

LA TIRANÍA DEL DIAGNÓSTICO



Lombardero, Martín

La tiranía del diagnóstico / Martín Lombardero; Prólogo de Alberto Cormillot. -
1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: El Ateneo, 2026.

192 p. ; 22 x 16 cm.

ISBN 978-950-02-1803-0

1. Medicina. 2. Salud. 3. Ensayo. I. Cormillot, Alberto, prolog. II. Título.

CDD 306.461

La tiranía del diagnóstico

© Martín Lombardero, 2026

Derechos mundiales exclusivos para todas las lenguas

© Grupo ILHSA S. A. para su sello Editorial El Ateneo, 2026

Patagones 2463 - (C1282ACA) Buenos Aires, Argentina

Tel.: (54 11) 4943-8200

editorial@elatenio.com - www.editorialelateneo.com.ar

Dirección editorial: Marcela Luza

Gerencia editorial: Marina von der Pahlen

Edición: Camila D'Angelo

Edición interna: Juliana Palermo

Producción: Pablo Gauna

Coordinación de diseño: Marianela Acuña

Ilustración de tapa: Patricia Peña

Armado de interior: Isabel Barutti

1ª edición: agosto 2026

ISBN 978-950-02-1803-0

Impreso en Printing Books,
Mario Bravo 835, Avellaneda,
provincia de Buenos Aires,
en agosto de 2026.

Tirada: 4000 ejemplares

Libro de edición argentina.

Queda hecho el depósito que establece la Ley 11.723.

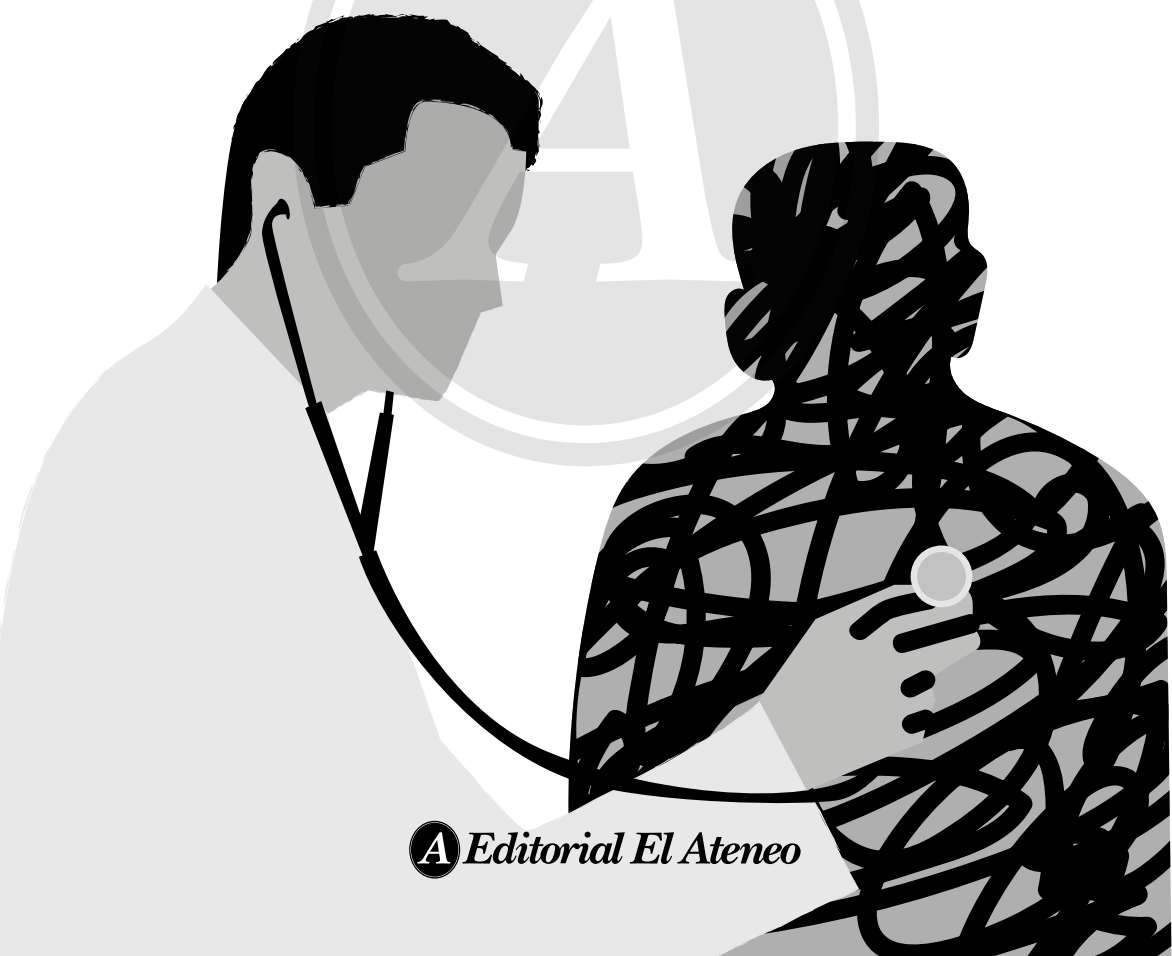
Los consejos dados por el autor en este libro son recomendaciones abiertas y generalizadas. De ningún modo reemplazan o pretenden reemplazar el asesoramiento o consejo profesional especializado y personalizado en la materia. Consulte con su profesional especializado y personalizado antes de poner en práctica cualquier sugerencia y/o consejo que se pueda indicar en el presente libro. Grupo Ilhsa S.A., sus socios, empleados y/o directivos no se responsabilizan por los resultados de los consejos, sugerencias o prácticas que puedan ser propuestas por el autor en el presente libro.

El editor se reserva todos los derechos sobre esta obra. En consecuencia, no puede reproducirse total o parcialmente por ningún método de reproducción existente o por existir incluyendo el gráfico, electrónico y/o mecánico (como ser el fotocopiado, el registro electromagnético y/o el almacenamiento de datos, entre otros), sin el expreso consentimiento de su editor, Grupo Ilhsa S.A. (Ley n° 11.723).

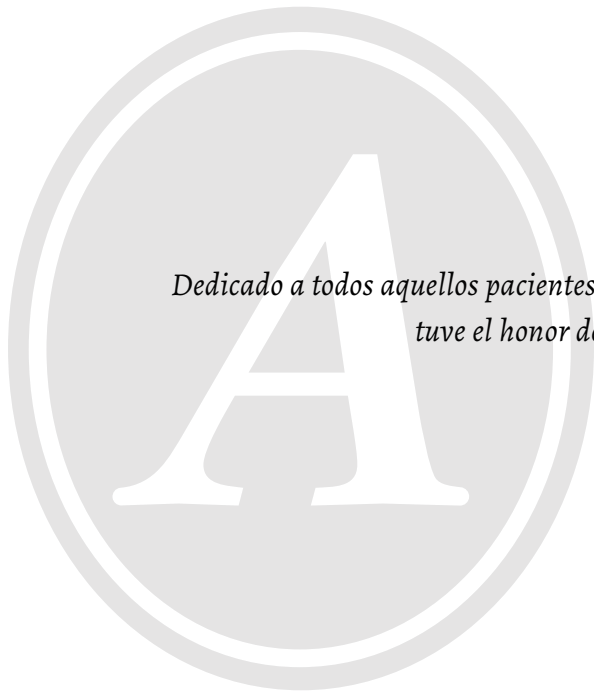
MARTÍN LOMBARDERO

LA TIRANÍA DEL DIAGNÓSTICO

El impacto invisible de la palabra médica



A *Editorial El Ateneo*



*Dedicado a todos aquellos pacientes a los que
tuve el honor de conocer.*

ÍNDICE

Prólogo del Dr. Alberto Cormillot	8
Introducción	16
Capítulo 1. El enigma del MINOCA	28
Capítulo 2. <i>Diagnosticosis</i>	46
Capítulo 3. Las siete vidas del Griego	54
Capítulo 4. Mauro y el ataque de pánico	77
Capítulo 5. <i>Pronosticosis</i>	98
Capítulo 6. Condenados a muerte	117
Capítulo 7. El Santo Grial de la cardiología	134
Capítulo 8. Corazones blindados.	149
Capítulo 9. Cuando el corazón es consciente	161
Epílogo	183
Palabras finales de Patricia Bottale	187
Bibliografía.	189
Agradecimientos	191

Prólogo del Dr. Alberto Cormillot

En su libro anterior, *El corazón es consciente*, muy inspirador para mí, el doctor Martín Lombardero asumió el desafío de unir datos y hechos fisiológicos de la cardiología basada en la evidencia con fenómenos psicológicos y espirituales, y hasta se animó a buscar soluciones más allá de lo estrictamente académico al explorar los límites de las medicinas complementarias.

Así nos reveló las múltiples relaciones entre lo que nos sucede como personas, el entorno que habitamos y las posibilidades tanto de enfermarnos como de sanar más allá de los tratamientos convencionales.

En esta nueva obra, Lombardero vuelve a apoyarse en sólidos fundamentos científicos y en la experiencia concreta con personas reales, al tiempo que propone una reflexión desafiante al reconsiderar una dimensión injustamente relegada de la relación médico-paciente: el uso de la palabra como medicina ancestral en el momento del diagnóstico, capaz de transformar al paciente en protagonista activo de su recuperación o, si se la utiliza sin conciencia, en parte del problema.

Las palabras se pueden escribir en la arena o esculpir en la piedra. ¿Cuántas veces, como profesionales de la salud, para bien o para mal, hemos usado el cincel? Eso que queda grabado para siempre en la cabeza de una persona.

Así, toma relevancia un concepto que tenemos muy claro ante nuestros ojos pero que, por alguna razón, se hace invisible: la “diagnosticosis”, término con el que Martín refiere a la “condición o alteración que genera el diagnóstico *per se*, y que a veces puede enfermar más que la enfermedad misma, desencadenando o agravando síntomas físicos y emocionales”.

Este enorme salto conceptual pone en evidencia una omisión histórica de la medicina. Durante siglos centró su obsesión en la enfermedad: clasificó síndromes, secuenció genes, cuantificó riesgos y perfeccionó tratamientos. Sin embargo, casi nunca examinó con igual rigurosidad el acto diagnóstico, ese momento fundacional que puede marcar el destino terapéutico de una persona.

Diagnosticar se enseñó como técnica, como método, como razonamiento clínico porque, tradicionalmente, era concebido como un acto descriptivo: identificar una entidad nosológica y nombrarla.

Podemos relacionar la “diagnosticosis” con varios hechos en medicina; destacaré uno de los que cambiaron radicalmente la mirada en torno a la salud.

En 1670, Antonie van Leeuwenhoek —un neerlandés sin ninguna formación en ciencias— se transformó en una figura central en la microscopía (con microscopios que él mismo fabricaba) y la microbiología. Vio “cosas” en sus primitivos artefactos sin saber que estaba observando, por primera vez, bacterias. Para

nombrar su hallazgo, las denominó “animalículos”. Por supuesto que no hablaba de “microbios” como un grupo organizado, porque por el momento eran curiosidades microscópicas sin ninguna clasificación.

Casi dos siglos después, entre 1850 y 1880, Louis Pasteur y Robert Koch provocaron un salto conceptual a partir del descubrimiento de van Leeuwenhoek al comprender que aquellos “animalículos” eran muchos y distintos. Es decir: ya no había “un microbio”, sino microorganismos diferentes, cada uno con un comportamiento específico distinto para cada enfermedad.

Así nació la idea de *especificidad etiológica*: un agente → una enfermedad. Aquel enorme cambio de perspectiva fue el puntapié de la microbiología.

¿Será el hallazgo de Martín el inicio de un cambio en la mirada médica acerca del diagnóstico?

Sustentado en la formación académica y en la práctica clínica cotidiana, el diagnóstico no es solo una categoría médica: es la primera intervención que recibe el paciente y, al mismo tiempo, un acto profundo de comunicación.

Con delicada astucia, Martín nos alerta sobre esto al recordarnos que un mensaje médicamente correcto, así como un “quédese tranquilo”, pueden alterar la vida de una persona si no van seguidos de una argumentación consistente que dé esperanza y a la vez aporte sentido. Cuando el diagnóstico se formula sin contexto, reducimos la complejidad biológica a la libre (y a veces peligrosa) interpretación personal, modificando así la realidad.

Este libro presenta distintas historias reales a través de una narración clara y sin tecnicismos. Desde su experiencia en el

consultorio, el autor nos hace parte del antes y el después de cada paciente, somos testigos del impacto sustancioso de la palabra y de uno de los conceptos claves de su obra: “el diagnóstico puede ser una sentencia o puede ser un punto de partida”.

¿En qué envase entregamos un diagnóstico? ¿Con qué tono, con qué gesto, con qué mirada lo acompañamos? ¿Estamos dispuestos a revisar críticamente la forma en que los formulamos? ¿Cuántas veces los pronunciamos con verdadera compasión? ¿Y cuántas simplemente lo hicimos basándonos en la evidencia, sin considerar el impacto profundo de nuestras palabras en los pacientes?

Martín nos dice que la medicina no le ha prestado atención a este aspecto. Y cuando dice “la medicina” es algo que nos abarca a todos y a todas las especialidades. Surgen entonces las preguntas: ¿hacemos foco en cuáles pueden ser las formas que generan más tranquilidad o más ansiedad que el riesgo real?, ¿cuál puede ser la traducción emocional inmediata del paciente y qué maneras, igualmente informativas, resultan más contenedoras?

Una cosa es “Usted tiene una enfermedad cardíaca”, y otra, “Usted tiene una arritmia leve, pero con el plan que desarrollaremos juntos podrá llevar una vida plena”. Cualquiera de estas formas producirá un profundo impacto en las decisiones que tomará el paciente, la percepción de la enfermedad, su adherencia al tratamiento, su capacidad de cuidado y, finalmente, en su evolución clínica.

En reumatología, frente a un diagnóstico leve inicial, el médico puede decir: “Tiene una artritis reumatoide, enfermedad articular autoinmune, crónica y progresiva”. Esa frase, sumada al infaltable Dr. Internet, se traducirá: “Me voy a deformar, no

voy a poder trabajar, quedaré discapacitado”. Ni qué decir si, además, se sumaran las descripciones de los informes de radiografías u otros estudios con imágenes. La alternativa: “Es una inflamación articular que detectamos temprano. Hoy existen tratamientos muy eficaces para evitar el daño y mantener la calidad de vida”. Estas palabras, o semejantes, construyen otra realidad.

En neumonología, el médico puede decir: “Tiene EPOC, es una enfermedad irreversible”. La traducción emocional puede ser: “Me voy a quedar ahogado, sin aire”. Una mejor alternativa puede ser: “Tiene una obstrucción leve relacionada con el tabaquismo. Si deja de fumar y se trata, puede estabilizarse durante muchos años”. No se trata de mentir ni de ocultar la verdad, sino de proporcionarla diferente, de darle un *timing*.

Los ejemplos podrían seguir con cada especialidad médica, y en todos los casos la conclusión transversal es que innumerables palabras disparan ansiedad y pueden generar autoetiquetados que quedan en la mente del paciente; entre ellas, *crónico, autoinmune, irreversible, cáncer, degenerativo, lesión* y tantas otras.

Por eso, el planteo de Martín es desafiante, inspirador y apunta a algo muy concreto: la palabra médica no es neutra, y el diagnóstico tampoco. Provoca un estímulo biológico que puede amplificar el sufrimiento y profundizar los desequilibrios que llevaron a la enfermedad.

Cada una de estas historias muestra qué ocurre cuando el diagnóstico mal “envasado” entra en la vida de una persona, modula sistemáticamente su sistema nervioso autónomo y libera una cascada de hormonas y otros mensajeros químicos de

los que no conviene tener. En consecuencia, en vez de transmitir calma, empatía y esperanza, se comunica miedo, inseguridad y angustia en un solo instante y con una sola frase.

Martín nos dice, además, que la psicocardiología positiva traslada la pregunta clásica “¿qué tiene el paciente?” hacia la reflexión diagnosticológica “¿qué efecto producirá en este paciente el modo en que nombro lo que tiene?”; y, por sobre todo, cómo hacer hincapié en todo lo bueno que todavía puede volver a suceder y en las probabilidades de mejoría que existen, en vez de remarcar lo que perdió o hizo mal.

Porque cuando se dice: “Tiene una estrechez coronaria” no solo se describe un estado corporal, se introduce una categoría médica que puede modificar la percepción de uno mismo, el nivel de actividad, la ansiedad, el vínculo con el sistema de salud, la conducta alimentaria e incluso la expectativa de futuro. Para bien o para mal. Difícilmente con un resultado neutro.

Esto nos lleva a preguntarnos por qué existe la psicooncología y no la rama “psico” en otras enfermedades. Una respuesta rápida es que el cáncer “obligó” a institucionalizar lo psicológico porque en oncología convergen varias cosas a la vez:

- Existe una amenaza vital explícita y una palabra (“cáncer”) con alto impacto emocional: miedo a morir, a sufrir, a “no ser el mismo”.
- Los tratamientos son prolongados, con efectos adversos visibles (náuseas, dolor, astenia, alopecia, menopausia/andropausia iatrogénica, infertilidad, ostomías).
- Son frecuentes los cambios identitarios: cuerpo, sexualidad, trabajo, rol familiar, sentido de futuro.

- Se asocia con incertidumbre crónica: controles, “¿y si vuelve?”, resultados de estudios, recaídas. Promueve decisiones complejas y preferencias del paciente (cirugía vs. quimio/radio, calidad vs. cantidad de vida, paliativos).

Esto genera la demanda sostenida de intervención psicológica; no “un rato de contención”, sino un programa clínico, para el cual la oncología creó circuitos donde lo psicosocial “entra” naturalmente: evaluación de ansiedad/depresión, adherencia y afrontamiento, manejo de síntomas (dolor, insomnio, fatiga), comunicación de malas noticias, apoyo familiar/cuidadores, duelo y fin de vida.

Aunque en otras patologías también ocurre (IAM, EPOC grave, diálisis, VIH, ELA, demencias), la cultura médica lo fue abordando por vías separadas, sin un paraguas único tan potente como el oncológico.

En cardiología o neumología, por ejemplo, también hay investigación psicológica, pero suele quedar bajo “medicina conductual”, “rehabilitación”, “psicosomática” o “salud mental” general.

Entonces..., ¿no hay dimensión “psico” en otras enfermedades? Sí, la hay, aunque con menor visibilidad o bajo otras denominaciones. Al mencionar la psicocardiología positiva y la “diagnosticosis”, Martín deja abierta una pregunta inquietante: ¿por qué esa integración no está presente de manera explícita en todas las especialidades médicas?

- Psicodermatología: psoriasis/atopia/urticaria con estrés, excoriación, impacto social.

- Psiconefrología: diálisis, trasplante, adherencia, calidad de vida.
- Psicogastroenterología: SII, EII, eje intestino-cerebro, hipervigilancia visceral.
- Psiconeurología: ACV, epilepsia, demencias, TCE.
- Psicodiabetología: *burnout* diabético, miedo a hipoglucemias, autocuidado.
- Psiconeumología: EPOC, pánico-disnea, rehabilitación respiratoria.

Como estos enfoques suelen estar fragmentados, no alcanzaron el mismo “estatus” que la psicooncología.

En lo personal, me resultó una lectura apasionante. Como paciente recibí muchas veces diagnósticos de distinta magnitud, no siempre de la mejor manera. Y como médico los emití... Después de leer este libro, dudo si siempre lo hice de la mejor manera.

Un buen libro deja enseñanzas y brinda respuestas.

Si el lector es profesional, quizás se pregunte —como yo— hasta dónde ha sido cuidadoso en el uso de la palabra. Si es paciente, esta lectura lo ayudará a elegir mejor a sus médicos y la forma de comunicarse con ellos.

Gracias, Martín, por el honor de permitirme escribir estas líneas y por la oportunidad de reflexionar acerca de la profunda influencia clínica, emocional y social que tienen nuestras palabras en las vidas de nuestros pacientes. Celebro que hayas encontrado una piedra filosofal del ámbito médico en tu consultorio y que la hayas compartido con nosotros.

Dr. Alberto Cormillot

INTRODUCCIÓN

En búsqueda de la piedra filosofal: ¿estará en la palabra la alquimia que estábamos buscando?

Lo que vas a leer en las próximas páginas, que arbitrariamente decido llamar “Imprescindible capítulo cero”, no es una clásica introducción: es el verdadero espíritu del libro. Si las historias son el cuerpo, he aquí el espíritu.

Seguramente, alguna vez sentiste un gesto, una palabra o el comentario de un médico como un alivio, y experimentaste, en un instante, cómo cambió la química de tu cuerpo. Millones de reacciones biomoleculares transformaron la sangre en una química favorable y rodearon de “buena sangre” a los cinco billones de células que estructuran tus órganos. Ese fue el preciso momento en el que percibiste una inmensa ola de armonía que invadió tu cuerpo.

Pero también, y en el otro extremo, la palabra de un médico caló profundo en tu alma, y te sentiste partir al medio cuando

el resultado de un estudio de diagnóstico no fue el esperado. En ese momento, millones de moléculas de tu cuerpo cambiaron el estado químico sanguíneo, transformándolo en “mala sangre”.

Veámoslo con un ejemplo. Supongamos que a Juan se le tapa súbitamente una arteria coronaria y le dicen que está cursando un infarto. A partir de entonces, en su cuerpo conviven dos alteraciones: la orgánica, es decir, el daño por el menor flujo de sangre en una zona de su corazón; y la segunda, la que se instala en la mente de Juan, como un bucle o *loop* de pensamiento continuo, por el hecho en sí mismo de tener un infarto: “Tengo un infarto... ¿y ahora qué?”.

Se inician, entonces, dos transformaciones en su cuerpo: la primera, las incontables reacciones bioquímicas que trabajan para cicatrizar la zona del infarto y mantener la función de bomba del corazón. La obstrucción provoca que la zona del músculo cardíaco que irriga esa arteria sufra; y el músculo dañado no se reemplaza por uno nuevo, sino que comienza un proceso de fibrosis para terminar en un tejido sin actividad contráctil. Por eso, en las primeras veinticuatro horas, el médico prioriza y hace foco en disminuir el daño en la zona del infarto con las herramientas médicas actuales, como la angioplastia, el moderno *stent*, la medicación y el oxígeno.

La segunda: otros millones de cambios biomoleculares generan una química adversa en todo su cuerpo. Es el diagnóstico *per se*, la palabra “infarto”, lo que lo sumergirá en una tormenta emocional de miedo, bronca, tristeza, angustia por la incertidumbre que, como un verdadero tsunami, invade su mente e inunda su realidad hasta encerrarlo en un laberinto... “¿Y ahora qué?”, se preguntará una y mil veces.

Es un estrés psíquico, que genera una disarmonía, donde el sistema simpático, nuestro sistema de alarma, permanece en *on*, y queda suave pero nocivamente prendido, generando cambios biológicos, moleculares y funcionales adversos que, inclusive, perjudican el trabajo del cuerpo para volver a resolver el problema orgánico del infarto.

El cuerpo no distingue si estamos caminando en la sabana y nos enfrenta un león, si subió el dólar o si emerge súbitamente una enfermedad de potencial malignidad. Lo que cambia es la cuantificación de la reacción simpática y no la reacción en sí misma. Es decir, serán menores la adrenalina y el cortisol segregados que si nos enfrentamos a un león, pero quedará prendida una suave alarma que no por suave deja de ser tóxica si se perpetúa.

A la vez, hay un redireccionamiento de la energía para reparar la alteración estructural del tejido infartado, pero también un robo de energía para intentar nivelar el pésimo estado emocional que nos deja paralizados y perplejos. En ese caso, nuestra mente no ayuda a la reparación local ni a la global. Y es esa la segunda enfermedad que se instala.

Y mientras el infarto se va cicatrizando, el estado mental adverso se perpetúa. La tristeza como estado emocional predomina, y la mente se queda inmóvil, porque no puede cambiar la realidad, mientras que el ruido mental aumenta y las fantasías de pérdida de calidad de vida, de incertidumbre, y hasta de muerte, inundan los pensamientos.

Es aquí donde el médico, utilizando una medicina ancestral, “la palabra”, puede ser el protagonista del cambio, o bien ser parte del problema y agravar aún más el estado mental alterado

en el que navega el paciente. Y este concepto se aplica en todas las enfermedades.

Podríamos decir, entonces, que la palabra *diagnóstico*, en sí misma, puede producir una enfermedad que el cuerpo antes no tenía: la enfermedad interpretativa.

La palabra es sonido, y como todo sonido es una vibración que se desplaza con una longitud de onda a través de aire. Tiene una frecuencia (vibraciones por segundo, que se miden en Hertz), una amplitud (cantidad de energía que tiene la onda) y un timbre (muy ligado a lo emocional). Por lo tanto, es energía, pero una energía organizada. Es un instrumento vibratorio capaz de modificar la fisiología interna de quien la recibe. Y también una señal energética que impacta en el cuerpo del otro. Por lo tanto, según el contenido, la amplitud y el timbre de una determinada frase expresada por el médico, se puede cambiar literalmente el estado neuroquímico de quien la escucha. La vibración física de la palabra ingresa al cerebro a través del sistema límbico, con un significado que queda en la memoria, que transforma para bien o mal la química de la sangre y, sobre todo, que tiene un pronóstico. Y el ser humano vive haciendo predicciones, es el único animal con esa capacidad. Y esto lo condiciona, lo mortifica. Sobre todo, cuando las fantasías que predice pueden ser más nocivas que la realidad.

Las palabras que el médico elige decir pueden elevar el cortisol, la adrenalina, la noradrenalina, es decir, activar vía simpática a través del eje Hipotálamo Hipofisiario Adrenal (HHA), que es el sistema neuroendocrino que regula la respuesta del cuerpo al estrés, el metabolismo y otras funciones claves. Y puede generar, según el timbre de voz, vasoconstricción

periférica, taquicardia, aumento de patrones de inflamación, incremento de resistencia a la insulina, caída de la variabilidad cardíaca... es decir, todos cambios relacionados con un estrés psíquico.

LA PALABRA DEL MÉDICO MODULA SISTEMÁTICAMENTE EL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO

Cada palabra que escucha el paciente tiene un código simbólico que entra directo al sistema límbico que, como ya sabemos, es el centro de las emociones.

Veámoslo en nuestro ejemplo anterior. En la primera consulta de Juan, luego de estar internado por su infarto de corazón, su médico le dice:

—Y sí... Tuviste un infarto. Es algo grave. Sería mejor que te tomes unas largas vacaciones y dejes de trabajar. Esto no tiene cura, no hay vuelta atrás. Si no hubieras fumado, quizás no te habría pasado. Lamentablemente, no vas a poder hacer todo lo que hacías antes. Tienes que adaptarte a vivir sabiendo que tu corazón está más débil.

En el momento en que Juan escucha estas frases, su cerebro las recibe como una amenaza existencial. Lo invade el miedo, se produce descontrol emocional, se puede instalar una depresión y todo esto puede implicar una baja adherencia al tratamiento. Queda en su mente un bucle de alerta e inseguridad, se instala un modo de estrés psíquico, con un sistema simpático suavemente prendido que, a su vez, provoca mayor inflamación

sistémica, azúcar en sangre más alto, predisposición a hacer más coágulos, entre otras alteraciones.

Un diagnóstico no puede dejar al paciente en el modo “muerte”. Cuando el médico enfatiza en complicaciones, en riesgos, en pronósticos futuros, en fatalidad, en próximas secuelas, el paciente cae en modo supervivencia, su cuerpo redistribuye la energía, baja su creatividad, baja su resiliencia, no puede planificar nada, se bloquea, se deprime y cae la adherencia a los cambios de hábitos que, imprescindiblemente, debería hacer.

Qué pasa cuando con el mismo paciente, y con el mismo grado de infarto, el cardiólogo enfatiza los aspectos positivos, y dice:

—Mire, Juan. Quédese tranquilo, vamos a trabajarlo juntos, y vamos a mejorar en todos los aspectos, tanto en su corazón, como en su cuerpo y en su mente. Su corazón tiene margen de recuperación, hay mucho por hacer y mucho por mejorar y trabajar. Veamos los puntos positivos. No tuvo... [tal o cual complicación durante el infarto], así que estamos muy bien. Además, tiene que seguir siendo una persona productiva y con un propósito de vida. Es cierto, con menos estrés. Pero de ninguna manera quieto ni física ni mentalmente. ¿Qué le gustaría volver a hacer? Vamos a entrenar en rehabilitación cardiovascular a su corazón para que vuelva a hacerlo. Quizás no con tanta intensidad, pero vamos a ponernos como objetivo que, dentro de las posibilidades, vuelva a hacer lo más le gusta. Quédese tranquilo, Juan... ¡Hay mucha vida después de un infarto!, y vamos a trabajar para tenga la mejor cantidad y calidad de vida. Va a volver a trabajar, a hacer ejercicio... Y lo vamos a lograr juntos.

A esta manera de interpretar la misma enfermedad, pero desde un lado positivo, la hemos denominado “psicocardiología positiva”, que toma las bases de la psicología positiva y las aplica en un consultorio de cardiología, donde, además de su rol de médico sólido, científico y empático, el cardiólogo se convierte en un *coach* de salud. Podríamos definirla como la disciplina que integra la cardiología y la psicología positiva, para potenciar los factores emocionales, cognitivos y conductuales que favorezcan la salud cardiovascular del paciente.

No se trata de mentirle. Se trata de darle esperanza con un sentido. De esta manera, mejora la regulación autonómica, aumenta la capacidad de cambio de hábitos, se incrementan las moléculas reparadoras, baja la inflamación y aumenta el autocuidado, entre otras modificaciones beneficiosas.

La psicocardiología positiva no niega lo que pasó, pero ve la misma realidad desde otro ángulo, y pretende no enfermar al paciente más de lo que está. Y, sobre todo, pretende sacarlo del bucle mental de predicción futura fatal. Busca enfatizar aquellos puntos positivos de la enfermedad frente al paciente (que siempre hay), motivándolo para que entienda que tiene resto y que va a mejorar, intenta convencerlo de que hay mucho por hacer, por vivir y por disfrutar, y así convertir la palabra del cardiólogo en seguridad (que es lo que necesita el paciente), y no en duda futura. De esta manera, las predicciones que inevitablemente hacen los pacientes ya no son tan angustiantes; la motivación genera un aumento de la autoestima y, a su vez, más chances de adherencia al cambio de hábitos (¡dato muy importante!); así, toda la química de la sangre cambia y colabora con la recuperación. La palabra es energía vital y genera en nuestra

mente expectativas, predicciones, creencias que determinan conductas. Y esas conductas modifican la inflamación, la inmunidad, las conductas de adherencia, los pulsos hormonales. Es decir, nuestro medio interno debe estar a disposición de la recuperación y no de la tormenta emocional.

Podemos afirmar que a través de la vibración emocional del médico se puede modificar la vibración neuronal del paciente, y con su voz le puede transmitir calma, empatía y esperanza... o bien miedo, inseguridad y angustia. ¡Y todo con una única frase!

Por eso, la psicocardiología positiva utiliza la palabra como intervención terapéutica inmediata para transformar el diagnóstico en esperanza y en un proyecto de vida.

Y no insiste en “lo que se perdió”, sino “todo lo bueno que todavía puede volver a suceder”.

LA CONEXIÓN

Existe un fenómeno conocido como “resonancia empática”, en el que las neuronas prefrontales del paciente, llamadas “en espejo”, imitan el estado emocional del interlocutor, copiando e interpretando la manera, el tono, el ritmo, el timbre, la entonación y las pausas en cómo le habla el médico o su psicoterapeuta. Estas se sincronizan con la corteza prefrontal del paciente, facilitando la comprensión de lo que le está pasando y la conexión con el médico. La empatía genera, entonces, una imagen de calma en el paciente. Lo que decimos, cómo lo decimos y cuándo lo decimos termina siendo el primer tratamiento de su dolencia.

Es la primera herramienta, clave y poderosa, que tenemos los médicos a nuestro alcance.

El diagnóstico puede ser una sentencia o puede ser un punto de partida. Muchos pacientes realizan una vida más sana, más consciente, más vital, inclusive con más ejercicio y hasta con mejor calidad de vida, posterior a un infarto. Salvo en situaciones de grave enfermedad, algunos experimentan un cambio para mejor, valoran más su salud, su familia, sus amigos; disfrutan más de las pequeñas, cotidianas e intangibles cosas de la vida, replantean su pasado y, al mirar en perspectiva su vida previa, no entienden cómo vivían tan ciegos.

EL CUERPO DE LA OBRA

Compartiremos nueve historias extraídas de la vida real, donde las fantasías de los nombres, lugares, profesiones y edades acompañan el espíritu del libro en cada capítulo en una fiel transcripción de lo que ocurrió en un ámbito médico.

Siete de las nueve historias se refieren al poder que ejerce la palabra del médico, tanto para bien como para mal, enfermando en ocasiones más que la enfermedad misma. Analizaremos cómo los médicos podemos aliviar esa alteración de la mente, transformándonos en un *coach* de salud, un líder dentro del consultorio, que motiva, transforma y estimula al paciente para sacarlo del bucle mental que le quita calidad de vida.

Una de las historias presenta la “diagnosticosis”, un neologismo donde el diagnóstico en sí mismo es la fuente de mayor enfermedad, con una alteración de la psiquis que está por

encima de la enfermedad orgánica. También aparecen Laura y su “pronosticosis”, donde un análisis estadístico cambia la química de su cuerpo y empeora su enfermedad.

Otra se adentra en el oscuro planeta del ataque de pánico, en donde la ficción que crea la mente puede ser muy perjudicial, tanto para el paciente como para el entorno. Finalmente, la novena historia funciona como una reminiscencia del libro anterior, una historia dramáticamente real, que nos vuelve a sumergir en *El corazón es consciente* y nos deja una interesante enseñanza clínica.

UNA IMPORTANTE SALVEDAD

Pero antes de introducirlos en esta obra necesito hacer una aclaración: el libro no es un juicio de valor a alguna conducta médica actual, pero hay tres materias que no se aprenden en la facultad: intuición, criterio y sentido común. Para ejercerlas en su plenitud hay que estar consciente y, para eso, hace falta tiempo en la consulta, un elemento clave y en extinción en todos los consultorios de los centros médicos. Como ya mencioné en el epílogo de mi libro anterior, una de las profesiones con mayor vocación de servicio es aquella que se estudia para aliviar, sanar o curar a su prójimo. La mayoría de los médicos traen, de manera innata, ese espíritu y esa vocación altruista que conlleva el estudio de la medicina.

Sin embargo, en los últimos cincuenta años, ha habido múltiples factores que conspiraron contra la vocación del médico, que lo transformaron en una víctima de un sistema global que hace

difícil estar al margen. En esto contribuyeron la modernización, la superespecialización de la profesión, la tecnificación, el sistema perverso que financia la salud, la desfinanciación y el cada vez mayor costo médico, los magros e injustos honorarios que se cobra por un acto médico, la cultura de consumo dopaminérgico en una sociedad enferma de ansiedad, el modo de ejercer una “medicina defensiva” por el miedo al juicio de mala praxis (que implica, por ejemplo, la sobreprestación de estudios), la fuerte influencia de la industria farmacéutica a nivel global, y lo más importante: la variable **tiempo**. El máspreciado valor del médico y del derecho perdido del paciente es el tiempo disponible en una consulta. Hoy se ejerce una medicina de solución inmediata, con una sobreindicación de remedios. El médico se convierte, entonces, en el Dr. MERA (Médico En Respuesta Automática), en un sistema que lo obliga a mirar una pantalla y a llenar datos mientras el paciente habla, sin contacto visual, empatía ni conexión. Pero se va con una medicación como símbolo vacío de una solución inconclusa al problema que lo llevó a la consulta.

A ningún médico, de los miles que he conocido, le gusta atender así. El sistema los obligó, los condenó a una precaria atención médica, en la que, para cubrir las necesidades básicas de su vida diaria, debe sacrificar su real vocación y dejarse anestesiar por un sistema que buscó precisamente eso: anestesiarlo.

Pero, así como definiendo a ultranza al médico del llano, del trabajo diario, condeno a algunos colegas, que llenos de certezas o vacíos de preguntas y con un ego muy mal manejado, transforman una palabra, una frase, un gesto, en un bisturí que agranda la herida, para dejarla aún más abierta y sin cerrarla.

En algunas historias van a encontrar cómo hasta un prestigioso médico puede caer y ser víctima de su ego, sin importarle o sin darse cuenta del daño que ejerce con una palabra.

¡AHORA SÍ, BIENVENIDOS!

Contar un cuento es la mejor manera de dejar un mensaje. Atravesar a los personajes de estas historias puede ser una experiencia que lo proyecte y lo identifique, pero también una profunda introspección en la actual relación médico-paciente, y una toma de conciencia de cuánto puede ayudar su mente en la recuperación de una alteración.

Si somos un punto cósmico de energía con la capacidad de tomar conciencia del Universo, ¿cómo no van a influir las palabras (que también son energía organizada en sonido y significado) cuando son pronunciadas desde un lugar de poder simbólico, como aquel en el que la sociedad ha depositado al médico?

La palabra médica no es neutra. Es un estímulo biológico.

Por eso, el objetivo del libro estará logrado si a ti, estimado lector, puedo convencerte del poderoso rol que tiene la palabra del médico en tu mente. Y así verás que la combinación de una palabra adecuada, con herramientas de psicocardiología positiva, junto a una correcta medicación o indicación terapéutica, actuarán en sinergia en un cuerpo en desequilibrio, para que vuelva a su mejor versión.

CAPÍTULO 1

El enigma del MINOCA

Jamás imaginó que viviría, en sus 40 años recién cumplidos, una situación así.

Carolina M. es licenciada en Marketing y gerente del área de ventas de una importante empresa. Se siente en la plenitud de su vida laboral, pero sabe que su reloj biológico le está anunciando la hora de cumplir con su deseo más profundo: tener un hijo. Aún no convive con su pareja, prefiere vivir en casas separadas hasta que llegue su primogénito. Independiente y de buen pasar económico, con sus 40 años de vida cree que la convivencia le pone fecha de vencimiento al amor de pareja. Aunque sabe que la llegada de un hijo puede cambiar o pausar ese concepto filosófico que tiene del amor. Por ahora, su vida transcurre entre la pasión por su trabajo y el deseo de ser madre.