a la capacidad de eliminar los desechos que representan los intestinos) podrán generar respuestas celulares de

esas capas para proteger a los órganos. Cumplir esas funciones implica un trabajo conjunto con los otros dos mandatos.

- 2) **El mandato familiar:** las personas que se enferman de los órganos del mesodermo antiguo, nacen con una orden que es “tienes una deuda que pagar”. En el cáncer de mama, los melanomas y los meningiomas, la reacción a esa orden es “la voy a pagar con intereses”. La persona se enfermará cuando no pueda cumplir con esa deuda. Estas órdenes o mandatos familiares pueden tener diversos orígenes. Ser vivencias de generaciones anteriores que dejan deudas sin pagar o ser circunstancias del nacimiento tales como una madre que muere al nacer su hijo. Vivir con la conciencia de tener que pagar o cumplir constantemente podrá generar otras reacciones, tales como la huida permanente de cumplir con algo (situación que veremos en la aparición de las ascitis) o una conducta de inmovilidad en donde uno se deja sacar sin defenderse pero no huye (situación que veremos en algunas enfermedades autoinmunes). Estas enfermedades aparecerán cuando la reacción elegida ante el mandato no pueda cumplirse. Esto hará que el mandato exija su cumplimiento, lo que se hace con la enfermedad. En el cáncer de mama, los melanomas y los meningiomas se debe favorecer el dar cuando esto sea impedido. En las ascitis, permitir una huida a un lugar seguro será fundamental para curarse. En las enfermedades autoinmunes, es necesario sacarlos de los conflictos de los que se exigen huir o atacar y permitirles volver a su inmovilidad elegida.
- 3) **El mandato generacional:** en el mesodermo antiguo, este mandato se expresa así: “debes proteger lo que has recibido”. Si bien, lo que uno recibe al nacer es un “pedazo de carne”, eso se vuelve luego organismo y cuerpo. Por lo tanto, no solo se refiere al soma sino a todo lo que sobre ese soma se inscribe. El mandato generacional, al igual que la función biológica gira sobre un término que es la protección. No cumplir con este mandato es no protegerse a uno mismo y a todo aquello que uno considera parte de uno mismo. No como posesión sino como integración. Los pensamientos y los sentimientos entran en este concepto. No cumplir con este mandato es no saber defender su propio cuerpo ni sus ideas. Cumplir este mandato debe estar enlazado al cumplimiento de la función biológica y de la reacción ante el mandato familiar. En un cáncer de mama, habrá que lograr que junto a poder seguir dándole al hijo lo que él necesite, se pueda continuar con la exigencia de cumplir y de proteger su propia carne y sus propias ideas sobre lo que debe hacer.

M es una mujer de 35 años que presenta un cáncer lobulillar de ambas mamas con lesiones nodulares en la piel que rodea su pecho. M es una persona mística y cree que su lesión es cumplir la pasión de Jesús por las deudas que ha creado en vidas anteriores. El incumplimiento de la función biológica se expresa luego de un fracaso en un emprendimiento familiar que ella misma juzga como no haber podido imponerse para defender lo que es suyo. El incumplimiento de la reacción al mandato familiar de cumplir con intereses el pago de la deuda, se expresa en su percepción de que debía superar una vida pasada en donde era una monja que castigaba a los niños. Toda su vida había intentado ayudar en lugares pobres y en uno de ellos, fue robada y golpeada, lo que le obligó a irse y dejar de ayudar. El incumplimiento del mandato generacional, se había expresado cuando apareció, hacía un año, un quiste en su mama izquierda y se lo extirparon dejándole una cicatriz que vivía como haber permitido que agredieran su cuerpo. La mujer presentaba en la TAC de cerebro una constelación de levitación que obligaba a ser cauto en la forma de abordar la terapéutica, ya que era zurda y si se

liberaba su hemisferio derecho, podría hacer un cáncer de pulmón. Es por eso que se comenzó con un cambio en la percepción de la realidad para reactivar la función biológica. Se le retiró un DIU que tenía hacía cuatro años para que no se inhibiera la información cerebral de probable embarazo y lactancia. Se trabajó en forma distinta la idea de destino de pagar culpas, permitiéndole un pago simbólico a través de una dramatización. Se le aseguró que no se la iba a amputar más, ofreciéndole tratamientos no cruentos en donde las lesiones lograron mejorar rápidamente.

Capítulo 15.

El cumplimiento en el mesodermo moderno: en las enfermedades de estos órganos habrá que cumplir la función biológica, confirmar la reacción ante el mandato familiar y respetar el mandato generacional.

- 1) **el mandato biológico:** los órganos de esta hoja embrionaria se ocupan de contener, sostener y dar estructura al organismo. Los músculos tienen fuerza, volumen y movilidad. Las articulaciones, flexibilidad. Los huesos, firmeza y verticalidad. Los ganglios, filtro y sostén. Los vasos, capacidad de aumentar o disminuir la circulación. En la enfermedad, todas estas funciones se ven amenazadas. Es necesario recuperar esa función, de manera real o simbólica, para lograr la curación. En los sarcomas, se observan distintas funciones según el tejido involucrado. Hacerse más fuerte; sostener el lugar donde asientan (retroperitoneo, pulmón) o dar más continente a la zona (Ewing). En los linfomas, se destaca la función de filtro inmunológica pero también la de sostén del sistema de drenaje. En las leucemias, el sentido biológico es la producción de células defensivas. En todas estas enfermedades, se observa una exigencia a cumplir la función biológica en exceso, como una respuesta al incumplimiento del mandato biológico. Se debe volver a instalar el cumplimiento de este mandato. En los sarcomas, hacerse fuerte. En los linfomas, poder filtrar. En las leucemias, saber defenderse. Cumplir el mandato biológico es parte de la curación.
- 2) **El mandato familiar:** el mandato con el que se convive en las enfermedades del mesodermo moderno es “naciste para asegurar la felicidad de los otros”. Cuando la reacción elegida ante ese mandato sea luchar para funcionar siempre como garante, las enfermedades que aparecen ante el fracaso de esta posición serán las que promuevan proliferación celular (linfomas, sarcomas y leucemias). En estas enfermedades, las personas se obligan a cumplir con la función de ser el garante de que los otros estén bien y sienten que no lo están haciendo. Cuando la reacción elegida sea quedarse quieto, inmovilizarse, para no poner en peligro la seguridad de los otros, cada vez que se intenta salir de esa inmovilidad, las enfermedades llevarán a las parálisis y a la hipertensión arterial. En estas enfermedades, las personas se sienten obligadas a hacer algo cuando su característica fue siempre esperar. Cuando la reacción predominante ante el mandato sea huir de ser el garante, las enfermedades aparecerán cuando esa huida no sea posible. (anemias, plaquetopenias). Estas personas se sienten acorraladas ante una situación que nunca han enfrentado y ahora se les hace imposible no hacerlo. El cumplimiento no es del mandato sino de la reacción de supervivencia ante ese mandato. Lo que habrá que lograr en los sarcomas es seguir siendo el garante. En las parálisis, la quietud. En las aplasias, la huida.
- 3) **El mandato generacional:** en el mesodermo moderno, el mandato generacional es “debes ser leal a la historia que recibiste”. No cumplir este mandato cuando se ha recibido una historia que no se quiere continuar, es algo frecuente. Si la persona tuvo un padre suicida y un abuelo suicida, es claro que esa historia no quiere continuarse. Si una mujer tiene una madre que ha hecho infeliz a su marido y una abuela con la misma actitud, muchas veces, el mandato generacional se repite sin conciencia de hacerlo. El conocer este mandato en las enfermedades del mesodermo nos puede ayudar a tomar conciencia de cómo desarticular una enfermedad. En una leucemia, puede verse que uno de los padres del niño enfermo, vive en franca oposición a cumplir este mandato ya que su madre, vivió el suicidio de su propio padre de niña. O su padre vivió la

infidelidad paterna. Estos hechos generan un incumplimiento manifiesto en una determinada etapa de este mandato. Hemos visto muchas veces que un niño se enferma a la misma edad que su abuelo se suicidó. El conocimiento de esta articulación nos permite transmitir al niño, la necesidad de que él se independice de este mandato, que al fin de cuentas es también su propio mandato. Esta independencia debe realizarse en conjunción con el cumplimiento del mandato biológico (lograr defenderse de la agresión) y del mandato familiar (lograr confirmar ser garante de la felicidad del otro). Usamos el término independencia como la posibilidad de trascender esa historia pero asumiendo que existe. Tanto ignorarla como caer bajo el peso de ella, son los caminos de la enfermedad. En las personas adultas, esto se logra con el conocimiento y la dramatización. En los niños, se necesita la palabra de los padres y el juego orientado a ese propósito.

D es un varón de 45 años con diagnóstico de leucemia. Un profesional al que le va muy bien pero que no encuentra la felicidad. Está casado con una mujer que lo quiere pero que no le brinda satisfacción en el plano sexual. Ambos son personas que buscan la trascendencia en sus vidas e investigan distintas corrientes espirituales. El conoce a una mujer y se acuesta con ella. En un encuentro terapéutico, lo confiesa a su mujer. El incumplimiento biológico de las leucemias se expresa en una exigencia al mecanismo de defensa interna ante la hostilidad del medio. Hay una percepción de indefensión ante la reacción de la esposa que amenaza irse y lo descalifica. No esperaba esa reacción. Creía que su confesión los iba a unir más. La reacción de ser el garante de la felicidad del otro se desmoronó ante la reacción de la esposa. El incumplimiento de la fidelidad hacía reaccionar al mandato generacional recibido. Hay dos posibilidades. O desarmar la exigencia a sus defensas, permitiéndole un lugar seguro en donde no deba defenderse. O que se defienda como una fiera y pase a atacar a su esposa y a acusarla porque lo obligó a serle infiel. La separación aquí es una posibilidad cierta hasta que el tiempo permita relacionarse con la esposa de otra manera. Debe volver a ser garante, probablemente con una actitud de cumplimiento de sus deberes como padre y de darle a su esposa todo lo que necesite. El concepto de infidelidad, pierde fuerza si se separan. En la teoría de los tres mandatos se aborda el cumplimiento de los mismos pero hay otras formas de abordaje terapéutico que no implican tal cumplimiento.

El cumplimiento en el ectodermo: debemos lograr la satisfacción de los mandatos biológicos y generacionales y de la reacción a los familiares.

- 1) **el cumplimiento del mandato biológico:** los órganos derivados de esta hoja se ocupan del contacto con el exterior y con el interior. Son los revestimientos de los conductos y la epidermis. También la mielina de los nervios, la placa neuromotora y el tálamo. De un modo general, el sentido biológico de estos tejidos es la separación con el otro. También con lo otro (líquidos, secreciones). Es el concepto de límite, de borde. De lo mío y de lo que no es mío. El territorio y la identidad. Conceptos que responden a la vivencia de un yo separado de los otros. Desde un punto de vista biológico, esto significa lo que es mío o a lo que yo pertenezco. Todos estos tejidos están representados en la corteza cerebral hormonodependiente. Esto hace que la vivencia territorial o de identidad cambie con la influencia hormonal. Acá habrá percepciones de macho y de hembra con variantes que dependerán de la edad y del nivel de hormonas. Todos los conflictos biológicos tendrán origen en la percepción hormonal de pérdida de territorio, aislamiento, separación, cuestionamiento a la identidad. Aquí se verán

las enfermedades coronarias, las bronquiales, las de mucosa digestiva y las esclerosis múltiple entre otras. En todas ellas, lo que importa satisfacer es el concepto de territorio y de identidad. Lo que es mío y a lo que yo pertenezco. En una enfermedad ectodérmica, es necesario tener claro la vivencia hormonal del paciente y en base a ella, lo que necesita lograr en el contacto interior y exterior. En las enfermedades de los bronquios, darles más espacio, contactos menos cuestionadores. En las enfermedades del aparato urinario, más firmeza a su grupo de pertenencia. En los problemas coronarios debe tratarse el concepto biológico de jefatura. En las diabetes habrá que aprender a no entrar en estado de alerta permanente ante la adversidad.

- 2) **El cumplimiento del mandato familiar:** en los tejidos del ectodermo, este mandato se enuncia así: “no eres lo que los otros esperan de ti”. Un recibimiento decepcionante en la entrada al mundo. Para las enfermedades en donde haya proliferación celular (como en el cáncer ductal de mama) la reacción elegida ante ese mandato es “como no soy lo que los otros esperan, me esforzaré en tener lo que los otros necesitan”. Cada vez que esto no se logre, se generará un conflicto. Lo que debemos cumplir es esa reacción. Poder tener lo que el otro necesita. Este cumplimiento ha fallado y se debe restablecer. En el cáncer ductal de mama, hemos visto si es del lado derecho en una mujer diestra, que la vivencia es de no tener lo que el marido necesita. Aquí será imprescindible reevaluar la forma de relacionarse entre ella y su esposo ya que si no, todo sería una exigencia permanente. Es importante que la paciente entienda como ha hecho girar el mundo en base a su posibilidad de darle al otro (vivencia hormonal de hembra secundaria) y permitirle cambiar. En una esclerosis múltiple, la reacción elegida frente al mandato familiar es “espero siempre que el otro me de su aprobación”. Es una reacción de inmovilidad ya que cualquier movimiento hará que el otro le imponga su condena de no ser lo que los otros esperan. Es por eso que ante los fracasos en que el otro de su aprobación, su presencia, su amor, se genera un conflicto. También aquí es fundamental, cambiar la percepción que se tiene sobre la realidad. Entender la influencia hormonal en esa percepción pero también la influencia cultural. Dejar de buscar la aprobación del otro, la espera inútil de que el otro cambie. En el asma también se ve este mecanismo pero asociado a otra respuesta o reacción frente al mandato familiar que es “me aílo así nadie espera nada de mí”. Es la elección del macho jefe derrotado. Irse, no tener más pertenencia y así evitar que los demás esperen algo de él. Allí será útil, permitirle ese aislamiento ya que si no el ataque de asma se hará presente. Pero será un aislamiento curativo y que anteceda al cambio de vivencia en la relación con los otros. No obligarse a ser más macho jefe ni hembra secundaria. Recuperar una vivencia acorde a su naturaleza. En la angina de pecho, estará presente la reacción exclusiva de aislamiento, que al no cumplirse desencadenará la activación del mandato familiar y el agrandamiento de la úlcera. Allí será imprescindible la retirada. Como vemos, en el ectodermo, el cumplimiento de los mandatos es desplazado hacia la toma de conciencia de salir de la respuesta ante el mandato. Esto tiene su origen en que el juego exigencia excesiva-cumplimiento de la misma, genera una vagotonía que pone en peligro la supervivencia.
- 3) **El cumplimiento del mandato generacional:** en el ectodermo, este mandato social se enuncia así: “debes tener autoridad en lo que eres y haces”. Dado que los órganos ectodérmicos se han especializado en la noción de límite entre lo exterior y lo interior, el Ideal de supervivencia ha inscripto en ellos, el concepto

de autoridad. El objetivo de este mandato es permitir una relación posible con el otro que está más allá de mi propio límite. La autoridad surge cuando uno tiene lo que el otro necesita. Es en estos tejidos en donde ese concepto se juega en lo biológico y en lo simbólico. Así, ambos mandatos (el familiar y el social) se aúnan con el mandato biológico de sostener límites posibles. En la esclerosis múltiple, el sentido biológico de la parálisis es quedarse quieto ya que hay una exigencia contradictoria a la función de la mielina (doy la orden de moverme pero no la acepto). El sentido de la reacción al mandato familiar es inmovilizarse a la espera de que la realidad cambie. El sentido del cumplimiento del mandato generacional es tener aquello que se le niega en la biología (hacer el movimiento) y en lo familiar (no poder seguir esperando). Cumplir este mandato es también una vivencia. La de no verse obligado a tener lo que el otro espera. Como en todas las enfermedades del ectodermo, se trata de tomar conciencia para superar la vivencia de límite con el otro que lo ha llevado a la enfermedad.

S es una mujer de 58 años con diagnóstico de esclerosis múltiple. La enfermedad comienza luego de un robo, en donde toman como rehén a su hijo. Ella quería ir a buscarlo pero si lo hacía ponía en peligro la vida del hijo. Estas actitudes de dar la orden de moverse pero no ejecutarla era una constante en su vida. En la teoría de la MPB es fundamental reprogramar todos los hechos en donde esta contradicción aparezca. Buscarlos a través de la hipnosis eriksoniana o de otros métodos y unirlos al hecho actual. La reacción al mandato familiar de no ser lo que los otros esperan en esta enfermedad es la posición de que el otro cambie y que uno sea lo que el otro quiere. La enfermedad recrudesció cuando ella decide mudarse para provocar una actitud de cambio en el marido y no lo logra. El incumplimiento generacional de la autoridad se produce ante la repetida actitud de una hija de reclamarle bienes materiales argumentando que ella no los necesita. Es necesario en tan compleja enfermedad, trabajar la conciencia más que el exterior. En lo biológico, no debe existir contradicción entre el querer y el hacer. Debe salir de la trampa de desear cosas solo para que la quieran y le den pertenencia. En la reacción ante el mandato familiar debe aprender a no esperar el cambio del otro sino su propia transformación. Aquí, la persona con esclerosis múltiple funciona como una presa frente a un predador; es una verdadera lucha de poderes que debe replantearse y permitirle dejar de ser presa u obtener un lugar seguro en donde no hay predador. El incumplimiento generacional es quizás el más importante. Tener autoridad ya no será tener lo que el otro necesite sino salir de la trampa del vínculo enfermo y lograr que algún otro busque lo que ella tenga.

Capítulo 16.

El destino.

Lo que apareció luego de la teoría de los tres mandatos, fue la pregunta de si detrás de todos esos mandatos, esos timbres y esas descargas eléctricas que implicaban un conflicto primario, no había un fatalismo. Una orden más allá de toda orden, que exigía que esa persona viviera esos conflictos, esas reacciones y esas respuestas condicionadas. Al fin de cuentas caíamos bruscamente en la pregunta más común que la persona se hace frente a la enfermedad: ¿Porqué a mí?

No parecía muy original la propuesta pero con todos los elementos que veníamos trabajando no podíamos esquivarla. El mandato biológico, el mandato familiar y el social (o generacional) son vividos en cada ser humano de acuerdo a su historia personal y a las predisposiciones biológicas y culturales que recibió. No hay linealidad sino atravesamiento y subjetividad.

La idea que el destino podía leerse en el mandato familiar fue muy atractiva. Una persona que tenía un adenocarcinoma de mama no solo tenía el mandato de pagar una deuda de por vida, sino un tipo especial de reacción ante ese mandato. Esa reacción es pagar con intereses, poner el pecho más allá de lo que el otro pide. Y la enfermedad viene a hablar de ese destino. Debe aprender a no hacerlo más. La persona que tiene ascitis tiene ese mismo mandato pero su reacción no es pagar con intereses sino por el contrario huir de toda responsabilidad. La enfermedad viene a hablar de su destino. Debe aprender a hacerse responsable de sus compromisos.

Allí fuimos encontrando que la enfermedad en sí nos revelaba lo que esa persona venía a aprender.

Alguien con esclerosis múltiple, tiene el mandato del ectodermo que es “no eres lo que esperamos; te dejamos porque no nos convienes”. La reacción a ese mandato en una EM es “esperar a que le pueda convenir a alguien”. Y la enfermedad revela el destino de esa persona. Debe aprender a no querer ser lo que el otro quiere que sea.

Entender la relación entre los mandatos y las reacciones ante ellos, nos sirve de ayuda para ir abordando la curación.

Aprender a escuchar.

Los anatomistas del siglo 17, decían que el nervio del oído se dividía en tres partes, la superior que servía para oír conversaciones mundanas, la media que trasladaba los conocimientos y erudiciones y la inferior que se metía debajo del puente de Valorio y era la que solo escuchaba lo relacionado con la sabiduría. Era el oído del alma.

Debemos aprender a usar esa rama inferior del nervio acústico (inexistente en nuestra realidad) para captar nuestro compromiso con el destino.

Sin embargo, la lectura de ese destino debe convertirse en una ayuda para trascenderlo y no (como muchas escuelas esotéricas pretenden) en una atadura que al no cumplirla nos lleva al dolor y a la muerte. El compromiso con las generaciones anteriores (o con las vidas pasadas como algunos proponen) debe adaptarse a nuestros valores y nuestra realidad y no lo contrario. Si nuestra alma es eterna, nosotros como personas no lo somos. Tenemos una vida finita y en esa finitud, debe primar el derecho a la realización de lo que podemos ser y no a la realización de lo que el alma propone como la misión en la vida.

En ese sentido, la enfermedad es una guía de nuestras limitaciones. Los mandatos relacionados con cada una de ellas nos advierten como nos hemos ajustado a ese destino. El paciente con esclerosis múltiple recibió ese mandato y su decisión fue esperar a que el otro cambie. Para lograr su curación, no se le debe proponer que aprenda de una vez por todas lo que ese mandato le exige (no ser lo que los otros

esperan) ya que esa conducta implica un sometimiento a ese destino. Los que proponen las vidas pasadas pueden decir que esa persona ha tenido en otras vidas un karma en donde él siempre hizo lo que quiso con los demás y ahora debe aprender a que los otros hagan con él lo que quieran. Si ese fuera el caso, aceptar y vivir con la enfermedad ese karma, no es lo que proponemos. Al igual que la laucha frente al timbre, debemos aprender que la descarga eléctrica (el destino) está sometida a nuestra decisión de saltar o entender que la vida no nos exige nada (que la descarga eléctrica no es obligatoria). Nadie debe creer que la misión de su vida es cumplir con su destino. La misión de su vida puede ser simplemente pasarla bien. Su alma seguirá siendo eterna. Y esto no es un acto de egoísmo con el Universo sino una conciencia de los límites propios y de la necesidad del tiempo que nos ha tocado vivir.

Enfermedades comunes y arquetípicas.

La enfermedad nos presenta así la posibilidad de elegir. O seguimos cumpliendo el destino que nuestros mandatos reflejan o los trascendemos y nos convertimos en personas con necesidades y valores que deben ser satisfechos para curar esas enfermedades.

La medicina psicobiológica se propone también trabajar estas cuestiones. Lo hace al dividir las enfermedades en comunes y arquetípicas. Las primeras serán aquellas en las que prima la supervivencia del organismo como respuesta biológica. Las enfermedades arquetípicas son aquellas en las que ya la supervivencia no es lo primero y se juega la primacía del destino sobre lo demás. En estas últimas se destacan el cáncer, el sida, las enfermedades autoinmunes y las enfermedades psiquiátricas. Allí se juegan los mandatos más universales que hemos llamado generacionales. Allí la vida de ese organismo no es lo que importa y así lo revela el comportamiento celular. Y la persona tiene derecho a saberlo y salvar su vida. Es por eso que en la medicina psicobiológica proponemos entender estos mandatos para tratar la enfermedad. Ya no se trata de producir una solución biológica sino un cambio social de tal magnitud que los mandatos que nos han venido rigiendo desde hace miles de años y que condicionan nuestras enfermedades, sean trascendidos.

Entendemos que no es una tarea que preocupa a aquel al que le han dicho que padece cáncer y le quedan pocos meses de vida pero si no planteamos estas cuestiones, jamás saldremos del laberinto en el que estamos. Y el solo hecho de enunciar ese cambio social es comenzar a salir de la trampa en la que estamos. La enfermedad se ha convertido en algo de lo que yo soy culpable porque algo malo habré hecho o en una absoluta casualidad sobre la que nada se puede hacer. La responsabilidad social nunca se pone en juego.

La trampa.

En la división de las enfermedades en comunes y arquetípicas por primera vez alcanzamos a entender esta responsabilidad de la humanidad y de los colectivos sociales. En las enfermedades comunes, se juega el individuo. Una gastritis será producida por la necesidad de digerir más de lo que esa persona puede (enfermedad común). Un acto individual. Un cáncer de estómago, en cambio, pondrá en juego no solo ese hecho individual sino el compromiso de esa persona con los anteriores (los ancestros) por los que siente que no los ha respetado y con los posteriores por los que siente que no lo respetan. Hay un mandato generacional que no puede cumplirse. En ambos estará presente el conflicto primario y el mandato familiar, que en este caso será la necesidad de arremeter para poder lograr algo ya que pesa sobre él, la orden de nunca triunfar.

La comprensión de la teoría de los tres mandatos (biológico, familiar y social) nos permite entender que son ellos los que debemos aprender a trascender. Que estamos colectivamente en una trampa y que intentamos desesperadamente luchar contra órdenes impuestas ancestralmente y que ya nos tenemos que liberar de ellas. Los mandatos existen pero hay que trascenderlos. Esa es en realidad nuestra misión en la vida. Crear una humanidad con armonía entre todos los seres vivos, cooperar entre nosotros fundando un sentido de solidaridad real y no de injusticia social como en el que vivimos y cuidarnos dando lo mejor de nosotros.

Capítulo 17.

El sistema proveedor territorial.

La idea del destino y de no quedar atrapados en un orden que no habíamos elegido nos parecía maravillosa pero no podíamos dejar de lado lo biológico.

Es así que volvimos a pensar lo biológico pero en términos sociales. Los aportes que la sociobiología había hecho los intentamos aplicar a lo que ya llamábamos programas de emergencia biológica (PEBT) y a las conductas que observábamos en las células como integrantes de un territorio que es el organismo humano.

Creemos que este es uno de los aportes más interesantes para entender la enfermedad y el tratamiento. Hemos dividido a los seres humanos en proveedores y territoriales dándole a cada uno de ellos determinadas características. Pero también hemos dividido a las enfermedades en territoriales y ya no proveedoras sino predatoras. Esto no significa que proveedor y predador sean lo mismo. Habrá territoriales con enfermedades predatoras y proveedores con enfermedades territoriales.

Esta división nos es francamente útil para abordar el tratamiento del paciente.

Proveedores.

FH de diana gruesa en hemisferio derecho.

Los órganos más afectados serán los de endodermo y mesodermo moderno.

Las conductas celulares típicas son la anaplasia tumoral y la necrosis.

El tono del SNV preponderante es la vagotonía.

La acción es el ataque y la huida en forma sucesiva.

Territoriales.

FH de diana gruesa en hemisferio izquierdo.

Los órganos más afectados serán los de mesodermo antiguo y ectodermo.

Las conductas celulares típicas son la úlcera y la disfunción.

El tono del SNV preponderante es la simpaticotonía.

La acción es el ataque y la huida simultánea (la amenaza)

Esta primera clasificación nos presenta al típico personaje proveedor cuya existencia está marcada por la necesidad de tener. Su amenaza fundamental es esa: no tener. Mientras esa amenaza no se presente, su realidad la manejará con un tono autónomo de vagotonía. Se siente seguro y relajado porque tiene. Es el león que si ya comió puede pasar un ciervo al lado suyo y ni lo mira. Es la persona con un trabajo seguro que sabe que cobra al mismo dinero todos los meses y que con eso cubre sus necesidades.

El proveedor basa su existencia en la lucha por la supervivencia y la plantea en el terreno en donde haya lo que él necesita. No le interesa la convivencia. Solo cumplir. Es por eso que sus mandatos giran en torno a tener que arremeter para lograr sus objetivos (endodermo) o dar mostrando lo que tiene (ectodermo).

El proveedor puede amenazar pero solo para avisar o prepararse para ejecutar. Esa ejecución puede ser el ataque si se considera apto para tomar a la presa o la huida si observa que su posición ya no le asegura la presa. Su logro es obtener la presa (endodermo) y ser reconocido como el que la obtuvo (ectodermo).

La amenaza que lo golpea es la pérdida de lo que tiene (trabajo, familia, dinero, salud) generando reacciones de ataque o huida que pueden ser descontroladas.

El territorial está marcado por la necesidad de ser. Su amenaza fundamental es no ser reconocido. Mientras esa amenaza no se presente en forma activa (porque siempre la vive en forma latente), su realidad la manejará con un tono autónomo de simpaticotonía. Está alerta constantemente porque hay otros que pueden ocupar su lugar. Es la persona que siente que su trabajo o profesión nunca le dan seguridad.

El territorial basa su existencia en la convivencia y siempre estará luchando por no perder el lugar que ha obtenido, aún cuando pueda perder las cosas materiales que ha logrado. No le interesa demasiado lo material; solo que lo llamen, que lo tengan en cuenta, que lo valoren. Es por eso que sus mandatos giran en torno a la valoración que los otros hacen de cómo defiende su territorio (mesodermo antiguo) y a la carga de convivir (mesodermo moderno).

El territorial vive amenazando que va a hacer algo o dejar de hacer algo. Pero nunca lo hace. Ni cambia de trabajo, ni se separa, ni invierte. Está retenido en sus acciones porque su logro no está en obtener nada sino en no ser acusado de incapaz (mesodermo antiguo) o de no dar lo suficiente para que los otros estén bien (mesodermo moderno). Es típico de un territorial perder rápidamente lo que ha logrado con mucho esfuerzo. Porque no le interesa ninguna presa, solo el reconocimiento de los otros (que es bueno, capaz, víctima, confiable).

La amenaza que lo golpea es la incertidumbre. Si a un territorial se le dan todas las certezas, recupera su poder.

Tanto los proveedores como los territoriales pueden ser machos primarios o secundarios y hembras dominantes o acompañantes. De ninguna manera hay que asemejar el macho primario al proveedor o la hembra acompañante al territorial.

Los proveedores y territoriales jefes (macho primario y hembra dominante) pueden ser predadores o líderes. La diferencia fundamental entre ambos es la muerte del otro solo para necesidades biológicas o como único objetivo (en todos los animales) y la conciencia del otro como semejante (ya solo en el plano humano). El predador los verá como presas (proveedor) o como obstáculos a remover (territorial). El líder como masa a influenciar (proveedor) o como remotivadores permanentes de su poder (territoriales). Los proveedores y territoriales no jefes (macho secundario y hembra acompañante) pueden ser competidores o paladines. La diferencia fundamental entre ambos es la aceptación o no de su posición biológica. El competidor (proveedor) la rechazará creyendo que su naturaleza es de jefe. El paladín la aceptará acompañando al jefe y dando la vida por él (territorial).

A partir de estas clasificaciones, abordamos a los mismos programas biológicos de enfermedad como predadores y territoriales.

Enfermedades predadoras: salen de lo regional y se hacen sistémicas.

Enfermedades territoriales: solo son regionales.

Pero en ambas la diferencia no solo es topográfica sino en sus modos de actuar. La enfermedad predadora utiliza las técnicas biológicas de los predadores, es decir la muerte biológica de la presa. La enfermedad territorial genera luchas biológicas de convivencia conflictiva (inflamación).

Es a partir de estos modos diagnósticos y pronósticos que hemos generado un abordaje terapéutico que surge de ellos. Es muy importante saber si estamos frente a un proveedor predador o a un proveedor competidor. La diferencia en el abordaje terapéutico es inmensa. El primero verá en su enfermedad una presa. Exigirá la inmediata destrucción de la misma. El segundo, intentará comprenderla para vencerla.

Si estamos tratando a un territorial líder tomará a la enfermedad como una causa; algo que sirve. El territorial paladín aceptará las indicaciones médicas sometándose a ellas con estoicismo.

En el proveedor habrá que aumentar la simpaticotonía. En el territorial, fomentar la vagotonía.

En las enfermedades territoriales se trabajará con actos de apaciguamiento y sometimiento tratando de ganar tiempo para que la lucha territorial disminuya. En la enfermedad predadora habrá que intervenir ya que la biología deja de usar instrumentos de lucha territorial que difícilmente lleven a la muerte y comienza a usar instrumentos mortales, considerando al cuerpo como una presa. (Sobre este tema ver “Las claves para curar” Ediciones De los cuatro vientos. 2010)

La elección de los tratamientos dependerá del biotipo social. La quimioterapia es un simpaticotónico que puede desbordar cerebralmente a alguien que tiene un permanente tono simpático (territorial); en cambio, puede ser de ayuda a quien va a compensar de un tono vagal excesivo (proveedor).

El abordaje de la solución de un conflicto será una ayuda para un territorial líder pero no para un paladín que necesita que le indiquen qué hacer.

Para un proveedor jefe (un predador) la única solución será que le saquen esa enfermedad. Para un proveedor secundario (competidor) la solución de un conflicto es un desafío que le permite soñar con ser jefe.

Creemos que las proyecciones que podemos hacer desde esta visión biosocial pueden ser aplicadas a una mayor comprensión de las distintas reacciones a los tratamientos que vemos en la práctica diaria.

Capítulo 18

Las metástasis.

Es éste uno de los temas más difíciles dentro de la teoría de Hamer y no podemos dejar de abordarlo. No es nada fácil para aquellos que no tratamos con libros o con teorías sino con seres humanos que sufren y que muchas veces no responden a pesar de todos nuestros esfuerzos.

Primero habría que definir qué es una metástasis. Si es el concepto clásico de una célula que viaja por la sangre o por la linfa y se instala en cualquier lugar del cuerpo (concepto muy antiguo y jamás cuestionado) es muy difícil creer que eso sea cierto. La célula anaplásica no puede hacer eso por muchas razones y la principal de ellas es que está muy preocupada por su supervivencia en concavidades que la separan del tejido sano y en ir liberando sustancias tóxicas para derrumbar ese tejido y así poder reptar y avanzar localmente. Cualquier célula no anaplásica al contactarla la inhibiría en su crecimiento. Ni siquiera debería ser una célula del sistema inmune. Es por eso que la célula anaplásica no viaja por la sangre. Quiere sobrevivir y se rodea solamente de células semejantes que no la inhiban en su crecimiento. Es una estrategia de supervivencia que no admite contradicciones como las de exponerse a todo el sistema inmune.

Pero hay quienes dicen que las metástasis no son eso. Sino un proceso de información entre los distintos órganos que transmiten cadenas genéticas. Lo cual invalidaría el uso de quimioterapia para prevenir las metástasis ya que las quimios no afectarían a esas cadenas.

También los llamados secundarismos por “nuevos” conflictos podrían llamarse metástasis ya que habitualmente siguen un patrón muy similar. Próstata en hueso. Recto en hígado. Melanoma en pulmón. Los conflictos secundarios no son casuales sino que pertenecen a un lineamiento biológico. La próstata hace secundarismo en hueso por la desvalorización sexual. (producida por la misma lesión o por los tratamientos hormonales). El intestino en hígado por el miedo a morir de hambre (ya que si el alimento no puede ser absorbido, se corre peligro de no abastecerse y hay que hacer una reserva allí). El melanoma en pulmón por la dificultad en el espacio propio que el conflicto biológico de ser manchado provoca.

Esa lógica responde mejor a un pensamiento de comunicación entre los órganos que a la presencia de nuevos DHS que pueden o no estar presentes.

Las metástasis cerebrales.

Lo que sucede en el cerebro es un tema más difícil aún. Las lesiones que aparecen serían una contradicción de la teoría de Hamer. El defiende y con mucha exactitud la ley que establece la imposibilidad de que una célula de un origen embrionario se convierta en una célula que tiene otro origen embrionario. Y sin embargo en su teoría de los focos cerebrales cualquier célula de cualquier origen se termina convirtiendo en una célula glial, es decir de origen mesodérmico (aunque hay células gliales de origen ectodérmico). Según Hamer, los tumores cerebrales o son inofensivos gliomas o son focos de cicatrización de enfermedades orgánicas que dependen de la evolución de éstas.

Que hay tumores cerebrales de origen primario y que no son inofensivos gliomas, a mí no me cabe duda. He visto morir en pocas semanas a muchos niños con tumores devastadores.

Con respecto a las llamadas metástasis cerebrales estamos en el mismo problema que cualquier metástasis. ¿Qué son?

He tratado de resolver esta cuestión con la teoría de las enfermedades arquetípicas. Allí, las enfermedades tienen dos grandes clasificaciones.

- 1) **Enfermedades comunes:** aquellas en donde la célula tiene un claro comportamiento de supervivencia. Utiliza conductas celulares maduras y específicas.
- 2) **Enfermedades arquetípicas:** aquellas en las que la célula no persigue con su acción la supervivencia sino la denuncia. Utiliza conductas celulares primitivas y no específicas.

El cáncer es una enfermedad arquetípica y lo que denuncia lo hace a través de conductas muy claras como la pérdida de inhibición por contacto, la impermeabilidad de la membrana celular, la inespecificidad de su función y la potencialidad en la multiplicación. Todas conductas biológicas que ha usado la evolución desde hace millones de años para denunciar situaciones de inadaptación con el medio. Estas denuncias no responden a DHS (aún cuando éstos pueden existir) sino a mandatos generacionales que en la teoría de la medicina psicobiológica son cuatro:

- 1) **Hoja endodérmica:** no aceptar la historia familiar.
- 2) **Hoja mesodérmica antigua:** no defender el territorio primitivo (el propio cuerpo y la cría).
- 3) **Hoja mesodérmica moderna:** no continuar con la historia y trascenderla.
- 4) **Hoja ectodérmica:** no ejercer la autoridad de lo que se es y de lo que se tiene.

A partir de allí, las metástasis adquieren otra visión y ya no se llaman así sino lesiones acompañantes. Son respuestas orgánicas de un territorio único que es el organismo. En algún momento la célula fue totipotencial, es decir capaz de crear cualquier tejido. Hubo un organismo potencial que esas células ya conocían. Ahora, ya maduras, regresan a ese antiguo conocimiento que permanentemente se repite en el origen de la vida humana. Las células del tejido conjuntivo están conectadas con las epiteliales por su origen común y es esa conexión la que debemos rescatar en el origen de las mal llamadas metástasis. Las células epiteliales no se convierten en células conjuntivas sino que regresan a estados en donde no eran ni epiteliales ni conjuntivas y si bien ya no pueden ser totipotenciales sí pueden ser multipotenciales. Pero siguen siendo células nacidas allí, no viajantes. Esa diferencia la debemos aprender y comprender porque no es lo mismo luchar contra células escondidas en la sangre y a las que se debe intoxicar con drogas para que no se manifiesten (teoría actual de la oncología) que trabajar con el concepto de órganos que van a responder con conductas celulares que acompañan con un sentido de denuncia o reparación a los órganos enfermos originalmente. Las metástasis (palabra que debe ser reemplazada por secundarismos) son respuestas de ese territorio que es el organismo, a las mismas causas que originaron la lesión primaria o a causas nuevas que pueden o no guardar relación con las que originaron la lesión primaria. En el primer caso los llamamos secundarismos asociados. En el segundo caso, secundarismos no asociados.

Los secundarismos asociados.

Llamamos así a las lesiones que aparecen en otros órganos una vez que se ha diagnosticado un cáncer original. Esta asociación es muy frecuente y tiene dos causas: el diagnóstico médico y el rol biológico de la lesión.

- 1) **el diagnóstico médico:** aquí englobamos no solo la brutalidad de algunos médicos sino también la vivencia de tener un diagnóstico. En el primer caso, la acción del médico suele ser determinante para la aparición de lesiones

fundamentalmente en pulmón, en la clásica imagen de “suelta de globos” producida por el impacto brutal que significa una desacertada manera de transmitir la información. La tensión celular que se produce en ese momento en algunos órganos que reciben el estímulo (miedo, pérdida, desvalorización) es de tal magnitud que los secundarismos denuncian con su conducta celular el incumplimiento brutal de los mandatos que rigen la supervivencia de los valores humanos. En el segundo caso, lo que actúa es la vivencia colectiva de saberse enfermo de cáncer. Este fenómeno ha sido impuesto socialmente en los últimos años a partir de las escenas francamente siniestras que ofrecen los pacientes tratados con quimioterapia y radioterapia y a la presión que los medios de comunicación ejercen sobre los supuestos logros obtenidos con estos tratamientos. Hoy, estar enfermo de cáncer es someterse no solo a la muerte sino al mancillamiento y a la destrucción. Muchas enfermedades nos pueden llevar a la muerte pero pareciera que solo unas pocas tienen el carácter de ser malignas. De terminar no solo con nuestra vida (suceso que a todos nos va a ocurrir) sino con nuestra dignidad y nuestros valores más profundos. El diagnóstico de cáncer lleva a la aparición de nuevos conflictos de supervivencia y de denuncia que rápidamente son catalogadas de metástasis.

- 2) **El rol biológico de la lesión original:** las lesiones arquetípicas son producidas con un sentido de denuncia y ésta puede expresarse solo en el territorio en que nace o necesitar de otros lugares y desarrollarse allí. Esta decisión depende de la naturaleza de la persona en la que asienta la lesión y de la naturaleza de la denuncia biológica. En el primer caso, la MPB realiza una clasificación de los seres vivos en territoriales (buscan el ser y su reconocimiento) y proveedores (buscan el tener a través de la acción). Esta naturaleza ejerce una profunda influencia en la biología a través de conductas específicas. Las personalidades territoriales vivencian la enfermedad como una invasión ante la que reaccionan, en donde la inflamación prevalece sobre la necrosis. Las personalidades proveedoras no responden con cambios inflamatorios locales sino con respuestas a distancias que también son llamadas metástasis. Con respecto a la naturaleza de la denuncia biológica, ésta puede desarrollarse en un solo órgano o necesitar de otros territorios que expresen adecuadamente la denuncia que realizan. Esto dependerá de si los mandatos no cumplidos son varios y expresan distintos significados. Si la denuncia la puede expresar un solo órgano, no habrá secundarismos. La célula será nutritiva o protectora pero territorial. Si la célula activada es devoradora o predadora, necesariamente habrá secundarismos.

Secundarismos no asociados.

Aquí hay dos fenómenos, el de las llamadas metástasis huérfanas y el de las metástasis tardías.

- 1) **Metástasis huérfanas:** la oncología llama así a las lesiones que fenotípicamente tienen un origen distinto al órgano en el que se encuentran pero ese origen no se detecta. Este diagnóstico es más frecuente de lo que se cree y la inmunohistoquímica marca una lesión de origen epitelial en un órgano conjuntivo pero se buscan lesiones epiteliales y jamás se encuentran. Lo que sucede aquí es que hubo un secundarismo asociado no a una lesión de cáncer (que nunca existió) sino a un conflicto biológico que nunca se consumó en el órgano de origen pero que se transmitió y se activó en un órgano asociado ya no como conflicto de supervivencia sino como denuncia de incumplimiento de un mandato. Un ejemplo de esto es un conflicto de ataque a las células de la mama

que no alcanza a despertar un programa de supervivencia que instalaría una enfermedad común de la mama (una mastitis) pero que actúa como disparador de una denuncia de incumplimiento del mandato de defensa del propio cuerpo o la cría y genera un cáncer de dermis.

- 2) **Metástasis tardías:** este fenómeno, también frecuente atribuye un origen primario a lesiones que aparecen diez años después de haber tenido esa lesión primaria. Una lesión retroperitoneal diez años después de haber padecido un melanoma que fue extirpado en su totalidad en la espalda. La oncología lo trata como a un melanoma y se sorprende de la falta de resultados terapéuticos. En realidad es otra lesión que no es originada por la primera pero que habla de la falta de reparación del mandato incumplido de la lesión original, lo que hace que otro mandato denuncie tal incumplimiento. La asociación no es entre los órganos sino entre los mandatos y la inmunohistoquímica similar es explicada por este motivo.

Los marcadores tumorales.

Existe en la oncología, la posibilidad de seguir la evolución de un cáncer a través de los llamados marcadores tumorales. El más conocido de todos es el PSA o antígeno prostático específico que cuando se eleva en un varón suele ser el disparador de una biopsia y con ello, la activación de un circuito que termina en la cirugía o en la castración hormonal.

También existen marcadores biológicos como la alfa feto proteína para el cáncer de hígado o la tiroglobulina en tiroides que muchas veces hacen el diagnóstico aún sin biopsia.

Creemos que los marcadores deberían ser replanteados bajo la óptica del sistema ontogénico de los tumores que ha descrito Hamer. Bajo esa óptica no será lo mismo que una célula se reproduzca en fase de solución que en fase activa. Por ejemplo el marcador CEA 15-3 del tumor de mama si el mismo es ductal debería aumentar en la fase de reparación y estar normal en la fase de activación del conflicto. En cambio, si aumenta el CEA 19-9 en un cáncer de endodermo del aparato digestivo, estaría hablando de una mala evolución ya que las células de esos órganos se reproducen en fase activa.

Estas disquisiciones sin embargo, no nos parecen totalmente productivas. Creemos que los marcadores tumorales son una guía que exige mucho conocimiento de la fisiología pero a la vez solo deberían ser usados para conocimiento del médico, quien decidiría si es de valor según los otros datos de la clínica o si no tiene ningún valor y es solo un dato más a considerar.

Nos parece una verdadera equivocación que el paciente maneje los datos de los marcadores y determine su evolución a través de ellos. Como creemos equivocado que el médico les transmita que si el marcador está alto, es porque la enfermedad está activa. Es un dato más y debe ser evaluado con toda la clínica que el profesional debe conocer y jamás debería transmitirse al paciente la idea de la evolución de su enfermedad con el marcador.

Es una de las tantas “chambonadas” que la medicina actual ha generado con su super especialización que hacen que un médico le de más valor a un análisis que a un examen físico o a una profunda conversación.

Volver al cerebro.

En cuanto a los tumores cerebrales, creemos que a la luz de los conocimientos actuales (que en este tema son muy escasos) no es un tema resuelto. Consideramos que la

posición de Hamer sobre ellos no coincide con nuestra experiencia. Pero que la posición de la oncología sobre ellos es la mayor parte de las veces, extrema y apurada.

Tanto la quimioterapia como la radioterapia no han aportado. La cirugía ha salvado muchas vidas y cuando se realiza en manos expertas suele producir un gran porcentaje de recuperación.

En lo que sí estamos de acuerdo con Hamer es que muchas de las llamadas metástasis cerebrales son realmente cicatrices que no le traerán mayores dificultades a la persona que las tiene. Para ello, debemos tener un seguimiento con la TAC de cerebro sin contraste que nos informará a través de lo que el mismo Hamer ha descubierto de la evolución en el órgano enfermo. En esos casos, la prudencia y la contención del paciente nos dará mayores satisfacciones que la actitud de erradicar una lesión que solo es una cicatriz. Pero volvemos a decir que los tumores primarios del cerebro existen y en nuestra experiencia son producidos por un conflicto biológico fundamental que es la imposibilidad de resolver un problema a través de la comprensión psíquica. Si no abordamos este conflicto así como los mandatos familiares y sociales que lo sostienen, no hay cura posible.

Capítulo 19.

Hablar y hablarnos.

Uno de los instrumentos más poderosos que descubrimos en la búsqueda que abordamos fue el lenguaje. Sostenemos que la conversación (como parte del lenguaje) es un instrumento poderoso para la transformación de la realidad y nos guía a reemplazar nuestros modelos mentales trabajando con la corporalidad, las emociones y el hablar.

Cuando un médico escucha a su paciente, no oye las razones por las cuales se enfermó sino que interpreta las acciones que lo llevaron a enfermarse. Construye una historia que nada tiene de escucha pasiva ni mucho menos de ingenua. Esa historia es el relato con argumentos válidos sobre la realidad del paciente. Esa interpretación no será la misma si el médico la construye sobre el modo de alimentación, sobre los vínculos de la persona o sobre la predisposición genética. La realidad la pasará a crear el que escucha (el médico) y no el que habla (el paciente) e irá generando una trama que ya no tendrá razones en el paciente (ni concientes ni inconcientes) sino fundamentos del propio lenguaje del médico y del sistema que él representa. Escuchar es siempre oír e interpretar. Y no solo se interpreta lo que se oye, sino lo que se ve y se percibe con todos los sentidos.

No solo oír.

Nuestra educación se basa en que lo que importa es lo que se dice, no lo que se escucha. Si nuestros maestros hablaban fuerte y claramente, nuestra función solo era escucharlos en silencio y aprender. Sin embargo, la sociedad actual refleja un profundo agujero en la comunicación. No se nos escucha y no escuchamos a los otros. En lo afectivo, la queja más frecuente es esa. Mi pareja no escucha lo que yo le digo. En lo laboral, la queja es que los empresarios no escuchan las demandas de los obreros. En el ámbito de la medicina, el médico no escucha a su paciente. ¿Cómo es posible que esto ocurra si escuchar es solo oír? Salvo que todos seamos sordos y no lo sabemos, sería bueno empezar a entender que escuchar no es un acto biológico sino una acción que cambia al otro y a mí mismo. Aprender a ser competentes en esta acción es uno de los objetivos que nos propusimos en nuestra búsqueda.

¿Para qué hablar?

Uno habla para ser escuchado y es precisamente la escucha lo que da sentido al hablar. El médico oye al paciente, propone su presencia y hace preguntas. Pide laboratorios e imágenes que justifiquen eso que oye y se da por satisfecho en su acto biológico de oír. A partir de allí, interpretará. Poco pero efectivo. Dará su diagnóstico y su tratamiento. Nunca se preguntará (ni hará las preguntas consecuentes a su paciente) sobre como está comprometido con su historia en lo que está oyendo. El cree actuar como una máquina que recibe un mensaje. Se le comunica una información y a partir de esa información le devuelve al paciente otra información. A ese intercambio se le llama acto médico. Parece desconocer que lo que escucha lo está interpretando, no solo oyendo.

Abrir la posibilidad.

¿Qué pasaría si el médico en lugar de apurarse a decir lo que sabe, se propondría seguir escuchando? Lo que pregunto es si no estaría abriendo la posibilidad de que el paciente construya un relato que lo ayude a ver su enfermedad tal como él necesita verla para curarse. Y si no se estaría ampliando la posición del médico que necesita que se lo

escuche a él como experto que le propone su forma de curarlo. En ese diálogo en donde se buscaría el sentido de las palabras, de las emociones y del lenguaje del cuerpo, se estaría abriendo un espacio que podríamos llamar un acto terapéutico. Esa apertura sería provocada por la escucha del médico, por sus silencios, sus preguntas y sus intervenciones. La ayuda no estaría en lo que dice el profesional, sino en su escucha. Propongo tres relatos para entender la construcción de esa escucha. En cada uno de ellos, está la posibilidad de elegir distintos caminos a partir de la escucha no solo del otro sino de uno mismo. Tenemos esa posibilidad: escuchar lo que pensamos y decimos a nosotros mismos. Y también nos preguntamos qué pasaría si en lugar de refutarlo, afirmarlo o ignorarlo, tuviéramos la actitud de seguir escuchándonos.

Primer relato: un grupo de náufragos es recogido en la costa de Brasil ya muertos luego de sobrevivir varios días. La autopsia revela que murieron deshidratados. La conclusión de los médicos es que se negaron a tomar el agua del mar porque conocían que ésta les produciría por su alto contenido de sal, una muerte violenta y cruel. Prefirieron morir de sed. Lo que desconocía este grupo de náufragos es que el río entraba con tal violencia en el mar en esa zona, que estaban rodeados de agua dulce.

Segundo relato: un hombre cae al río en medio de una tormenta y no sabe nadar. Se desespera y siente unos pinchazos en sus pies. Reconoce que esos pinchazos son pirañas que lo descuartizarán. Alguien alcanza a gritarle que esa zona está cubierta de plantas acuáticas y que esos pinchazos son ramas en las que puede apoyar sus pies y salvarse de morir ahogado.

Tercer relato: el maestro le dice a su discípulo. Tengo un palo en la mano y te lo romperé en la cabeza si no contestas bien a mi pregunta. ¿Es real el palo? Si me dices que sí, te lo rompo en la cabeza; si me dices que no, te lo rompo en la cabeza. Si me das cualquier otra respuesta, te lo rompo en la cabeza. Si no me dices nada te lo rompo en la cabeza. ¡Contéstame ya! El maestro levanta el palo dispuesto a golpear a su discípulo, quien le arrebató el palo, lo rompe y continúa su camino convertido en maestro.

Tres relatos para descubrir la construcción de una realidad al permitirse o no, escuchar. Para eso hablamos. Para escucharnos. Parafraseando al tango, hablar es un placer... cuando nos escuchan. Si dejan de hacerlo, se convierte en una lucha de prestigio sobre el sinsentido de seguir escuchando o hablando a alguien que no habla lo que nosotros escuchamos o no escucha lo que nosotros hablamos.

La acción de escuchar.

En cada uno de esos relatos, observamos la importancia de la acción de escuchar. Y eso es lo que debemos recordar. El escuchar es una acción que amplía o reduce las posibilidades de seguir actuando. En el primer relato, los náufragos solo escucharon lo que sabían; que el agua de mar al tomarla genera convulsiones y muerte violenta. No hubo nadie que se preguntara si esto era realmente así. ¿Cómo podían imaginar que tenían agua dulce en pleno mar? Solo si se permitían escuchar lo que no sabían. Ahí se producía la apertura. En el segundo relato, se plantean las dos preguntas básicas de la escucha. La primera es desde donde me está hablando el otro. La segunda es como afecta mis acciones lo que escucho. Mientras la persona sabía que eran pirañas las que lo mordían (algo que él mismo se decía) su futuro estaba amenazado. Cuando pudo

escuchar que eran ramas que le salvarían la vida si se apoyaba en ellas, su futuro amplió sus posibilidades. Estas dos preguntas son las que permiten que nos sigamos escuchando o no. Si considero que lo que escucho surge de intereses alejados de los míos, dejo de escuchar. Si lo que escucho siento que me afecta limitando mis posibilidades de crecer, de ser libre o de ampliar mis conocimientos, dejo de escuchar.

La ontología del lenguaje.

Rafael Echeverría dice que las palabras son la posibilidad de coordinar las acciones y el lenguaje es la red que coordina la coordinación de las acciones. En el tercer relato, se observa esta coordinación de la coordinación. El discípulo no puede oír solo la pregunta y la paradoja del maestro, sino que debe oír e interpretar de acuerdo a las acciones del mundo en el que se encuentra. Ya no se trata de reconocer en el lenguaje una pasiva descripción de lo que sucede con palabras, sino una acción que nos compromete. Si el discípulo no escucha más allá de las palabras, su cabeza será golpeada. Su mundo se transforma al igual que el paciente que escucha las palabras del médico. Este es el aporte que pensadores como Hamer, Schnake, Hellinger y tantos otros nos dan. Escuchar la embriología, el lenguaje del cuerpo, las historias de las generaciones que nos preceden. Una escucha que la medicina desde el paradigma microbiológico no se autoriza a validar.

La clausura operacional.

A partir de esta escucha que considera el lugar desde donde habla el otro y que plantea cómo afecta mi futuro lo que escucho, nuevas posibilidades emergen y antiguas posibilidades se cierran. Si un paciente promete hacerme un monumento o darme toda su fortuna si lo curo, puedo escuchar que él piensa que jamás lo curaré y también puedo interpretar que me obligaré a un gran esfuerzo para lograr esa fortuna.

La escucha, se convierte así en un intento exclusivamente humano de trascender nuestra biología. Somos, como dice Maturana, estructuras clausuradas operacionalmente. Nuestra biología no nos permite oír todo ni ver todo, ni sentir todo. El lenguaje, sin embargo, nos permite interpretar lo que oímos y a eso le llamamos escucha. Pero esta escucha nos lleva más allá de nuestra estructura biológica y nos abre la posibilidad de una acción biológica distinta. Tomar el agua de mar, sentir que las pirañas son ramas, arrebatar el palo de las manos del maestro. Acciones de supervivencia que trascienden la biología y que no son programas cerebrales. Son acciones del lenguaje.

Otra dirección.

A partir de lo que escuchamos, nuestras vidas pueden tomar otra dirección. Alguien escuchó que tiene una mancha en el pulmón y que es un tumor, y lo escuchó desde la autoridad de un médico. Su vida a partir de allí no será jamás la vida tranquila que llevaba y pasa a ubicar su ser en el mundo en un lugar en donde todas sus acciones dependerán del lenguaje médico. Alguien escuchó que la mancha en el pulmón es una secuela de una infección que tuvo de niño, y también lo escuchó desde la autoridad de un médico. Su vida no será afectada en nada por esa acción y ubicará su ser en el mundo en un espacio tranquilizador.

El hablar nos da a conocer. Podemos escuchar lo que el otro dice y también escuchar su ser, porque su ser justamente se va constituyendo en esa acción que es el hablar. Para lograr esto solo necesitamos aceptar que hay otras personas que pueden pensar distinto de nosotros y que en esa diferencia encontraremos los fundamentos de la ética del lenguaje: el respeto por el otro, la autonomía del otro y la apertura constante a aprender

del otro. Cada vez que considero que mi pensamiento es el único que se acerca a la verdad, dejo de escuchar y solo me escucho.

Nuestras vidas están inmersas en las redes del lenguaje. No en lo que decimos (las palabras) sino en lo que escuchamos (lo que interpretamos). Podemos decir que en dos personas que hablan y se escuchan se podrá revelar el arte de modificar lo posible y se podrán generar destellos de creatividad que cambien el mundo de cada una de esas personas. Y quizás de muchas más.

Capítulo 20.

De la autoridad a la metanoia.

La palabra autoridad viene del latín augere que significa aumentar. El sentido que se le ha dado es la capacidad de influenciar, mandar o dirigir. También es el que permite seguir el camino. Hellinger dice que tener autoridad es tener lo que el otro necesita. En nuestro trabajo hemos encontrado que la autoridad es el primer paso para la construcción del muro que inhibe la respuesta condicionada. Esa que empezamos a llamar programa de emergencia biológica transitoria (PEBT). A través de esa autoridad que no es ni tradicional ni racional, sino carismática, comenzamos a construir el muro. Aumentamos (augere) nuestra capacidad de tener el poder de no articular nuestra historia (el timbre, con sus necesidades, sus mandatos y su cotidianidad) con la insatisfacción que esa historia propone (la descarga eléctrica, con sus conflictos y sus sucesos desencadenantes). Podemos decir que ese es un primer nivel que podríamos llamar de supervivencia. Lo hacemos para inactivar el PEBT o extinguirlo sin provocar crisis de “curación” tan temidas.

La palabra metanoia viene del griego meta (más allá) y nus (mente). El sentido que se le ha dado es filosófico por un lado (cambiar de camino) y teológico por el otro (convertir la mente y el corazón). Creemos que es el segundo nivel que refuerza pero que a la vez concreta al primer nivel de autoridad. Sin ese profundo cambio interior, la autoridad se diluye en otro automatismo. La persona aprende lo que tiene que hacer pero no emprende su transformación. La metanoia no modifica las acciones del observador sino al observador mismo. A aquel que dijimos experimenta la realidad.

El propósito.

Dee Hook escribe “la constitución de una organización caórdica (combinación entre caos y orden) empieza con la búsqueda intensiva de un propósito, luego pasa a los principios, las personas y al concepto, y solo entonces a la estructura y la práctica. No se puede desarrollar correctamente como un proceso lineal”. Parafraseamos una pregunta del autor de “El nacimiento de la era caórdica”: Si todo lo imaginable fuera posible, si no hubiera restricciones de ningún tipo, ¿Cuál sería la naturaleza de un proyecto ideal para curarse? Ese es el propósito, el sentido por el cual valdrá la pena hacer sin ambigüedades lo que haya que hacer. No es un objetivo ni una necesidad; es perseguir el sentido de la vida.

Si seguimos la propuesta, una vez obtenido el propósito, debemos pasar a los principios, es decir a los preceptos cuyas acciones y resultados se juzgarán. Son las convicciones. Y luego a la persona, es decir a aquel que está sujeto por el lenguaje y al que le vamos a pedir que crezca con sus convicciones más profundas y no se bloquee por sus creencias antes de considerar su significado. Esa persona es la que va a llegar al concepto, es decir, a reformular los viejos conceptos cerebrales de nutrición, reproducción, defensa, sostén y territorialidad. Descubrir que cualquiera de estos conceptos puede llegar a codificarse sin restricciones de ningún tipo, que no estamos encerrados sino abiertos. Ahora debemos encarnar el propósito, los principios, la persona y los conceptos en un contrato, en una estructura formal que comprometa. Y que desate una práctica libre y efectiva.

Allí está la metanoia, entre el caos y el orden. Como concluye su prólogo Dee Hook: “En los tiempos que corren el error no consiste en no descubrir todo lo que podríamos soñar, sino en no soñar todo lo que podríamos descubrir”.

Las creencias.

Si observamos la propuesta de Dee Hock, los primeros cuatro elementos son emergentes de lo que llamamos nuestras creencias. En el capítulo que le hemos dedicado a las mismas en “Las claves para curar”, hablamos de las creencias biológicas y psicobiológicas. El propósito está absolutamente determinado por nuestras creencias. Alguien que cree que su manifestación biológica es un PEBT no tendrá el mismo propósito que alguien que cree que su manifestación biológica es una grave enfermedad. Ambos pueden tener la misma necesidad u objetivo, extinguir la manifestación biológica, pero en el primero, el sentido de lo que sucede es la llave para lograr el propósito y para el segundo, ese sentido no cumple ninguna función. Este último desconoce cómo sus creencias determinan su propósito. Estas creencias son los modelos mentales que hemos llamado mandatos familiares y las hemos dividido en creencias fundantes y desencadenantes. Para una persona hipertensa, su creencia fundante será “debes ser el sostén de los otros” y su creencia desencadenante será “ya no puedes esperar porque el otro se desmorona”. El sentido psicobiológico de la hipertensión es retener líquido aumentando la precarga cardíaca para asegurar el agua como fuente de supervivencia. Entender ese sentido y la forma que el mandato tiene de cumplirlo, genera un propósito sin ambigüedades y sin restricciones. O sigue siendo el sostén de los otros pero vuelve a su inmovilidad pacífica que le asegure que nadie corre peligro o cuestiona el concepto de supervivencia con un modelo distinto. Instala un nuevo propósito: “No soy el sostén de nadie, solo de mí mismo”. Comprender la creencia fundante y desencadenante le permitirá hacer consciente cual es el propósito en su vida. Entender que la restricción de sentido es una elección y que él puede elegir otro sentido distinto al que el mandato o la creencia fundante lo instaba a ejecutar.

La obligatoriedad.

En el mismo capítulo sobre las creencias que citábamos anteriormente, proponíamos el ejemplo de un pájaro que junto a sus dos crías se picoteaba salvajemente el abdomen en el afán biológico de sacar de su hígado los depósitos de alimento que no podía encontrar en otro lugar y así cumplir con la necesidad de alimentar a sus crías. Comparábamos esa acción con la de un paciente que en la ruina hacía crecer a su hígado a dimensiones increíbles con el afán psicobiológico de ser capaz de tener suficiente reserva en momentos tan críticos que amenazaban el bienestar de su familia. Decíamos que el pájaro obedecía a un mandato biológico (instinto) creado por la naturaleza y del cual no podía salirse y en cambio, nuestro paciente obedecía a un mandato psicobiológico originado por la cultura y específicamente creado por los mandatos familiares y generacionales. Es aquí que cuestionábamos la obligatoriedad de estos mandatos. Nuestro paciente necesitaba más reservas y producción y como no lo conseguía con sus actos de trabajo, su hígado que estaba instintivamente preparado para reservar y producir, lo hacía por él. Se instalaba un programa de emergencia biológica transitoria a partir de la articulación entre sus mandatos (debes exigirte y producir para que te quieran) que actúan como timbres y sus vivencias de no lograr el cumplimiento de los mismos que actúan como descarga eléctrica (quedarse sin trabajo y sentir que no puede salir de esa situación).

Anular la descarga.

Debemos anular la descarga eléctrica (la vivencia de no poder salir) y repetir los mismos mandatos de exigencia pero modificando las creencias que los sostienen. Podrá ser debes exigirte y producir para que te rechacen o para viajar por el mundo o para contar una verdad que solo él ve o para huir de la ausencia de sentido. Recordemos que

el mandato del hígado es “debo arremeter porque estoy condenado a no llegar” y es esa creencia la que debe ser modificada. Sigue habiendo exigencia (la necesitamos para establecer el descondicionamiento) pero el sentido de esa exigencia ya no es la amenaza de no llegar. Si inhibimos la vivencia de no poder salir (lo que comenzamos a lograr con la vivencia de vivir un PEBT y no una grave enfermedad) y la amenaza de no llegar, creamos el muro en el experimentador de la realidad.

La memoria.

Recorriendo las escenas que fundaron la articulación de los mandatos a lo largo de la historia de la persona, se genera una memoria de corto plazo con la cual esa persona comienza a experimentar la realidad, modificando la memoria con la que la estaba experimentando. No se trata de otra cosa que de ir reemplazando las vivencias que fundan la realidad de esa persona (con la memoria de esas vivencias) por otras que ya no articulan el timbre con la descarga eléctrica sino el timbre con la ausencia de la descarga. Logramos lo que Seligman describe: “es como si la rata se hubiera dado cuenta que la descarga eléctrica ya no estaba”. El ir trabajando las escenas que fundan las creencias, permite el nacimiento de un nuevo concepto que derrumba el sentido del viejo concepto. “Si no me exijo y genero, nadie me quiere” es reemplazado por “al exigirme y generar puedo elegir quien me quiere”. Los nuevos conceptos forman el primer nivel de curación que llamamos autoridad. Es la propia persona la que tiene esa autoridad. El es quien se influencia y decide qué sentido tiene su vida. Sus propósitos, sus conceptos, sus principios.

La práctica.

Ahora se debe trabajar el segundo nivel, que es la memoria del sentido que hasta ahora han tenido todas las cosas para él. Ya es la práctica de esos conceptos, principios y propósitos. Pero con la vivencia que genera una nueva memoria. Ya no solo no se dejará echar al agua (como a la rata de la experiencia) sino que deja de ser un sujeto de experiencia del otro. Sustituye su memoria de rata por la de agente experimentador de la realidad. Se sabe preso de sus mandatos biológicos pero se libera de sus mandatos culturales. Se cuidará de padecer hambre, aislamiento o ataque territorial pero ya no vivirá los sucesos cotidianos (el timbre) como conflictos con su modelo mental (descargas).

Este segundo nivel de curación es el que llamamos metanoia y que abordaremos en lo que llamamos la terapéutica de los tres pasos.

Capítulo 21.

La terapéutica de los tres pasos.

Podemos resumir nuestro abordaje en tres pasos:

- 1) el conocimiento de que el timbre no es seguido por la descarga eléctrica.
- 2) la repetición del timbre sin permitir la respuesta condicionada.
- 3) la evitación de situaciones que activen la respuesta condicionada.

En cada uno de estos pasos veremos como la teoría se articula con la práctica generando una clínica, que a su vez nos permite re pensar el modelo terapéutico.

Los terapeutas debemos saber cual es nuestro objetivo y si éste coincide con el objetivo de la persona que nos viene a consultar. Los médicos no sabemos lo que el paciente necesita. Solo sabemos lo que sabemos. A partir de que podemos escuchar lo que el paciente necesita, podremos aclarárselo a él primero y luego proponer nuestro modelo para que él mismo sea quien lo acepte o rechace.

Los médicos no venimos a ser salvadores ni exponentes de la verdad. Solo instrumentos para que la persona inactive sus programas de emergencia biológica transitoria y puede seguir viviendo de acuerdo a lo que su autonomía e independencia le permitan.

El paciente está preso por ese programa. Nosotros lo ayudaremos a producir un acto de libertad.

Cada uno de ellos.

En cada paso, hay un objetivo. La liberación de un automatismo. Para ello, necesitamos recorrer la historia de la persona y la de su familia. Encontrar la primera vez en que el cerebro registra el conflicto que tiene que ver con su actual programa biológico de emergencia transitoria. Lo que llamamos conflicto primario pasa a ser el eje a partir del cual, la persona va a activar un prototipo de conducta celular cuando un determinado timbre se une a una determinada descarga eléctrica.

En cada uno de los tres pasos, estará presente el sentido de ese prototipo celular. Podrá ser el de superar un obstáculo, si la enfermedad es común o el de denunciar un incumplimiento, si la enfermedad es arquetípica. Pero ese sentido es lo primero que debe entenderse. Es esa comprensión del para qué se activó ese prototipo o programa de emergencia, la que nos abre el camino para acompañar el objetivo que la biología se propone. Si es una enfermedad común, acompañaremos el sentido de supervivencia. El reposo, la espera, la perseverancia, la confianza. Aquí no importa mucho si indicamos medicamentos o no. El organismo ha activado el programa de supervivencia porque hemos entrado en un estrés excesivo y nos para. Los resfríos, las gastritis, las diarreas, los eczemas. Todos ellos tienen un sentido de reparar un daño que nuestra vida cotidiana genera en nuestro organismo. Allí habrá inflamación, necrosis, cicatrización. Programas específicos de reparación.

En cambio, si se activan programas con comportamientos antiguos, indiferenciados, potencialmente ilimitados, estamos frente a enfermedades arquetípicas. Allí no hay sentido de supervivencia. Si no inhibimos esos programas, las células desarrollarán enfermedades territoriales o predatoras. Allí hay órdenes que vienen de generaciones anteriores y que exigen una reparación.

Automatismos biológicos de repetición.

La vida ya estaba hecha cuando nosotros llegamos. Los timbres son universales. Allí están las órdenes biológicas. La forma y la función del estómago. La de los ojos. La del recto. Allí están las órdenes de la familia. Lo que ellos esperan o no de nosotros. Su forma de recibirnos. Sus deseos no satisfechos y volcados a nuestra vida. Allí están las órdenes de las distintas generaciones. Los llamados valores humanos y como ellos se implantaron en nuestras familias. El timbre es nuestra esencia. Lo que somos y lo que recibimos. Cuando suena el timbre, todos sabemos que nuestra biología suena.

Las descargas eléctricas también son universales pero tendrán el estilo particular de las vivencias que ellas producen. La insatisfacción. Tanto de lo biológico (tener hambre, no ser acariciado), lo familiar (no poder arremeter para lograr lo que esa familia exige) y lo generacional (vivir el cuestionamiento a un valor humano fundamental como cuidar el territorio o reconocerle más derecho al que estuvo antes que nosotros). Cuando la descarga eléctrica es sentida, nuestra biología salta. Y la descarga eléctrica siempre aparece junto al timbre.

Los condicionamientos son universales. Y ello está establecido en nuestro cerebro. Ante la visión de la carne, los perros liberan saliva. Ante la descarga eléctrica, la rata salta. Son comportamientos reptilianos. Manejados por un cerebro que ya existía antes de las vivencias humanas. Es por eso que las órdenes familiares y generacionales están unidas a las hojas embrionarias. Porque al nacer las órdenes tuvieron que registrarse en áreas de concepto preverbales y luego se fueron articulando con áreas verbales.

El yo.

Nuestro cerebro analítico y discriminativo, con conexiones que ningún otro animal ha logrado, observa estos condicionamientos de la misma manera que un padre a su hijo de dos años. Le habla amorosamente aunque el niño no parece entenderlo. Por momentos lo reprime. Y hay momentos en que quisiera descansar un poco de él.

El yo, como agente experimentador de la realidad, no puede hacer mucho más que eso con los programas de emergencia biológica.

Es por eso, que en la terapia de los tres pasos, hemos tratado de sintetizar la forma humana de trabajar con estos programas. Y esa forma emerge de una teoría y una práctica. Ha necesitado de muchos operadores para expresarla pero no es el producto de una ocurrencia sino de la experiencia con personas.

Es nuestro aporte. No seguir repitiendo lo que los demás dicen, sino experimentar, evolucionar, crear. Con respeto por el esfuerzo y la genialidad de los otros. Pero sin quedarnos inmovilizados. Al fin de cuentas, ese es el desafío de vivir.

Capítulo 22.

El conocimiento de que el timbre no es seguido por la descarga eléctrica.

Sabemos que lo que se llama enfermedad es la puesta en actividad de un prototipo de conducta celular que fue útil en un período evolutivo y por eso se guardó en el cerebro. La activación de ese programa es generada por la presencia de sucesos especiales (DHS) pero también por la articulación con conflictos anteriores, que llamamos primarios. En ambas situaciones, el análisis y la discriminación que la corteza cerebral hace, queda transitoriamente anulado y eso es lo que impide que ese prototipo de conducta sea inhibido. Una vez activado ese prototipo, la corteza lo reconoce como un estímulo interno nuevo y reacciona igual que frente a un cuerpo extraño, pero ya sin la capacidad de inhibirlo porque se ha establecido un condicionamiento o programa especial de supervivencia. A partir de ese momento habrá una lucha pero el prototipo cerebral (lo que llamamos la enfermedad) forma parte de la realidad que percibe el cuerpo.

Unos sí y otros no.

Podemos decir que en el momento en que se activa ese prototipo, no hay “yo” (la corteza cerebral analítica y discriminativa no interviene). Antes de la enfermedad había yo y después de la enfermedad hay yo. En el momento en que se activa el prototipo no hay yo. Hay un cableado formado por todos los programas cerebrales maduros que se expresan (porque son reconocidos como útiles para la lucha por la supervivencia) y todos los prototipos cerebrales guardados y que no se expresan (porque ya no son útiles para la supervivencia). Es lo que pasa en los primeros meses de vida. Una vez expresado alguno de los prototipos, la corteza lo reconoce y trabaja con él en una doble posibilidad. Si la conducta activada es madura, lo reconoce como programa de supervivencia y no lo rechaza. Lo deja actuar hasta que cumple su cometido (obligar al reposo, al cambio en la alimentación). Esto es lo que llamamos una enfermedad común (resfrío, gastritis). Si la conducta celular es muy poco madura, no lo reconoce como programa de supervivencia y se establece una lucha que llamamos enfermedad arquetípica (cáncer, autoinmunes). Siempre lo tratará como a un cuerpo extraño, provocando una alteración en el sistema nervioso autónomo e inmunológico.

Supervivencia o denuncia.

Una vez aceptada esta diferencia entre reacciones comunes de supervivencia y reacciones arquetípicas de lucha, podemos entender qué debemos hacer para que el estrés de la vida cotidiana no sea registrado por el cerebro como la descarga eléctrica que activa ese prototipo común o arquetípico. En el caso de las enfermedades comunes (aquellas que buscan solucionar un obstáculo a la supervivencia) el timbre estará formado por el mandato biológico (las necesidades) y el mandato familiar (el entorno perinatal y de los primeros años de vida). La descarga eléctrica será el conflicto biológico (el no cumplimiento de la necesidad biológica), el conflicto primario (el no cumplimiento del mandato familiar) y el DHS (el suceso desencadenante). En el caso de las enfermedades arquetípicas (aquellas que no son reconocidas como programas maduros de supervivencia) el timbre estará formado por el mandato biológico, el mandato familiar y el mandato generacional (lo epigenético). La descarga eléctrica será el conflicto biológico, el primario, el generacional y el DHS o etapa desencadenante (no necesariamente suceso).

Dos objetivos distintos.

En una enfermedad común lo que buscaremos como objetivo es que el conflicto biológico (la insatisfacción de una necesidad biológica) no se articule con el conflicto primario (la imposibilidad de cumplir con un mandato familiar). Esa articulación la realiza el DHS, por lo cual el trabajo fundamental será trabajar sobre la desdramatización, la verbalización y la preparación en todo lo que pueda significar la ligazón entre el conflicto biológico y el conflicto primario. Tomemos por ejemplo un diagnóstico de nódulos de tiroides. El conflicto biológico (la insatisfacción biológica) es la percepción de falta de colaboración en los problemas cotidianos que lleva a sentir que el gasto energético es excesivo. El conflicto primario (el no cumplimiento del mandato familiar) es el no poder arremeter para llegar a no ser siempre postergado. Las situaciones (los DHS) que lo llevan a sufrir de nódulos en tiroides son aquellas en donde se ha dramatizado esta articulación entre la sensación de desgaste y de postergación. El prototipo de conducta que se ha activado busca la solución biológica de producir más hormona tiroidea que le permita apurarse y llegar a cumplir con todas las exigencias. Para evitar que las situaciones cotidianas (y su correlato de dramatización con el DHS) se articulen con el conflicto primario (el no cumplimiento del mandato), es decir para evitar que el timbre sea lo mismo que la descarga eléctrica es indispensable desdramatizar y verbalizar esta articulación y además prepararlo para romper esa articulación.

Las frases construidas.

En la medicina psicobiológica una de las propuestas terapéuticas es construir la frase que lo llevó a activar ese prototipo de conducta (frase de la enfermedad) y luego enseñarle a construir una frase que desarticule la anterior (frase de curación). En el caso de los nódulos de tiroides, la frase de enfermedad se construyó con “todo lo tengo que hacer yo” (biológico) y “nunca voy a lograr lo que quiero” (familiar). Una frase que condense ambos sentidos puede ser “mi sacrificio siempre fracasará”. La frase de curación debe apuntar a la idea de sacrificio y de fracaso. Es por eso que en la desdramatización es importante hacer el recorrido por los ciclos biológicos programados (las distintas etapas de la vida en donde se produjo la articulación entre el conflicto biológico y el conflicto primario) y que la persona sienta como en esas etapas de su vida lo que hacía era repetir el conflicto primario. Allí, en la verbalización de esos instantes se juega un “dar a ver”, un acto poético que va desarticulando la programación que lo ha llevado a construir la frase de la enfermedad. Enseñarle a cargar con su responsabilidad y no quejarse por la inacción de los otros. Permitirle ver como la existencia de ese mandato de postergación en sus deseos lo obliga a luchar más allá de sus fuerzas. Ayudarlo a comprometerse a trascender ese mandato para no tener que luchar con algo que no es de él. Al fin de cuentas, el mandato es de otro. Reemplazar la idea de sacrificio por la de compromiso y la de fracaso por la realización de objetivos. La construcción de la frase de curación implica prepararlo para no caer nuevamente bajo la orden que él recibió sin siquiera saber que la recibió. Hacer consciente esta dinámica le permitirá llegar a desarticular la relación entre el conflicto biológico (una situación pre psíquica) y el conflicto primario (una situación infantil que registra como obligatoria). Una frase posible de curación sería “me comprometo a realizar mis objetivos buscando ayuda en personas con mis mismos valores y objetivos”.

Lo generacional.

En el caso de un carcinoma de tiroides, a todo esto hay que sumar la presencia de un mandato generacional y de una etapa desencadenante. Esta última implica todas

aquellas épocas de una persona que reflejan cierta fragilidad frente a los mandatos. Los primeros años de vida y los últimos. Las situaciones de estrés. Los cambios, la pérdida de seres queridos. Recordemos que los mandatos generacionales son universales y que reflejan el sentido de supervivencia de la humanidad, no de la persona. A una persona con un cáncer de tiroides, hay que abordarla con todo lo que se trabaja cuando solo hay un nódulo hiperplásico pero hay que observar su mandato generacional. En este caso es “los anteriores tienen más derecho que los posteriores”. Allí habrá un conflicto con los padres, los hijos o los maestros. A la frase anterior de enfermedad habrá que sumar “mi sacrificio siempre fracasará porque mis hijos no me respetan” (es solo un ejemplo). Allí habrá que trabajar no solo con la frase de curación sino con las tres posibilidades de abordar los mandatos generacionales: la confrontación, el cumplimiento o la trascendencia. (Ver “Las claves para curar”) Pero en la colaboración de la terapéutica no puede obviarse lo generacional. Aquí, el trabajo con los arquetipos familiares juega un rol importante. Tener la vivencia de cómo está atrapado en situaciones generacionales que no conoce. En como sus antepasados insisten en reparar injusticias en su propio cuerpo.

Capítulo 23.

La repetición del timbre sin permitir la respuesta condicionada.

Una vez logrado el conocimiento que la descarga eléctrica no está cuando suena el timbre, pasamos a repetir ese timbre tantas veces sea necesario como para lograr el descondicionamiento. Para ello es imprescindible construir un muro. Podríamos decir que todo lo que hemos descrito en el primer paso es imprescindible hacerlo con un profesional, pero a partir de allí es el paciente quien debe probarse frente a lo cotidiano de la vida. El timbre, es la frase de la enfermedad. La descarga eléctrica es el conflicto más el DHS. Ahora, ya no puede haber descarga eléctrica. El conflicto, los DHS y las etapas desencadenantes deben ser elaborados para inactivar su papel de desencadenantes de la enfermedad (de la respuesta condicionada). Ninguna laucha sobreviviría mucho tiempo si la descarga eléctrica continuara o el timbre condicionante seguiría sonando y nada se hiciera para descondicionarla. La construcción del muro la veremos luego en detalle. Ahora veamos la repetición del timbre una vez logrado el conocimiento de que el timbre no es seguido por la descarga eléctrica.

Repetir es verbalizar.

La confianza en repetir la experiencia descondicionante (el timbre sin la descarga eléctrica) hasta que la enfermedad “nos suelte” es imprescindible. Es el trabajo constante sobre la desdramatización y la verbalización de nuestros conflictos y nuestros mandatos que va preparando el terreno para lograr la tan ansiada libertad de los condicionamientos.

Repetir el timbre sin activar la descarga ni la respuesta es comenzar a vivir conscientemente. La mayor parte de los seres humanos no viven conscientemente. No son conscientes de su respiración ni de su postura ni de nada que no sean sus pensamientos. La consciencia se ha reducido a pensar en lo que le preocupa. Podríamos decir que su atención consciente es solo sobre sus pensamientos. Es Sherrington quien dice que el hecho consciente universal no es “los pensamientos existen, sino yo pienso”. Ahora bien, esa consciencia puede ser activa o pasiva. Es pasiva cuando no prestamos atención a las percepciones. El uso del lenguaje así lo afirma; se puede mirar sin ver, oír sin escuchar y tocar sin sentir. En cambio cuando mantenemos en nuestra memoria de trabajo un pensamiento o un sentimiento y dirigimos con algún esfuerzo la atención hacia ellos, estamos teniendo una consciencia activa.

Lo que nosotros requerimos en este segundo paso es la consciencia activa sobre la experiencia descondicionante (ser permanentemente conscientes de los mandatos sin entrar en conflicto ni vivir sucesos desencadenantes).

La frase de la enfermedad.

Partimos de la idea que la consciencia es privada, es decir, pertenece a ese yo que está mediatizado por el otro pero que vive en la ilusión de ser único. También de que la consciencia trabaja con elementos sucesivos y no simultáneos, es decir que no se puede ser consciente de todo a la vez sino solo de la parte que su capacidad le permite integrar como una experiencia coherente. El cubo de Necker es un ejemplo de ello; una imagen que si la seguimos mirando cambia, pero solo puede verse de una u otra manera, nunca de las dos a la vez.

El trabajo fundamental de este segundo paso es ser consciente de la frase de la enfermedad de una manera activa, intensa y absolutamente coherente. En el caso de los nódulos de tiroides la frase es “mi sacrificio siempre fracasará”. Prestar absoluta atención a esa frase es lo que va a permitir el reemplazo por otra. Pero es imprescindible la consciencia de esa frase sin relacionarla con la frase de curación. Estar presente en esa

frase sin pretender el cambio. Repitiendo la frase ese objetivo no se realizaría porque parte del deseo de la persona es dejar de fracasar y esa parte se opondrá a prestar atención a esa frase. Debemos lograr una metáfora de esa frase y prestarle absoluta atención. Allí aparece la técnica. En el logro de la metáfora y en la consecución de la atención.

Los actos arquetípicos.

Lo que hemos llamado actos arquetípicos no son otra cosa que metáforas que realizan la frase de la enfermedad y así impiden que el cuerpo las realice. En la frase “mi sacrificio siempre fracasará”, un acto arquetípico posible es obligarlo a fracasar en una sucesión de esfuerzos. Que programe un día pleno de esfuerzos y que se obligue a fracasar en cada uno de ellos. Que se haga trampa si es necesario. Que juegue al fútbol o al tenis y que se obligue a perder, que intente conquistar a alguien y lo haga muy mal, que vaya a pedir trabajo o un aumento y lo haga de tal forma que seguramente se lo nieguen. Hacer conciente en actos la frase de la enfermedad le provocará necesariamente la reacción del yo (formado por su propia mirada y la mirada del otro) y la aparición de la frase de la curación.

Confrontación o conciencia.

La experiencia descondicionante es repetir el timbre sin que haya descarga eléctrica. En nuestro caso, es ser conciente con palabras y actos de los tres mandatos (biológico, familiar y social) sin provocar la insatisfacción de ninguno de ellos y por lo tanto sin permitir sucesos o etapas desencadenantes. Si la frase de la enfermedad es “mi sacrificio siempre fracasará porque mis hijos no me respetan” es porque allí está condensada la conciencia de esos tres mandatos (el esfuerzo, la vivencia de llegar tarde y el cuestionamiento al privilegio de ser anterior). En el acto arquetípico desplazamos esa frase a un acto que condensa los tres mandatos pero que no generan la asociación con el estímulo condicionante (el conflicto). El cerebro no la reconoce porque se le plantea un conflicto entre la provocación y la evitación. Es como si convenciéramos a la rata de que sea ella la que apriete el botón que genera la descarga eléctrica. Creamos un conflicto psicológico y éste desplaza al conflicto biológico. Jodorowsky cuenta en su libro “Manual de psicomagia” que les pide a los que sufren de eyaculación precoz, que se obliguen a eyacular en la mitad del tiempo en que normalmente lo hacen y que esto habitualmente los cura.

De alguna manera esta es la forma que tenemos de confrontar con los mandatos. De desafiarlos y no cumplirlos. Pero esta posibilidad no es la única. Tomar conciencia de esos mismos mandatos sin entrar en conflicto con ellos es posible en un acto de conversación. Ampliando la conciencia a través de la verbalización y de la búsqueda del sentido a través de la dirección de esa conversación. Una conversación dirigida puede ampliar de tal manera las posibilidades de pensar, sentir y actuar que se convierte en la repetición del timbre sin permitir la respuesta condicionada.

Es decir, que la repetición del timbre podrá hacerse por confrontación con la frase de la enfermedad o por superación de la misma a través de una conversación dirigida.

Capítulo 24.

La evitación de las situaciones que activen la respuesta condicionada.

Pensemos que venimos construyendo la conciencia de enfermedad y curación desde el momento en que el paciente nos dijo “tengo nódulos en mi tiroides”. Fue a partir de allí, que trabajamos con su mandato biológico (aumentar el rendimiento de su metabolismo), su mandato familiar (siempre serás postergado) y sus conflictos biológico (no poder aumentar su rendimiento) y primario (no poder arremeter para lograr el objetivo). También vimos su DHS (el suceso desencadenante si es posible encontrarlo) y los ciclos biológicos programados (dividiendo por la mitad su edad desde el diagnóstico y observando en cada etapa su fracaso en lograr que su objetivo no se postergue). Luego construimos la frase de la enfermedad y la de curación.

Una vez logrados los dos pasos previos, debemos en la tarea de curar la enfermedad, evitar las situaciones que activen las respuestas condicionadas. Esto no significa que la persona no deba enfrentar situaciones de estrés sino que debe conocer ante qué situaciones no se debe exponer. Con todo el recorrido que hemos hecho juntos, ya él debe saber cuales son sus límites. Pensemos que el prototipo de conducta que se activó tiene una relación directa con un tipo de conflicto biológico y con un específico mandato familiar. En el caso que venimos trabajando, por pertenecer al endodermo, el conflicto es de asimilación y el mandato es de postergación. Es allí donde está su talón de Aquiles y es sobre esos conceptos donde debe evitar la respuesta condicionada de arremeter y de trabajar más y más. La curación de esa persona dependerá de lo que pueda hacerse en este nivel. Podremos lograr mejorías si trabajamos en los dos pasos anteriores pero la curación solo se logrará en este tercer paso.

El papel del yo.

En este momento de la curación, debemos volver a pensar el papel del yo, de la conciencia y de las acciones. En el estudio del comportamiento de los animales, se ha observado que ellos pueden solucionar problemas cuya lógica no comprenden.

Nosotros, los seres humanos, podemos utilizar una regla gramática y hacerlo bien sin comprenderla en absoluto. El hacer, con algunas excepciones, siempre precede al comprender. La lógica humana no fue necesaria para generar la evolución o el cerebro tal como lo conocemos. El yo es humano pero el cerebro es evolutivo.

Si no tenemos en cuenta esta separación entre un yo humano y un cerebro animal, siempre estaremos decidiendo por uno de los dos. Y allí está el error. No hay posibilidad de trabajar sobre el cerebro humano sin tener en cuenta su yo alienado por el deseo del otro. No hay posibilidad de trabajar esa alienación sin entender la dinámica del aprendizaje condicionado.

Es por eso que estamos de acuerdo con Hamer cuando dice que la solución es biológica. En lo que no podemos estar de acuerdo es en que esa solución no pueda ser producto de un trabajo con la persona y sus alienaciones, sus archivos, sus programas inconcientes.

Quien activó el prototipo de conducta que llamamos enfermedad es el cerebro evolutivo. No pudo participar el análisis y la discriminación del yo. Pero una vez activado este prototipo, si ya no existe el estímulo condicionante (la descarga eléctrica, el suceso desencadenante, el DHS), quien mantiene la respuesta condicionada (la enfermedad) es el yo (que interpreta que el timbre es lo mismo que la descarga eléctrica).

Yo timbre-yo descarga.

Esa expresión prototípica llamada enfermedad es analizada por el yo. A partir de su expresión (su manifestación en el órgano enfermo) se convierte en un objeto de la

realidad que es evaluado y ante el que va a actuar discriminando su respuesta. No puede esperarse otra cosa del yo que esa. Porque esa es justamente su función, observar la realidad tanto interna como externa. Y ante la presencia de nódulos en la tiroides o generará anticuerpos contra ellos (y se diagnosticará una tiroiditis autoinmune) o provocará una disminución de la función (hipotiroidismo) para lograr un equilibrio que impida que los nódulos sean hiperfuncionantes y se llegue al hipertiroidismo. El cerebro cortical (ese yo alienado) será el encargado de transformar el prototipo expresado por el cerebro antiguo en una enfermedad crónica. Y lo hace porque ese prototipo ha pasado a formar parte de la realidad interna que es analizada y discriminada por ese yo. Es así que en ausencia de descarga eléctrica el yo puede ser timbre que rememora la descarga o puede ser timbre que activa el descondicionamiento. Allí está una de las claves de la curación.

Los bultos y los diagnósticos.

Si es yo-timbre, yo-descarga, es porque su análisis de la realidad apunta a asociar a la enfermedad (o a cualquier vivencia de la realidad) con la descarga eléctrica. Si es yo-timbre-yo muro es porque asocia en su análisis de la realidad a la enfermedad (o a cualquier suceso de la realidad) con la ausencia de la descarga eléctrica. Lo que queremos decir con esto es que el yo puede ser el motor de la enfermedad o de la curación. Pero es claro que aún en ausencia de la descarga eléctrica (el conflicto) el yo puede convertir a la enfermedad en el suceso desencadenante.

Esto lo observamos cotidianamente en las enfermedades que producen “bultos”, “manchas” o cambios de la forma normal. Allí es el yo del paciente quien genera esta asociación entre esos cambios de forma (hinchazones, tumores) que se convierten en “yo-timbre”, “yo-descarga eléctrica”. Esta asociación puede darse también en enfermedades que no se expresan exteriormente pero que quedan “pegadas” a diagnósticos médicos que son verdaderas descargas eléctricas. La palabra cáncer, sida, lupus o tantas otras que hacen que el análisis del yo haga la secuencia “yo timbre; yo descarga; yo enfermedad”.

Cuando el yo es el conflicto.

Una de las preguntas que más se hace el paciente es la siguiente. Si la enfermedad ha sido generada por un conflicto biológico (imaginemos un tumor de mama) y deciden sacarle la enfermedad (el tumor) y no se soluciona el conflicto, el tumor ha de volver a crecer. Es por eso que muchas personas deciden no hacerse nada a la espera de resolver el conflicto y que la enfermedad ceda naturalmente. Esta propuesta no siempre es válida. Un conflicto biológico se resuelve biológicamente si se soluciona la causa que el cerebro evolutivo ha captado. Pero una vez que la enfermedad se ha expresado, el yo comienza a analizar esa situación. Ese bulto que aparece comienza a darle información al mismo cerebro evolutivo. Podemos imaginarlo como un feed back. El cerebro evolutivo crea una realidad física que informa al cerebro del yo. El yo genera una respuesta que informa al cerebro evolutivo. En el caso del bulto en la mama, podrá crearse un feed back “bulto-deformidad-humillación”. Quien responderá ante la humillación es el cerebro evolutivo que controla la dermis y creará un prototipo de tejido en forma de pápulas que rápidamente la medicina catalogará como cáncer extendido a la dermis. A su vez, el médico diagnosticará la necesidad de sacar toda la mama, lo que el yo de la paciente convertirá en un “timbre-descarga eléctrica” de separación de su mama. Allí el cerebro evolutivo captará esa asociación y responderá con un prototipo llamado “úlceras de la piel”. Esos nódulos se abrirán a la piel y generarán una diseminación inflamatoria ya que es tejido dérmico fuera de su ambiente

y será rechazado, lo que provocará que el cerebro reaccione con gran cantidad de anticuerpos que intenten destruir a esos extraños. La historia puede seguir y ser francamente catastrófica. Y creemos que eso ocurre porque no entendemos esta asociación entre el cerebro evolutivo y el yo. Es probable que si el bulto fuese extirpado en las mejores condiciones para la paciente todo esto no ocurriría. Pero lamentablemente aún extirpado, se le crea a la paciente un contexto tan poco contenedor y creativo que no solo no se soluciona ningún conflicto biológico sino que se crean nuevos.

El muro débil.

Pero volvamos a nuestra paciente que decide no hacerse nada. Si el tumor sigue creciendo es claro que han pasado dos cosas. Los conflictos no se han resuelto y el yo analiza ese bulto como una realidad que debe ser destruida. Se convierte en un yo timbre-yo descarga. Este es un camino muy común en mujeres que se operan y al poco tiempo recidivan o “hacen metástasis”. Si ese yo analizara esa realidad como una verdadera ausencia de descarga eléctrica sería un “yo-muro”. Si los conflictos se resuelven y el bulto no desaparece (cosa que en un carcinoma intraductal es lo frecuente), el yo igual analiza ese bulto como una realidad que debe ser destruida (alteración del esquema y la forma del cuerpo). Igual se convierte en un yo timbre-yo-descarga. Si no se saca el bulto y el conflicto biológico está resuelto, está en manos del yo actuar como descarga eléctrica o como muro. Ese yo puede lograr la conciencia de lo que pasa y no convertirse en un yo timbre sino en un yo muro. Esa conciencia es lo que llamamos autoridad. Como vemos, la evitación de la respuesta condicionada (la formación de un muro a través del yo) es un proceso que debe albergar varios elementos que si no son tenidos en cuenta, generan un muro tan débil que se cae a pedazos ante el mínimo cuestionamiento.

Capítulo 25.

La construcción del muro.

Hemos visto como podía lograrse el conocimiento de que el timbre no fuera lo mismo que la descarga eléctrica. También abordamos la repetición del timbre evitando la respuesta condicionada, en ausencia de la descarga eléctrica. Y dijimos que para evitar esa respuesta mientras el timbre suena, debíamos lograr un muro similar al que Seligman creó para la rata. Así, en ausencia de la descarga, se logra el descondicionamiento por la mera repetición del timbre.

Construir un muro puede ser un trabajo abordado desde distintos niveles. Nosotros hablaremos del muro de la respiración, de los muros cotidianos, los muros inconcientes y un muro de conciencia que llamamos autoridad.

Los muros de Hamer.

Cuando hablamos del DHS dijimos que los tres elementos que propone Hamer para curar la enfermedad son la desdramatización, la verbalización y la preparación para no ser sorprendidos. Es indudable que es esta última propuesta la que más nos atrae ya que hablar puede convertirse en un vacío lleno de palabras y desdramatizar puede ser solo una ficción que se desmorona rápidamente.

Estar preparados para no ser sorprendidos permitirá que la palabra sea plena y que la desdramatización no sea solo un consuelo. El fundamento de esta preparación es lo que llamamos autoridad. Eso es lo que pretendemos que cada paciente gane en su vida. Un estado de conciencia que le permita analizar la realidad y emitir la respuesta de curación que necesita.

Prepararse para no ser sorprendidos.

No estamos proponiendo crear un manual de sorpresas y estudiarlas una por una para lograr esta preparación. De lo que hablamos es de lograr la actitud de conocer y vivenciar el valor de la supervivencia. Si todos hubiésemos estado en una guerra, en una catástrofe o en un grave accidente, sabríamos de qué estamos hablando. No todos los que han vivido semejante experiencia, igualmente logran esa actitud. Pero es un buen aprendizaje.

Debería enseñarse en las escuelas. Aprender a sobrevivir y aprender a convivir. Deseo una escuela así para mi humanidad futura. Que nadie desconozca el valor de estar vivos y de la solidaridad y la armonía.

A todos mis pacientes les planteo esta incógnita. Si un genio les ofreciera estas tres alternativas cual de ellas elegiría. Ayudarlo a realizar todos sus sueños pero darle solo un año más de vida. No ayudarlo en nada pero asegurarle una larga vida. Ni ayudarlo ni asegurarle nada; solo dejarlo a su libre albedrío. La mayor parte elige la tercera opción. Una buena cantidad la segunda y casi nadie la primera. O la duda o la certidumbre de una larga vida. Solo uno me propuso la primera pero que entre sus sueños a realizar se destaque la eternidad. La mayor parte de ellos le dio valor a la extensión de la vida. A la posibilidad de usar esa extensión en beneficio propio, aún cuando casi todos ellos no habían demostrado saber usar ese tiempo hasta ahora.

Los dos circuitos.

Si uno camina por un bosque una noche cerrada y pisa una rama, ese estímulo tarda en llegar al cerebro antiguo cuatro milisegundos. La respuesta tarde exactamente lo mismo en ir desde ese cerebro hasta los órganos que instalan una situación de reacción (ataque, huida, inmovilidad). Esto es un acto pre verbal. El hecho de que el cerebro antiguo tenga conexiones directas con los órganos y músculos del cuerpo es una ventaja para

que la reacción de supervivencia sea inmediata. Ese mismo estímulo tarda en llegar al cerebro moderno 16 milisegundos. Allí será analizado y discriminado y la respuesta tardará la eternidad de dos segundos en llegar a los músculos para tener una reacción acorde al análisis que se ha hecho. Esto es un acto verbal. Las conexiones del cerebro moderno son mediatizadas por el tálamo y significan una ventaja para no estar activando permanentemente reacciones de supervivencia ante estímulos percibidos. Podemos decir que el yo no participa en la primera reacción o en términos neurofisiológicos no llega a alcanzar la vibración de 40 htz que necesita para estar presente. En la reacción segunda el yo está presente.

Nuestra propuesta ha sido repetir el timbre sin la presencia de la descarga eléctrica e inhibiendo la respuesta condicionada. Dijimos que uno de los componentes fundamentales de esa inhibición (el muro) era el yo. El agente experimentador de la realidad. Ahora sabemos que el yo no está presente en la reacción de supervivencia inmediata que vamos a llamar 4x4 (4 milisegundos en llegar, 4 milisegundos en reaccionar). El yo sí está presente en la reacción 16 x2 (16 milisegundos en llegar, dos segundos en salir). ¿Cómo podemos activar el muro sin el agente experimentador de la realidad?

Los dos segundos.

Pareciera que si lográramos inhibir al cerebro reptiliano esos dos segundos hasta que nuestro cerebro moderno tome la posta, estaríamos sustituyendo la acción del yo e impidiendo la reacción de supervivencia.

Claro que no es nuestro objetivo impedir todas las reacciones de supervivencia sino inhibir la activación del programa de emergencia biológica transitoria (PEBT). Y nosotros sabemos que ese programa se activa cuando se congelan todos los sentidos que el yo analítico y discriminativo (los 40 htz de la neurona) propone ante los hechos. Es decir que no solo debemos inhibir el circuito 4x4 sino que debemos proponer el circuito 16x2 en su lugar.

Todo esto parece un hecho de ingeniería pero en realidad es lo que proponen las artes marciales, la meditación y algunas terapias de integración cerebral.

La inhibición del circuito 4x4 solo la puede hacer el yo. Y justamente es el yo quien no estuvo en la activación del PEBT. Ahora está pero ya el programa existe como respuesta condicionada. Se activó asociándose a una respuesta biológica instintiva. Recordando a Mc Lean, son prototipos celulares que estaban inhibidos pero que se activaron al asociar el estímulo condicionado (el DHS) al estímulo no condicionado (la amenaza a la supervivencia). El yo no puede inhibir una respuesta condicionada. Puede inhibir el estímulo no condicionado pero no la respuesta. Una vez instalada la respuesta es tratada de la misma manera que todos los condicionamientos, es decir, como una necesidad biológica. No es un tumor. Es una necesidad. Y el organismo no atacará una necesidad. Solo si esa necesidad desborda la posibilidad de supervivencia del órgano. Si lo amenaza, lo atacará.

El mecanismo.

Siguiendo nuestra propuesta hay que instalar un yo como agente experimentador de la realidad en los dos segundos posteriores al timbre. Si nosotros sabemos que el timbre está formado por los mandatos biológicos, familiares y generacionales, debemos activar esos mandatos. Nos aseguraremos que la reacción ante esos mandatos no sea del circuito 4x4 sino del 16x2, es decir, le propondremos un yo que en circunstancias normales no es posible que exista. Eso nos asegura que la respuesta condicionada no sea tomada por el circuito 4x4 y la vamos, al repetirla, inhibiendo. Es lo que venimos

aprendiendo del descondicionamiento. Si repetimos el timbre en ausencia de la descarga eléctrica y no permitimos la respuesta condicionada, ésta se inhibe. No necesitamos un muro real ya que el análisis de timbre lo hace un yo.

La pregunta que surge es de dónde sale ese yo.

La primera inhibición.

Si el timbre es la reiteración de los mandatos y la descarga eléctrica la insatisfacción de la realización de los mismos, si el yo repite los mandatos sin provocar la respuesta de 4x4 estoy inhibiendo la activación del PEBT. Lo que tengo que lograr es que no se active la descarga eléctrica, es decir la insatisfacción o el recuerdo de la insatisfacción de los mandatos (biológicos, familiares y generacionales). Sé que la frase de la enfermedad es el resumen verbal que el yo ha hecho de esa insatisfacción. Si soy capaz de presentarla sin activar el sistema 4x4, inhibo progresivamente el condicionamiento que llamamos programa de emergencia biológica transitoria.

La frase de la enfermedad está construida por la suma de la negación de los mandatos. En un paciente hipertenso, surge de “soy un pez fuera del agua y no puedo retener agua” (negación del mandato biológico de tener suficiente líquido para sobrevivir) + “si hago lo que siento, alguien corre peligro” (negación de la reacción de inmovilidad frente al mandato de tener que garantizar el bienestar de los otros). La unión de ambos conceptos genera la frase de la enfermedad: “estoy en desventaja”. Las metáforas a construir en esta frase pueden variar: “estoy fuera de mi territorio y no me defienden”; “el mundo es hostil”; “tengo que retenerme porque soy capaz de cualquier cosas” y muchas más. Se deben construir en base a la historia del paciente.

Si esta frase es reiterada sin producir la activación del condicionamiento, extingo poco a poco el condicionamiento. Pero esta inhibición no la hace el yo (el sistema 16x2) sino la ausencia de la reacción de supervivencia (el sistema 4x4). El yo sigue estando ausente pero se inhibe la reacción de supervivencia.

Esta primera inhibición la logramos a través de un mecanismo respiratorio silábico que crea un muro que nos permite estar preparados para no ser sorprendidos. Al igual que en las técnicas de meditación o de las artes marciales, no hay análisis ni discriminación pero tampoco mera reacción de supervivencia. Hay una acción correcta; hay un observador que observa al observador. No hay oscilación de 40 hz en las neuronas del tálamo pero hay otro tipo de vibración que demuestra una acción con sentido.

Veamos una de esas técnicas.

Capítulo 26.

La respiración y el concepto.

En la Universidad de Palo Alto se han hecho infinidad de estudios. Uno de ellos, lo hizo el Dr. Laskow sobre el efecto de la respiración en los distintos hemisferios cerebrales. Se sabía que el ser humano desde que nace hasta entrada la pubertad tiene una respiración basada en la alternancia de la entrada de aire por las narinas. Durante treinta minutos entra más volumen de aire por una fosa nasal, luego durante quince minutos, el volumen es el mismo por ambas fosas nasales y posteriormente el volumen aumenta en la otra fosa nasal por treinta minutos. La explicación de este fenómeno involuntario es que el cerebro nace inmaduro y debe asegurar la madurez de algunos centros vitales. Esto lo hace a través de un reflejo “fosa nasal-hemisferio cerebral”, es decir, cuando entra más volumen de aire por la fosa nasal derecha, se activa la función del hemisferio cerebral izquierdo y cuando entra más volumen de aire por la fosa nasal izquierda, se activa la función del hemisferio cerebral derecho. No tiene que ver con la cantidad de oxígeno que va al cerebro, ya que el aire, entre por la fosa nasal que entre, va a los pulmones, sino por la percepción de parte del cerebro del volumen de aire que se mueve del lado derecho o izquierdo, activando así su funcionamiento.

Lo llamativo de esta experiencia es que Laskow la hizo con personas sin preparación respiratoria y midiendo la actividad cerebral con electrodos. Al pedirles que repitieran el ejercicio del yoga para destapar las narinas, obstruyendo con sus dedos una y otra fosa nasal, no logró detectar ningún cambio en el cerebro. Cuando les pidió que en lugar de usar sus dedos, usaran solo su imaginación, es decir, solo imaginar que el aire entra en mayor volumen por una fosa y luego por la otra, los cambios se produjeron. Lo que comprobó es que ambos hemisferios se activaban de acuerdo a la narina por donde la persona imaginaba que entraba más aire. Si imaginaba que el aire entraba por la fosa nasal derecha, el funcionamiento del hemisferio cerebral izquierdo se activaba. Si imaginaba que el aire entraba por la fosa nasal izquierdo quien se activaba era el hemisferio cerebral derecho.

Luego de esto, las experiencias buscaron activar funciones específicas de cada hemisferio. Se observó que el hemisferio izquierdo se activaba más que el derecho cuando la persona estaba en estado de alerta (simpaticotonía) y entonces si se lo quería relajar se obligaba a la persona a respirar por la fosa nasal izquierda desactivando así el hemisferio izquierdo. Cuando la persona no podía dormir, es decir, no activaba su hemisferio derecho de relajación (vagotonía) se obligaba a respirar por la fosa nasal izquierda y se dormía. Se investigaron los centros del dolor, del miedo y muchos más. Todos reaccionaron ante el simple cambio en la cantidad de aire que entraba por una de las fosas nasales, pero sin tocarlas, solo imaginando que este cambio se producía.

La frase y la respiración alternada.

Cuando comenzamos a tomar contacto con estos estudios, lo primero que pensé es como podíamos implicarlos con nuestra teoría.

Nosotros sabíamos que si queríamos inhibir la respuesta condicionada (el programa de emergencia biológica transitoria) debíamos asegurarnos de tres elementos: repetir el timbre, no producir la descarga eléctrica y no permitir la respuesta condicionada. Nos planteamos que una forma de repetir el timbre era justamente repetir la frase de la enfermedad. La teníamos que construir con el paciente previamente abordando la negación del mandato biológico, del familiar y si era necesario, del generacional. Esa repetición verbal debía hacerse en un contexto tranquilo en donde no hubiera la amenaza de que esa frase trajera a la memoria la estructura en la que se apoyaba. Pensamos que esto lo lograríamos con un estado de relajación adecuado. Sin embargo,

la mera repetición de la frase generaba la descarga eléctrica. El cerebro analítico proponía con el yo algo que el cerebro antiguo leía como peligroso. Nos dimos cuenta que lo que teníamos que lograr era que el sistema 4x4 no percibiera la frase, es decir que la repitiera pero sin que esta frase generara amenaza. Le pedíamos al paciente que la repitiera silábicamente y no con los fonemas completos. Por ejemplo, el paciente decía: “es-toy-en-des-ven-ta-ja” y cada sílaba era acentuada. El segundo paso que dimos fue pedirle que respirara con cada sílaba por una fosa nasal distinta. El tercer paso que dimos fue reforzar con nuestro acompañamiento la frase repetida silábicamente. Luego nos dimos cuenta que si hacíamos lo mismo con nuestra respiración y acompañábamos idénticamente la respiración del paciente, el efecto aumentaba. El quinto y último elemento fue golpear los hombros del paciente repitiendo “ya está” varias veces. Esto lo hacíamos varios minutos y durante varios días. Le pedíamos al paciente que hiciera su parte en su casa y que en lugar de terminar con el golpeteo en los hombros lo hiciera sobre cada dorso de la mano.

La hipótesis.

Nuestra hipótesis era la siguiente. Si lo que pretendíamos era descondicionar un prototipo específico de conducta, esa conducta debía ser especificada. Así como la laucha no iba a descondicionar su salto ante una campana sino solo ante un timbre, debíamos construir el timbre adecuado. Allí instalamos la frase de la enfermedad como timbre. La respiración alternada era el muro. Y para que el yo no intervenga, la frase era silabeada. El cerebro no la reconoce inmediatamente, pero la integra a través de los dos hemisferios trabajando en forma sucesiva. No desata la reacción de supervivencia y al repetirla sin activarla, la descondiciona.

Fuimos tomando conciencia que la frase de enfermedad no era analizada por el yo sino por el área de conceptos preverbal y que esto era motivado por la respiración alternada combinada con el silabeo pero sobre todo por la participación de un yo externo que repetía ese silabeo y esa respiración. Allí, la técnica comenzó a dar frutos. Cuando había un observador que observaba al observador y lo confirmaba.

Esta primera inhibición fue el comienzo de una serie de técnicas basadas en el mismo principio. No permitir la reacción de supervivencia específica y repetir el timbre.

Capítulo 27.

Los muros inconcientes.

El segundo muro es el abordaje de estímulos que no son captados por la conciencia pero que actúan permanentemente sobre nuestra vida. A estos estímulos los llamamos conflictos primarios. Si bien hemos trazado un mapa de ellos en cada hoja embrionaria, cada persona debe ser trabajada en su historia. Los mapas no son nada más que guías y expresiones teóricas surgidas de la experiencia. Cada ser humano es su historia.

Si hacemos un electroencefalograma a un niño veremos que las ondas que surgen de ese estudio son lentas. Primero aparecerán las ondas theta y luego las delta. Serán de ciclos muy bajos; luego de los cuatro años aparecerán las ondas alfa, que tienen ciclos más rápidos pero que igual siguen siendo lentas. A los ocho años, aparecerán las ondas beta, que son aquellas que predominan en la vida adulta y que son las que predominan en el estado conciente. Esto nos permite conocer que hasta los ocho años, el cerebro de un niño es similar, por la lentitud de sus ondas, al cerebro de un adulto en estado de hipnosis. En ese momento de la vida, el cerebro de un niño puede registrar hasta cincuenta mil estímulos por segundo. Si los comparamos con los cuarenta estímulos por segundo que puede registrar un cerebro adulto, nos damos cuenta de que todo lo que sucede en los primeros siete años de vida alcanza una magnitud que escapa a la comprensión del cerebro adulto. Allí, lo que registra el cerebro es aceptado hipnóticamente. Se incorpora de una manera rápida y eficiente. Si entendemos esto, sabremos por qué buscamos los conflictos primarios en esos primeros años de vida. No es que lo que suceda luego carezca de importancia. Es que lo que sucedió allí, al no tener las ondas beta, capaces de analizar y discriminar, no se registró psíquicamente. Todo se incorporó y la mayor parte de ello no se recuerda.

El comienzo.

En la búsqueda de estos conflictos primarios, partimos de lo que llamamos sucesos o etapas desencadenantes. Lo que nos interesa de esta etapa no es tanto el hecho en sí, sino las sensaciones físicas que acompañan a la etapa previa a la aparición de la enfermedad. Le debemos pedir al paciente que recuerde y escenifique esa etapa en su cuerpo. En el recuerdo aparece un sentido con más fuerza que otros; puede ser la imagen que ve, el dolor que siente, un sonido. En general lo que prevalece es la sensación kinésica (una opresión en el pecho o un temblor) y lo que ve (una escena, a él mismo en una actitud). Es ese sentido que prevalece y la emoción que lo acompaña el que se va a comenzar a articular en la búsqueda del conflicto primario. Para lograr esta articulación, es importante relajar al paciente con el método que uno conozca (respiración, relajación física, visualización) y pedirle con una voz que no lo distraiga, que no vaya a buscar nada. Que confíe en que las escenas, los conflictos y los recuerdos lo van a ir a buscar a él. Que esté dispuesto a recibirlos a veces solo en pantallazos pero que les preste atención, porque siempre van a aparecer. Le pedimos que se concentre en la imagen o en la sensación física que relacionó inicialmente con la etapa desencadenante o el hecho en sí previo a la aparición de la enfermedad. Con la sensación física y con la emoción que surge.

Las escenas.

Veamos un paciente que consulta por una lesión en el colon que le produce dolor. Le preguntamos directamente cuando sintió ese dolor por primera vez.

“Es muy antiguo; comenzó como cólico renal derecho”.

¿Cuál es la sensación física?

“Que algo me aprieta”

En estado de relajación, le pedimos que vaya a períodos anteriores de su vida, en los que no sabía que tenía esa lesión pero en que pudo tener esa sensación de algo que lo apretaba en su cuerpo.

“La sensación que me aparece es en los testículos”

¿Cuándo se produjo eso?

“Cuando era un niño; yo formaba parte de una barra de chicos todos mayores que yo y había una broma que hacía el más grande que era tomar entre varios a uno y apretarle los testículos y pedirle que silbara. Cuando me lo hicieron entré en pánico”.

Ahí estamos frente a una escena que se articula con la etapa desencadenante (observemos que no le pedimos al paciente que relate hechos de esa etapa desencadenante). En ese momento es muy importante confirmar este hecho con algún testeo muscular o con técnicas de integración cerebral (por ejemplo pedirle que se tape un ojo y otro sucesivamente).

Los mapas.

Es aquí cuando los mapas nos sirven. Nosotros sabemos que una lesión de colon tiene como conflicto primario no poder ser primeros, ser siempre postergados, no llegar. En una primera entrevista, podemos quedarnos en la articulación de la sensación física que apareció al pensar en la enfermedad con esta escena de los ocho años de edad. Trabajar con una técnica de integración cerebral o dejar que el paciente hable de lo que le sucede al hacer esa articulación. Nosotros podemos también hacerle tomar conciencia de lo que significa esa articulación explicándole la conducta de la célula. O podemos seguir. Eso lo evaluamos de acuerdo a las características del paciente, a la movilización que le produce esta articulación, a si se despierta angustia o si no puede salirse de la sensación física o se aleja rápidamente de ella. Todo eso lo evalúa el terapeuta para saber si sigue en la búsqueda del conflicto primario que hable de la imposibilidad de ser primero. Si seguimos, lo que le vamos a pedir al paciente es que vaya aún más atrás en el tiempo. Nosotros habitualmente usamos la técnica de pedirle que divida por dos la edad pero podemos dejar que el paciente sea libre y las sensaciones lo busquen a él.

Seguimos.

Trate de sentir que le aprietan el testículo pero viéndose aún más chico que a los ocho años. Concéntrese nuevamente en la sensación física y véase más pequeño. Deje que la sensación lo guíe. Dígame qué es lo que aparece.

“Un bebé. Creo que soy yo”.

Y que hace ese bebé.

“Está en una cuna”.

Concéntrese en las sensaciones. En su dolor. No deje de ver al bebé. Obsérvese que lo que le pedimos es que se concentre no en su dolor de colon, sino en su sensación de los testículos.

“Veo que un tío al que conocí solo por foto, se acerca con sus enormes bigotes y me dice riéndose que no me va a levantar de la cuna porque soy muy feo y tiene miedo que lo muerda.”

¿Cómo está su dolor?

“¿Qué dolor?”

El del colon.

Se toca, lo busca. “No siento dolor”.

Allí encontramos el conflicto primario. La única manera de confirmarlo es que el dolor no está. A partir de allí, se confirma la articulación con técnicas de integración cerebral.

Esto no cura la enfermedad. La lesión de colon no desaparece ante esta articulación. Pero la desaparición del dolor nos guía que allí está el conflicto que el cerebro usó para generar una respuesta biológica. La curación será la confirmación continua y diaria de esta articulación hasta que el cerebro deje de asociar el timbre con la descarga eléctrica. Aquí la frase de la enfermedad se construye con “no puedo aceptar esto” + “si no me apuro, se me queda adentro”. Será: “solo si hago algo, no exploto”.

Capítulo 28.

El muro cotidiano.

La vida es conflicto. O lo tiene uno o lo pone el otro. Vivimos en un territorio común y nos relacionamos. Y tal como está planteada la vida actualmente, la convivencia es origen de conflictos. Los llamados conflictos biológicos también son fruto de esa convivencia ya que un conflicto de nutrición se refiere a indigestarse con actitudes de otros. Una persona puede vivir en absoluta soledad y por su estructura mental seguirá haciendo conflictos de convivencia (recordemos como se forma el yo).

Que el timbre siga sonando.

En este tercer muro, es necesario lograr un descondicionamiento constante. La persona debe aprender a utilizar cada instante de su vida como una oportunidad para que el timbre siga sonando y la respuesta condicionada llamada enfermedad no se produzca. El trabajo del terapeuta está limitado al momento de la consulta. Allí se deben aclarar los elementos a poner en juego, utilizar las técnicas que cada uno tenga y permitir al paciente que sea él mismo quien lleve a la práctica en su vida cotidiana lo aprendido. No convertimos a la medicina psicobiológica en una psicoterapia. El paciente debe seguir viviendo y creciendo. Nosotros somos guías, acompañantes, no podemos hacer lo que él no hace en su vida.

Imaginemos que hayamos trabajado con un paciente en dos o tres sesiones. Hayamos puesto en claro las reglas del juego y realizado el trabajo de descondicionamiento. A partir de allí, él debe seguir viviendo en base a estas reglas ya que si no, su enfermedad no se curará o volverá. Debe ejercer su autoridad y debe usar cada instante de su vida en impedir la descarga eléctrica e inhibir la respuesta condicionada. Si no, todo el trabajo hecho no impedirá nuevas descargas eléctricas ni nuevas respuestas condicionadas.

La mayor parte de los pacientes y de los terapeutas consideran un éxito lograr los dos primeros pasos. No lo vemos así. Nuestra responsabilidad como seres humanos que ayudan al que sufre, no es hacer desaparecer el síntoma sino crear un estado social que entienda las causas del sufrimiento y valore la posibilidad de ir generando una humanidad nueva con un tipo de conciencia en donde dejemos de ser ratas que responden a recuerdos condicionados.

Vivir cada día con la atención necesaria para desprogramar esos recuerdos y a la vez, lograr un estado de autoridad que impida la respuesta de siempre. Ahí está el concepto que debemos poner en práctica.

El terapeuta debe transmitir al paciente cual es el mandato que lo habita y cual es su reacción ante él. Con ese conocimiento el paciente debe usar cotidianamente un descondicionamiento continuo de sus reacciones.

Los recuerdos.

Veamos un ejemplo. Un varón de 45 años con un quiste renal simple que ha aumentado de tamaño y le ocasiona dolor en el costado derecho del abdomen. Debemos saber que todo quiste es un espacio cerrado, sin salida y que habitualmente tiene líquido. Y el riñón se ocupa de los líquidos. Todo espacio cerrado implica que allí algo se guarda porque no quiere expresarse o compartirse. También debemos saber que el riñón se ocupa de filtrar las impurezas y que biológicamente es un órgano discriminador, que decide quien pasa el filtro y quien se queda. Si hay un quiste en un riñón es que hay algo que debía pasar el filtro y se quedó adentro. Los mandatos que trabajan los quistes renales son los del endodermo. El biológico es el de nutrición (el agua); el familiar es no llegar a tiempo (el pez que es arrastrado a la orilla y no llega a ser devuelto al mar por la ola) y el generacional es jerarquizar a los anteriores (las moléculas mayores tienen su

lugar de paso y cuando no pasan se acumulan en la sangre). En el quiste la reacción ante el mandato es esperar, es la reacción de inmovilidad.

Es fundamental que esta persona además de articular sus conflictos primarios, ocurridos habitualmente en los primeros siete años de vida, logre la autoridad de satisfacer sus necesidades fundamentales, de alejarse de lo que todos hacen y él mismo ha hecho para sobrevivir y de no vivir el conflicto como una descarga eléctrica.

La articulación con el conflicto primario la logró con un recuerdo intrauterino. Se le pidió en estado de relajación que su cerebro le de las escenas necesarias para lograr su curación; que no las fuera a buscar sino que las recibiera. Vio a un pequeño reptil que quería salir por la fisura de una bolsa marrón con forma de castaña. Era él como embrión queriendo escaparse del útero. No quería nacer. El conflicto biológico era el de ahogarse en el agua del líquido amniótico. Un pez que se muere de sed en medio del océano. Allí, el cerebro le devolvía algo que era primario en su ser. Quedarnos en ese recuerdo y dar por solucionada la enfermedad es un error. El debía aprender a tener autoridad en los tres niveles, el biológico, el familiar y el generacional. En el biológico, la vivencia del conflicto se debía dar en su necesidad primordial de no nacer, de no seguir adaptándose a los obstáculos que la vida trae. Debía aprender a no vivir la experiencia de la adaptación como imposible. No elegir la muerte por sentir imposible el dolor de la mutación y el cambio. No podía seguir haciendo lo mismo que venía haciendo. Enfermarse y enquistarse. Tenía que aprender a trascender esa conducta de huida e inmovilidad y ser activo en el proceso de cambio. Aceptar esos cambios como parte de la vida. Aprender a satisfacer las necesidades que la vida le proponía sin huir de los continuos nacimientos que los obstáculos le proponían.

Lo anterior al yo.

En lo familiar, la escena que apareció asociada a la del reptil que quiere irse, fue la de sus padres discutiendo ante la noticia de su nacimiento. Vio a su padre en una actitud de preocupación recriminando a su madre el nuevo embarazo. La frase que repetía era “¿y como lo vamos a mantener?”. “No sabés cerrar las piernas vos?”. Allí estaba el conflicto familiar, el llegar tarde. Ya tenía varios hermanos y todos habían llegado antes que él. Su presencia no era esperada y él lo había sentido. Su autoridad debía expresarse a partir de este conocimiento. Recordemos que el conflicto ante este mandato es arremeter ante todo o asumir que debe esperar y caer en la inmovilidad o huir. Para nuestro paciente, su modo de resolver el conflicto era esperar; aceptar que no podía ser primero y debía esperar que los otros le dieran permiso para su urgente necesidad de huir. Debía aprender a superar su vivencia de espera a partir de comprender que el otro no tenía más derecho que él. No había necesidad de huir ni de arremeter, solo tener la conciencia de su propio derecho. Articulando las dos escenas anteriores, él podía darse cuenta que su vivencia surgía de las sensaciones que había tenido como embrión y no como sujeto. Su yo no tenía que ver con esas vivencias que eran anteriores a su formación, a su identidad.

Más atrás.

En lo generacional, el mandato del endodermo es “los anteriores tienen más derecho que los posteriores”. Cuando le pedí que dejara que el cerebro le diera las imágenes que tenía que ayudarlo a curarse, le indiqué que respirara cuatro veces por una sola fosa nasal y espirara por la otra. Luego de varios minutos, nada apareció. Le pedí que respirara solo una vez por cada fosa en forma alternada y le exigí que no fuera a buscar nada. Que no buscara recuerdos, solo que dejara que el cerebro le diera lo que necesitaba. Allí apareció una imagen de un león que rugía y de unos cordones anudados.

Le pedí que respirara normalmente y fijara esas dos escenas. Allí el cerebro se las había dado. En el momento de nacer, su cordón se había anudado en su cuello y él gritaba sin que ningún sonido se expresara. Se repetía su dificultad para nacer, los obstáculos para vivir. Su falta de derechos, la exigencia de la vida en mostrárselos.

Como vemos, lo que definimos como conflictos (ya sea biológicos, familiares o generacionales) son vivencias absolutamente anteriores a la formación del yo. No podríamos recordarlas porque no había estructura psíquica. Sin embargo, el cerebro, las devuelve. Podríamos decir que en ese momento en que aparecen, allí nacen. Esto es fundamental entenderlo para no convertir a la medicina psicobiológica en una psicoterapia. Nosotros buscamos lo que no existe para hacerlo existir y así lograr una articulación que permite la curación. A partir de ese momento, el sujeto tiene los elementos para curarse. Su cerebro se los dio. No nosotros. Lo que haga con esos elementos depende de él.

Capítulo 29.

Las tres puertas.

El muro cotidiano no es otra cosa que la conciencia permanente de todo el camino recorrido para lograr la curación.

Cuando un paciente me consulta, imagino tres puertas. Cada una de ellas tiene una llave y entre ambos, debemos aprender a abrirlas.

La primera puerta la llamo “la actitud de curación”. En ella el camino a desarrollar es lograr aprender la actitud que necesita el paciente para curarse. Allí, estarán los pilares de la confianza, el reposo, la dedicación y la paciencia.

La segunda puerta la llamo “la del lenguaje para curarse”. Allí, deberemos recorrer el lenguaje que describe la realidad y aquel que crea la realidad. Las afirmaciones y las declaraciones. Estos pilares serán los desplazamientos de sentido y las condensaciones que hacemos con las palabras. Conoceremos el discurso de la enfermedad y el discurso del cáncer. También abordaremos los tres mandatos de la enfermedad.

La tercera puerta la llamo “los instrumentos de curación”. Allí se desplegará la dimensión de lo mensurable. Aquello que el sujeto necesita como la materia que lo cura. Eso que llamaremos medicamento, tomografías, marcadores. Serán los testigos y los protagonistas objetivos de la curación.

Las tres puertas deben ser abiertas. El compromiso que ambos asumimos es no depositar en una de ellas el motivo de la cura. El trabajo terapéutico será el recorrido de los tres caminos que confluyen en un espacio que llamaremos el estado posible para vivir. Comenzaremos a olvidar la idealización que hemos hecho de la salud. La salida de la enfermedad no será la recuperación de un estado anterior sino el aprender a convivir con lo que la enfermedad nos ha dejado. Sus marcas, sus aprendizajes y sus imposibilidades.

Veamos una por una esas puertas y sepamos que hay detrás de ellas.

La actitud de curación.

Esta puerta es muy difícil de abrir. Cuando alguien está enfermo, lo único que quiere es dejar de estarlo. La propuesta de tener una actitud determinada suele ser rechazada de plano. Es por eso que la llave es hacerle entender que él conoce esa actitud y que solo necesita recordarla. Siempre le proponemos el ejemplo del animal herido en la selva. Allí, sin que nadie se lo haya enseñado, el animal buscará un lugar que lo oculte de los predadores ya que herido es una presa fácil. Se arrastrará hasta un árbol porque el rocío de la noche sobre las hojas le permitirá beber algo de agua. No se preocupará por comer ni por escapar. Solo descansa y espera. Nosotros, conocemos esa actitud. Nuestro saber colectivo la ha utilizado millones de veces pero quizás el ejemplo más claro sea el dolor. Si alguien tiene dolor, se queda quieto. Es natural que lo haga. Si se rompe un hueso, solo se unirá con reposo. No hay drogas ni técnicas que superen o reemplacen a la quietud.

Es necesario entender la quietud no solo como descanso sino como confianza absoluta en que los mecanismos reparadores del cuerpo harán su trabajo. Nadie desconfía del poder del hueso en repararse. Nadie confía del poder del órgano en curar un cáncer. Debemos recuperar esa confianza. No poner obstáculos a los mecanismos reparadores naturales. El animal herido en la selva no lo hace. Nosotros, lo hacemos permanentemente.

Es claro que el período de reparación puede tener obstáculos. Y es maravilloso que la medicina haya logrado superar esos obstáculos con medicamentos y cirugías. Jamás renegaremos de ellos. Pero no debe confundirse la superación de un obstáculo con la curación de una enfermedad. Cuando un intestino obstruido, es operado se salva a la

persona de un grave obstáculo. Pero no se la cura. Algunas veces, esa misma cirugía, en su afán de curación, va más allá de lo que debería y crea futuros problemas. Otras veces, las masas presentes son tan grandes que operarlas es matar a la persona o dejarla con complicaciones irreversibles. Es aquí que la paciencia y la confianza deben actuar. ¿Qué sentido puede tener operar a una persona que tenga una masa alrededor del recto que toca su columna? Allí sería más prudente manejar el dolor y esperar. Y buscar las tres llaves para lograr la superación del problema.

La gran confianza.

Es así que la confianza se convierte en un aliado fundamental en el camino que abre esta puerta. No es la confianza en el médico ni en un medicamento. Es la confianza en la capacidad reparativa de la naturaleza que se ha puesto a prueba durante millones de años. Poner en actividad esa capacidad es parte del reposo. Pero el reposo no debe ser entendido solo como descanso. Es sobre todo, la idea de no confrontar, de no pelear ni con la enfermedad ni con la causa de la enfermedad. Esta actitud es quizás la más importante ya que se trata de una profunda aceptación de lo que pasa sin querer cambiarlo. Es evitar crear “el conflicto que trata de solucionar el conflicto”. Una persona enferma debe usar todas sus fuerzas en curarse y no puede gastarlas intentando transformar la realidad de los otros.

Aquí aparece la dedicación. Es una actitud especial en que el ser vivo se retira de la lucha y solo se dedica a curarse. Dormirá mucho más tiempo del habitual, se alimentará en forma liviana, no generará discusiones ni desencuentros. No los aceptará. Está dedicado a curarse. Como hace cualquier animalito enfermo. Solo se queda quieto, toma agua y recibe cariño. No intenta manipular a nadie con esa actitud. Su único objetivo es permitir la reparación del organismo.

Esta puerta a la que imaginamos una vez abierta como una serie de caminos que se enlazan con los caminos de las otras puertas, debe ser comprendida y respetada. Muchas personas creen que pueden no recorrer ese camino porque tienen aptitudes especiales que no los obligan a hacerlo. Sin embargo, todos deben entender que esas actitudes son las que ha creado la naturaleza para reparar los cuerpos exigidos más allá de su capacidad. Si se ha llegado al momento que la medicina llama enfermedad nadie puede dejar de sostenerse en esa reparación. Nadie está exento de tener que cumplir con esta obligación. Deberá retirarse de su trabajo habitual, de su rutina aprendida y de sus presiones en los vínculos. Deberá suspender compromisos y por sobre todas las cosas, deberá dejar de luchar aún para sanarse. Esta lucha por la curación, que mucha gente confunde con la dedicación como actitud curativa, debe ser reemplazada por la mansa espera (aún en medio de los obstáculos) acompañada por la presencia del médico que lo guiará para no cometer errores.

Reposo, confianza, paciencia y dedicación son los cuatro caminos que se deben recorrer tras abrir la puerta de las actitudes para la curación.

El lenguaje de la curación.

Esta segunda puerta tiene al abrirla, más que caminos, laberintos que se abren y se cierran. Veamos como se desarrollan.

- 1) **la estructura del lenguaje.** Aquí deberemos aprender que el lenguaje no es inocente. Que si bien existe un caminito florido que usa el lenguaje para describir la realidad, existe un laberinto tortuoso que crea realidades a través del lenguaje. Ni los pacientes ni los médicos toman conciencia de que juntos vienen creando realidades más que describiéndolas. El sociólogo Rafael Echeverría hace una interesante clasificación. Al lenguaje que describe la realidad objetiva

lo llama lenguaje afirmativo. “Esto es un árbol” es verdadero y “ahora es de día” es falso. En la descripción de una realidad que colectivamente se ha aceptado, se mueven los conceptos objetivos de verdadero y falso. En cambio, cuando se usa el lenguaje para proponer una realidad, ya no para describirla, esta realidad se acepta o se rechaza. Este tipo de lenguaje se llama declarativo y ya no describe objetivamente lo que es verdad o falsedad sino lo que es válido o inválido. Lo determinante de este lenguaje es la autoridad que tiene quien lo utiliza. Inicialmente existirían seis tipos de declaraciones: sí, no, no se, gracias, perdón y te quiero. Todas ellas generan una realidad que hasta ese momento no existía. La declaración que mas nos interesa recorrer es la que la medicina, o mejor dicho, la autoridad del médico proponen al que lo consulta. “Usted señora, tiene cáncer”. “Aquí hay que investigar porque algo está pasando”. “Usted se sentirá bien, pero los análisis dicen lo contrario”. Estas declaraciones que se parecen al discurso de la histeria, son capaces de generar una realidad cuya consistencia es la enfermedad. Un ser humano que se siente igual que siempre, es diagnosticado con una masa en el pulmón por un hallazgo casual y a partir de allí, su realidad cambia. Mucho más común, un hombre cuya vida no tiene sobresaltos, se le exige un control de un marcador de próstata y al evaluarlo elevado, se le punza el órgano y se lo lleva a una realidad cercana a la catástrofe. La declaración de enfermedad no parece ser de la dimensión de la verdad sino de la aceptación del discurso médico. Uno se pregunta si la realidad de la enfermedad puede crearse, si no existía ya antes de la aparición del diagnóstico y de la declaración del médico. Lo que se crea, no es la masa tumoral, el dolor en las manos o la dificultad para quedar embarazada. Se crea un lenguaje sobre esos hechos que los convierten en sucesos de una realidad dramática. Pensemos en lo que dice Hamer. La masa tumoral, el dolor en las manos o la dificultad para quedar embarazada, son hechos que expresan dificultades biológicas o como él lo llama, programas especiales de la naturaleza. A partir de conocer el mecanismo de estos programas (existencia de un conflicto, puesta en marcha de las conductas celulares para solucionarlo, alternancia de la simpaticotonía con la vagotonía y crisis epileptoidea de solución, presencia de micro organismos barrenderos y sentido de superación del conflicto), Hamer crea una realidad que no ignora ni la masa tumoral, ni el dolor ni la esterilidad. Por el contrario, las entiende de manera biológica y les propone una salida biológica. La realidad que crea el discurso médico es de presencia enemiga. Necesidad de destrucción y vuelta al estado anterior pero jamás dejar que el enemigo siga en el organismo. La realidad que crea Hamer es la comprensión de esa presencia y la ayuda de su desarrollo para que luego de su superación la vida no sea la misma, sino que evolucione naturalmente. Tanto el discurso médico como el de Hamer declaran dos realidades distintas. Quienes le damos autoridad a Hamer, vivimos la enfermedad como un campo de aprendizaje. Quienes le dan autoridad al discurso médico, la viven como un campo de guerra. En un momento dado, lo que Hamer dice puede llegar a convertirse en verdad y a partir de allí en realidad. Hasta ahora, los fundamentos no son considerados suficientes para aceptarlos. Es cuestión de tiempo. Pero mientras tanto, proponemos recorrer este camino de la estructura del lenguaje para ir desenredando las trampas que propone.

- 2) **Los discursos de la enfermedad.** Así hemos llamado en nuestra teoría a la anulación o suspensión de los distintos significados que la relación entre un hecho y la respuesta a ese hecho genera. Un ejemplo será la vivencia que cualquier persona puede tener de un robo. Hay multitud de sentidos que ese

hecho puede despertar. Sentirse despojado, burlado, quedarse sin nada, querer agredir al ladrón, denunciar al sistema que lo permite, sentir el abandono de la sociedad, quedarse paralizado, gritar, correr y muchos más. Todos ellos son vivencias, actos, respuestas posibles ante un hecho. Para que exista enfermedad, se tienen que suspender absolutamente todas esas respuestas posibles y emerger como única presencia la respuesta que el órgano produce, es decir la respuesta biológica. La intensidad del hecho hace imposible una respuesta analítica, discriminativa de mi psiquis. Toda la tensión del hecho se deposita en un órgano que se encarga de interpretar el hecho con su pensamiento biológico. Ese órgano puede ser el pulmón que vivencia la falta de aire y elabora células propias para lograr captar más aire. O el hígado, que vivencia que se queda sin reservas y genera células para depositar la mayor cantidad de alimentos. O puede ser el estómago que vivencia que está entrando una realidad desagradable y se cierra. O cualquier órgano que tenga una especial sensibilidad por causas hereditarias o por sucesos previos. El discurso de la enfermedad es el desplazamiento del significado de convivencia al significado de supervivencia. En lugar de enojarme, agredir o correr, dejo que mi órgano lo haga por mí. El discurso de la enfermedad es el reemplazo de mi habitual lenguaje por el lenguaje del órgano. Sin que existan sucesos tan dramáticos este desplazamiento ocurre frecuentemente por el uso del lenguaje orgánico. “Esa mujer me destrozó el corazón”. “Este chico me va a traer un dolor de cabeza”. “No lo puedo digerir”. “Me cortaron la carrera”. “De esta situación no puedo escapar”. “No doy más”. El desplazamiento del sentido es lo que define el discurso de la enfermedad. Recorrer este camino es aprender a no usar declaraciones que se conviertan en afirmaciones.

- 3) **Los tres mandatos.** En nuestra teoría, los tres mandatos son tres lenguajes. Ellos son:
 - a) **el de los órganos o mandato biológico:** cada órgano o tejido, de acuerdo a su origen embrionario tiene determinadas exigencias que cumplir. El pulmón respirar, el intestino digerir y el páncreas elaborar jugos e insulina. Si se les exige más de lo que pueden hacer, lo denuncian a través de una conducta que va desde la inflamación hasta la degeneración celular. Esa conducta es el lenguaje que debemos aprender a escuchar para discernir la actitud curativa que se necesita. Si el pulmón se cierra, es que necesita aire puro y en el discurso de la enfermedad el aire puro se desplaza a todos los sentidos que se le puedan dar: no ver a determinada gente, no concurrir al trabajo, no sentir que otra persona lo asfixia. Conocer el lenguaje del órgano es transitar el camino del acto necesario para calmar la queja del órgano.
 - b) **El de la familia o mandato familiar:** es el lenguaje con el que ha sido recibido el ser vivo dentro de su clan. Esa recepción genera una respuesta adaptativa que se une al lenguaje del órgano y se expresan juntos. Una persona que sufre de tiroides habrá sido recibido por su clan con un lenguaje: no llegas a tiempo; no podrás ser primero en la vida. La respuesta de esa persona ante esa recepción será adaptarse a ella para compensarse y tratará de apurarse y arremeter en todos los actos de su vida. Eso se expresará en hipertiroidismo ya que el lenguaje del órgano tiroides es apurar el metabolismo. Conocer el lenguaje familiar será desarmarlo para no verse obligado a exigir a un órgano.
 - c) **El generacional o mandato social:** son los valores universales que se trasladan de generación a generación para sostener la continuidad de la vida humana. En el caso de la tiroides, el mandato social es -los anteriores tienen más derecho que

los posteriores- y se refiere a la necesidad de proteger a los viejos para que no sean eliminados por los jóvenes y así puedan transmitir los valores y las instituciones que se consideran útiles. Este lenguaje junto con el familiar y el social, construyen un discurso que al conocerlo, nos permitirá contestarlo adecuadamente para no exigir una función y provocar lo que aún llamamos enfermedad. En el caso de la tiroides, el discurso será: “debo apurarme + mis hijos no me ayudan”. La vivencia de impotencia construye una frase que exige al órgano a dar más y elabora nódulos. Habrá que aprender a contestar esa frase con otra; por ejemplo: “debo aceptar el tiempo de los demás sin exigir que cambien”.

Como vemos, la puerta del lenguaje de la curación es compleja pero fascinante. Hay mucho que decir sobre ella y mucho que trabajar.

Los instrumentos.

Esta tercera puerta a recorrer es la de los instrumentos. Al entrar en ella, veremos desplegada multitud de caminos, algunos muy angostos y otros muy amplios. Aquí el papel del que la recorre no es pasivo. Podría pensarse que el paciente solo tiene que tomar el medicamento o someterse a la cirugía. Que todo depende del médico y que uno solo puede prestar su cuerpo a lo que el médico decide que hacer.

Sin embargo, nos olvidamos de algo. Cuando alguien está enfermo debe pensar a quien le va a pedir ayuda. Si va al cirujano, no puede pretender otra cosa que una cirugía. Si va al homeópata, que no espere un examen médico minucioso de sus órganos. La elección del médico no es inocente. Uno no puede escudarse solamente en lo que el sistema ofrece. Hasta cuando va a comprar carne, se esfuerza en hacer un recorrido de distintas carnicerías (vale la comparación) pero en cuanto a la elección de un médico parece que todo pasa por los que figuran en la cartilla. Ni es así ni debe ser así. La sociedad debe pedir y exigir la posibilidad de las distintas alternativas. Al fin de cuentas se trata de una elección de vida. No es inocente. Además el paciente debe aprender a informarse como lo hace en todos los niveles de su vida. Como lo hace al irse de vacaciones o elegir un diputado. Si no lo hace, su responsabilidad queda reducida a cero.

Los instrumentos médicos se refieren a la elección que hace el paciente de que elementos lo ayudarán a su recuperación. No es lo único que importa pero es lo mensurable, lo objetivo. Aquello a lo que el sistema atribuye la curación. Es nuestro objetivo hacer tomar conciencia que el medicamento o la cirugía muy pocas veces son curativos. Casi siempre son paliativos ya que si no se recorren las tres puertas juntas, la enfermedad retorna invariablemente.

Esa conciencia será la que ayude a crear nuevos instrumentos que no sean tan cruentos como muchos de los actuales.

Capítulo 30.

El muro de la autoridad.

Podemos decir, siguiendo al sociólogo Weber, que la autoridad tiene tres expresiones. La primera es la llamada carismática. Es una forma de autoridad basada en las condiciones personales que hacen generar vínculos de dominación y de influencia sobre las personas. Este carisma, como el que pueden tener los líderes políticos o religiosos, provoca admiración y respeto pero a la vez una sensación de que el otro tiene un poder inaccesible para la mayoría. La segunda expresión de la autoridad es la tradicional, en la que las costumbres de las sociedades provocan que ciertos roles o estados sean admitidos como autoridades. Un presidente, un jefe o ciertas profesiones entre las que la medicina se destaca. El “doctor” es la expresión de esa autoridad. Es el que si ocupa ese lugar se supone que sabe. Esta autoridad jerárquica muchas veces es una herencia de la carismática. Pensemos que los médicos de la antigüedad eran habitualmente sabios; una realidad nada más alejada que la de los médicos actuales. La tercera expresión de la autoridad es la legal o racional. En ella hay un reconocimiento del derecho de esa persona que le confiere legitimidad. Aquí interviene la ley. En las dos últimas, no es la persona la que tiene la autoridad sino el rol que ocupa o el que la ley le confiere. Una vez que pierde ese apoyo, la autoridad desaparece.

Lo primero que se pierde.

Es indudable que cuando alguien está enfermo lo primero que pierde es la autoridad. En ese momento, aparecen ante él las tres expresiones de la autoridad pero siempre fuera de él (o ella). La primera que aparece es la racional. Lo legítimo, lo legalizado, aquello que la sociedad refiere que tiene validez y eficacia. El sistema médico es el garante de esa eficacia. Hoy podemos decir, sin ningún lugar a dudas, que el sistema médico ha perdido toda autoridad sobre algunas expresiones del cuerpo. En ciertos tipos de cánceres, en las enfermedades degenerativas del sistema nervioso y en algunas enfermedades autoinmunes ni siquiera puede ofrecer cierto alivio y si lo ofrece es a un costo físico excesivo. En otras expresiones del cuerpo sí ofrece ese alivio pero de ninguna manera una cura satisfactoria. Estas pueden englobar a las alergias, las disfunciones glandulares (diabetes, hipotiroidismo), la hipertensión entre otras. Donde indudablemente sigue funcionando con eficacia es en las manifestaciones agudas y en las intervenciones quirúrgicas donde hay componentes mecánicos a remover (obstrucciones, cálculos).

Cuando la autoridad racional fracasa, aparece la tradicional. Se recurre a la “eminencia”, al “profesor”, a aquel que detenta una jerarquía que potencia la posibilidad de creer en su eficacia. Sin embargo, el conocimiento general de la influencia del sistema social sobre la ciencia, ha convertido a estos maestros en expertos y no en sabios y su presencia se va diluyendo con el tiempo y por sobre todo con la falta de eficacia en los resultados.

Cuando todo esto fracasa, la autoridad se deposita en el carismático, en aquel que tiene métodos no convencionales, en el sanador. Este recorrido es sumamente frecuente en los pacientes crónicos, en aquellos que consultan para sobrevivir, no para curarse. Esta diferencia es fundamental rescatarla. Las personas enfermas no son todas iguales porque las personas no son todas iguales. El que solo quiere sobrevivir debe aprender a curarse y el que quiere curarse debe aprender a sobrevivir. Cuentan que alguien quería ser atendido por Gurdieff y éste lo rechazaba constantemente. Siempre le decía que no lo iba a atender si no dejaba de fumar. Así estuvo este hombre durante cuatro años siendo rechazado siempre por su hábito. Cuando luego de una larga lucha logró dejar de fumar se presentó ante Gurdieff y éste solo le dijo: “Ahora debes volver a fumar”.

Del carisma al poder.

Tomemos algunas características de la autoridad carismática y veamos si no tienen que ver con los muros que hemos planteado: a) gran seguridad en sí mismos. Esto conlleva dos características más: la ausencia de conflictos internos y la asunción del compromiso con gran esfuerzo; b) la utilización de métodos no convencionales, la creatividad en la solución, el no reposar ni en las creencias anteriores ni en la tradición; c) la sensibilidad a las necesidades dando una rápida respuesta; d) el tener una visión, un claro objetivo. Las características de la autoridad carismática nos llevan necesariamente al concepto de poder. El sociólogo Rafael Echeverría dice que el poder es un juicio sobre la capacidad de acción y sobre la competencia de extender esa capacidad de acción. Ese juicio, como todo juicio, debe tener fundamentos válidos. A partir de esta visión, no se ve al poder como una cosa a obtener sino como una observación de nuestra relación con los otros y con el mundo. Y en esa observación, el que observa emite un juicio sobre quien tiene mayor capacidad de actuar sobre la realidad.

Pensemos en una persona enferma. El diagnóstico es un juicio. Y ese juicio dice que esa persona ha perdido poder. O ha perdido o lo va a perder. Y el fundamento de ese juicio es el poder del médico. Este poder tiene una base en el rol que representa pero también en lo que Echeverría llama “el poder de la fuerza”; es decir, el juicio sobre las consecuencias de no acatar el poder del médico. Hay un sometimiento a ese poder y ese sometimiento no está basado, en la medicina actual, en la recuperación de la salud sino, tristemente, en no sufrir.

El paciente se convierte en impotente. No tiene poder. No interviene sobre la realidad. Es claro que el poder lo detenta el médico y el paciente está sometido a ese poder.

El muro del poder.

Aumentar el poder del paciente es entre otras cosas, darle la posibilidad realizar acciones que aumenten su posibilidad de curación. No arrinconarlo con un protocolo de quimioterapia agresiva y violenta ni seducirlo con curas mágicas sin fundamento. Los argumentos que expusimos en este libro son solo uno de los caminos para aumentar esa capacidad de acción. Entender, saber, aprender. Todo ello es acción que aumenta la posibilidad de curación. Pero cuantas más posibilidades tenga de intervenir sobre su realidad, más poder le estaremos dando. Nuestro juicio, como autoridad médica, será que gana poder, no que lo pierde.

El sentido humano sigue abierto. El poder es el ejercicio de esa apertura.

El instrumento más importante para construir el muro del poder es el lenguaje. Tanto en la conversación, como en los gestos y en la emocionalidad.

Y ese lenguaje nos propone una apertura que debemos ser capaces de recorrer con acciones.

La respiración silábica, la búsqueda de los conflictos primarios, la preparación cotidiana para no ser sorprendidos, debe siempre acompañarse con el compromiso de aumentar nuestros espacios de posibilidades.

Confío en una humanidad cuyo juicio masivo sea el de seguir generando sentido en lo que hacemos. Atrevemos a crear. Eso es lo que hizo Hamer. Creó una teoría ampliando el espacio de posibilidades de entender el sufrimiento. El juicio sobre Hamer fue someterlo a un espacio de poder donde el sentido ya estaba cerrado. “La enfermedad, señor Hamer es lo que nosotros sabemos”.

A través de la apertura de sentido que hace Hamer, me permito seguir generando sentido. Amplió el espacio. Incito al desorden. Eso es lo que les propongo a todos los seres humanos que estén sufriendo. Animarse a construir poder en sus vidas.

La pregunta que nunca falta.

¿Y como lo hacemos?, dicen nuestros queridos dolientes. El primer paso en la construcción de este muro de poder es aceptar que el pasado ya ocurrió. Y ocurrió de esa manera porque no teníamos las condiciones necesarias para que ocurriera de otra manera. Si le queremos llamar destino a eso, lo podemos hacer.

Pero el segundo paso es aumentar nuestra competencia para actuar en la realidad. En el presente y en el futuro. Si los hechos del pasado nos llevaron a la enfermedad, no podemos intervenir sobre esos hechos pero sí sobre las acciones que esos hechos generaron.

Es por eso, que la construcción de las frases de enfermedad y de curación nos devuelve al pasado pero para actuar sobre el futuro, no para buscar responsabilidades o remover inútilmente algo que ya ocurrió. Lo que logramos con la construcción de esas frases es que el paciente pueda aumentar su espacio de posibilidades, es decir, aumentar su poder para modificar lo que él no ve hasta ese momento como algo posible de modificar. La persona que construyó sus frases de enfermedad y de curación, que recordó su conflicto primario, que logró verbalizar sus etapas o sucesos desencadenantes, es una persona con posibilidades distintas a la que no lo hizo. Podríamos decir que es otra persona. Aquella que se convierte en agente de curación. La que construye un muro de poder para que el timbre no sea percibido como la descarga eléctrica y aún más, para no sostener la presencia de la descarga eléctrica ni la de un programa que se permite inhibir porque encontró un sentido que ya no es biológico ni familiar ni generacional.

¿Y cual es el sentido?

Aquí está el gran secreto que se abre en nuestra búsqueda. No hay un sentido ya esperando que ocurra. El sentido del ser humano queda abierto. Y el poder es el ejercicio de esa apertura. Porque el poder no es una cosa. Es un acto del lenguaje. Los médicos podemos ser facilitadores del poder del paciente o de su impotencia. Hamer marcó el sentido biológico como determinante para la aparición de los programas de supervivencia. Nosotros marcamos dos sentidos más, el familiar y el generacional y proponemos que esos programas no siempre son de supervivencia sino de emergencia biológica transitoria. Pero los sentidos siguen abiertos. Ni Hamer ni nosotros clausuramos nada. ¿Qué hay más allá de esos tres sentidos? Ellos han sostenido a la biología y a la humanidad durante millones de años. Si se abrieran otros sentidos, podemos arriesgarnos a pensar, que los programas que estos sentidos vienen generando se inhibirían. Correrían el mismo destino que tantos otros programas que se registraron en el cerebro como inutilizables.

Esos seiscientos años de los que habla Llinás, en los que la humanidad se puso de acuerdo en crear una alucinación colectiva llamada realidad, darían paso a una nueva realidad posible. Una realidad en donde determinadas frecuencias de onda sí fueran utilizadas y otras ya no.

El poder nos abre el espacio de posibilidades. No solo como muro para inhibir programas de emergencia sino para seguir aumentando ese espacio y actuando sobre él. Una humanidad que se atreva a soñar lo que hasta ahora no se atrevió a soñar.

Epílogo.

¿Y cual es el error de Hamer?

Seguramente tiene algunos. Le he criticado varios de ellos proponiendo otros fundamentos en el devenir del libro. Pero cuando me refiero al error de Hamer, no me refiero a ninguno de ellos, que en toda teoría siempre surgen. Es más, creo que no son errores, sino diferentes visiones sobre un mismo tema. El puede creer que todo programa especial que activa el cerebro es siempre de supervivencia y yo no. El puede fundamentar que solo la solución biológica es posible y yo puedo fundamentar que hay otros tipos de solución. El puede negar por completo la existencia de metástasis y mi negación tiene un relativismo posible. El puede descreer de la homeopatía, la PNL y la descodificación y yo tenerles mucho respeto.

Ninguna de esas posiciones son errores. Son la expresión de la co existencia de pensamientos distintos.

Cuando me refiero al error de Hamer, hablo de otra cosa.

Y de lo que hablo es de confundir los límites del cerebro (que los tiene) con los límites del lenguaje (que no los tiene).

Con Hamer, la enfermedad adquiere otro sentido. Ese es su mayor hallazgo. Deja de ser una agresión anárquica o una casualidad nefasta y pasa a ser un programa biológico de supervivencia. En nuestro lenguaje popular diríamos que Hamer marca la cancha. Es un antes de Hamer (AH) y un después de Hamer (DH). Pero es una cancha sin otra salida que la que él propone. Seguir en el terreno de lo biológico. Si el organismo vivo tiene la capacidad de superar la prueba, asciende evolutivamente. Si no, desaparece. Es seguir la carrera que comenzó con el primer ser vivo hace millones de años. La pregunta que nos hicimos es si no hay otra cancha, otro terreno donde jugar este partido que es la vida.

Otro campo.

Y ese campo lo encontramos en la filosofía y en el arte. No en la psicología. No en las terapias complementarias. Y mucho menos en la medicina actual.

La biología había sido dejada de lado. Hamer la recupera. Con la embriología. Con la fisiología. Con la búsqueda desesperada de la supervivencia. Hasta ese momento, las búsquedas eran simbólicas. El psicoanálisis hizo el mayor aporte. Pero se alejó de la realidad biológica. Freud tuvo que crear una realidad llamada inconsciente que era una forma de consciente con otras leyes. Pero no pudo soportar el peso de lo biológico. Que existe desde siempre y sigue actuando aunque no se lo reconozca.

Pero es la filosofía y fundamentalmente la epistemología la que nos aporta lo que para nosotros es el mayor dato biológico sobre el ser humano. Y ese dato lo enunciamos así: "No podemos saber como son las cosas; solo podemos interpretarlas". Nuestra biología no nos permite conocer la existencia de un objeto que está afuera de nosotros. Solo tenemos determinadas operaciones cerebrales y hay frecuencias vibratorias, sonidos, colores que nuestros limitados sentidos no pueden observar. Cuando observamos una resonancia magnética o un marcador tumoral, nuestra observación dice tanto de lo observado como del observador. De su sistema de interpretación de la realidad. A partir de estos supuestos, no pasamos a saber como está ese organismo. Solo pasamos a saber como lo observamos o como lo interpretamos. Esta diferencia es fundamental, ya que no estamos hablando de lo que le sucede a esa persona que llamamos paciente sino de la interpretación de lo que le sucede.

La verdad.

Y esto nos plantea el alejamiento de la verdad. Ya que la verdad es inasible si somos seres que interpretan, y no seres que observan. Desde la biología, es Maturana quien ha

trabajado este tema. “Nuestras percepciones, concluye, no son producto de los rasgos de los objetos de nuestro medio, sino condiciones propias de nuestra estructura biológica”. El término clausura operacional lo usa para referirse a esta imposibilidad de conocer lo observado.

Aquí es cuando Hamer marca la cancha. Negar que podamos conocer el mundo exterior, no implica negar su existencia. Solo que ese conocimiento surge de un sistema que debe asegurar una coherencia interna entre sus proposiciones. A esa coherencia interna la llamamos verdad. Pero ese sistema se basa en supuestos, es decir, en interpretaciones que no forman parte de ese sistema sino de otro. Y ese sistema a su vez se basa en otras propuestas que tampoco pertenecen a dicho sistema. Y así sucesivamente. Abordar la teoría del conocimiento es darnos cuenta que algo es verdadero solo si es coherente con otras proposiciones que ya aceptamos como válidas. Y Hamer toma la embriología y la fisiología para darle coherencia a su interpretación de lo que sucede. Los supuestos en los que se basa son validados. Hay cuatro hojas embrionarias, un sistema nervioso vegetativo con ramas simpáticas y parasimpáticas que reaccionan a los estados de alerta con condicionamientos; los microbios acompañan a esos estados; las conductas celulares son las mismas que el organismo aprendió en la evolución. La única hipótesis que propone es absolutamente coherente con las anteriores propuestas ya validadas. Es la llamada quinta ley. Todo lo que sucede tiene un significado de supervivencia. Es esta hipótesis la que no se le perdona a Hamer porque la medicina no acepta significados en las enfermedades. Si los aceptara, su coherencia interna se derrumbaría. Y por lo tanto dejaría de ser confiable o como les gusta decir, científica.

El mito en el que se apoya la ciencia es justamente ese. Que ella revela las cosas tal como son. Pero esto no es otra cosa que una interpretación de lo que la ciencia hace. Es el mismo Maturana quien dice que lo que caracteriza a las explicaciones científicas de otras explicaciones es que las primeras son explicaciones que permiten regenerar el fenómeno que se explica. Pero esto es un criterio de verdad en un sistema que interpreta que eso es un criterio de verdad. Solo si aceptamos la importancia de los límites de esos criterios, podemos comenzar a pensar en liberarnos de esos mismos criterios.

Los condicionamientos.

Los mismos condicionamientos que venimos trabajando y que llamamos programas de emergencia biológica transitoria, también son interpretaciones de nuestra biología. Volvemos a decir que no estamos negando estos condicionamientos sino que somos los observadores los que les damos una interpretación. Y lo hacemos con los operadores que tenemos. El mérito de Hamer es seguir buscando operadores y no profundizar siempre en los mismos.

Llegados a este punto tenemos que encontrar criterios de discernimiento entre interpretaciones tan distintas como las de la medicina actual y las de Hamer sobre un mismo fenómeno. Desde la epistemología, decimos que si aceptamos este postulado de que no pueden conocerse las cosas tal como son, este mismo postulado no puede ser considerado verdadero. Esta contradicción dialéctica nos llevaría a la ausencia de sentido de todo, o al restablecimiento de la verdad como criterio de discernimiento. Y aquí aparece el error de Hamer. En elegir el segundo camino. En proponer una tomografía de cerebro como criterio de verdad, cuando esa misma imagen puede ser interpretada en otro sistema como incoherente. El error de Hamer es no ver en la ausencia de sentido de todo, la oportunidad de renunciar definitivamente al criterio de verdad. Y darnos cuenta que hay otro criterio que sí nos permite discernir entre las distintas interpretaciones.

Y ese criterio nos lo regala el arte. Y lo llamamos en este libro de distintas maneras. Autoridad. Metanoia. Poder. Una interpretación que es capaz de ampliar el campo de posibilidades para intervenir sobre la realidad no es lo mismo que una interpretación que limita ese campo. La primera aumenta nuestra capacidad de acción para transformarnos. Actúa sobre nuestros condicionamientos. Tiene el poder de hacerlo. Ese es el arte del lenguaje. Cuando usamos nuestras palabras, nuestros sentidos, nuestros sentimientos y nuestras acciones para aumentar nuestra capacidad de intervenir sobre la realidad.

Hamer elige la validación científica. No es poca cosa lo que hace. Pero no podemos dejar de considerarlo un error.