LA MEDICINA, COMO PODER

J. J. López-Ibor

1

LA MEDICINA, COMO PODER

JUAN J. LOPEZ IBOR

LA MEDICINA, COMO PODER

EDITORIAL PRENSA ESPAÑOLA
MCMLXXV

Colección "Vislumbres". N.º 35
Director: J. L. Vázquez-Dodero

Depósito legal: M-13.958-1975
I. S. B. N.: 84-287-0349-3

Talleres «Prensa Española, S. A.». Serrano, 61. Madrid

PROLOGO

Mi intención en este libro es ofrecer el impacto que sobre la Medicina ejercen los grandes problemas que sacuden a nuestro mundo. Iniciando la tarea por el más fácil, digamos unas palabras sobre tema de la técnica y de su carácter faústico y demoníaco.

Con frecuencia se habla del nihilismo en la técnica. El progreso de la técnica es una de las formas de cristalizar ese gran proceso histórico que se llama «alienación» del hombre. El hombre disuelve su sustancia humana en las cosas. Se cosifica. *El hombre crea los artificios técnicos. Y los artificios técnicos le dominan.*

Sin embargo, la consideración de la técnica como proceso nihilista es unilateral y parcial. Nadie puede renunciar a lo que la técnica moderna ha proporcionado. Ni nadie dejará de reconocer su mérito en la lucha contra las enfermedades. Un grave capítulo de la historia de la humanidad, como es el de las enfermedades infecciosas, ha sido amputado. Cuando se leen las descripciones de la peste medieval, se comprende lo que significan la era bacteriológica y la quimioterápica y antibiótica de la

Medicina. La lucha contra el dolor es otro de los grandes avances. Gracias a la victoria en estos dos frentes —infecciones y dolor— ha sido posible el brillante desarrollo de la cirugía actual.

Hay que descubrir lo humano en cada enfermo *y la estructura que esta dimensión de la condición humana toma en cada enfermedad. Este es el consabido proceso de psicologización de la Medicina, que no puede reducirse hoy al recuerdo del «ojo clínico», ni a la tan manoseada relación médico-enfermo. Son postulados que la medicina actual no debe aceptar a ciegas, sino tratar de desentrañar su estructura íntima. Hay que elevarlos a la categoría científica, aunque no puedan subsumirse en los esquemas que rigen los hallazgos e investigaciones de tipo científico-natural. Mejor será encuadrarlos entre los que aspiran a descubrir dimensiones nuevas de una* antropología médica.

El título le viene dado al libro por el primer ensayo. Lo mismo podría haberse llamado «lo humano en la enfermedad» o su metafísica. Sin embargo, he preferido hablar de la Medicina como poder.

La forma más conocida de poder es el político. No es a mi modo de ver, la forma más importante. Aunque a veces lo parezca. Hay poderes sociales más difuminados en su apariencia. Más profundos o si se quiere algo mágicos. Menos encrespados en sus manifestaciones. Más permanentes y ubicuos en su ejercicio.

En el curso de estas páginas que siguen me referiré frecuentemente al poder del médico. Creo en él a pesar de la socialización y de la tecnificación. Y creo porque el hombre doliente necesitará siem-

pre del apoyo y comunicación con otra persona. Y esa persona no puede ser más que el médico.

El libro está compuesto por una serie de conferencias que he dado en el curso de los últimos diez años. Unas han sido publicadas. Otras son inéditas. Creo que todas ellas tienen un fondo común y por eso las envié a la imprenta. De antemano pido perdón al lector por alguna repetición. De propósito he querido publicarlas tal como las pronuncié.

Hay unos cuantos temas que se repiten casi obsesivamente. Son los que constituyen mi profunda preocupación por el futuro de la Medicina, de los médicos y el de los enfermos.

LA MEDICINA, COMO PODER

El quehacer médico tiene un poder evidente. No estoy muy seguro de que la medicina sea hoy el «cuarto poder» como afirmaba E. Monnier no hace mucho en un número de la revista «Esprit», que estaba consagrado a la situación social de la medicina. De lo que me doy cuenta es, que la medicina es una de las pocas voces que, todavía, es capaz de revelar al hombre el misterio de la naturaleza. Y eso que parece que su misión sea, precisamente, el ocultárselo. Esa es la razón del título del libro.

La enfermedad es una experiencia singular en la vida humana. Cuanto más segura y boyante se despliega una vida, con tanta más vehemencia se produce la fisura del sufrimiento. En la vida hay muchas ocasiones de sufrir, pero el hombre contemporáneo ha adquirido técnicas muy refinadas para evitarlas. Sobre todo la técnica de la negación de la condición humana.

Se afirma que, si ahora hay sufrimiento, es porque el mundo es imperfecto. El progreso nos liberará de él. Los hombres no se paran ni un momento a pensar que el sufrimiento, constitutivamente, es un ingrediente de la vida humana. Sólo la enfer-

medad se lo revela en su propia experiencia personal. Y aun ahí, la medicina, con la seducción de sus acelerados avances, le hace pensar que también llegará el día en que la enfermedad desaparecerá de la superficie del planeta.

Mientras tanto, cuando a uno le llega el sufrimiento, en el mismo instante, aparece la vacuidad de tal esperanza. El mal, el dolor, debe ser remediado inmediatamente. ¿Y si no se remedia? ¿Y si, aun remediado, deja su huella marcada en el ser humano? ¿Qué significa la presencia inexorable de esa fisura en la vida humana? ¿Qué sentido tiene la enfermedad? ¿Y qué sentido tiene la vida? ¿Quién podrá contestar todas estas preguntas?

El médico puede poner oídos sordos a todas estas interrogaciones. Y cierto es que muchos médicos proceden así. En las Facultades de Medicina han aprendido anatomía, fisiología, patología. También desde hace unos años se aprende psicología. Pero en los planes de medicina faltan asignaturas y sobre todo lecciones en las mismas. No tienen ningún capítulo sobre el sentido de la enfermedad. Ni sobre la metafísica de la enfermedad (1). Ni sobre la muerte. Recuerdo que hace ya algunos años, los estudiantes me pidieron que les diera una conferencia, en un curso que ellos habían organizado. El título fue: «Una lección que no está en el programa: metafísica de la enfermedad» (2).

---

(1) En las Facultades de Derecho se explica una «Filosofía del Derecho». En ningún plan de estudios está la «Filosofía de la Medicina».

(2) Que incluyo en este libro y también un capítulo sobre «La muerte».

El enfermo necesita ayuda a toda costa. Si se tropieza con las fronteras de la ayuda médica —inyecciones, operación, algo que tenga que ver con su cuerpo— y la ayuda fracasa, la buscará en otro lugar. De ahí el éxito de la magia de los curanderos. Todo menos clamar en el desierto y no ser escuchado. Lo peor que a un enfermo le puede ocurrir es sentirse abandonado, porque eso le hará caer en el abismo de la desesperación.

La enfermedad, aun la más leve, siempre le revela al hombre su naturaleza finita. El hombre lo sabe, pero lo olvida. O no piensa en ello. Si no lo olvidara no bebería tan desaforadamente en las fuentes de la vida. A la opaca luz de la enfermedad la existencia adquiere un sentido distinto. Precisamente por ser la luz opaca es por lo que necesita la ayuda y la comunicación. *Otra persona* debe entrar en juego en esta experiencia personal. Y esa otra persona no puede ser más que el médico.

El médico ha aprendido mucho —o se supone que ha debido aprender— en los libros, en las aulas y en los laboratorios de investigación. Ninguna lección más profunda que la que el médico recibe todos los días al contemplar el sufrimiento de sus enfermos. He dicho mal. Porque no es una contemplación, sino una *participación.* El médico sabe muy bien cuándo su acción tropezará con unos límites, que él no puede sobrepasar. Sabe también lo que hay de inseguro en sus conocimientos. Algún día habrá que hablar de la profunda angustia del médico, la que siente ante el azaroso misterio en que ve envuelta su actuación.

En la enfermedad no hay sólo sufrimiento corpo-

ral. Toda una vida se pone en crisis. A veces, la vida misma estaba ya en crisis y la enfermedad no hace más que manifestarla. Pues bien, para este saber que no se adquirió en las aulas, se necesitan otras fuentes.

La medicina moderna, a la par que avanza como ciencia natural, trata de lograr un saber profundo sobre el hombre y su enfermedad. Está ahí surgiendo una antropología médica. Los ensayos, las búsquedas, son diversos y apasionados. Y apasionantes.

La verdad revelada se encuentra en la Biblia. Camino difícil, a veces, en su hermenéutica. Camino que hay que recorrer con cuidado y respeto. Esta aproximación entre la Biblia como fuente de sabiduría y el conocimiento científico, lo han sentido en la época contemporánea algunos seres excepcionales. Uno ha sido Tournier. Otro V. v. Weiszäcker en un libro titulado «En el principio Dios creó el cielo y la tierra», que es un intento de formular una filosofía natural, a partir del relato de la Creación. W. Kretschmer ha escrito un libro sobre la sabiduría psicológica de la Biblia. Tournier no se plantea un problema teórico, sino otros más en contacto con el sufrimiento del enfermo.

¿Qué podemos aprender en la Biblia que nos ayude a entender mejor el sentido de la vida y el de la enfermedad? Y en consecuencia, ¿podemos aprender algo que nos permita, a nuestra vez, ayudar a los enfermos?

Se dice que nosotros los médicos —y especialmente los psiquiatras— cuando diagnosticamos una enfermedad utilizamos *un poder*. Se dice también que,

a causa del ejercicio de este poder, el enfermo queda segregado de la comunidad de los hombres. El psiquiatra aliena al enfermo o lo enajena —como se prefiera— realizando con ello un acto análogo a las alienaciones denunciadas por los sociólogos. Y lo cierto es que lo único que tratamos de evitar es la desintegración por la enfermedad. Buscamos *la forma y la unidad de la persona.*

La expresión «head shrinkers» (reductores de cráneo) ha pasado al lenguaje coloquial, en los Estados Unidos, para designar a los psiquiatras, tras una fase de protesta y «piqueteo» ante las asambleas científicas del ramo. Según esta designación, la americana unión se ha convertido en una comunidad de Jíbaros.

Por otra parte, hoy es frecuente decir que una etiqueta, un título o un diagnóstico acuña el destino de un hombre. «Si se llama "ladrón" a alguien, esta palabra es como un destino que le conforma». Así hablaba Sartre de Genêt. Los que tal afirman, suponen que la sociedad es capaz, sólo mediante el lenguaje, de definir los destinos individuales. Como si la libertad no existiese. Como si la vida no fuera «más que vida» por su poder creador y conformador.

Cualquiera que penetre en la intimidad del acto diagnóstico sabe que esta perspectiva es errónea, al menos cuando se realiza con arreglo a los principios científicos que la definen.

Diagnosticar es un instrumento provisional para reconocer una verdad. Diagnosticar no es acuñar un destino definitivo. Y de todas formas quien acuñaría el destino no sería el diagnóstico, sino el pro-

pio trastorno desintegrador de la naturaleza humana.

Muchas veces, en la vida social comunitaria, etiquetar es enviar un mensaje de fe y de esperanza. Etiquetar es abrir una posibilidad y confiar misiones nuevas y generosas en su origen. Misiones que obligan moral y espiritualmente, aunque no obliguen materialmente.

Recuerdo que cuando se introdujo la palabra «esquizofrenia» —la forma arquetípica de división de la mente humana— para designar a un grupo de enfermos mentales, no se podía atisbar que pasaría al lenguaje común, como ha ocurrido. La esquizofrenia es una enfermedad que describe esa honda multiplicidad, esa irreductible diversidad, que se aloja en la intimidad de la mente humana. Pues bien, he oído a un ministro de Hacienda de un país vecino hablar de la «esquizofrenización» de la economía. Y también a un conocido escritor, definir la condición del hombre futuro por su dehiscencia y por su desintegración. Es decir, por la «esquizofrenización» de su conducta. Y no hablemos de la frecuente utilización del vocablo para calificar o interpretar el arte y tantas otras aplicaciones, más o menos adecuadas.

No soy tan insensato que pretenda encontrar fórmulas mágicas para resolver las dehiscencias históricas. Ni sería el momento de formularlas, aunque las tuviera. Mi interés por estos problemas arranca, precisamente, de mi menester de psiquiatra. Nuestra disciplina se halla, más que cualquiera otra médica, en la encrucijada. En otra parte de este libro decimos que la medicina toda está en una encruci-

jada. Pues bien, la psiquiatría resulta ejemplar preferido de batalla. La utilización de uno de nuestros tecnicismos —¿uno solo?— «esquizofrenia» lo demuestra. O la expresión «angustia vital» que lancé al mercado médico hará unos treinta años y que también ha pasado al lenguaje coloquial.

La psiquiatría ha vivido durante muchos años atendiendo y manejando al hombre cartesianamente. O sea, dividido en dos esferas: la psíquica y la somática. Y, sin embargo, el psiquiatra mismo —no la psiquiatría— en su tarea cotidiana, se ha enfrentado siempre, lisa y llanamente, *ante la unidad de cada hombre.*

Desde que me inicié en la psiquiatría, ésta ha sido siempre mi preocupación más profunda: *la unidad.* Muy pronto se me hizo patente que en el hombre vivo no hay sólo cuerpo y alma, como decían los clásicos. Ni siquiera cuatro estratos (material, biológico, psíquico y espiritual) del que hablan los fenomenólogos, sino que existe *la presencia unitaria de un cuerpo animado.*

Lo esencial para mí es la sustancialidad de esta unión. El camino analítico y cartesiano debe ser completado por este otro unitario. La unidad nunca puede nacer de una recomposición de elementos previamente disgregados. De la misma manera que la vida no nace de la muerte. La unidad impone un nuevo método, primario y esencial, que trata de lograr una nueva aprehensión de lo humano que hay en el hombre.

La propia anatomía no se entiende sin la «animación». El niño nace prematuramente, débil e incompleto, pero su «animación» le dota de un poder sin-

gular y creador, que transforma su vida animal y vegetativa, en vida humana y cultural.

Luchemos por la unidad, por la integración, por las valencias positivas del mundo abierto del hombre. *Porque el cuerpo del hombre vivo no está limitado por las fronteras de nuestra piel.*

Estamos en una época de cambios acelerados. Es cierto. El médico que ocupaba un lugar prominente y casi carismático en la sociedad, lo ha perdido. Como el sacerdote. Y lo pierde a medida que está ganando en poderes técnicos. Es, una vez más, el resultado de la secularización del mundo contemporáneo.

Y a pesar de todo, algo esencial tiene la profesión del médico. Algo que le hace tributario de la calificación «cuarto poder». Algunos sociólogos sostienen que no hay más que dos profesiones primarias: el sacerdote y el escriba. Pero pienso que también el médico es una profesión primaria que necesita la sociedad (claro está que en algún tiempo la profesión de sacerdote ha coincidido con la del médico). Y a pesar de los progresos científico-naturales, la figura del médico mantiene su importancia social, aun dentro de la sociedad de inducción. Lo que sería de desear es que en el futuro no se olvidase de ninguna de las virtudes que ha tenido la medicina, sin perder el ímpetu progresivo.

El médico, por técnico que sea, no debe olvidar que su finalidad se dirige al hombre en situación de excepción: la enfermedad. No se puede, pues, tratar al enfermo como una «cosa» u objeto a pesar de lo objetivo que el médico ha de ser en su examen. La causalidad monolinear tiene sus lími-

tes, cuando se aplica al hombre que necesita que *se le descubra su lesión orgánica,* y que *se le comprenda en su situación.* Que se entienda que un examen médico es un diálogo con un «tú» que es también persona. Toda enfermedad es fuente de angustia. La «transferencia» no es más que un modo peculiar que el médico tiene de enfrentarse con la angustia, sea psicoterapeuta o no. Y de la única manera posible: absorbiéndola.

Hipócrates decía que el médico que, además fuera filósofo, era como los dioses. No se trata de la filosofía como una asignatura. Lo que quiere decir es que el médico debía agregar a sus conocimientos científicos *un saber humano.* Ese saber le permitirá conocer *los límites de su acción* y acompañar al enfermo con su saber vital, cuando el conocer no da más de sí. En esta comunicación existencial está la raíz de la medicina ideal. No tiene que renunciar el médico a ninguna aventura técnica. Pero tampoco debe olvidar lo que significa convivir con el hombre que padece. Y eso, desgraciadamente, se está perdiendo. Como se pierde el Poder.

Ahora estamos asistiendo al ascenso, en la escala del poder social, de ciertos grupos de científicos. El médico siempre ha ejercido una forma de poder social. De ahí la influencia mágica que ha ejercido en su figura en muchas mentes infantiles. Aliviar los sufrimientos físicos ha sido siempre una credencial excelente para señalar las pautas del bienestar social. En las colectividades pequeñas el médico sigue siendo la figura social prevalente. En muchos pueblos primitivos ha sido la vía de penetración del hombre civilizado.

En cambio, ahora que la medicina se ha socializado, el médico está perdiendo, paradójicamente, su poder social. Ya no se le atribuyen aquellos poderes mágicos, sino que es una rueda más de una organización. De ahí el decrecimiento de las vocaciones médicas. En los países altamente socializados, por ejemplo en Suecia, faltan médicos. El problema no se resuelve sólo elevando el nivel de los honorarios profesionales a través de los seguros. Se necesita algo más. Ese halo que rodeaba a la imagen de los médicos de otros tiempos y que hoy ha desaparecido prácticamente. La desmitificación de la medicina, su tecnificación, su socialización, su despersonalización, etc., tocan a ese núcleo esencial del valor que la sociedad concede al médico. Y, por tanto, tocan a la existencia misma de las vocaciones médicas.

ESTILOS DE VIVIR Y MODOS DE ENFERMAR

La vigencia del marxismo y freudismo

Cuando alguien se detiene a reflexionar sobre el panorama actual del mundo, hay un hecho que le sorprende. Grandes masas de hombres se sienten movidos por doctrinas que deberían considerarse rebasadas desde el punto de vista intelectual. Existe una disparidad entre lo que podríamos denominar vigencia histórica de una idea o de un sistema y su vigencia intelectual. El mundo moderno ofrece varios ejemplos de esta disparidad. Dos tienen un relieve excepcional. Uno de ellos está constituido por la doctrina marxista. El otro, situado en un plano distinto, por el psicoanálisis. ¿Quién duda del enorme poder de seducción que ejerce hoy el marxismo sobre masas considerables de la humanidad? Cualquiera que sea la forma política que adopte, militante comunista, socialista dominical, populista edulcorado, etc., etc., su fuerza captadora es enorme. Aun en los círculos de pensamiento más adverso, como son los que integran el área de la ortodoxia religiosa, su punta seductora penetra, mor-

dicante y corrosiva, dejando huella de su paso. En la ruptura habida hace unos años entre Sartre y Camus éste le echó en cara al primero su postura cómoda, soltando su navecilla a favor de la corriente de la historia. Y efectivamente, esto pasa con muchos intelectuales. Creen que el momento histórico presente consiste en la rebelión de las masas y en la concepción materialista de la dinámica histórica. Y lo que es peor, creen que esa dirección es tan inexorable, que todo género de resistencia significa una renuncia a navegar. Una condenación al ostracismo y a la inercia histórica.

Sin embargo, los sociólogos e historiadores que me lean saben bien cuán endeble es la argumentación histórica de Marx y cuán superados se hallan sus puntos de vista sobre la génesis y la estructura de la sociedad. Marx no ve en el hombre, como agente histórico, más que una sola dimensión: la económica. Si toda actividad humana tuviera un fin utilitario, Marx tendría razón, puesto que, en definitiva, lo que él propone es una distribución más equitativa de los útiles vitales. Pero todo aquel que quiera pararse a reflexionar un momento sobre la esencia del hombre, sabe muy bien que éste no es un puro animal instrumental. Muchas filosofías lo han enseñado. Pero, aparte de las enseñanzas filosóficas, bastaría para convencerse de ello con que cada uno dirigiera la mirada a sus propias actividades y viese cuántas veces en su vida ha realizado actos generosos. Es decir, actos liberados del principio de utilidad.

No sólo el hombre. Ni siquiera la naturaleza es utilitaria. Hace tiempo leí una frase que produjo en

mí una profunda impresión: «Dios ama el lujo y por eso creó la Naturaleza». Aquella frase irrumpió en mí precisamente en momentos en los que yo me debatía por adquirir una imagen biológica del mundo, que fuese más comprensiva que la vieja imagen darwinista, aprendida en mis libros escolares.

El darwinismo en la biología es el equivalente del marxismo en la sociología. Los animales luchan por la vida. En la lucha triunfan los más fuertes y se aniquilan los más débiles. El marxismo lo que hizo fue descubrir que en la estructura económica de la sociedad la fortaleza estaba, no del lado de los poseedores de riqueza, sino del lado de la masa productora. Sin embargo, la contemplación de una flor, de una planta, de la estupenda variedad de especies botánicas y zoológicas que existe, del esquema constructivo de cada animal demuestra de una manera fehaciente que, si bien es verdad que el principio de utilidad tiene una fuerza enorme, no es menos verdad que, al lado de él, la Naturaleza se halla presidida por un principio estético. La estética es, mirada desde un punto de vista de la utilidad, puro lujo.

Existen, solamente para citar un ejemplo, 3.700 variedades de desmidiáceas y 6.000 variedades de diatomeas. ¿Para qué tanta variedad? ¿Para qué la orgía del aparato sensorial de las orquídeas, cuando otras plantas conseguirían vivir lo mismo con medios más reducidos? La dinámica alimenticia de la planta consiste en absorber los productos de la tierra y del aire, que entrarán después a formar parte de su sustancia. Esta dinámica rige de una manera uniforme y, sin embargo, produce el grande, casi

inagotable polimorfismo de la vida vegetal. La riqueza de formas es mayor todavía que en la vida animal. Y resulta forzoso preguntarse si la variabilidad de las formas orgánicas no resulta superior a la variabilidad de las formas vitales.

Si esto ocurre en las plantas y en los animales, el principio impera, todavía más dominador y poderoso en el hombre. Mejor aún, en la vida humana. El hombre no se mueve solamente por el principio utilitario, sino por otros distintos. Interpretar la vida humana o la vida de la sociedad, apoyándose en una dinámica económica, es *renunciar a comprenderla.*

En otro plano, lo mismo podríamos decir del ejemplo anteriormente elegido. Freud lanzó sus doctrinas al filo del siglo. Desde entonces han conocido períodos de opulencia increíble, especialmente en los pasados decenios. No es necesario apelar al testimonio de los psiquiatras para convencerse de ello. Basta leer los periódicos, ver las películas y las comedias, leer las novelas y anotar la cantidad de expresiones y términos técnicos que han pasado al lenguaje literario. Y aun al lenguaje coloquial. En la segunda guerra europea triunfaron muchas cosas y entre ellas el psicoanálisis. Freud tuvo que salir de su amada Viena y morir en Londres, siguiendo el destino eterno del judío errante. Pero, en cambio, todavía pudo ver florecer sus doctrinas con un vigor insospechable en el suelo que le acogió. Y en otros muchos. Del mismo modo que Marx descubrió que la fuerza motora se hallaba en los estratos sociales inferiores, Freud reveló que en las capas inferiores del hombre existían fuerzas caóti-

cas y oscuras. Fuerzas indomables. La negación de su presencia constituía un error peligroso desde el punto de vista de la paz interior.

Freud introdujo el punto de vista económico en la interpretación de la dinámica humana. Cada instinto posee una cantidad de energía (cathexis) y en el «aparato psíquico» existe una tendencia a evitar un estancamiento de la citada energía, manteniéndola en un nivel bajo. El curso total de los procesos psíquicos se halla regulado por el principio del placer y displacer, que en el fondo es el de la excitación y la relajación. Toda excitación resulta originariamente placentera, y sólo a lo largo del proceso madurativo el aparato psíquico aprende a desplazar la satisfacción placentera y a soportar durante algún tiempo las displacenteras.

Una vez, en una conversación entre Freud y Binswanger, le preguntó éste si creía que en la humanidad existía el espíritu. Freud le respondió: «La humanidad siempre ha sabido que tenía espíritu. Lo que ha ignorado es que tenía instintos. Eso he querido enseñárselo yo». Si Freud se hubiera contentado con este magisterio merecería gratitud y apenas hubiera habido motivos para criticarle, como hoy se hace desde muchos frentes. Pero Freud cometió el mismo pecado que Marx. Quiso reducir el hombre a las puras fuerzas instintivas. El perímetro del hombre alcanza, indudablemente, áreas y sectores más amplios.

Sin embargo, la crítica que se ha hecho al freudismo desde sus comienzos no ha impedido su floración. Ni tampoco la crítica que se ha hecho del marxismo ha impedido su difusión hasta conver-

tirse en credo de grandes masas del mundo occidental y oriental.

¡Cuántas veces hemos oído decir que las ideas mueven a los hombres! La pedagogía ha elegido este tema tan claro y sustancial: «Es necesario inculcar buenas ideas al hombre en su período de formación». La política también se ha movido en esta misma línea. Un argumento claro y lógico podría vencer siempre al adversario. El Parlamento, como estructura intelectual, se halla montado sobre tal creencia. Publicar un libro, pronunciar un discurso o una conferencia y demostrar que las bases conceptuales del marxismo o del freudismo son falsas —o insuficientes— debería bastar, si esto fuera cierto, para remover la faz del mundo.

La realidad histórica, la realidad social y la individual nos muestran cuán equivocado resulta este punto de vista. Y es que, ¿en verdad, mueven las ideas a los hombres? ¿No será que éstos se justifican de sus movimientos mediante las ideas?

Pensar, vivir y sentir

El caso es que el hombre es por esencia, ahora más que nunca, un ser pensativo. Digo pensativo en lugar de pensante, porque no quiero referirme con ello a una facultad, sino señalar la apetencia del hombre actual por la pasión meditabunda. Incluso podríamos utilizar un neologismo y hablar de ser «pensátil», para subrayar el hilo delgado, fino y quebradizo sobre el que asienta tal condición. Y esa su condición esencial le impele a elaborarse siem-

pre una idea de lo que le rodea, de su circunstancia, como diría Ortega. Este impulso es el «primum movens» del filosofar.

Resulta natural pensar que el hombre se ha de mover según la idea que se ha hecho de ese su mundo entorno, pero las reflexiones anteriores nos han demostrado que el problema no es tan sencillo. Las ideas tienen una fuerza operacional sobre el hombre, mayor o menor, no según su rigor lógico, sino según su poder seductor. ¿De dónde procede su poder seductor? ¿Dónde está la clave que nos explique esa aparente antinomia de que el hombre se siga moviendo por ideas que, examinadas por su fría razón, considera ya sin valor o equivocadas?

La clave está en la vida misma. La operación de vivir es anterior y más sustancial que la operación de pensar. El pensar asienta sobre la actividad vital y cuanto más alto se eleva el pensamiento en la esfera de la especulación posee menos poder configurador de la vida. Esta crisis entre vida e idea inicia su actual plenitud histórica en la Revolución francesa. La operación mental no pudo ser más clara: se descubre al hombre y en el hombre aquello que constituye su más excelsa y radical característica. *La razón.*

¿Pudo pensarse en más bello ideal que conformar la vida humana y el curso de la historia, según la razón? Cuando en el lenguaje coloquial nos decimos que hay que vivir con la cabeza, nos mostramos fervientes ciudadanos de la Revolución francesa y adoradores de la diosa Razón. Pero la razón, construyendo una Humanidad ideal, se mostró cruelmente traidora. Y de aquel lema tan aparentemente

seductor, «libertad, igualdad y fraternidad», se desprendió una serie de espantosos crímenes. Desde entonces, la Humanidad ha vivido, como nunca, en esa situación ambivalente y dual que ahora adquiere caracteres trágicos. Por un lado, el hombre quiere conformar su propio destino con su razón y su voluntad. Por otro, se encuentra temeroso ante los abismos que, merced a su propio y voluntario caminar, está abriendo continuamente ante sí.

Y es que aquella operación primaria del pensar sobre la circunstancia se halla envuelta en una operación más vigorosa, que es la de estar inmerso en ella. Esta es una forma primaria de establecer contacto que, si quisiéramos traducir a una palabra psicológica de nuestro lenguaje habitual, sería la de sentir. Vivir no es sólo pensar, sino, sobre todo, sentir, dotando a este vocablo de su máxima área significativa.

Si el marxismo y el freudismo poseen vigencia histórica, no lo deben a su rigor lógico, a la fuerza de sus razones, sino a que saben hablar el lenguaje de las necesidades vitales del hombre de nuestros días. El esquema, antes oscuro, se vuelve ahora claro. El hombre de nuestros días, desraizado del suelo religioso en el que creció el de otras épocas, necesita, sin embargo, cultivar una forma de vida esperanzada. Nunca la vida puede limitarse a lo que ofrece como presente, si el presente no va envuelto en una promesa de mejor porvenir. El hombre necesita un «plan quinquenal» que alimente sus esperanzas. En todos los movimientos políticos y sociales existe ese móvil de mejorar la situación presente. Y esa esperanza es tan fuerte que puede hacer

vivir el presente como miserable y peligroso, con tal de que en esa miseria y peligrosidad germine la esperanza de un porvenir mejor. Cuando el hombre no ve ante sí este maravilloso caleidoscopio de la esperanza no lucha, sino que se entrega.

He aquí cómo los sistemas políticos contemporáneos han sabido manejar los dos resortes más poderosos para el hombre: para los adeptos, la esperanza. Para los rebeldes o disidentes, la desesperación que, fatalmente, conduce a la entrega. El hombre que no espera nada se convierte en un autómata. Se entregará a todo. Confesará lo que se quiera. No hay que buscar tóxicos misteriosos u operaciones maravillosas. O torturas. O encierros. Nada de ello explica las confesiones forzadas tras los distintos telones. Recuerdo que hace ya muchos años el comunismo oficial repudió la leucotomía, como había repudiado el psicoanálisis. La operación se hace en un plano puramente psicológico, consiste en destruir la personalidad operando sobre lo que tiene más fuerza para seguirla empujando: la esperanza.

Ya sé que ésta es sólo una fase de tan crudelísima operación. Existe otra: la creación de un sentimiento de culpabilidad. Es el mismo sentimiento oscuro de culpa que se le creó al pueblo judío cuando crucificó al Mesías. Porque, aun en el judío más incrédulo, no pudo menos que haberse levantado, como un ave agorera, este pensamiento: «¿Y si, en realidad, fuese el Mesías?».

He aquí, pues, cómo una idea puede tener, y tiene, vigencia histórica. No a pesar de ser ilógica, sino precisamente por serlo. Precisamente porque apela

a la «lógica del corazón», usando la conocida frase de Pascal. La vida se alimenta primariamente de la ilógica cordial, como el hombre de carne. Pero tampoco caigamos en la exageración. No olvidemos que el hombre es un animal omnívoro.

Fuerza histórica de los estados de ánimo

La desconfianza del hombre contemporáneo por los puntos de vista conceptuales la demuestra su actual versión por las producciones artísticas. El arte ha adquirido una nueva significación en la vida, rayana en lo religioso. Esta es la tesis de Malraux en su psicología del arte, cuyo tercer tomo titula «La moneda de lo absoluto». Efectivamente, al hombre no le queda más reducto de «lo absoluto» que el arte. Por eso lo sitúa, o quiere situarlo, por encima de tesis y antítesis y elevarlo a la categoría de lo religioso.

El hombre, pues, ha montado su idea de la vida sobre una circunstancia, más radical y entrañable que la de la pura idea. De ahí la importancia de los *estilos de vivir,* al lado de los estilos de pensar. La situación del hombre actual se caracteriza, precisamente, por carecer de un proyecto vital. Lo que le sobrecoge y amedrenta es que su futuro se ha vuelto más incierto que nunca. Sí, ya sabemos que el carácter de la futurición es su incertidumbre. A nosotros, individual o colectivamente, nos puede ocurrir esto o lo otro. Pero en los vocablos «esto o lo otro» existe ya una determinación. Dentro de un determinado haz puede ser posible esta o aquella rea-

lidad. Pero en el hombre actual la situación ha cambiado. Ya no hay tal concreción o determinación. No sabe lo que puede ocurrir. Ni siquiera lo barrunta. En realidad no sabe nada. De ahí que el subfondo nihilista, que aparece sustentando tantas modalidades de la vida actual sea más auténtico que el de otros tiempos.

Nuestro nivel histórico se halla condensado en esa terrible ignorancia e imprevisibilidad. Pero el hombre actual se halla definido más por un estado de ánimo que por una idea. El hombre de otras épocas creía en la fraternidad universal. En el progreso humano. En la necesidad de redención. Nuestros inmediatos predecesores creían en sí mismos. Fuertes vientos optimistas hinchaban sus velas y les empujaban raudos hacia un futuro histórico lleno de sonrosadas promesas. La segunda guerra mundial cambió muchos rumbos, mejor dicho, los quebró. Por eso el hombre actual ya no cree en sí mismo y lo que es más trágico, mucho más trágico, ya no espera nada. Vivir es su última fórmula. Vivir puramente. Vivir, como quehacer último. A todo este tremendo drama es al que se ha llamado «angustia del hombre actual».

Se ha llegado, pues, a un momento en el que hemos reconocido la fuerza histórica de los estados de ánimo. Marx pensaba en el dinero. Otros, han creído que las ideas filosóficas movían la historia. Realmente, todo contribuye a mantener inquieta y creadora a la humanidad. Lo que ocurre es que ahora es más manifiesta la acción de los estados de ánimo.

Una pregunta surge inmediatamente: pero tales

estados de ánimo, ¿cómo aparecen? ¿Cómo se condicionan? La pregunta es de alto porte y mis fuerzas demasiado débiles para contestarla. Yo diría que el estado de ánimo es una forma primaria y morbosa de religiosidad. Y quizá aparece ahora, precisamente ahora, como puro estado de ánimo, porque se ha elaborado tras un largo proceso de corrosión de las creencias religiosas. Cuando no se tienen creencias religiosas y las creencias en los productos de la razón, instrumentados para sustituir a aquéllas son insuficientes, ¿qué queda? Queda eso mismo: un contacto primordial entre el hombre y el mundo, en el que se siente envuelto por una niebla oscura, espesa y fría que le resulta hostil. Por eso se estremece. Por eso se angustia.

En otras épocas no ha sido tan visible esa fuerza histórica. Sin embargo, ahí estaba. Se podría hacer una historia del hombre, no a través de sus hechos, ni de sus ideales, ni de sus ideas, sino de sus instintos y de sus sentimientos.

Historicidad de los instintos

Los instintos se consideran en las descripciones habituales como integrantes del plano natural del hombre, sobre el cual actúa después su plano espiritual. La misma expresión «represión de los instintos» ha adquirido patente de moneda en curso y procede de la idea de que existen unas fuerzas que emanan del plano inferior. Estas fuerzas pueden ser y son cohibidas por los impulsos que vienen del plano superior. Lo cierto es que «plano somático»

y «plano espiritual» son dos distinciones, dos abstracciones que hacemos sobre la realidad humana, y que el hombre es, aun en el más mínimo y escatológico de sus actos, persona. Quiere esto decir que los instintos tienen su coeficiente personal y, por lo tanto, su historia no sólo individual, sino colectiva.

¿Existe algo más entrañablemente unido al plano natural del hombre que el instinto sexual? Y, sin embargo, ¡qué gran variedad de formas de vivirlo, desde los trovadores medievales al hombre de nuestros días! El trovador canta el amor platónico, pero éste no ofende aunque sea adúltero. En todas las poesías de los trovadores salta el mismo tema: el amor que siente el protagonista por una mujer, que es siempre una mujer casada y de casta superior. He empleado un adjetivo anteriormente que es evidentemente inexacto: el amor adúltero. No hay tal. La situación reflejada en las trovas no es más que episódicamente concreta. En el fondo se trata de un amor arquetípico por la mujer ideal. El proceso de sublimación, antes que por Freud, ya fue descubierto por los trovadores medievales.

La sensualidad, que había desaparecido del haz del mundo desde la destrucción del Imperio romano, vuelve a mostrar su ala palpitante en el siglo XIV. De nuevo vuelven a parecer en el arte las figuras desnudas. Las primeras representaciones de Adán y Eva desnudos se ven en un cuadro de Van Eyck. Otra de las primeras representaciones se halla en un relieve de Jacobo de la Quercia, que se encuentra en la puerta de San Petrovio de Bolonia y cuya fecha es de 1325.

¡Qué diferencia con la erótica que reflejan las novelas de Proust, los trabajos psicoanalíticos y más aún las novelas de Lawrence, de Henry Miller y de Nabocov! Pero es más, aun en una figura tan arquetípica como el Don Juan, vemos varios estilos de vivirla. Como ha habido varios modos de interpretarla. Desde el tipo del seductor de Kierkegaard al Don Juan de Zorrilla, la distancia no es escasa. Como no lo es la diferencia entre la interpretación de Marañón y la de Maeztu.

Historicidad de las enfermedades

Mi intento ahora es demostrar la exactitud de este punto de vista, proyectándolo sobre un plano que, a primera vista, parece impermeable: el de la enfermedad. De la enfermedad se tiene una idea puramente natural y, por lo tanto, ajena a cualquier reflejo histórico. Las enfermedades son como catástrofes o terremotos, algo que nos viene de fuera y que se incrusta como una piedra en el camino. Es posible que las enfermedades jueguen su papel en la historia. Por ejemplo, una epidemia que diezma un ejército o una angina de pecho que acaba precozmente con un dictador. Pero no es a éste al influjo al que quiero referirme, sino si en las enfermedades tomó también cuerpo y expresión eso que he llamado «*estilo de vida*».

Los estudiantes de Medicina oyen, una y otra vez, de labios de sus maestros, que la enfermedad no existe, que sólo existen los enfermos. En efecto, el vocablo «enfermedad» es un concepto, una abstrac-

ción. Que cambie el modo de pensar de los médicos acerca de las enfermedades es permisible y constituye una exigencia del progreso científico. Pero ¿cambian las enfermedades mismas?

Existen en el enfermo dos planos esenciales que corresponden a los planos del ser del hombre: uno natural y otro personal. Las enfermedades se extienden en un amplio y variopinto espectro que se despliega entre el polo más puramente somático y el polo más puramente personal. Pero en todas intervienen los dos. El disturbio somático, más gravemente somático podríamos decir para recalcar su carácter, con un hipérbaton cacofónico, acaece en un hombre y, por consiguiente, en un ser personal. Ante él existe, cuando menos, una actitud de la persona que lo soporta y lo sufre. Aun en estos casos, en los que la rigidez del proceso alcanza lo geológico, existen siempre variaciones personales. No es la misma actitud la que toma ante la enfermedad el héroe de las sagas nórdicas que el budista o el hindú.

Existe, empero, otra faceta del espectro de la enfermedad que se halla más transida por lo personal. La patología moderna ha creado una palabra «psicosomática», destinada a alzaprimar y destacar este hecho. De todas las enfermedades que allí se incluyen destacan las neurosis.

El cambio en las manifestaciones de la sintomatología neurótica es evidente. *Las neurosis se nos muestran como enfermedades históricas.* En otra parte de este libro decimos que la histeria medieval, la histeria de Charcot y la de nuestros enfermos es distinta. Pero no es esto sólo. Se han utilizado

palabras distintas tales como histeria, neurastenia, psicastenia, etc., con todas las subdenominaciones, para designar unos grupos de enfermos que se hallan muy próximos. Tanto, que las fronteras que existen entre ellos son más bien zonas de fusión. Atribuir estos cambios a meros caprichos de la moda médica es desconocer su profundo sentido. En el fondo, deben existir otras razones para ello.

Repárese un momento en el hecho que analizamos. Ofrece una doble cara. Por un lado, cambian las designaciones que los médicos adscriben a estos enfermos. Pero, por otro cambia la misma sintomatología de los enfermos. ¿A qué puede atribuirse tan singular metamorfosis?

El hombre cambia sus ideas acerca del hombre. Como quiera que la totalidad humana se resiste a la síntesis del análisis conceptual, siempre hay zonas que se escapan y esconden. Se elabora una idea del hombre, pero esta idea siempre resulta manca. A este proceso llamaba Kant «hipostasis». La idea que en cada época va cuajando depende del clima histórico. En el diverso uso de las designaciones utilizadas para etiquetar los neuróticos se ve claro el proceso. Cuando el científico se sintió impresionado por la aurora de la moderna técnica y pensó en las repercusiones de ella sobre el hombre creó la palabra «neurastenia», que designó en principio a un grupo de accidentados del ferrocarril. La otra designación «psicastenia» se monta sobre un supuesto análogo, pero más fino. Si el hombre del Renacimiento se medía por la «virtú», y el de la época caballeresca por el honor, el hombre moderno se mide por la eficacia. He aquí una serie de

palabras mágicas para nuestro tiempo: eficacia, trabajo, rendimiento. A los hijos se les educa no en la santidad, sino en la religión del trabajo. No sólo la psiquiatría, sino también la Medicina actual ofrece la huella de este punto de vista. La enfermedad se define por ser un trastorno orgánico que incapacita o disminuye los rendimientos. Se dirá que estas expresiones se hallan extraídas del lenguaje biológico. Pero, ¿no es suficientemente demostrativa esa extracción? Un grado más y el nivel de salud o de enfermedad se medirá como el rendimiento de una máquina. En la legislación de accidentes del trabajo, la calidad humana del accidentado desaparece. La estructura de la misma se apoya sobre la probabilidad del accidente —cálculo estadístico— y en la disminución del rendimiento.

Pues bien, rendimiento y trabajo producen fatiga. El hombre vive sometido a las leyes penosas del esfuerzo continuado. Esa persistencia es el esfuerzo no tiene más límites que el «no poder»: muerte, vejez, enfermedad. A Ford le preguntaron una vez por qué seguía ampliando su negocio y lanzando nuevos tipos de automóviles. Contestó que no podía parar. Y éste es el tormento moderno. Cuando unos trastornos no tienen causa alguna alcanzable por el saber médico actual, se atribuyen a la fatiga. Esta se interpreta, unas veces, como fatiga nerviosa: neurastenia. Otras, como fatiga psíquica: psicastenia. Pero léase la sintomatología, descriptiva de ambas enfermedades y se verá cuán próximas están. La histeria ha servido más bien como plastia morbosa de las grandes crisis, como las guerras.

Pero no sólo cambia la idea de las cosas, sino las cosas mismas. Las cosas, en este caso, son los síntomas neuróticos. Aun ahora, si se comparan las manifestaciones de la histeria en diversos pueblos o razas las diferencias son evidentes. Yo mismo ya llamé la atención sobre la diversa frecuencia y frondosidad de los síntomas que ofrecía la llamada histeria de guerra entre los moros y los españoles durante la guerra civil española. El hecho ha sido observado muchas veces.

Este mismo transporte de la sintomatología es el que se ha observado históricamente desde los tiempos de Charcot a nuestros días. Quien, como yo, puede observar un material clínico hospitalario y privado, también comprueba la menor frecuencia de cuadros histéricos con sintomatología clásica en la práctica privada. La sintomatología de las neurosis presenta, por consiguiente, *un coeficiente de historicidad.* El cambio no está sólo en la idea que el médico se hace del enfermo, sino en el enfermo mismo. ¿Cómo se engendra ese cambio? Dos factores reunidos lo determinan. Uno es la idea que el enfermo se hace de la propia enfermedad, idea que puede beber en fuentes diversas. Una de las más copiosas es la propia personalidad del médico. Todo el mundo está de acuerdo en que Charcot dibujó por sí mismo la melodía sintomatológica de sus enfermos de la Salpêtrière. Pero creo que causará un cierto escándalo preguntar si también Freud cometió tal pecado. Janet no sabía cómo explicar que Freud encontrase tanta sensualidad en sus enfermos y él tan poca. Y cometiendo una ligereza que Freud vivamente le reprochó, lo atribuyó a la atmósfera

erótica de la vida en Viena. ¡Como si París fuese una ciudad mojigata y puritana! No. De haber una circunstancia peculiar en los enfermos de Freud debió estar en él mismo. Chobrack podía extender su famosa receta. Otros muchos médicos la han extendido acertada o equivocadamente. Pero, ¿por qué los enfermos de Freud la necesitaban todos, absolutamente todos y algunos en forma sublimada? Dejemos ahora aquí esta cuestión.

Aparte de la idea del enfermo, está otro factor más importante: su actitud. El enfermo puede dejarse dominar más o menos por sus síntomas. Tomar ante ellos una actitud de «belle indiférence» o luchar como hace el ansioso. En esta actitud influyen por una parte varias circunstancias: una es la presunta reacción del medio ambiente general. La diferencia entre las secuelas de las guerras mundiales últimas es evidente. En la última, además, la población civil sufrió mucho más. Pero no era posible hacerse la víctima, tratar de inspirar compasión en un mundo concentracionario, donde todos eran víctimas.

De la misma manera que existe la *mentalidad* del primitivo con sus tótems y sus tabús, existe la mentalidad del ciudadano de Londres o de Hamburgo. Recientemente Panse señaló la diferencia que existe entre los síntomas de angustia y temor observados en los terremotos y los de los bombardeos aéreos, atribuyéndolos a la subitaneidad de aquéllos. La razón es insuficiente a mi modo de ver. Quizá, incluso, la espera ansiosa debería considerarse como factor predisponente. La diferencia halla su explica-

ción probablemente en la diferencia de mentalidad en que se hallan envueltas unas y otras víctimas.

Junto a las diferencias de actitud hay que postular unas *diferencias de sensibilidad.* El descubrimiento de la intimidad psicológica es un descubrimiento del hombre moderno. He agregado este calificativo de psicológica para prevenir una objeción que siempre se presenta ante la mente del que escucha la palabra intimidad. San Agustín fue el descubridor de la interioridad. Pero descubrió la interioridad moral, si bien la exploró a través de planos psicológicos. En el hombre moderno, el descubrimiento se hace simultáneamente con el proceso de secularización que constituye el eje de su historia moderna. También su interioridad se ha secularizado y por ello se ha reducido a un bosque psicológico, que tiene más de selva que de floresta.

Esta versión hacia la interioridad se ha mostrado más patente en la emergencia al primer plano de los estados de ánimo. Cuando éstos son de naturaleza patológica se revelan de un modo impresionante. La revelación de un estado lo acrecienta. Es un juego como el que existe entre la conciencia y la inconsciencia. La conciencia puede ignorar lo que pasa por debajo de ella, como en la «belle indiférence» citada. Y entonces eso que por allí pasa se convierte en síntomas somáticos. O puede, por el contrario, dirigirse a eso que en el fondo le conmociona, que no es, desde mi punto de vista, primariamente un complejo como dice el psicoanálisis, sino un *estado de ánimo,* que se monta sobre una perturbación de la vitalidad. La elevación al plano de la concien-

cia, su patentización, provoca un sufrimiento directo, no uno indirecto como en la sintomatología de conversión.

La angustia y el miedo

El mismo desplazamiento ha habido en el perímetro significativo de las palabras. Actualmente se insiste sobre la diferencia entre angustia y miedo. El miedo se tiene ante el peligro real o presentido, pero concreto. La angustia, ante lo indefinido e indeterminado. Heidegger insiste mucho en esta distinción. Pero no siempre se han empleado con esta diferencia significativa ambas palabras. Además, en el terreno psicológico, óntico por lo tanto, existen transiciones entre una y otra. El pánico es un miedo a todo, a un peligro que amenaza de todas partes. Y como lo que amenaza de todas partes, en el fondo lo hace desde ninguna. También se habla del miedo angustioso. Y es que los estados de ánimo no tienen entre sí fronteras tan definidas como parece. Más bien es el lenguaje el que contribuye a establecerlas muchas veces. Y el lenguaje puede seleccionar uno u otro matiz del estado de ánimo para cuajar la expresión.

En muchas ocasiones, el lenguaje define el estado de ánimo por alguna característica exterior, tal como el temor, que viene del temblor que se produce en la situación emotiva. O tal como el horror, que viene de la «horripilación» (contracción de los «aerectores pili»). En otras, la expresión se monta sobre alguna sensación interna como la misma angustia

que se refiere a la sensación de constricción o de estrangulamiento de la garganta.

Pero el punto sobre el que ahora quería llamar especialmente la atención es la emigración del contenido significativo que se hace de una a otra palabra. Actualmente, el perímetro significativo de la angustia ha crecido desmesuradamente. Sobre todas estas cuestiones no debo extenderme, pues lo he hecho en mi libro «La angustia vital» y «El descubrimiento de la intimidad».

Que la angustia se halla en la base de la existencia humana es lo que viene postulando la filosofía existencial. Heidegger ha llamado la atención sobre el carácter ontológico y metafísico de sus trabajos. Para él las aplicaciones psicológicas son ilícitas. Sin embargo, éstas se han hecho por diversos autores y con razón. Cuando los filósofos buscaban desvelar los misterios de la estructura humana en el pensamiento o en la voluntad, también de ello surgió una psicología. Ahora resulta, desde el punto de vista de la filosofía existencial, que el pensamiento o los instintos o cualesquiera otra peculiaridad humana nos muestran una perspectiva insuficiente del hombre. Esta hay que buscarla en algo más nuclear: los estados de ánimo. Kierkegaard y Heidegger eligen la angustia. Sartre, la náusea. Bollnow la esperanza. Nietzsche, la vivencia dionisíaca del «gran mediodía», etc., etc.

Los estados de ánimo pasan a primer plano. No se trata de análisis de las emociones, de los afectos y de las pasiones. Existe una vida sentimental más plena: la de los estados de ánimo o humores. Como realmente desde el punto de vista psicológico se tra-

ta de «totalidades», en el sentido de Krüger, y éstas se muestran, además, semovientes, las transiciones entre unos y otros en el curso de la vida son fluidos. Los que tienen un valor patológico son, precisamente, los negativos.

En todo humor o estado de ánimo se halla incluida la temporalidad vivida por el sujeto. En la tristeza, la perspectiva del pasado se dilata y se carga. Existe una inflación del pasado. En la angustia, todo el tiempo se contrae al momento presente y sólo aparece la posibilidad de que en aquel momento el sujeto pueda perder el control. En el miedo angustioso es el futuro el que se muestra amenazador. La forma normal de la amenaza del futuro es la preocupación.

He dicho que la angustia pertenece al acervo común de los hombres, y así es. Observemos lo que ocurre en la clínica: muchos enfermos hablan del miedo a la locura. Otros, del miedo a la muerte. Algún enfermo muestra su angustia ligada a algún recuerdo del pasado, a un síntoma somático, etcétera. Es decir, la angustia cuaja en cada individuo en una forma personal. Existe una *angustia existencial* reveladora de una crisis existencial morbosa. Pero existe también una *angustia personal,* como modo personal de reacción en las crisis. Y existe una *angustia vital* que fluye de las capas de la vitalidad y que cursa independientemente de los sucesos exteriores de la vida individual o colectiva.

En la angustia se revela la estructura instintiva básica de cada ser y también la estructura del yo. Unos tienen miedo a la liberación de sus instintos de

agresión. Otros, precisamente a la experiencia misma del no existir. Cada forma vivencial se rellena, además, de un tema vital determinado.

La neurosis, considerada a la larga, reproduce los mismos mecanismos que una crisis angustiosa aguda. Naturalmente que esa percusión instintiva no deja indemne a la personalidad. Aquí nos hallamos ante una nueva cuestión del mayor interés. La relación entre las crisis y la personalidad.

La dehiscencia interna del hombre contemporáneo

Epidemia de histeria como la Loudun o San Medardo. Histeria desencadenada no por los exorcismos, sino por el toque de campana que señalaba la llegada de Charcot a la clínica. Histeria temblorosa y empobrecida de la guerra del 14. Neurosis de angustia de la guerra última y de los campos de concentración... He aquí unas cuantas muestras del impulso metamorfoseador de la enfermedad. ¿Y por qué? En el fondo es porque toda enfermedad crea un nuevo tipo de relación humana. En el enfermo florece de un modo extraordinario la instancia apelativa. Busca y pide ayuda. En torno a un enfermo grave existe siempre una preocupación. Todo el mundo quisiera hacer algo por él y este impulso se muestra en los ofrecimientos más variados y absurdos. Pero esta atmósfera en que va envuelto el enfermo le conforma. No es lo mismo sentirse enfermo en un cálido ambiente burgués que en una ciudad asolada materialmente por los bombardeos y espiritualmente por la desconfianza de unos hacia otros.

El mundo moderno tiene una ética negativa: la planificación de la vida, la seguridad mediante un aparato burocrático, etc. Y esto conduce, fatalmente, a reducir la atmósfera personal al ámbito de la intimidad. El hombre enferma entonces de su misma soledad: al menor disturbio, de sus planos vitales se provoca una inflación interna, que es la angustia. Es la enfermedad del hombre que, como Gaspar Hauser, no sabe de dónde viene y a dónde va.

La esquizofrenia desempeña en el mundo moderno el papel que desempeñaron las grandes crisis convulsivas histéricas y epilépticas en la Edad Media. Apenas es necesario insistir sobre la facilidad con que se encendían las epidemias psíquicas en los tiempos medievales. Ni sobre los grandes problemas que se planteaban siempre que se trataba de distinguir entre enfermos y endemoniados. Es curioso anotar la semejanza entre la sintomatología de las enfermedades convulsivas y los signos de los endemoniados, semejanza que alguna razón habría de tener. Y es que, si la acción del demonio se había de desplegar sobre el ser del hombre, justo es pensar que se insertase en aquel plano funcional que se halla más próximo al alma. Porque si bien es cierto que en la tesis de la unión sustancial del alma y del cuerpo hemos de pensar que la célula más anónima de la corporalidad se halla animada, también es justo admitir una cierta jerarquía en ese grado de animación. E indudablemente, es el sistema nervioso aquel que posee un nivel jerárquico superior. Su lesión o su destrucción afecta a las manifestaciones más puras de la vida anímica, tales como el pensamiento y la voluntad. La agresión demoníaca,

pues, debería insertarse en el ser humano, precisamente a través de este plano tan frágil y delicado que es el plano nervioso. De ahí su semejanza con la agresión morbosa.

A partir de la Ilustración, el hombre se desentiende del «misterium iniquitatis». Una concepción racional, geométrica, del ser humano impedía admitir la existencia en él de cualquier recoveco oscuro y misterioso sobre el que pudiesen actuar las fuerzas demoníacas. Y, a partir de entonces, precisamente, va cambiando la faz morbosa del hombre. De cuando en cuando, sin embargo, ese fondo oscuro escapa y reaparecen las grandes epidemias de convulsionarios, como ocurrió en San Medardo.

Es curioso anotar el éxito que ha tenido la palabra esquizofrenia en el lenguaje literario y hasta popular. Etimológicamente, esquizofrenia quiere decir «mente hendida». La palabra fue creada por E. Bleuler para un cierto grupo de enfermedades mentales, el más numeroso y arquetípico de todas ellas. La esquizofrenia constituyó el paradigma de la enfermedad mental. No es un puro azar, ni siquiera solamente un acierto científico, el haber creado esta palabra y el haberle atribuido un determinado perímetro dentro del amplio campo de los trastornos mentales. El éxito de la misma se debe a que en ella encontraba expresión un modo, un estilo de vida de la mente contemporánea, que, habiendo perdido su fe en la clara luz de la razón, empezaba a entenebrecer su visión del mundo con los panoramas del caos interno.

LA IDEA DEL HOMBRE EN LA MEDICINA MODERNA (1)

EL HOMBRE «COSIFICADO»

Parece como si en la coyuntura histórica actual se haya exaltado la tendencia del espíritu humano a reverter sobre sí mismo. Y se toma al hombre, por su condición histórica, como tema de análisis. Por cientos se cuentan los libros y publicaciones destinados al análisis de la situación presente. Hasta tal punto, que estos temas han llegado a convertirse en tópicos. Por ejemplo, el de la «tecnificación» y el de la «masificación» del hombre contemporáneo. Pero no porque sean tópicos dejan de expresar una realidad histórica.

Sin embargo, el análisis no debe mantenerse en un puro plano ideal. Hay que descender a la realidad de la vida humana. Y tampoco debemos conten-

(1) Con este título hay un ensayo en «El descubrimiento de la intimidad», Ed. Aguilar, Madrid, 1953-54-56 y en la Colección Austral Ed. Espasa Calpe, Madrid, 1975. Este capítulo debe considerarse complementario de aquél.

tarnos con una mera actitud descriptiva. *Hemos de promover nuevas situaciones históricas.*

El avance técnico nace no sólo de un despliegue de los principios naturales, sino de una apetencia más honda. Constituye un verdadero *saber de salvación.* Claro es que tan noble origen no le redime de sus sombras, ni de las infiltraciones nihilistas que posee. La tecnificación médica promueve varias secuelas desfavorables. Una, es el tremendo encarecimiento que supone. Para el tratamiento y diagnóstico de muchas enfermedades se necesitan aparatos muy costosos. Ya no basta con la prestación personal del médico. Por otra parte se sitúan numerosas piezas intermedias entre el médico y el enfermo, que amenazan con quebrar —y a veces quiebran— la unidad del acto médico. Antes las gentes tenían su médico propio —el médico de cabecera—. Hoy, aun disponiendo de él en ocasiones, tienen que ser atendidos, cualquiera que sea su condición, en los grandes hospitales.

El mismo enlace inexorable que en el mundo contemporáneo se establece entre tecnificación y masificación, lo encontramos en la Medicina. El paralelismo entre avance técnico y social no se debe a una pura coincidencia histórica. Primero fue el seguro contra accidentes del trabajo. Después, el seguro de enfermedad. Ahora, una extraña pululación de seguros intenta proteger al hombre contra toda eventualidad, socavándole su apetito por el riesgo y la aventura. El Estado moderno está en trance de convertirse en una gigantesca sociedad de beneficencia. Y a pesar de todo, ¿se ha sentido nunca el

hombre tan fríamente desamparado como hoy, en medio de esa malla administrativa leviatánica?

Las leyes de seguros de accidentes son un paso fundamental en el proceso de alienación del hombre. La responsabilidad del accidente no se discrimina. Partiendo del cálculo de que en tales condiciones de trabajo hay tantos accidentes, se crea un sistema compensador de esa pérdida de energía económica. El accidentado es un cosificado más en el mundo actual. *El hombre se ha degradado en cosa.* Su enfermedad —su sufrimiento— se calcula antes de que se cure. Y al curarse, vuelve a ser objeto de un nuevo cálculo que mida el rendimiento que pueda quedar.

Es verdad que tal proceso constituye una gigantesca realización histórica. Lo que ocurre es que el hombre muestra siempre una extraña resistencia al proceso de alienación. A ser convertido en cosa. En la vida individual nos encontramos en situación análoga. La vida de cada hombre se consume en sus obras. Pero se niega a ser anulada por la obra misma. Aunque sea una obra genial. Lo mismo ocurre en la colectividad. De ahí las grietas del proceso.

La misión del espíritu es luchar contra ese proceso de alienación. Rebelarse contra él. En la medicina actual tenemos un bello ejemplo de lo que significa esa rebelión. Por lo que acabo de decir, parece que las dos constantes sobre las que se apoya la Medicina son la tecnificación y la socialización. Pero esos dos arbotantes ya han mostrado sus quiebras. Suponen un proceso de racionalización que es incompatible con la vida misma. Cada norma legal que se dicta resuelve unos problemas, pero crea

otros distintos. Si la enfermedad fuese un fenómeno cuantificable, resistiría cualquier norma racional que se le aplicase. *La enfermedad resiste a la cuantificación.* Los médicos nos vemos obligados a señalar en tantos por ciento la capacidad de trabajo de un herido cuya lesión ha curado dejando tras de sí alguna secuela. Los que me lean saben el esfuerzo que cuesta tal valoración. En el fondo se trata de una apreciación intuitiva, que se apoya secundariamente en un saber técnico. *Lo que un hombre* —sano o enfermo— *es capaz de hacer depende de algo más que de su fisiología.*

¿Cómo se mide la fatiga? Hace muchos decenios que fisiólogos y psicólogos andan tras de ese problema. Los intentos de reducirlos a un esquema cuantitativo han fracasado. La fatiga depende, entre otras cosas menos sustanciales, de *la situación* y de *la personalidad.* Recuerdo, en mi época de estudiante, las visitas a instituciones alemanas para lesionados cerebrales y las observaciones, ya clásicas, que allí se hacían. Un lesionado era incapaz de un rendimiento físico en el trabajo, pero rendía cuantitativamente más en el juego. Lo mismo ocurría en los rendimientos intelectuales. De esta disparidad se han deducido a veces conclusiones falsas sobre la buena o la mala voluntad de los enfermos. Esta puede existir, pero no es ése el problema. El enfermo se encuentra, por sus síntomas, ligado a una determinada situación vital. No es que *no quiera,* sino que *no puede.*

La estadística demuestra la importancia de las situaciones vitales. Las enfermedades crecen y decrecen según las situaciones históricas. Tras el es-

fuerzo de la última guerra, se manifestó una deflación en la actitud vital. En cierta empresa europea en la que trabajan muchas mujeres, se comprobó que de seis mil, sólo doscientas no han estado ni un día enfermas. El flujo y reflujo es el mismo que se ha observado durante las guerras. En otra parte señalo que cuando una guerra se pierde, los hospitales se llenan de neuróticos.

El mundo de la enfermedad cambia según la circunstancia. Creemos que las enfermedades son ingentes cristalizaciones geológicas, impermeables a la acción humana. No hay tal. Han disminuido las enfermedades infecciosas, pero han aumentado las intoxicaciones diversas, las neurosis y aun otras enfermedades orgánicas. Las estadísticas discuten si el cáncer es ahora más frecuente por estar el hombre más predispuesto a factores cancerígenos, o porque al aumentar la edad media del hombre, puede aparecer la enfermedad en los supervivientes estadísticos.

La variación histórica y sociológica del mundo de la enfermedad muestra una escotadura todavía más curiosa. Antes he dicho que la misión del espíritu es compensar el proceso de alienación del hombre. En la Medicina tenemos una maravillosa expresión de esa misión. Una misión que justifique el «Poder» del médico.

En otra parte insisto en que la tecnificación y socialización van a la par de la *psicologización de la Medicina.* El proceso es muy complejo y nos muestra las estructuras más profundas del hombre en su condición histórica presente. Porque tal «psicologización» se realiza simultáneamente en dos planos:

uno en el de la Medicina como ciencia (crecimiento de la psiquiatría, de la medicina psicosomática, de las escuelas psicoterapéuticas, etc.). Otro, corresponde a *la psicologización misma de la enfermedad.* No sólo en sus manifestaciones, sino en su determinismo. A mi modo de ver, la experiencia actual demuestra que las enfermedades se muestran hoy, más que antes, por sus síntomas subjetivos. Además, están más íntimamente enlazadas con los acontecimientos de la vida personal.

Novalis decía: «Toda enfermedad es una enfermedad del alma». En cierto sentido tenía razón. La enfermedad es un proceso objetivo. El cardíaco tiene taquicardia. El asmático, disnea. Pero, junto a los trastornos objetivos, se hallan los subjetivos: el dolor, la opresión, la dificultad de respirar o de moverse, etc., etc. En una palabra, *el sufrimiento.*

La enfermedad tiene un aspecto *óntico* —proceso que transcurre— y otro *pático* —algo que ocurre en el hombre que la padece. Pues bien, en la sintomatología de las enfermedades hay un desplazamiento hacia el lado pático. Parece increíble en la era de los análisis, radiografías y computadoras. Es así. *La enfermedad es, cada vez más, sufrimiento y el hombre busca, cada día más, placer en la vida.*

Para Freud, el gran motor de la dinámica humana es el principio del placer. El hombre se agota trabajando para conseguir nuevos placeres. Recuérdese tantas parejas cómo se deciden a trabajar ambos, ávidamente, por poder comprar el coche con el que distraerse —o fatigarse— en la excursión dominical. Por esa apetencia acrecentada de placer, que se halla insuflada en la vida moderna, la enferme-

dad limitadora es sentida como sufrimiento. Su cara pática adquiere dimensiones descomunales, enriquecidas, por otra parte, por la mayor capacidad de análisis del hombre actual. Análisis que se dirige sobre sus propias sensaciones morbosas. Antes, el hombre enfermaba más en bloque, más sencillamente. La enfermedad se integraba en el mismo proceso del vivir. No era nada «extraño» que se insertase en él. Ahora, aún la enfermedad más trivial, se ha convertido en un monstruo amenazador. De la enfermedad se ha arrancado toda posible nobleza y se la considera —salvo excepciones— como un modo de envilecimiento. La expresión quizá resulte fuerte. Entre las técnicas de envilecimiento a las que frecuentemente se alude, hay que añadir la enfermedad, mirada sólo como la proyección sobre la alegría de vivir de las sombras de la nada.

Estilo en la comunicación

Muchas veces nos preguntan a los psiquiatras si es cierto que la vida moderna trae un incremento en el número de enfermedades nerviosas. La pregunta no queda contestada con una afirmación que, en su brevedad, está cargada de inexactitudes. Muchos sufrimientos que antes se consultaban a los confesores, ahora se consultan al médico. La secularización de la vida moderna trae, como una de sus consecuencias, que el médico goce de una confianza que antes se entregaba a los religiosos. No se trata sólo de una elevación del poder social del médico, sino al descubrimiento de la dinámica profunda del

sufrimiento y a un cambio en su perspectiva. La presencia de la dinámica instintiva de la personalidad es uno de los grandes descubrimientos del hombre moderno. Tal dinámica se ha hecho más transparente merced al estudio de las neurosis. Pero *su área de valor abarca todo el mundo de la enfermedad*. Y aún la del hombre sano. Hoy no se pueden estudiar muchos problemas médicos olvidando aquélla. En el diabético es importante conocer el metabolismo de los glúcidos. Pero lo es más, si cabe, el análisis de la dinámica de sus hábitos de comer. Por eso digo que la enfermedad se ha «psicologizado» y en su teclado sintomatológico las teclas psíquicas adquieren cada día mayor relieve.

La raíz de muchos cambios está en el estilo de la comunicación humana. Que el hombre no está solo en el mundo. Que el mundo humano se constituye, precisamente, por la presencia de los demás, resulta casi una perogrullada. El misterioso fenómeno de la comunicación humana se halla sujeto a estilos históricos que el hombre mismo crea. La relación humana se funcionaliza a medida que pierde calor humano. Muchas enfermedades —la histeria es el arquetipo— necesitan para florecer del calor de la presencia humana. Si los demás quedan indiferentes, la sintomatología histérica se marchita y se arrasa, por el frío ambiental.

En nuestro mundo las relaciones humanas y personales son cada día más gélidas. Las tensiones nerviosas se interiorizan, en lugar de descargar hacia afuera. Muchas enfermedades psicosomáticas tienen una génesis parecida. Una nueva psicología de la enfermedad ha aparecido. A un mundo burgués, creci-

do en el clima de la confianza y de la comprensión, corresponde la histeria dramática. Con la industrialización nace la neurastenia. El ritmo acelerado se tradujo en el hombre por esa forma de fatiga nerviosa, la neurastenia. La gran crisis del mundo actual. El viento nihilista que lo azota. La quiebra del contacto cordial entre los seres humanos. La funcionalización de la vida, etc., etc., producen esa niebla impalpable en la que se halla envuelto el hombre: *la angustia.*

De angustia hablan filósofos y literatos. De angustia habla el hombre de la calle. De angustia enferman hoy aquellos seres que antes enfermaban de histeria o de neurastenia. No ha cambiado la etiqueta médica, *sino la forma misma de enfermar.* La enfermedad es un acto vital más. La vida del hombre no puede concebirse ajena a la circunstancia histórica.

¿Progreso indefinido en el curar?

Frente al hecho mismo de «enfermar» ha cambiado profundamente la actitud del hombre en el curso de la historia. Se dice que el hombre se mueve por sus conocimientos. Yo diría más bien que por creencias y saberes, si bien estos dos conceptos se envuelven en el propio ropaje de los conocimientos. Una creencia fuertemente arraigada es la del progreso indefinido. El avance incoercible de la Historia se transmuta, en el momento presente, en el progreso indefinido.

La Ciencia ha sido el gran aporte histórico del

hombre moderno. Yo no sé si el más definitivo. A los que vivimos ahora, sí nos lo parece. Si la Ciencia ha de progresar indefinidamente. Si la técnica ha de ser cada vez más poderosa. ¿Quiere esto decir que también la Medicina —hija de la Ciencia y de la Técnica moderna— se someterá a esa ley inexorable? Los enfermos muchas veces así lo creen. Aun cuando se les confiese —¡con qué dificultad para el médico actual!— que «la ciencia es incapaz para curar su enfermedad». El enfermo dice: «Pero se descubrirá pronto algo que la cure, ¿verdad, doctor? ¿Llegaré a tiempo?». Repárese un momento en aquella frase «la ciencia es incapaz de curar su enfermedad». Una situación tan humana, tan personal, como es la del médico con el enfermo, se encuentra suplantada por una relación entre dos abstracciones: la Ciencia que suplanta al médico y la enfermedad al enfermo.

Los directores de periódicos y semanarios conocen la avidez con que las gentes leen las noticias médicas. Los pequeños avances saltan a las páginas de los periódicos antes que a las revistas médicas. O a los congresos de la especialidad a que se refieren. Un médico necesita para que sus enfermos no le sorprendan con noticias terapéuticas que ignora, leer esos periódicos y semanarios antes que las propias revistas médicas.

La esperanzadora carrera en pro del progreso ilimitado ¿qué significa? La paradoja que entraña la situación del hombre occidental es evidente. Se vive más largamente. Pero, ¿la muerte propia y personal está más lejana por ello? Entonces el hombre de la calle empieza a pensar que el progreso

indefinido es una mezcla de realidad y de utopía. Es cierto que cada día se sabe más del átomo. Que las aplicaciones médicas de las nuevas fuentes de energía son y todavía serán más posibles. Pero que los riesgos de que un día *tropiece con el límite de su propia vida* no están muy lejanos. *Conscientemente* están más próximos.

El hombre huye, por una parte, de pensar en esa situación límite. Por otra, la misma se le revela como más próxima o posible. Esa lucha entre el olvidar la muerte y la aparición inexorable de su espectro, infiltrado en la vida cotidiana tiene un nombre: *la angustia.* Pues de la misma manera que conoce las nuevas terapéuticas, sabe más de los peligros que le acechan. Las campañas higiénicas son un arma de doble filo. El cáncer se cura mejor si se diagnostica antes, por ejemplo. Para ello es necesario que el enfermo conozca los síntomas iniciales de la enfermedad. Aún más, se postula que se someta a un cuidadoso entrenamiento introspectivo, a ciertos reconocimientos periódicos, para que cuando alboree el primer síntoma pueda rápidamente yugularse el proceso. Los primeros síntomas suelen ser muy capciosos, vagos, difíciles de valorar. Los médicos que me lean lo saben muy bien. Pero el enfermo, con el primer trastorno —frecuentemente una falsa alarma— empieza a aspirar la primera bocanada de angustia.

El progreso indefinido exige, como contrapartida, *ese sacrificio del propio silencio de nuestro cuerpo.* La salud es ignorar la presencia del cuerpo. Pues bien, ahora resulta que tal ignorancia debe ser, como el analfabetismo, cuidadosamente extirpada. Ocurre

como al aprender a leer. Que no todo lo que se lee es bueno. Tampoco es agradable todo lo que se puede escuchar de nuestras melodías corporales. Lo difícil es eso: educarse para escuchar, en lugar de educarse para olvidar y no oír.

Es una muestra más del tremendo proceso de «concienciación» a que estamos todos sometidos. El psicoanálisis descubrió que la curación de las neurosis consistía en traer al plano de la conciencia lo que estaba oculto en el subconsciente. La Medicina actual descubre que la curación y profilaxis de muchas enfermedades depende de que se «conciencien» pronto. El arte moderno significa también un descubrimiento de lo que la naturaleza oculta bajo sus formas aparentes y lo que el pintor tiene en su mundo profundo. Tal descubrimiento de las entrañas, para ser sometido a un proceso de intelectualización, tiene un precio que hay que pagar: *la angustia.*

El hombre vive, desde el primer momento, en defensa contra la angustia del existir. Otras veces he recordado la inmensa angustia inicial que debió sufrir el hombre el primer día, al ver que la luz se esfumaba. Al ver que con el crepúsculo desaparecían los contornos de las cosas. Al ver que comenzaba el espacio a poblarse de sombras. ¿Qué ocurrirá? ¿Volverá la luz? La primera noche del ser es la primera experiencia angustiosa. Afortunadamente venimos al mundo muy desvalidos. Con esa forma rudimentaria de conciencia del recién nacido, no se distingue la noche del día. Así resulta aminorada en sus comienzos la tragedia del humano existir.

Pues bien, ahora resulta que el hombre, sin querer, quiebra sus propias defensas. Quiere una vida

larga y placentera. La Medicina se encarga de que sea larga, pero en lugar de hacerla más placentera, le va instilando, sin querer, unas gotas de *angustia*. Es un proceso antinómico. Las gotas de angustia le hacen dudar del progreso indefinido. Pues bien, de esa antinomia está impregnada también la lucha contra el dolor. El médico ha enriquecido la farmacopea antidolorosa de forma extraordinaria. Lo malo es que sus medicamentos liberan al enfermo de unas cadenas —el dolor— para hacerle caer en otras peores: la toxicomanía.

La medicina científica es la gran adversaria de la medicina mágica. Pero, misterios de la historia, estamos en el siglo de los grandes éxitos de la medicina científica y también en el de los grandes curanderos. No es eso sólo. La magia se infiltra en la propia Medicina por una escotilla curiosa. Me refiero al estudio de los «placebos», a los cuales he de aludir varias veces en el curso de estas páginas. Lo que cura no es la sustancia, sino el hecho de *que sea un médico el que la dé*. Es decir, esa forma de comunicación peculiar que se establece entre el médico y el enfermo. Para explicarla, he hablado de su analogía con los procesos de transferencia.

Lo esencial de la psicoterapia es *la transferencia:* misteriosa comunicación psicológica que enlaza al enfermo con el médico. El neurótico dice el psicoanálisis que se cura gracias a la reviviscencia de situaciones traumáticas anteriores. Pero ha de ser *ante el médico*, que a mi modo de ver absorbe la angustia del enfermo. El secreto de la transferencia estriba en esa relación mágica que se establece entre la personalidad angustiada del enfermo y la del

médico. La angustia del enfermo no puede resolverse por poderes racionales, sino irracionales y mágicos. El médico, en tanto se tiene fe en él, es poseedor de tales poderes. Fe en él y en sus obras. Es decir, en los medicamentos que administra.

Y no solamente los «placebos» tienen un secreto que radica en ser soporte de una relación mágica. También las vitaminas y tantos otros medicamentos cuya eficacia farmacológica dista de estar asegurada. *No así su poder curativo.* Tan importante es esta relación mágica, que aun los médicos, cuando están enfermos, viven de ella y reciben sus misteriosos efluvios. Como cualquier ignorante campesino. Sus conocimientos no bastan para disolver su angustia. Antes, la crean. Yo conozco el caso de un médico de gran saber, que en trance de enfermedad ha buscado su salvación fuera de la ciencia.

El cambio en la perspectiva del enfermo alcanza planos más hondos. Las enfermedades han sido consideradas, en tanto acontecimiento individual como hechos puramente casuales. Una perspectiva científico-natural impone esa consideración de la enfermedad. A lo más, permitirá una aproximación estadística. Pero, aun así, se descubre que en una fábrica el tanto por ciento de accidentados no se difumina uniformemente por toda la población productora, como hemos visto, sino que hay unos cuantos que acaparan ese coeficiente. Cuando un obrero tiene un accidente, aunque se cure totalmente, parece más predispuesto a nuevos percances. O sea, que hasta en un hecho tan casual como el sufrir o no un accidente, influye la configuración personal.

Las enfermedades aparecen en momentos cruciales

de la vida, de tal suerte que parecen tener un sentido dentro de la vida individual. Esta perspectiva biográfica está llena de misterios. ¿Hasta qué punto una enfermedad define una crisis biográfica? V. von Weiszäcker contestaba siempre por la afirmativa a esta pregunta. Citaba, entre otros, el ejemplo del general Primo de Rivera, cuya enfermedad última apareció íntimamente enlazada con su derrota política. Toda enfermedad adquiere siempre un sentido en la vida. Es una limitación. Es como un trasunto de la muerte. «Una muerte pequeña.»

Sentido de la enfermedad

La cuestión del sentido de la enfermedad es, en verdad, apasionante. Todo el mundo que ha estado enfermo conoce el proceso de rebeldía contra el destino que se alza en uno, en el momento en que la enfermedad le abate. El «aquí y ahora» de la enfermedad es el gran problema de la antropología médica moderna. El hombre es un ser deficitario. Constitutivamente, es inválido y enfermo. De Nietzsche a Gehlens se repite el mismo tema. Pero, aparte de la invalidez constitutiva del hombre está la inserción de una enfermedad en un momento determinado de su vida. «La esencia de la enfermedad es tan oscura como la de la vida», decía Novalis. Pero nadie nos impide querer penetrar en la oscuridad, aun presintiendo que será imposible romper totalmente el misterioso velo que la cubre.

Al hecho de vivir corresponde el de poder estar enfermo. Tan es así que Müller-Erhardt sostiene esta tesis, si bien en forma de caricatura: «La enfermedad de no poder estar enfermo». Se trata de casos en los que una enfermedad corporal se suple por una psíquica. Muchas enfermedades, psíquicas o mentales aparecen porque el enfermo no puede estarlo en su cuerpo. A los médicos educados en la medicina exclusivamente científico-natural, tal pensamiento puede parecer una blasfemia. Pero alude a una realidad misteriosa, que nos ofrece la clínica: *la suplencia de enfermedades*. La depresión que suple a una úlcera o a una crisis artrítica. «En sujetos enfermizos —decía Quevedo— nunca los males huyen, sino múdanse.» (Sentencia 981.)

Encontrar el sentido de la enfermedad en la vida misma es olvidar que la vida humana es más que vida y no se agota en sí misma. Las interpretaciones del dolor y del sufrimiento tienen la misma perspectiva trascendente.

Naunyn decía: «La Medicina habrá de ser ciencia natural o nada». Pero la Medicina actual se ha rebelado contra ese imperativo, y sin dejar de serlo ha querido recordar la famosa lección inaugural que pronunció Johannes Muller en 1829 con el título: «De la necesidad que tiene la Medicina de una perspectiva filosófica».

Ya sé que postular una medicina filosófica es un grave error. Pero no lo es postular una medicina en la que la persona humana entre en su totalidad y por la puerta grande. Una medicina personal que

deba, no anular, pero si absorber la medicina puramente científico-natural. Decimos en otro lugar de este libro que la úlcera gástrica de un hombre nunca será igual a la de un perro o un gato. La riqueza de la patología humana se debe a eso: *a ser humana.*

EL ENFERMO EN LA ERA TECNOLOGICA

«METABLÉTICA»

Penetramos en nuestros estudios médicos por la puerta de la anatomía, coronada por la anatomía patológica. Ese molde nos deja una huella profunda. El núcleo del auténtico enfermar se condensa en nuestro pensamiento, en torno a la modificación morfológica. Así ocurrió con toda claridad, por primera vez, en la mente de Morgagni. De ahí nos queda una tendencia a considerar la enfermedad como una mutación, casi geológica, que acontece en nuestro cuerpo y a descuidar los otros aspectos, que pertenecen también, de un modo intrínseco, al enfermar humano. Aunque después la patología morfológica se haya cambiado en funcional o bioquímica, el impacto de lo geológico, por llamarlo así, persiste cuando hablamos de enfermedad durante los estudios médicos.

Pero más tarde, descubrimos que en la enfermedad no hay sólo una mutación morfológica —o sea, la anatomía patológica— ni un cambio funcional

—la patología funcional— por importantes que sean, sino que también hay una *modificación psíquica.* Y, por si fuera poco, está la intervención de los *factores sociales.*

Ese descubrimiento que cada uno va haciendo, a medida que adquiere experiencia sobre el hecho de enfermar, se halla en la base de las diversas etapas recorridas por la medicina, en los últimos cien años, aproximadamente. Y precisamente porque esas etapas significan el descubrimiento de nuevas dimensiones es por lo que la medicina actual se ha visto obligada a aceptar la existencia de lo que se puede llamar *metablética.* Me refiero a los cambios o mutaciones en el modo de enfermar. Este cambio se debería de considerar imposible, si sólo se atendiese al aspecto geológico de la enfermedad.

Es evidente que tal metablética aparece más visible en las enfermedades que carecen de sustrato anatomopatológico, como las neurosis. La histeria, por ejemplo, cuyas variaciones pueden perseguirse desde los comienzos de la medicina hasta nuestros días, es un buen ejemplo. Pero bastará con que nos limitemos a tiempos más próximos, para que veamos el sentido en el que se realizan tantas variaciones.

Es curioso anotar, *que el cambio en las designaciones se realiza al mismo tiempo, que cambia la sintomatología.* Esto acaece porque *el hombre cambia sus ideas acerca del hombre.* La idea que en cada época histórica cuaja en torno a lo que es el hombre es siempre una idea parcial, que deja por debajo otros aspectos escondidos. Este proceso hipostático determina que en la época técnica se ha-

blase de neurastenia y que en la fijación de lo que es enfermedad frente a lo que no lo es —tanto en las somáticas como en las psíquicas— *intervenga siempre el clima histórico en el cual nacen.*

Además el enfermo se hace una idea de la enfermedad, que está montada, por una parte, por su propia manera de vivenciar el cuerpo y, por otra, sobre las ideas corrientes que proceden de la medicina y pululan dentro de la mentalidad de una época determinada. Cuando Freud trabajaba en la clínica de Charcot, éste le propuso estudiar los síntomas de las parálisis histéricas, para distinguirlas de las parálisis orgánicas. Freud llegó a la conclusión de que las parálisis y anestesias orgánicas se establecían según la representación o idea que el enfermo tenía de su propio cuerpo. Un análisis detenido de la distribución sintomatologógica de las parálisis, de las algias, de las anestesias y de los trastornos sensoriales que presentan los enfermos, me ha permitido llegar a una conclusión inversa. *El cuerpo humano es distinto del cuerpo anatómico.* Es un cuerpo vivido y animado y *la experiencia interna de la corporalidad, que cada uno tiene de sí mismo* es la que determina, en buena parte, la distribución de los síntomas. No niego que, en algunos casos, pueda influir esa idea o representación sobre la que insistía Freud. De esta manera he podido comprobar que el lado izquierdo del cuerpo es el lugar preferente de la presentación de las anestesias, de las algias y de las paresias histéricas. Precisamente porque *el lado izquierdo es el lado pasivo, desde el punto de vista intencional, con respecto al lado derecho del cuerpo.* Ahora bien, sobre todos esquemas

vivenciales de la corporalidad se montan las ideas que los médicos tienen sobre el origen y la producción de los trastornos. En tal caso son los propios enfermos los que, al dar los datos para su anamnesis, proceden según esta formación que, como es natural, varía con los tiempos.

Hubo una época en la que las pequeñas insuficiencias hepáticas —como decían los clínicos franceses— eran la clave de toda la patología funcional del organismo. Del mismo modo que he oído decir y comentar a mi profesor de Dermatología: «Si usted es sifilítico y se le cae un botón de la chaqueta, eso se debe a la sífilis».

El correr de los tiempos trae nuevas formas clínicas. Sería largo entretenernos en explicar por qué ha cambiado tanto la patología de los niños y de la adolescencia. Por qué son ahora tan frecuentes los cuadros de anorexia mental, etc., etc. En general, la sintomatología de los enfermos está teñida de un color especial, determinado por *su actitud* y constituida por la prevalencia del ansia de bienestar, que se extiende no sólo a los bienes materiales, sino a la actitud con respecto a la propia corporalidad enferma. Así resulta que los cuadros clínicos, aun en las enfermedades orgánicas, se hallan más enriquecidos desde este punto de vista. Yo diría que *una nota general de hipocondría, muchas veces con un aire de reivindicación frente al médico, es uno de los caracteres del enfermar de nuestros días.*

Tanto la tecnificación como la socialización se amparan en un *desarrollo monolinear* del progreso médico. El gran avance de la medicina moderna se ha realizado gracias a la aplicación de los principios científico-naturales. Esto lleva consigo, como ocurre en las ciencias naturales, establecer una cadena etiológica que va desde la causa agresiva y productora de la enfermedad, a la anulación de la misma. ¡Si se puede! Cuando se contempla el camino recorrido, no extrañará la seducción que tal método ejerce sobre la medicina actual. En el año 1348 se inició la epidemia de peste en Crimea y saltó sobre Sicilia en el curso de dos años. Cuando dicha epidemia se extendió por toda Europa, la población de esta parte del mundo se redujo en un cuarto. La catástrofe fue mayor aún en las ciudades que en el campo, desprovistas como estaban de los medios higiénicos que posee la gran ciudad. En Padua la reducción de la población fue de dos tercios y en Venecia de tres cuartos. Durante la guerra de los Treinta Años murieron más gentes de tifus exantemático y de peste que por las acciones de guerra. Y aun después de la primera guerra europea murieron en Rusia de 1918 a 1922 de dos a tres millones de habitantes de tifus exantemático y enfermaron, además, de veinte a treinta millones. Por eso dijo Lenin: «O el socialismo acaba con los piojos o los piojos acabarán con el socialismo».

Los progresos alcanzados en la lucha contra las enfermedades infecciosas son tan evidentes que justifican, desde el punto de vista científico, el soste-

nimiento de este esquema monolinear del progreso médico. En las clínicas se acumulan métodos exploratorios para diagnosticar las enfermedades en su comienzo. Los grandes programas profilácticos y la medicina hospitalaria tienen en su haber innegables éxitos. Si a esto se agrega el brillante avance de la cirugía, el panorama no puede resultar más exultante.

No cabe duda que la movilidad social tiene importancia en la aparición y desaparición de ciertas formas morbosas. Dentro de este capítulo se integran las variaciones que produce la clase social y los círculos culturales. En la Universidad de Yale se hizo un estudio (Redlich y Hollingshead) sobre la distribución de las psicosis y neurosis según la situación económica de una muestra de población. Y como éste se han realizado otros estudios estadísticos, pero los resultados no pueden darse como definitivos. Con posterioridad se han hecho críticas muy aceradas a estas investigaciones. También influye el factor racial y la mayor cifra de suicidios en determinadas razas.

Si se hiciera un estudio comparativo del estilo y modo de enfermar en los diversos países occidentales, se comprobaría la diferencia que el modo de organizar la existencia y plantear la seguridad social tiene en la frecuencia y modo de enfermar.

¿Cómo influye todo esto en la interioridad del enfermo? A mi modo de ver, como los demás progresos técnicos y científicos, como los viajes interplanetarios, la rapidez de las comunicaciones, la magia de los computadores... Todo ello en la mente del hombre aparece como si fueran a convertirse

en verdaderos superhombres, idea que tantas veces ha soñado la humanidad. Nos ayudaría a comprender la situación y la mentalidad actual si siguiéramos el camino que va del homúnculo renacentista a los «ovnis» actuales.

Con respecto a la medicina, esa brillante cadena de descubrimientos ha logrado cultivar en el enfermo una especie de *pensamiento utópico*. La esperanza del enfermo en su curación no es humana, sino una especie de utopía. Cada día el enfermo espera que todo lo morboso sea eliminado o al menos trasplantado. *Y ese «todo» tiene que ser accesible a todos*. La enfermedad es una forma de alienación que se debe a las insuficiencias de la organización médica de la sociedad en que se vive. El progreso acabará con ella. Lo que lamentan algunas gentes «pioneras» es no llegar a tiempo, y por eso se dejan congelar. Es lástima haber nacido antes de que se logre ese soñado paraíso en el que la enfermedad no existirá, piensan algunos. Ven que va a tardar todavía unos años y no lo podrán alcanzar. Y, como en las creencias milenarias, se elige el milenio próximo, el año 2.000 para su realización. La utopía va, pues, acompañada no de un sentimiento de aceptación de la realidad presente, sino de un sentimiento reivindicatorio.

El médico funcionario

Y ¿qué ocurre cuando descendemos al plano de la realidad? Por una parte, la técnica exige un acúmulo de datos, de tal grado que pronto serán impres-

cindibles para su elaboración las máquinas calculadoras, los cerebros electrónicos. La máquina se interpone entre el enfermo y su médico. Perdón, no existe ya «su médico», sino que es un equipo anónimo hospitalario. Las funciones son tan varias y complejas, que tienen que ser realizadas entre todos. Tales despliegues funcionales *tienden a convertir también al médico en un funcionario.* Funcionario no sólo en el sentido habitual de la palabra, sino como elemento de una cadena de automatismos. La máquina tiene que contener mecanismos autorregulares suficientes. Por ahora, el hombre programa, pero el sueño consiste en que la máquina misma sea capaz de aprender a programar. Y, por consiguiente, que sea capaz de resolverlo todo.

El hombre siempre ha temido, aun en las tareas menos nobles que la medicina, a esa mecanización del trabajo que conduce a la monotonía y al desinterés. En la medicina, además, la organización llevada al borde de la mecanización, supone *la neutralidad afectiva* por parte del médico, para que pueda realizarse.

Quizá esta automatización pueda parecer utópica. Y realmente lo es. Pero las secuelas del ideal las vivimos ya. El enfermo pide más seguros y más explicaciones. En el mercado hay miles de medicamentos. Y se multiplican los seres que buscan al médico. A veces por pequeñas alteraciones. A veces por motivos sociales. El enfermo huye de afrontar su propia responsabilidad ante el hecho de estar enfermo. El médico trata de evadirse de la suya, envuelto en el complejo aparato asistencial.

Aún hay más. Ese programa monolinear en la

consideración de la enfermedad llega al plano psíquico y a la intimidad personal del ser humano. La traslación más clara es la concepción de la vida humana como sempiterna. «El ser vivo es, potencialmente, inmortal. Por consiguiente, si la muerte le llega es por algo que viene de fuera de él» (Jores).

La medicina actual conoce exhaustivamente las causas de las enfermedades. Si el capítulo etiológico sigue todavía abierto es porque ha descuidado el estudio de las *causas psíquicas* de muchas enfermedades, limitándose a las causas materiales. Las causas psíquicas son esenciales en las enfermedades más *humanas,* psicosomáticas tales como la úlcera gástrica, el asma, la obesidad y delgadez y las llamadas neurosis vegetativas. El avance en esta línea sólo podrá hacerse si tenemos presente lo que distingue al hombre del animal: *la aparición de su singular vida psíquica.* La vida animal está regida por instintos que son mecanismos fijos y que le aseguran nutrición y, en general, adaptación al medio en que vive. *El animal vive en su medio y el hombre en su mundo.* Es más, el mundo existe porque el hombre se halla provisto de instintos no seguros como los del animal, sino *supeditados a su propia libertad.* Y así el hombre crea *su mundo.*

El complejo instintivo del hombre tiene que integrarse en la formación de la personalidad. Y tal integración no puede hacerse más que a través de aceptaciones y renuncias a lo largo de la vida. Esto ocurre especialmente en el proceso de maduración que se realiza en la niñez y en la adolescencia. *Los instintos son fuerzas biológicas y lo que procede de la persona tiene otro origen.* Los impulsos

biológicos se entrecruzan con los valores culturales y personales. De ahí que la constitución del ser humano se haga siempre a base de logros y frustraciones. La frustración supone la imposibilidad de realización de las posibilidades del ser al nacer. Y en esos momentos de frustración es cuando empiezan las enfermedades. *La enfermedad tiene un sentido que es el de la renuncia total o parcial a vivir.* El lograr o no el sentido de la vida es un factor esencial en la aparición de la enfermedad. El lograr o no la libertad del yo es conseguir avanzar en el camino de la curación. O renunciar a ella.

¿CULTURAS PATÓGENAS?

Todos estos puntos de vista se hallan montados sobre el mismo esquema de la investigación etiológica de raíz científico-natural. Y no está claro —ni mucho menos demostrado— *que las cosas ocurran así.* La medicina actual está llena de dudas sobre la realidad de que la civilización *cree de por sí* cuadros morbosos. ¿Es la cultura actual patógena? Estudios recientes hacen dudar de que la vida en las ciudades sea patógena con respecto al vivir en el campo. A pesar de la contaminación. Se duda igualmente de la realidad de la «enfermedad de los dirigentes», aunque tantos datos se publiquen en favor de su presencia.

En psiquiatría conocemos muy bien «el error Kraepelin», cuando aceptado el esquema civilización-sifilización como términos correlativos, buscó

en Java la ausencia de enfermedades mentales de origen específico, como la parálisis general. Beringer, poco más tarde, demostró lo contrario. Los estudios de psiquiatría transcultural muestran las diferencias aparentes en la sintomatología de las enfermedades en las diversas culturas. *También señalan la existencia de un arquetipo común.* Nadie puede negar la intervención de los factores psicológicos en cualquier enfermedad, aun la más somática. Pero las dificultades radican en *el mecanismo de paso entre lo biológico y lo biográfico y viceversa.* Toda enfermedad es una crisis vital y como tal crisis no deja indemne a la persona humana.

Lo cual quiere decir que la racionalización se extiende a la psicología del enfermo. El psicoanálisis tuvo éxito porque, en una sociedad con tendencia a la automatización, «el ingeniero del alma» tenía que desempeñar un papel principal. Otra forma de racionalización curativa es la aplicación de los reflejos condicionados a los procesos psíquicos.

En esta Edad de Oro de la técnica parece que todos los deseos se convierten o se convertirán rápidamente en realidades. La realidad es que el hombre se halla aquí en la tierra y, por tanto, puede tecnificarse. La pérdida del sentido de una realidad trascendente ha sido sustituida por un deseo absoluto de felicidad. Como tal deseo no se satisface, se busca en el médico y en la medicina un remedio para la infelicidad humana, que se siente como enfermedad. El área de la medicina aumenta. Y con ello aumenta el poder del médico. La propia constitución de la sociedad competitiva incrementa el deseo, hasta llegar a la agresión. De ahí esa con-

fusión de límites entre «estar enfermo» y «estar sano». La OMS define la salud como un estado de bienestar social, corporal y psíquico, sin darse cuenta de que tal estado no existe. Y *si existiera, el progreso se detendría.*

La realidad es, dígase lo que se quiera, más fuerte que la ficción. Y la realidad nos va mostrando que un hecho tan grave como el enfermar no puede abordarse por un camino único. Hay que multiplicar los frentes de ataque.

El primer frente se halla en el hombre mismo. Un ejemplo entre mil: las investigaciones autorradiográficas de Ochler tratan de demostrar, en las ratas, que la vida de las células de la mucosa del estómago y del intestino no alcanzan más allá de los dos o tres días. *La vida va ligada a la muerte.* Freud estableció la libido como instinto vital, frente al instinto tanático o de la muerte. Su frase de que lo orgánico está destinado a convertirse en inorgánico y la vida en muerte, es estremecedora. Con estas afirmaciones se destruye el reino de la utopía. No hay tecnificación posible capaz de alterar estos principios.

Si la muerte va ligada indisolublemente a la vida —me refiero al hombre—, la enfermedad no puede tener otro sentido que el del trasunto de la muerte. Leve o grave, la apelación está ahí. La enfermedad se vive de manera distinta en relación con la prospectiva que en cada época se toma sobre el par vida-muerte. O el par dolor-sufrimiento. ¿Son alienaciones o elementos propios intrínsecos a la vida humana?

El hombre enfermo resulta un modo deficitario

de vivir. La enfermedad en sí misma es una abstracción. *La realidad es el hombre enfermo.* Deficitario no es un modo alienador de vivir. En ocasiones la enfermedad tiene una cara positiva. Muestra al hombre la posibilidad que tiene de encontrarse a sí mismo a través de la enfermedad.

Dilemas del médico

Lo que ocurre con los enfermos, ocurre con los médicos. La simbiosis médico-enfermo no puede quedar, ni queda, exenta del influjo de la profesión. Sigerist encuentra admirables los esfuerzos de los médicos para mantener el ideal de su profesión, que se ha formado lentamente desde Hipócrates hasta el siglo XIX. En la sociedad actual, por la acción misma de su estructura económica, tal ideal está condenado al fracaso. Los médicos se empeñan en combatir la enfermedad por los avances del conocimiento científico natural, olvidando la perspectiva social. El ámbito de la medicina sobrepasa la acción pura del médico.

La enfermedad, según Tarcoci Parson, es un fenómeno típicamente social, que se caracteriza por un trastorno del individuo que le incapacita para desempeñar su papel en la sociedad. Sobre todo, el rendimiento en la sociedad industrial. Lo resume en cuatro puntos:

1. Su incapacidad nace de un *no poder*, por lo que el individuo no se considera responsable.

2. Tal incapacidad, definida como enfermedad, *legitima* la liberación del individuo de sus deberes sociales o del papel que juega en sociedad.

3. El estar enfermo resulta, pues, involuntario y legítimo, por lo que tiene que ser *ayudado* por los demás en esa circunstancia.

4. Por ello, aparte de la «vix medicatrix naturae», las familias y la sociedad han de emplear los medios para acabar con ella. Además del deber de impedirla —profilaxis— cuando sea posible.

Como se ve, para circunscribir el campo de la medicina y las tareas del médico, no se necesita hablar de células maltrechas, ni de humores adulterados. Estos puntos de vista han penetrado tanto y actúan como un impacto tan hiriente, que en los planes más modernos de reforma de los estudios médicos se atiende, especialmente, a esta formación socio-psicológica. Pero, como es natural, esta definición de la idea de enfermedad trae también otras consecuencias negativas. Un publicista alemán, Georg Schreiber, miembro del Consejo Federal de Sanidad, ha dicho que en aquel país el 87 por 100 de los habitantes están asegurados y que utilizan su experiencia y la misma difusión publicitaria de los conocimientos médicos, *para aprender a enfermar como modo de vida.* Y de tal modo se convierten en parásitos sociales.

Tal afirmación resulta exagerada, pero no lo es la inclinación inconsciente del hombre contemporáneo de *confundir enfermedad con infelicidad,* lo cual altera esencialmente la función del médico.

Mucho se habla de la relación médico-enfermo como núcleo de la acción médica y que nos viene como un antiguo legado de Hipócrates. «Donde hay amor a los hombres existe el amor al arte médico», decía. En el siglo XIX, Hufeland afirmaba que

entre médico y enfermo debe existir tal relación «que hiciese posible la verdadera individualización del enfermo y que se abriese el camino a la mirada profunda en su interior, oyendo la llamada que la naturaleza humana doliente dirige al arte médico».

¿Cómo se matiza esta relación en los tiempos actuales? Una investigación realizada en Israel demostró que los enfermos buscan al médico por su oficio, su ayuda para adquirir un «status» social y por la catarsis. Es decir, que el enfermo tiene que contarle al médico todas aquellas cosas que no puede contar a los demás. Y así los médicos se quejan de encontrarse sobrecargados en su tarea porque los enfermos les toman como consejeros privados.

El médico se debate en el dilema entre su funcionalización y correspondiente neutralidad afectiva y la participación en los problemas de los enfermos. De ahí también que algunos médicos sientan esa actitud como destructora del ideal médico. Esta situación, a la larga, resulta conflictiva para el médico mismo. A la actitud reivindicativa de los enfermos corresponde esta otra también reivindicativa de los médicos que en muchos países ya ha empezado a manifestarse. Y también en el nuestro. Jurgen Rhade habla de ciertos *rasgos paranoides* en las colectividades médicas, lo cual a mi modo de ver resulta exagerado. Por ahora.

LO HUMANO EN LA ENFERMEDAD

Textura de la vida humana

La expresión «enfermedades específicamente humanas» o «enfermedades de la civilización», ya no resulta tan clara. Nos encontramos con dos estratos distintos del enfermar. Uno, el específicamente humano. Otro, el que supone la diferencia entre el hombre civilizado y el primitivo. No cabe duda que la patología humana es más rica que la animal, en toda la gama del enfermar. El hombre enferma *de otra manera* que los animales. Lo que llamamos síntomas de las enfermedades, se presentan, sin embargo, bajo dos perspectivas: una somática y otra psíquica.

Constituye un gran tema de patología general ver si, además de las dos perspectivas distintas, existen dos estructuras distintas en el enfermar. O cuánto hay de común en ellas. Por ejemplo, los llamados «mecanismos de defensa» de las enfermedades y su intervención en el «encronizamiento» de las mismas, encierra muchas analogías en ambas estructuras. Una infección, generalizada al principio, se lo-

caliza después y esta localización defensiva se encroniza, salvo una intervención médica decisiva. A veces, a pesar de ella. Análogamente una crisis de angustia generalizada se localiza después en una fobia determinada. El humor delirante del esquizofrénico se concreta más tarde en una idea delirante. Esta concreción en lo psíquico siempre es una liberación de la amenaza pánica que se vive en la fase aguda. La localización de la infección generalizada es también un mecanismo defensivo. Aunque sea insuficiente, pues crea nuevos problemas, como en el caso de los trastornos psíquicos. Nos hallamos ante una conocida ley de patología general, que vale para las enfermedades psíquicas y para las somáticas (1).

Es evidente que los animales tienen dolor y sufrimiento, pero también lo es que estos fenómenos *adquieren una significación distinta en el hombre.* En el ser humano ambos son no sólo «pathos», sino «logos». El dolor y el sufrimiento abren las puertas del conocimiento de sí mismo y del mundo que le rodea. Ya en la edad infantil se va escindiendo la trama que forma el niño con su perimundo, gracias a la experiencia dolorosa. Pero además del dolor y sufrimiento que produce la realidad, está el que nos viene de nuestro mundo interno. De ahí que el esfuerzo por encontrar el «logos» en el «pathos» nos lleve de la mano a descubrir la textura humana. Mejor aún, *la textura de la vida humana.*

La medicina como ciencia natural ha hecho gran-

---

(1) En los últimos tiempos algunos autores muestran una tendencia a la abolición de la patología general como disciplina formadora del médico. Para mí la postura no tiene justificación.

des progresos. En el capítulo tan importante de la etiología está teniendo lugar cierta pendulación que corre paralela a ese «descubrimiento de la intimidad» como actitud psicológica, que señalé hace bastantes años (2). Las causas externas de las enfermedades han sido tan estudiadas que el caudal de conocimiento que se tiene ha operado cambios decisivos en su diagnóstico y tratamiento. En cambio la penetración de la intimidad somática se muestra mucho más difícil desde el punto de vista etiopatogénico, como lo demuestran las enfermedades que podemos incluir en la rúbrica clásica de endógenas y degenerativas. La intimidad bioquímica guarda todavía grandes secretos, objeto y gran porvenir de la investigación actual. La esperanza de descubrir tales secretos lleva a muchos autores a juzgar inadecuadamente el término de «endógeno». Por ejemplo, los hallazgos en la etiología de la epilepsia alimentan la esperanza —y en algunos la seguridad— de que se encontrará una causa a aquellos casos criptogenéticos como se les llama en lugar de genuinos o endógenos. Creo que es necesario no olvidar que desvelar el misterio criptogenético, no quiere decir que esos casos sean transferibles a una causa externa, sino que la endogeneidad es la determinante. Los nuevos avances en los estudios genéticos justifican este punto de vista. Claro es que la medicina en su postulado científico-natural, se adhiere a la idea del progreso indefinido. Aunque así sea, no cabe duda acerca del hecho de que la intimidad genética

(2) Véase «El descubrimiento de la intimidad», Ed. Aguilar, 1953-1954-1956, Madrid y en Colección Austral de Espasa-Calpe, 1975.

y metabólica exige nuevos esquemas de pensamiento, distintos a los que se utilizan en el estudio de las causas externas. De la misma manera que la física cuántica *es otra* que la física clásica, aunque no la invalida.

Enfermedades específicamente humanas

De esta perspectiva parte el planteamiento de la enfermedad en general y de las específicamente humanas, en particular. (Distimias vegetativas, úlcera gástrica, asma, etc.) El ser vivo, dice Jores, es potencialmente inmortal. La muerte le llega por algo que viene de fuera. Y ese «algo» resulta insuficiente para rellenar todo el campo etiológico, si sólo se toma en consideración las causas materiales de las enfermedades y se olvidan las causas psíquicas de las mismas. «La causa de esas enfermedades tienen que hallarse en lo que diferencia al hombre del animal y en otro sentido en lo que diferencia al hombre que vive envuelto en un mundo mágico, del hombre que alcanza nuestro grado de civilización.»

La diferencia entre hombre y animal radica, entre otras cosas, en la manera de conformar su conducta instintiva. En el animal los instintos están prefijados. En el hombre se hallan supeditados a su libertad personal. El hombre decide cuando les da suelta, en qué forma y a cuáles renuncia. Todo este complejo sistema de aceptaciones y renuncias se elabora a lo largo de la vida, pero de una manera muy especial durante la niñez. Por esas razones y entrecruzamientos entre impulsos naturales y presiones

culturales, los primeros años de la vida del hombre resultan tan decisivos en la configuración ulterior de la misma.

Un hombre frustrado es aquel que no puede realizar sus posibilidades. Las investigaciones de la psicología profunda demuestran que las enfermedades se presentan, precisamente, en el momento de la vida en que se fracasa o se es incapaz de tomar una decisión. Empieza la enfermedad y tras la enfermedad está la muerte. La enfermedad es renuncia a vivir. Lo mismo ocurre en los animales, sólo que en ellos las limitaciones de la vida dependen sólo de las circunstancias externas, ya que desde el punto de vista del desarrollo interno su vida instintiva está siempre asegurada. El hombre, por el contrario, puede limitarse desde su intimidad, impidiendo el desarrollo de su vida. Entonces enferma y muere, puesto *que su vida carece de sentido.*

La causa de las enfermedades específicamente humanas se halla en dos factores: 1) desarrollo deficitario de las capacidades o posibilidades de cada hombre, y 2) progresiva cautividad del yo. De este modo quedan trazados también los dos caminos para la curación que no puede lograrse sólo mediante la farmacología u otros tratamientos de raíz científico-natural. La enfermedad se convierte en una señal que indica al hombre que está a punto de fracasar en la realización de su proyecto vital.

A mi modo de ver resulta cierto que las enfermedades específicamente humanas tienen algo de peculiar, que las diferencias de las somáticas y aun de las psicosis, especialmente las orgánicas. Las neurosis tienen una amplia zona de confluencia con ellas. No está clara para mí la distinción entre el modo de enfermar los pueblos primitivos y los civilizados. Varios simposios internacionales sobre psiquiatría transcultural en los últimos años han reforzado mi opinión. Ahora mismo se realizan estudios no sólo con respecto al binomio «pueblo primitivo-pueblo civilizado», sino al polinomio que forman las diversas capas sociales en un mismo país. La encuesta realizada en la Universidad de Yale —ya citada en otra parte de este libro— a propósito de las neurosis y la esquizofrenia no está demasiado clara. Afirma que la frecuencia es distinta según las clases socio-económicas, siendo más frecuente la esquizofrenia en las inferiores y las neurosis en las superiores. Dunhan sostiene que no hay tales relaciones que puedan denominarse «sociógenas» en esta distribución por clases, sino que en todo caso la influencia social es indirecta. En una sociedad tan móvil como la americana, el esquizofrénico no posee los datos suficientes para ascender a las clases superiores. Ya la experiencia europea había demostrado hace años, que en este punto había una diferencia entre las familias de los esquizofrénicos y las de los depresivos.

Pflanz, que se ha dedicado con ahínco y rigor estadístico a estudios de sociología médica, muestra un

gran escepticismo en cuanto a esa pretendida disminución de las enfermedades psicosomáticas, según las diversas capas sociales. La comparación estadística entre consultantes de un ambulatorio hospitalario de beneficencia y otro privado, durante muchos años, también ha hecho surgir en mí el mismo escepticismo. La verdad es que se necesita estudiar el problema más rigurosamente para decidir la cuestión.

En cuanto a pensar que cada vida individual es en sí eterna y que la muerte sólo viene de fuera, es algo también muy discutible. *Es un postulado.* La ciencia necesita de postulados, pero su carácter de evidencia no aparece a todos con la misma claridad. El que los hombres sean mortales es una realidad. El que esa realidad vaya únicamente ligada al hecho mismo de vivir y no a algo que viene de fuera, podrá aceptarse o no. El hecho es que la curva de la vida —tanto biológica como psicológica— habla en favor de ello (fases de nacimiento, crecimiento, madurez, vejez y muerte). La interpretación de las curvas de mortalidad con el progreso de la medicina parecen a veces alentar la esperanza de una duración infinita de la vida humana en el futuro. Pero esta curva toma un carácter escéptico innegable. La vida, como fenómeno, parece llevar implícito el hecho de su fin, como si la vida no pudiera definirse sin la presencia de la muerte.

Dejemos ahora esta meta-psicología y esta metabiología, porque exigirían muchas páginas para exponer el problema en su integridad. Lo cierto es que no resulta evidente, que la causa de la muerte sea siempre algo extraño al organismo. Y, sobre todo, que sea lícito expresarlo en su desaparición

total por los avances científicos. La estadística termina en la «muerte propia».

Recuerdo la visita que hizo a España Viktor von Weizsäcker y mis conversaciones con él. Con cierta ironía, decía que él no podía estar enfermo. El continuo esfuerzo de autocomprensión de su vida se lo impedía. Sufría por entonces de unos vértigos, de cuya dinámica psicológica daba cumplida cuenta. Con todo el respeto que él merecía y yo le tenía, me atreví a proponerle otra interpretación de su padecimiento. Para él las enfermedades corporales no eran más que la materialización de conflictos psíquicos. Su esquema se ve claro cuando exponiendo las anginas psicógenas y reconociendo la coexistencia de conflicto e infección en su determinismo, decía que lo importante era saber quién comenzó. Si los gérmenes a activarse o el organismo a entregarse, frente a un conflicto para el que *aquel sujeto no encontraba otra solución.* Si Freud sólo tímidamente dio los pasos necesarios para incluir en su sistema psicogenético a las neurosis, otros han dado después grandes zancadas para incluir las psicosis y también las enfermedades psicosomáticas, las específicamente humanas y otras puramente somáticas, en el reino etiológico de la psicogénesis. ¡Hasta existen montones de publicaciones sobre la psicogénesis del cáncer!

Nadie puede negar la intervención de factores psicológicos en cualquier enfermedad. Ni tampoco que éstos sean más visibles en las específicamente humanas. La dificultad se halla en poner en claro en qué consiste esa relación y *el paso de lo biológico a lo biográfico.* En las neurosis en las que opera

la reacción de conversión —que son las menos— el mecanismo parece claro y la ecuación trauma-síntoma somático se hace muy visible. Así surge la gran cuestión del *sentido de la enfermedad.* El trastorno somático —se dice— tiene una relación genética con el trauma porque éste es *significativo.* Este esquema de la relación significativa se traslada a las demás enfermedades por un lado y, por otro, la dimensión etiológica no se reduce a un solo trauma, sino a toda la vida anterior, como sucesión de acontecimientos traumatizantes. Es decir, se trata de una *biografía conflictiva.* Las neurosis mismas ya no son, siguiendo este modo de pensar, elaboraciones vivenciales anormales, sino *frustraciones vitales.* No se puede negar que las enfermedades somáticas también son frustraciones vitales y que una vida puede cambiar su proyecto después de una enfermedad. Pero, en todas estas líneas de pensamiento que vengo exponiendo, se afirma que *la crisis biográfica no es secuela, sino causa de enfermedad.*

La enfermedad psíquica, somática o psicosomática, entendida como frustración, nos explica el incremento de la unión subterránea que en el mundo se establece entre enfermedad y culpabilidad. Frente a la tendencia *objetivante* de la medicina como ciencia natural, aparece la tendencia *subjetivante* de la enfermedad como culpa. Las depresiones constituyen uno de los grandes arquetipos morbosos. Allí aparecen las tres angustias radicales del hombre: la de la pobreza, la de la quiebra corporal (hipocondría) y la de la falta espiritual en forma de vivencia de culpabilidad.

Las enfermedades específicamente humanas parecen más ligadas al estilo de vida contemporáneo que las otras. La palabra «stress» es clave en la interpretación de nuevas situaciones patológicas. Se acepta casi sin discusión, que ésta patología crece y se la pone en relación con la vida actual. La fatiga nerviosa está a la orden del día. La correlación entre esta nueva patología y el progreso del hombre parece clara a muchos autores y para el hombre de la calle también. Si el progreso humano supone una mayor amplitud de la conciencia histórica, el progreso de cada hombre, en su entraña más íntima y personal, supone un progreso en el «darse cuenta» (en su concienciación, o como dicen los anglosajones «insight») de los conflictos y de los problemas que le acechan. La disminución de las enfermedades infecciosas y otras análogas de un lado y el aumento de los trastornos psicosomáticos de otro, demuestran que hay una correlación a establecer entre las enfermedades más específicamente humanas —incluyamos también a las neurosis— y el estilo de vida del hombre de Occidente. Antes he hablado de «logos» y de «pathos». Esta psicologización del modo de enfermar pertenece al «logos» de la patología actual.

Pero aunque en todas estas y análogas afirmaciones haya parte de verdad, creo que es nuestro deber de científicos tratar de asir esa parte lo más sólidamente posible, liberándola del magma de errores que la amenazan. Las entrañas del problema nos las muestra la propia experiencia psicoanalítica. Ashley, el moderador del Simposio de Hahneman, le preguntaba hace unos años a Brody si, por su

propia experiencia o por las estadísticas que conocía, podía asegurar la utilidad del psicoanálisis en el tratamiento de los trastornos psicosomáticos. Brody alegó que no podía responder estadísticamente, pero sí citar algunos ejemplos de su propia experiencia: una paciente que con frecuencia se resfriaba antes, desde que está en análisis ya no se resfría. Desgraciadamente en mi propia experiencia —agrega este autor—, cuando intento explicar por qué ocurren estas cosas, *no hay explicación posible.* Naturalmente, diría yo, que un caso así tiene otras muchas explicaciones posibles.

La catagénesis

Lo anteriormente expuesto quiere decir que la relación entre enfermedad y sentido de la vida no es tan significativa como se pretende, partiendo de la psicogénesis hipertrofiada y fantaseada de estos trastornos. Eso no quiere decir que una enfermedad, de cualquier clase, no sea una *crisis biográfica,* sobre todo las enfermedades graves. El proyecto vital cambia. Valores que se hallaban latentes surgen a un primer plano y viceversa. La enfermedad es un acontecimiento biográfico, pero tal hecho no autoriza a concluir que la enfermedad se presente como una secuela de una vivencia aislada. O de una cadena de ellas que resulten traumatizantes. Aquí se halla el error de estas direcciones antropológico-médicas. En mi libro «Las neurosis como enfermedades del ánimo» he sostenido la tesis de que eso no ocurre ni siquiera en las neurosis. Ni aun en aquellas en

las que con más claridad aparece el trauma como determinante. Después de la guerra española, todos pudimos ver que muchos pacientes con enfermedad de Parkinson decían que habían comenzado a temblar a raíz de un bombardeo o de otro trauma emotivo análogo. Este factor provocador emocional se ve en la instalación de muchas enfermedades somáticas o en crisis de descompensación de las mismas. Pero lo que nunca nos atreveremos a afirmar, por ejemplo, es que el Parkinson de aquellos casos era psicogenético.

Hace algún tiempo que, para estos casos, introduje el vocablo «catagénesis» en lugar de psicogénesis, que va penetrando en la literatura médica actual. (Véanse los últimos trabajos del Prof. Spiegelberg.) Un ejemplo: una enferma sufre de parestesias en la mano derecha, aparecidas al coger el pasamanos al subir al tren. El viaje se debía a un traslado de su marido que le favorecía económica y socialmente, pero ella no quería abandonar la ciudad donde vivían sus padres, a cuyo lado se sentía protegida. La psicogénesis parecía clara. La exploración demostró que las parestesias eran el primer síntoma de una grave esclerosis en placas, de forma aguda, que llevó a la enferma a la muerte en pocas semanas. Claro es que algunos podrán decir que el conflicto de la separación se materializó en dicha esclerosis. Pero esta afirmación no satisface a quien, con espíritu científico, busca penetrar en la génesis de las enfermedades. Aunque no se conozca la de la esclerosis en placas, lo que de ella se sabe no nos permite incluirla en un capítulo como el de la psicogénesis. En estos casos, en los que se establece *una*

relación de sentido entre una vivencia y un cuadro, propongo hablar de catagénesis. Hay una gran distancia entre este vocablo y el de psicogénesis. En principio, lo psicogenético es curable, menos cuando se trata de procesos catagenéticos que enmascaran el cuadro. La dinámica de las neurosis está lanzada, erróneamente a mi modo de ver, por el canal de la psicogénesis. Esa fue la línea en que la colocó no sólo el pensamiento psicoanalítico, sino el fenomenológico («neurosis como reacciones vivenciales anormales»). La realidad es que pocos casos permiten esta interpretación. Por ello he propuesto una nueva concepción de las neurosis.

La corporalidad

Lo humano en la enfermedad es una estructura compleja. Podríamos decir, aplicando la ordenación categorial de Hartmann, que en la persona hay varios estratos, como en el mundo. Uno material, que está en la base; uno biológico, que se superpone; el tercero, el psicológico, y el cuarto, el espiritual o personal. Los estratos superiores no pueden existir sin los inferiores, pero en el superior hay un cierto grado de libertad con respecto al inferior. No hay vida sin materia; pero sus leyes, a medida que se asciende, son más autónomas. Aunque no utilicemos esta teoría más que en su valor heurístico, podríamos decir que la enfermedad se nos ofrece en esa dimensión estratificada. Por eso existen en las enfermedades alteraciones materiales en la base, disregulaciones fisiológicas o vitales en el segundo

estrato, dolor y sufrimiento en el estrato psíquico y la actitud personal del enfermo, en el modo cómo se comporta frente a la enfermedad y a veces cómo la vence o la utiliza, punto este último cuya importancia crece a medida que la medicina se socializa.

Aparte de este esquema general, necesitamos penetrar en las estructuras antropológicas del enfermar. En esta cuestión quiero limitarme a dos de ellas. Examinadas las dificultades de definición de las enfermedades mentales, K. Schneider llegó a la conclusión de que son siempre corporales y los demás trastornos (neurosis y enfermedades psicosomáticas) no son en sentido estricto sino anomalías psíquicas. En psiquiatría, unas veces se puede hablar de enfermedades, como en los trastornos ligados a alteración somática y, otras de anomalías psíquicas y personalidades anormales. Pero, refiriéndonos a la enfermedad en general, es evidente que en su estructura aparece siempre el problema del cuerpo. Al cuerpo humano vivo o animado es a lo que podemos llamar *corporalidad,* para diferenciarlo del cuerpo como objeto, tal como lo estudia el anatómico. Es la misma diferencia que hay entre un cadáver y un cuerpo vivo.

Se repite mucho la fórmula de Gabriel Marcel para explicar las relaciones duales que tenemos con nuestro cuerpo y que las dota de un especial matiz de ambigüedad: «Tenemos nuestro cuerpo y somos nuestro cuerpo.» La fórmula resulta en verdad iluminadora de la situación, pero yo la considero insuficiente para explicar las relaciones de nuestro cuerpo con la patología. Por eso es necesario agregarle una tercera dimensión: *nuestro cuerpo, al*

mismo tiempo que nos tiene, nos sostiene. Esta tercera dimensión nos recuerda a la idea platónica del cuerpo como cárcel del alma.

Los entresijos de esta complicada estructura nos los revela la patología psicosomática. La vivencia de la corporalidad es uno de los capítulos fundamentales. En otras publicaciones he subrayado la insuficiencia de la expresión neurológica «esquema corporal», que por su propia limitación dirige la investigación por líneas erróneas (3).

Las enfermedades somáticas se manifiestan por síntomas. En patología general se distingue entre «signos» y «síntomas». El signo es un hallazgo objetivo, y el síntoma, una experiencia subjetiva, *un modo de sufrimiento* del enfermo, tal como el dolor, el mareo, la astenia, la ansiedad, el malestar, etc. En el estudio de las neurosis y de los trastornos psicosomáticos aprendemos que tales síntomas emergen sin una referencia genética a un trastorno somático conocido, pero por ello no dejan de tener una *significación.* En las enfermedades somáticas, su significado se halla en ser expresión de un órgano enfermo y en afectar a la totalidad del hombre.

Este problema de la significación es, a veces, tan enigmático y misterioso que arranca a la enfermedad de una perspectiva puramente objetiva. Quiérase o no, *la humaniza.* En la escena se introduce la persona humana, pero este «personaje» arrastra consigo una serie de nuevos problemas. Uno con-

---

(3) Véase «El cuerpo y la corporalidad». López Ibor y López-Ibor Aliño. Ed. Gredos. Madrid, 1974.

siste en *la significación de los síntomas y de la enfermedad en sí para la vida humana.* Otro, el de *la significación de los síntomas como experiencia de la corporalidad.*

Es evidente que hay una concepción del cuerpo elaborada como idea o, más concretamente, expresada culturalmente. Lo que la Medicina y los médicos han averiguado va pasando, más o menos deformado —siempre más que menos—, al lenguaje popular. El enfermo va al internista y le dice: «Me duele el hígado.» Otros, más avanzados en esta vía, le dicen «que tienen dolores de cabeza que le vienen del hígado», etc.

Creo que, desde la perspectiva psicosomática, esta concepción ideágena no debe bastarnos. Existe una vivencia corporal que no es un esquema ideágeno —a eso corresponde la noción de «esquema corporal»—, sino una *experiencia directa e inmediata.* Tenemos varios caminos de penetración para su estudio, pero por razones de brevedad sólo voy a elegir dos: uno, el de la hipocondría, y dos, el de la negación o ignorancia frente a la presencia de un trastorno, fenómeno que en algunos casos neurológicos se llama *anosognosia.*

En el hipocondríaco, el silencio corporal del sano se transforma en clamores vivenciales que cambian las relaciones del yo con el cuerpo. En el sano, el silencio corporal no es un cero experiencial. En la experiencia de la privación sensorial se ve cómo ese «cero experiencial» no puede apenas lograrse. El silencio corporal del sano significa *disponibilidad del cuerpo* y tiene características positivas. Es como la conciencia oscura del fluir vital, sin obstáculos,

fluencia vital que se siente como euforia en muchas ocasiones. La vivencia del comienzo de muchas enfermedades consiste en «estar indispuesto». En la disponibilidad que el hombre sano tiene de su cuerpo, aquella parte del mismo que no está en acción se percibe oscuramente, como una sombra sobre la que se diluye aquella parte del cuerpo donde la acción se condensa. Esta parte es la que está animada. Y es que el cuerpo humano animado tiene, como he dicho en otra parte, *carácter intencional.* La intencionalidad, que Brentano describió como característica de los hechos psíquicos, es la de los actos humanos. El hombre es una realidad psicofísica, por decirlo una vez más, un *cuerpo animado.*

En el hipocondríaco florece un mundo fantasmal de sensaciones. Este mundo parece grotesco, a veces, porque se combina con interpretaciones vulgares. En otros enfermos se organiza incluso un desarrollo paranoide. Dejando aparte estos casos más complejos, en el hipocondríaco más simple, la vivencia es que su cuerpo no se halla ya intacto, es decir, como antes de estar sano. La palabra «hipocondría» surgió en Medicina para designar las molestias sentidas en el hipocondrio. Su área significativa se ha ido extendiendo y hoy significa *una actitud.* Pero esta actitud no supone —y esto es importante— un acto libre de la persona, sino una estructura vivencial que puede ser más o menos reforzada por los planos teleobúlicos de la persona. Además, la expresión de la vivencia cambia según la región corporal. No es lo mismo la que se localiza en el hipocondrio que la que se localiza en el corazón o en la cabeza.

Existe una estructura de base: en todos los hipo-

condríacos hay una inmediata vivencia de la menor disponibilidad corporal. El cuerpo ya no se tiene, sino que comienza a tener peso, a aprisionar. Ha perdido su carácter alígero. El cuerpo animado comienza a experimentar la penetración en su mundo propio, dinámico y fluyente, la inmovilidad del mundo de las cosas, que es el eco de la inercia del cuerpo no animado. O sea, de la muerte.

Hay un síntoma bien conocido, las parestesias, cuyo análisis nos puede servir para mostrar uno de los aspectos de la vivencia o experiencia de la corporalidad, tal como *realmente* se presenta en los enfermos.

Veamos brevemente resumida esta historia:

Caso 1. Varón, casado, cuarenta años. Venía padeciendo catarros nasales, sinusitis con abundante secreción y usaba hasta cuatro pañuelos en un día. Le cauterizaron los cornetes y no mejoró. Un día, al agacharse, vertió por la nariz un líquido mocopurulento. Esto le preocupó. Fue al otorrinolaringólogo, quien le hizo unas radiografías de senos y diagnosticó de sinusitis maxilar, que se resolvió espontáneamente a las tres semanas.

A los tres años de este episodio empezó con dolor de estómago y molestias digestivas, con eructos y ardores continuos. Le pusieron un régimen y adelgazó 10 kilogramos. Al verle adelgazar tan rápidamente, todo el mundo le preguntaba si estaba enfermo, porque le veían pálido, demacrado, etc. Un día volvió a sentir que vertía por la nariz un líquido. Se asustó mucho, se quedó pálido, manos frías y volvió a casa muy angustiado. Se mira al espejo y nota su labio inferior hinchado. Pierde el apetito y el comer le produce vómitos. Piensa por su historia anterior que

tiene un cáncer maxilar y que le quedan seis días de vida. Coincidió con la muerte de un vecino de cáncer de nariz. Empieza a visitar médicos, que le hacen detenidas exploraciones. Pero no se convence y se siente vitalmente amenazado.

Preocupación constante por el cáncer. Nota la región maxilar hinchada, acorchada, insensible, como un peso. Es algo inerte que siente ahí, difícil de expresar con palabras. Pasa tiempo ante el espejo, gesticulando, para ver si rompe esa sensación. Nota que el paladar izquierdo también lo tiene hinchado y enrojecido, que la dentadura es asimétrica, etcétera. Trata de encontrar una causa a su molestia maxilar, aparentemente ligera, pero para él extraña y profunda. Como no encuentra ningún médico que le dé una explicación satisfactoria, teme que sea cáncer. Pero lo que más le inquieta es «no saber lo que tiene». Reconoce su preocupación como exagerada, pero la tiene por sentir esas molestias, dice. Los veranos está mejor. Si no se encuentra bien está nervioso e irritable, con temor, apatía, algo triste y apagado y falto de ilusión. Pesimista por el futuro: teme no llegar a ver a sus hijos mayores. Duerme con sobresaltos. Ahora come bien y ha recuperado su peso. Ha visto médicos de todas las especialidades que le han asegurado que lo suyo es «cosa de nervios». En Alemania, donde fue por negocios, le punzaron el seno maxilar y durante la punción se desmayó.

Yo incluiría a este enfermo en la «timopatía ansiosa» (neurosis de angustia, pero no en el sentido clásico de reactiva, sino **angustia endotímica**). Un tratamiento adecuado le libró de sus molestias en poco tiempo.

Semiológicamente llamamos a eso unas parestesias. Se conocen parestesias orgánicas (como las de

la esclerosis en placas y en otras sin base somática conocida). ¿Qué hay en el fondo de ellas? La experiencia de la corporalidad —el cuerpo animado— ha perdido «animación» en un sector. *Se ha cosificado.* Y, ¿por qué teme tanto el enfermo a esa «sensación de cosa», que llega a perturbar su vida tan intensamente? Porque le angustia. Más exactamente, es *angustia misma localizada.* En el enfermo, de cuando en cuando, explota en forma de una crisis breve y pasajera de angustia difusa.

Esa «cosa» del parestésico es como el «peso» del hipocondríaco o la opresión en la región precordial o ese dolor lento en la cabeza de otros. Son experiencias de limitación. Son obstáculos en el fluir de la vida. Son experiencias amorfas con trasfondo significativo, en relación con la *facticidad* de la vida humana. Mejor aún, con su *fragilidad.*

La otra cara de la vivencia de la corporalidad nos la da a conocer la ignorancia de un trastorno o la negación de su presencia. También aquí nos encontramos con una gama muy diversa. Y es que, en el fondo, cada vida es irrepetible y también cada experiencia vital.

Nada hay más personal que la *angustia vital.* Aunque describamos su estructura general, la verdad es que cada uno tiene *su modo personal de angustiarse.* Todos hemos visto a enfermos de infarto de miocardio a los que ninguna advertencia es capaz de inhibir su modo expansivo de vivir. Es como si quisieran suplir con intensidad la limitación vitalmente cuantitativa de su lesión. En otras ocasiones, el fenómeno está más lejos del plano de la actitud y más cerca del plano vivencial primario.

En el miembro fantasma de los amputados hay una «sensación de presencia», o sea, una experiencia corporal de ausencia de la amputación, aunque la vean y comprueben en realidad. En este hecho vemos la distancia que se establece entre el plano ideágeno y vivencial en la experiencia de la corporalidad.

Lo que podríamos llamar «represión del síntoma» es un aspecto más de *lo humano en la enfermedad.* Anton describió primero la ausencia en la toma de conciencia de la falta de percepción visual en enfermos orgánicos del sistema nervioso. Babinski presentó, en la Sociedad de Neurología, de París, a dos hemipléjicos, ambos del lado izquierdo, que ignoraban en una u otra forma la presencia de la parálisis (anosognosia). Después se han descrito casos análogos o más complicados, como la negación simultánea de la ceguera y de la parálisis, o las cefaleas y la ceguera en un tumor cerebral, etc. La prevalencia de la anosognosia en la hemiparesia izquierda ha llevado a la conclusión de la existencia de un centro del «esquema corporal» en el hemisferio derecho. Muy curiosa es la descripción de Fulton y Bailey de un grupo de enfermos con tumores del tercer ventrículo que negaban estar enfermos, mostrando una «fatuous equanimity».

Este hecho me recuerda a la «belle indiférence» del histérico. En los enfermos de Fulton y Bailey también aparecía el *carácter comunicativo* del síntoma, puesto que se mostraban deprimidos y perplejos cuando no eran interrogados por el médico y, en cambio, estaban seguros de sí mismos cuando se les preguntaba por su enfermedad. Weinstein y

Kahn han dedicado una excelente publicación a esta «denial of illness».

Lo cierto es que tal modo de vivenciar la corporalidad enferma puede tener matices y formas diferentes en otros enfermos. Su presencia en los casos neurológicos nos sirve para mostrar muy plásticamente uno de los modos de estructurarse la vivencia de la corporalidad. Los psiquiatras tenemos una experiencia singular: la leucotomía. En el obsesivo leucotomizado parece como si el eco de la obsesión sobre la conducta y personalidad se amenguase. Si se les pregunta sobre las obsesiones, las recuerdan, pero toman una actitud de indiferencia. En un caso reciente de mi Clínica universitaria aparecía como complicación de la leucotomía una parálisis del recto externo del ojo derecho que, evidentemente, debía de producir una diplopia. Sin embargo, la enferma lo negaba, aunque insistimos en demostrarle su presencia. Que tal dimensión se halla implícita en el sujeto normal lo demuestra la ausencia del campo visual de un ojo en los estrábicos. Un caso muy interesante de campo visual fantasma lo comuniqué en el Congreso Internacional de Neurología, de París. Está publicado en el libro citado sobre la corporalidad.

Este par antagónico, constituido, por un lado, por la entrega al síntoma hipocondríaco y, por otro, la negación del síntoma, se halla en la propia manera de vivenciar la corporalidad. En estado normal hay zonas de silencio que, en la acción, se vuelven presentes. En la enfermedad, el síntoma, por su parte, tiene una acción de *presencia aprisionadora.* En otras ocasiones, como en la anosognosia, el síntoma

se silencia y se ignora. Podríamos decir, como en la dinámica de las neurosis, que se reprime. Esta misma dualidad la vemos muchas veces en la estructura misma de los síntomas, que son, a la vez, *manifestación del trastorno que constituye la enfermedad y defensa contra el mismo.*

La anatomía del intracuerpo no coincide con la anatomía del cuerpo. El médico, si realmente penetra a fondo en los trastornos que aquejan a sus enfermos, debe conocerlas ambas. Un tema esencial de la antropología médica está constituido por el estudio de la corporalidad. La clínica nos exige, cada día más, una ampliación de nuestros horizontes. Así aumentará nuestra comprensión de *lo humano en la enfermedad.*

ENCRUCIJADA DE LA MEDICINA ACTUAL

CRÍTICA DE LOS COMPUTADORES

En un momento determinado de la Historia, Descartes planteó algo que ya otros científicos habían observado: la diferencia entre lo que es Naturaleza y lo que es Espíritu. La Medicina, que había tenido una orientación sintetizadora, se adhirió al proceso de separación que, posteriormente, se ha constituido por las «Ciencias de la Naturaleza» y las «Ciencias del espíritu».

En Medicina, tal distinción equivale a la separación entre los fenómenos derivados de las ciencias de la Naturaleza —medicina somática— y los que ocurren en la vida psíquica. La diferencia que hubo entre Facultades de Medicina o Escuelas y Hospitales Psiquiátricos o Manicomios se debe, en buena parte, a esta distinción conceptual.

Sin embargo, durante la primera guerra europea, eminentes gentes, como Krehl, lanzaron el tema de «Forma morbosa y personalidad». De esta manera volvía a renacer el espíritu unitario. Las experiencias empezaron en el Lazareto, donde prestaba ser-

vicio durante la guerra. El final de la línea —por el momento— ha sido *la medicina psicosomática,* expresión que por su ambigüedad merece un comentario aparte.

Parece que, debido a los últimos avances en medicina somática, sean inútiles las investigaciones en cualquier otro tipo de medicina. Se afirma que tales avances van a proporcionar a los futuros médicos la solución de todos los problemas. No voy a criticar a una medicina que ha triunfado tan brillantemente y que ha proporcionado grandes beneficios, tanto a los pacientes como a los médicos. Sin embargo, creo obligado reflexionar sobre sus insuficiencias. Aun desde el punto de vista técnico, algo, al parecer tan sencillo como las aplicaciones de las computadoras a los análisis clínicos y la creación de centros de diagnóstico, está suscitando muchas críticas, debido a sus inseguridades. Se calcula que actualmente existen en los Estados Unidos unos 200 centros de diagnóstico y otros tantos repartidos en el resto del mundo occidental. Su popularidad es extraordinaria y supone para muchos enfermos la solución de sus problemas. Y, sin embargo, el tema no es tan sencillo. Claro que alguno de los errores pueden resolverse en el futuro. Pero hoy están ahí y la honestidad intelectual nos obliga a señalarlos.

Por ejemplo, en los Estados Unidos, en el año 1972, se hizo el diagrama de las constantes biológicas en 750.000 personas (cifra insuficiente en la población americana). Podría ampliarse el número aumentando la dotación para la investigación, pero no es ése el problema. Se trata del anun-

cio de los *nuevos problemas* que aparecen como secuela de los *nuevos avances.*

Hasta ahora en la clínica se orientaban los diagnósticos por los «valores normales» de las constantes biológicas, obtenidas de diversas maneras. Tales «valores normales» representaban el tipo medio en la población sana. Si se alejaban algo, sin sobrepasar demasiado el tipo medio, se hablaba de *cifras-límite.* Pero ahora ha crecido la dificultad en la diferenciación entre lo que debe llamarse «valores normales» y «valores patológicos», que son los que interesan al clínico. *La exactitud en la técnica moderna ha conducido a valoraciones que no sabe si incluirlas entre las normales o las anormales.*

En una investigación modelo realizada por Mossinger (Baden, Wurtenberg), de las dos terceras partes de los 2.300 análisis bioquímicos, realizados mediante las computadoras y por los especialistas de laboratorio, *ofrecían valores anómalos.* En otra investigación, realizada en el mismo centro dos años más tarde, resultó que la diferencia entre la computadora y el análisis realizado por un médico alcanzó el 44,6 por 100 de los casos. En el 16,8 por 100 de los casos se encontró alguna cifra patológica, pero se pudo demostrar que no había razón médica alguna para establecer un diagnóstico ni aplicar un tratamiento. *Eran sujetos clínicamente normales.* En el 27,8 por 100 de los casos, a pesar de obtener cifras normales de análisis, fue necesario someterlos a tratamiento. Y así se llega a la conclusión que el perfil biológico solo, sin la participación activa de la persona del clínico, *no tiene nunca un valor definitivo.*

En el «Screening» realizado en 1971 en el Centro de Montabaur, el 44 por 100 de los investigados ofrecían desviaciones de las cifras consideradas normales, pero sólo un 13 por 100 necesitaba tratamiento. En el Centro de Francfort, en una investigación de 1.000 enfermos que acudían a los ambulatorios, se encontraron valores anormales en 410, o sea, en el 41 por 100. Los valores encontrados en enfermos ingresados en clínica oscilaron entre el 10 y el 30 por 100.

Los valores patológicos encontrados en los casos citados pueden explicarse por variantes producidas por la edad, por las oscilaciones en los ciclos diurnos o por haber tomado algún medicamento. Sin embargo, el volumen de sangre circulante debe considerarse como factor importante, puesto que tal volumen no es constante. A pesar de todo, las variantes normales desempeñan un papel dominante, según las comprobaciones estadísticas. N. Eggstein, de la Clínica Universitaria de Tubinga, señala un hecho importante: la especificidad de la prueba o análisis que se busca *cuando se cuenta con él.* O sea, que es algo no automático, sino ligado *al saber clínico.* En los casos llamados «sospechosos», la frecuencia de estas variantes anómalas o significativas es mayor. Si se considera, por ejemplo, que la frecuencia de una enfermedad que se busca es del 2 por 1.000 de la población y las variantes anómalas —que podemos llamar errores— es del 5 por 1.000, la proporción es del 1 al 2,5. Esto quiere decir que, de los que acuden a una consulta en estas circunstancias, sólo el 28 por 100 está realmente enfermo.

Estos datos han provocado una reacción en los médicos. En Francia afirman que tanto filtraje analítico es inútil. Aparte de los numerosos inconvenientes, existe uno fundamental: el de despertar, sin motivo alguno, *angustia en las gentes.*

Si he citado la situación actual de escepticismo que existe en muchos países en torno a una de las aplicaciones más recientes en Medicina como es la de las computadoras, es por varias razones que voy a tratar de resumir:

a) La necesidad de perfeccionar técnicas y revisar cifras-límite en estos diagramas biológicos. Si se tiene en cuenta que los utilizados lo son tras una larga experiencia clínica y de laboratorio, habrá que pensar en la necesidad de una planificación meticulosa y detenida de toda investigación.

b) En medicina preventiva, el cuidado ha de ser mayor aún que cuando el clínico cuenta con datos objetivos que ha encontrado por sus propios métodos.

c) El gran número de enfermos sin lesión que existe y que, sin embargo, *están enfermos.* Incluimos ciertas enfermedades mentales, pero fundamentalmente las neurosis.

d) La posibilidad de que, siguiendo durante años a los enfermos, aparezcan de pronto valores anormales con correspondencia clínica. Recuerdo un caso con fases de angustia precordial por las cuales era tratado en nuestra clínica. No presentaba signo orgánico alguno. Un día se presentó en la consulta, como otras veces, pero ese día no sentía nada anormal. Al explorarle se observó una arritmia y unos caracteres peculiares de su opresión precordial que

nos hicieron pensar en el inicio de un infarto cardíaco. Así fue confirmado inmediatamente por un cardiólogo.

Del mismo modo que me he referido a la experiencia actual con las computadoras, podrían haber elegido otro tema para llegar a la misma conclusión: para la mayoría de médicos y publicistas médicos hay una palabra mágica para resolver los problemas, la medicina psicosomática. Pero también esta expresión y tal modo de pensar necesitan una revisión más profunda y difícil que los hallazgos por medio de las computadoras analíticas.

Unidad del hombre

En un comienzo, la patología psicosomática se basó en los hallazgos de Freud en las neurosis. Se pensó que aplicando el método en cuya elaboración fisiológica fracasó obtendría resultados análogos. Las neurosis no eran para Freud más que el metabolismo de una energía —la libido— que operaba en el inconsciente. Por eso estableció al comienzo la catarsis como clave terapéutica. Por eso insistió tanto en la «reacción de conversión». Gittelson —uno entre muchos—, freudiano de formación y dedicado exclusivamente a la patología psicosomática en la Clínica Menninger, dijo poco antes de morir —hace tres años— que a él no le preocupaba en absoluto la relación que pudiera haber entre un síntoma y un complejo. *Su única tarea consistía en tratar de modificar la actitud del enfermo frente a sus trastornos.*

En un Simposio que se realizó en Zurich sobre «el enfermo problema» y en otro que con el mismo título organizamos en la vieja Facultad de San Carlos, la mayoría de los componentes del mismo insistieron sobre puntos de vista análogos. Comoquiera que la aplicación de la «reacción de conversión» y de la dinámica psicoanalítica no han traído los resultados esperados —ni en medicina psicosomática, ni en las neurosis—, se buscaron otros caminos. Dunbar realizó un estudio estadístico comparativo de enfermedades y ciertos tipos de personalidad. Recuerdo la descripción de los que sufrían frecuentes traumatismos y que se parecía mucho a la que Ortega y Gasset hizo en el prólogo «Aventureros y tranquilos». Hoy en día, los perfiles psicológicos de Dunbar están prácticamente olvidados.

Otra vía de penetración en el intento de poner en relación la alteración somática con la psíquica es la de las *personalidades inmaduras.* A mi modo de ver, tampoco es cierto en todos los casos.

Quisiera ofrecerles caminos más prometedores en el planteamiento de este problema. En primer término, la enfermedad se caracteriza no sólo por los *signos,* sino por los *síntomas.* Y la palabra síntoma, de una u otra manera, se refiere siempre a la subjetividad. Uno de los síntomas más conocidos es el dolor. A éste le acompaña la angustia, la depresión y tantos otros estados de ánimo. Decía más arriba que el problema se planteó como «reacción de conversión». Pero nadie, hasta ahora, nos ha explicado qué es lo que se convierte en qué. Ni cómo ocurre esa conversión. *La contestación a la pregunta es la unidad del hombre.* Esta es una respuesta antropo-

lógica, pues, aunque desde la filosofía cartesiana consideramos dos caras distintas, realmente no existe tal separación en la realidad. Si se examina a una persona no como conjunto fisiológico, *sino como totalidad personal,* lo primero que hay que considerar es el *cuerpo humano.* Y la característica fundamental del cuerpo es su *carácter intencional.*

Un ejemplo: si se ordena a un sujeto trazar un círculo en el aire, se puede comprobar que la velocidad de su brazo —inconsciente para él como tal velocidad— es distinta si el círculo que se le ha ordenado trazar es más grande y menor si el círculo es más pequeño. Y así podrían ponerse multitud de ejemplos.

El dolor es de un interés extraordinario. Pasamos muchas horas oyendo quejarse al enfermo de sus dolores y tratando de aliviarlos. Los fisiopatólogos dijeron hace tiempo que el dolor era un síntoma ligado a la propia estructura de la red nerviosa y que, por tanto, era utilísimo para la localización y tratamiento de las enfermedades. Hoy en día ya no se insiste sobre ello. Nadie puede negar que sea cierto en algunos casos, pero en otros muchos es erróneo. El dolor es algo distinto de lo que estudia la fisiología.

El cáncer de estómago es doloroso desde el comienzo y, en cambio, hay otros cánceres que permanecen traidoramente silenciosos hasta el final. No importa la localización ni la posibilidad de lesionar los mismos centros nerviosos.

Los cirujanos militares que me lean conocerán lo que le ocurrió a Beecher en un puesto avanzado durante la ocupación americana de Italia. Pensaban

evacuar a los heridos al amanecer hacia el hospital del cual dependía el puesto. Pues bien, de repente ingresó un soldado dando grandes gritos. Beecher se preocupó no sólo del soldado herido, destrozado por una explosión, sino también de los demás soldados que estaban allí. Trató de calmar su dolor para evacuarlo lo antes posible y, no lográndolo con los analgésicos que tenía, le inyectó un barbitúrico. El enfermo se durmió profundamente, y así se pudo realizar la cura de urgencia y organizar el traslado. Fue una revelación.

Desde entonces se vienen ocupando fisiopatólogos y médicos de esta extraña conducta del dolor. Por una parte, nadie piensa ya que el dolor tenga siempre un carácter *profiláctico*. Ni muchas veces no avisa nada de nada. Ahí están las neuralgias del trigémino, puro dolor, pero no peligro, para demostrarlo (1).

El estudio de estos aspectos del enfermar humano, en lugar de desaparecer con el progreso —que realiza y realizará aún más la técnica—, será cada día más importante. Se ha comenzado a utilizar con sentido irónico la palabra «biócratas» para aquellos médicos que todo lo esperan de estadísticas y computadoras, así como de sustitución de órganos. *La función del médico es otra,* aunque no debe despreciar los progresos de la técnica. El médico moderno debe avanzar en el *conocimiento de unos síntomas que tienen una cualidad distinta.* El valor para el diagnóstico y tratamiento no es menos

(1) Véase el capítulo sobre el dolor en el citado libro sobre «La intimidad».

importante que el de los síntomas somáticos que aprendimos en las aulas de Medicina.

No se trata simplemente de aplicar el mismo método cartesiano a la vida psíquica, separándola de la somática. Se trata de buscar y usar otros métodos de conocimiento. La tan traída y llevada relación médico-enfermo es un ejemplo. *El médico mismo no se da cuenta de su poder sobre algo tan importante como es la angustia del enfermar, o la angustia de sentirse morir.* No me refiero ahora a otros tipos de angustia con sentido concreto en psiquiatría.

Freud dijo: «Lo que fue, es decir, lo que pertenece al inconsciente, tiene que volver al yo y de esta manera se liberará de sus sufrimientos incomprendidos el enfermo.» Víctor von Weizsäcker decía que se trataba más bien de una relación *antilógica.* Se puede formular así: «Lo que fue y lo que soy tiene que ser también pasado.» Todo proceso corporal —inflamación, hipertensión, hiperglucemia, adelgazamiento, edema, etc.— tiene que ser *comprendido como un símbolo de la vida humana.* Pertenece a la perspectiva antropológica del hombre.

A pesar de los muchos experimentos realizados y las publicaciones correspondientes, el conocimiento de las correlaciones psicofisiológicas está en mantillas. Incluso me atrevería a decir que se ha perdido tiempo y esfuerzos por carecer de base creadora y por ignorar la problemática vital —unas veces latente, otras manifiesta— que existe en toda persona, sana o enferma. Precisamente por su unidad, se manifiesta en el ser vivo una tendencia a la auto-

rrepresentación. La misma tendencia existe en las enfermedades. Lo que el médico necesita es saber interpretarla.

Si nos detenemos a pensar en la cronicidad de la enfermedad, es cuando claramente percibimos como una *simultaneidad psicosomática.* Y una serie de manifestaciones muy mal interpretadas con frecuencia. Los avances de la Medicina resuelven los casos agudos. O modestamente hemos de decir que no hay solución en un determinado caso. Lo cierto es que las enfermedades crónicas nos alertan sobre la magnitud y rudeza del problema. La dehiscencia de una enfermedad con la provocación de una *autonomía secundaria* de sus procesos somáticos o psíquicos resulta engañosa. La anamnesis, mal dirigida y no considerada como una verdadera *anamnesis biográfica,* es no sólo insuficiente, sino inútil. La anamnesis es una prueba funcional de la totalidad humana. Sus resultados son tan valiosos como los que nos ofrecen las distintas exploraciones.

Lo que dificulta la disección de la realidad clínica a través de la dirección antropológica es la propia *realidad de la vida humana.* La vida resulta antilógica e irracional. El diálogo entre los elementos somáticos no es una especie de convivencia, como muchas veces se deduce de los principios de ciertas direcciones psicoterapéuticas. Se trata de un diálogo *distinto* y más difícil de interpretar.

«El espíritu está a merced del cuerpo, como el ciego depende de los que ven», decía Valéry. Pero también es cierto que el espíritu se realiza a través del cuerpo. Decía Merleau-Ponty esta afirmación antilógica: «Uno soporta y otro dirige la situación.»

La *especificidad de los síntomas* está ligada a las relaciones entre la angustia y la corporalidad, tanto en los enfermos somáticos como en los psíquicos. Pero, ¿dónde percibimos nuestro yo corporal? O, dicho de otra manera, ¿dónde localizamos el yo dentro del esquema corporal? El yo, en estado normal, se localiza donde sentimos la presencia corporal: en la actividad y en los planos utilizados para desempeñarla. Ya hemos dicho que la corporalidad participa del carácter intencional de la vida psíquica.

Otro problema importante es el de *la jerarquía de los síntomas*. Por ejemplo, la labilidad vegetativa y la constitución del propio enfermo en la propia ordenación de su importancia o de su acentuación. Del mismo modo podríamos hablar de *estilo de vida* en la influencia de la aparición de unos u otros trastornos. Y de los *desplazamientos sindrómicos* que pueden observarse en enfermos seguidos durante muchos años: asma en la edad infantil, úlcera gástrica a los veinticinco años, depresión a los cuarenta, etcétera. Otras veces se suceden obsesiones, vértigos, algias timopáticas, etc. Tales desplazamientos sindrómicos hacen pensar en que son manifestaciones fásicas de un trastorno que existe en el fondo del ser humano. A mi modo de ver no es somático ni psíquico, sino vital y endotímico. Surge, como he dicho en otra parte, de la «costura entre el alma y el cuerpo».

Un trastorno tan *humano* dificulta las investigaciones y las hace insuficientes. Tanto da que se trate de nuevos hallazgos bioquímicos, antropológicos o de cualquier otra naturaleza.

Nuevos caminos se abren a la Medicina. Caminos que nos obligan a una interpretación cada vez más profunda de los hechos morbosos. Caminos abiertos que nos llenan de responsabilidad y nos obligan a investigar diariamente sobre las enfermedades. ¿Qué médico que me lea no se ha preguntado alguna vez, ante un fallecimiento, ¿«ha ocurrido porque la Medicina no tiene medios para luchar contra esta enfermedad o es que yo, médico, los ignoro»?

La preparación del médico actual debe versar sobre el frente somático y el frente psíquico. De esta manera, el eterno problema de la relación médico-enfermo —y tantos otros— podrán abordarse eficazmente. Nunca de un modo más o menos literario.

Las transformaciones sociales, los conocimientos en la etología y en la ecología han puesto de manifiesto un nuevo modo de existir que creará, forzosamente, un nuevo modo de manifestarse la enfermedad. (Ya se ha observado una disminución de las úlceras gástricas en el último decenio.) Surgirán como consecuencia nuevas exigencias técnicas y psicológicas para hacer frente a ese hecho tan simple y tan doloroso que es el enfermar.

METAFISICA DE LA ENFERMEDAD

ACTITUD FRENTE A LA ENFERMEDAD

La enfermedad es un proceso ubicuo que alcanza a toda la Naturaleza. Enferman los animales. Enferman las plantas. Enferma el hombre. Entre su modo de enfermar hay ciertas analogías que permiten a la Medicina incluir en su quehacer a un amplio sector: la «medicina experimental». Pero esta analogía, en manera alguna borra las diferencias esenciales que hay entre el enfermar de animales y plantas y el enfermar humano.

Hemos dicho ya que hay *enfermedades específicamente humanas.* En los últimos años se ha desarrollado mucho la patología veterinaria. Sin embargo, el mundo patológico animal resulta extraordinariamente reducido si se le compara con el enfermar humano. Al hablar de enfermedades específicamente humanas no me refiero a las psíquicas o mentales, sino más bien a ciertas enfermedades corporales. Una enfermedad tan vulgar como es la úlcera de estómago no tiene parangón en los animales. Recientemente se ha logrado producir expe-

rimentalmente una úlcera en un perro, pero no actuando sobre la mucosa, sino sometiéndole a un «stress», a una situación de esfuerzo. Pero no es igual a la úlcera del hombre.

Las enfermedades que forman el gran capítulo de la Medicina «psicosomática» no son un capítulo ni una especialidad más, sino una *nueva perspectiva* de considerar la enfermedad. Es una nueva orientación de toda la Medicina.

Lo primero que el médico pregunta al enfermo es: «¿Cómo está, cómo se encuentra usted?» Estas preguntas significan que el hombre, por el hecho de serlo, puede tomar una actitud frente a sí mismo. Este es el misterio de la personalidad. Su paradoja. Su grandeza. El hombre puede tomar una actitud frente a las cosas del mundo que le rodean. Más importante es la que se toma frente a sí mismo y frente a su propia enfermedad.

Desde el punto de vista psicológico, en el hecho de enfermar hay varias fases. En una primera hay una angustia extraordinaria en la que subyace una cierta *rebeldía*. «¿Por qué he de estar yo enfermo?», Hay una segunda fase de *aceptación* de la enfermedad. Y una tercera, de la que me ocuparé más adelante y que depende, en buena parte, del curso de la enfermedad, de que sea o no curable, del éxito terapéutico, etc.

Estas tres fases están hondamente impregnadas de mecanismos psicológicos, de dispositivos espirituales. El denominador común es *la angustia del enfermo*. Los medicamentos no tienen la misma acción si los da un médico que si los da una máquina. Porque las enfermedades no cursan todas de

igual forma. Y porque la actitud del enfermo frente a la enfermedad depende, en buena parte, de la que toma el médico.

El hombre, frente a la enfermedad, puede tomar una actitud diversa: *entregarse a ella,* sumiéndose en el dolor y la desesperación, o hacer de su enfermedad *fuente de sentimientos elevados.* Esta segunda postura enriquece la personalidad. Además, aun las personalidades más elementales tienen la misma estructura que las más intelectuales. Las actitudes ante la enfermedad cursan por los mismos canales.

Todo ser humano tiene una exigencia interior, que es la de preguntarse a sí mismo «el porqué de las cosas». Y nada hay que produzca mayor impacto en el hombre que el hecho de enfermar. La vida, esa vida ideal que muchos conciben libre de miserias, no debería tener enfermedades. Un niño, un joven, un hombre en la plenitud de la vida se sienten heridos súbitamente por la enfermedad. Unas veces es en forma leve y transitoria, otras en forma grave que supone una radical transformación de su vida. En este último caso, cualquiera que sea el enfermo, siempre se preguntará: «¿Qué significa esto en mi vida?».

El hombre es una estructura abierta. De ahí el postulado inexcusable de su trascendencia. En la enfermedad se revela con peculiar plasticidad el carácter abierto de la existencia humana. Por eso la enfermedad no puede tener sentido sin apelar a las categorías de *libertad y trascendencia.* La enfermedad supone siempre una reducción de las autono-

mías biológicas del hombre, pero deja intacta su *libertad para tomar una actitud frente a ella.* Y esto demuestra la existencia del espíritu.

Enfermedad y culpa

Uno de los problemas más importantes de la Medicia moderna es el de las relaciones entre enfermedad y culpabilidad. Es curioso este enlace en la conciencia del hombre del siglo XX. Se trata de un problema de porte extraordinario, sobre el que conviene tener ideas claras. En tiempos antiguos se pensaba que la enfermedad venía de culpas pasadas, hallando una relación directa entre enfermedad y pecado.

Supongamos que un hombre beba mucho y más tarde enferme de una cirrosis hepática, de una enfermedad sarcomatosa o de un trastorno mental postalcohólico, etc. Un hombre, cuya conducta no ha sido absolutamente recta, pensará que la enfermedad es una secuela directa de las alteraciones de conducta. Y, en efecto, parece haber una cierta relación, incluso un enlace directo. Pero el problema no es tan sencillo. Desde el punto de vista de los conocimientos actuales, el alcoholismo, cuando es capaz de producir trastornos, ya no es un problema de intoxicación, sino de personalidad. Hemos de plantearnos el porqué un sujeto bebe. El alcohólico no es responsable de su alcoholismo. Por tanto, no es culpable.

Tal hermenéutica lleva a la confusión entre enfermedad y pecado. No cabe duda de que los pecados

pueden, a veces, producir enfermedades. El hombre que rebasa el perímetro de su templanza, en cualquier orden, se halla más expuesto a dañar su organismo que el que la mantiene. Pero la enfermedad aparece aun en los seres más templados, porque nuestra existencia *no puede explicarse por sí misma.* Necesita un hilo que la ligue al «más allá».

En la culpabilidad nos interesa también el punto de vista teológico. El hombre puede preguntarse si la enfermedad está ligada a la condición humana, expulsada del Paraíso. El hombre Adán no conoció enfermedades. Si la enfermedad pertenece a esta condición de la existencia humana, creo que la teología tiene algo o mucho que decir sobre este tema. Nosotros, desde el punto de vista médico, lo que podemos decir es lo que se refiere al sentido de la enfermedad desde el punto de vista antropológico.

El enfermo se pregunta por el sentido de su enfermedad. La Medicina actual trata de dar una respuesta diciendo que las enfermedades están ligadas a acontecimientos anteriores de la vida. Una parte de la orientación de la Medicina psicológica parte del principio éste: la enfermedad está ligada a sucesos traumatizantes de la niñez. Los traumas son capaces de producir no sólo enfermedades psíquicas, como las neurosis, sino también enfermedades puramente somáticas.

La necesidad de encontrar un sentido a la enfermedad dentro de la vida procede, en el hombre contemporáneo, de la necesidad de *negar la trascendencia.* El hombre actual es arreligioso o menos religioso que en otras épocas. Si aun el hecho que más

le pone ante los ojos su condición miserable —en sentido antropológico—, como es la enfermedad, encuentra su explicación en hechos anteriores a su vida, ya no necesitamos recurrir a la trascendencia para explicar el sentido de la enfermedad.

La enfermedad existe y su significación es clara para mí: *un trasunto de la muerte.* Si existe es por la fragilidad humana, por la condición inexorable del hombre como *ser para la muerte,* del que hablan los existencialistas. La enfermedad existe como una manifestación de esta condición humana. Por eso, al enfermar, el hombre se angustia. Desde el punto de vista subjetivo, el problema es *la angustia del enfermo.*

La angustia trata de saciarse desde varios ángulos. Uno es el tratar de conocer el «por qué» de la enfermedad. Pero no basta porque la angustia asienta sobre una conciencia oscura de que el hecho de estar enfermo —aunque sea una enfermedad leve— demuestra que está amenazado. La amenaza no se le hace patente al hombre en la vida sana. Vivimos olvidando un hecho: hay que morir. Y, en la vida enferma, ese sentimiento surge de una manera compacta, envuelto en una atmósfera turbia y oscura. La angustia juega un papel importante en el proceso de la enfermedad. Por eso, el enfermo busca el apoyo de otra persona —el médico— con quien compartir la angustia.

Los placebos

Existe un preparado muy curioso, llamado de forma curiosa también. Tomó su nombre de un

Salmo. Me refiero al «placebo» (1), calificativo dado a un producto anodino que se da al enfermo. Los placebos constituyen un problema psicológico y farmacológico. El placebo es una sustancia absolutamente inerte que se da a los enfermos para comparar resultados en experiencias con nuevos medicamentos.

Imaginemos una sala donde estén ingresados cancerosos en estado avanzado de enfermedad y con dolores. A éstos se les da un medicamento que se supone va a tener una determinada acción sobre los síntomas de su enfermedad. En la experiencia se compara con otro grupo de enfermos de la misma enfermedad, que toma un preparado de idéntico aspecto, pero sin sustancia medicamentosa activa. O sea, que a unos se les da medicamento y a otros un placebo. Incluso si la experiencia se quiere lo más exacta posible se utiliza lo que se llama «double blind» —a ciegas por partida doble—. No sólo los enfermos ignoran si han tomado o no el medicamento, placebo o no, sino que los propios médicos no lo saben. Hay una tercera instancia, que controla quién toma el principio activo y quién el placebo. De esta forma, la experiencia es más neutral y los estudios comparativos tendrán el máximo rigor.

Pues bien; aun supuestas dichas condiciones de rigor, se comprueba que los placebos actúan siempre en un determinado porcentaje de casos, alcanzando en ocasiones hasta el 40 por 100. Hay enfer-

---

(1) El Salmo 114 de la Vulgata del oficio de vísperas de difuntos comienza así: "Placebo Domino in regione vivorum» (Me complaceré en el Señor en el reino de los vivos).

mos que al tomar un placebo sienten una mejoría tan grande como los que tomaron el medicamento activo.

Los placebos se emplean en las neurosis y en las psicosis. También en enfermedades psicosomáticas e incluso en las orgánicas, especialmente como sustancias destinadas a atajar el dolor. En este último caso, los efectos son muy impresionantes. Recuerdo un caso de muerte súbita por administración de un placebo.

O sea, que *los placebos actúan.* Y si sabiendo nosotros que es una sustancia inerte actúan, no será por su valor fisicoquímico, ni por sus propiedades farmacológicas. ¿Por qué, pues, actúan? Por unas propiedades psicológicas que no están —evidentemente— en las cápsulas, *sino en la persona que las da.* Y ocurre así porque el enfermo es un ser angustiado, *angustia que transforma su personalidad y la hace enormemente receptiva a cualquier acción médica.*

La comunicación humana

Entre las personas que cuidan de los enfermos y el propio enfermo se establece una relación de un tipo especial que conviene aclarar. Se ha podido estudiar a través de la psicoterapia, aunque aparece en muchas otras situaciones médicas. La psicoterapia consiste, a grandes rasgos, en hablar con el médico y discutir con él los problemas, conflictos, etcétera. Se ha descubierto que entre el médico y el

enfermo se establece una relación especial llamada *transferencia.*

En el mundo actual, que ha progresado mucho técnicamente, ha surgido el *problema de la comunicación humana.* Vivimos en un mundo en el que las comunicaciones técnicas avanzan de un modo prodigioso y ya funcionan a través del «Telstar». La contrapartida es que la relación humana es cada día más difícil.

En un comienzo, se pensó que la relación médico-enfermo en la psicoterapia tenía un tinte erótico, sobre todo si se establecía entre personas de distinto sexo. Sin embargo, un detenido análisis psicológico de la situación demuestra que este planteamiento es falso. La situación psicológica entre el médico y el enfermo es humana y personal. No es ni debe ser erótica. Los enfermos se curarán antes y mejor si tal relación se establece correctamente.

Hay estadísticas que demuestran la duración distinta de las estancias de los fracturados según el ambiente psicológico del hospital. Famosas y conocidas son las experiencias de Spitz con niños abandonados. O sea, que los niños que viven en un orfelinato, falto de calor humano —y del fenómeno de la transferencia—, enfermaban. El afecto es más necesario que los medicamentos y las vitaminas. La privación de calor afectivo no sólo incrementa, sino que su curso está decidido por ella.

La transferencia es difícil de explicar. Para mí consiste en *absorber la angustia del enfermo.* Si la angustia es normal —un enfermo amenazado de cáncer o un cardíaco— y se preocupa por su porvenir

o el de su familia, este tipo de angustia no se apaga con medicamentos ni con los progresos técnicos del mundo actual. *La angustia se apaga con algo tan indefinible y misterioso como es la presencia humana.*

La esperanza

¿Qué es curar? Devolver la salud, se me contestará. Pero es que un problema muy difícil es la distinción entre salud y enfermedad. Mucho más difícil es intentar definir lo que se entiende por «curar». No se trata de la consecución del estado anterior a la enfermedad. *En la vida humana no hay pasos atrás.* La enfermedad es una crisis en la vida, de la cual la personalidad puede salir con nuevos horizontes. El médico no es sólo el técnico que aplica un tratamiento, sino *el hombre con poder,* gracias a sus saberes y experiencias, *para ayudar a otro hombre en una crisis morbosa.*

Nunca el médico dedicará bastante atención a la angustia de los enfermos. El desvalimiento natural de la criatura humana se hace más patente en el momento de enfermar. El médico tiene que manipular la angustia de sus enfermos con más cuidado que sus vísceras desgarradas. *En el fondo de ella está la apetencia del ser humano por algo que le sobrepasa.* Por eso las enfermedades han sido con tanta frecuencia motivo de crisis religiosas. La angustia crece y se desborda tanto más cuanto que es más amenazadora para la vida.

¿Por qué la angustia se apaga con la presencia

humana? El hombre necesita de otro ser humano que sepa convivir con él. Curar a un enfermo es, en definitiva, *saber convivir con él.* Alejar la soledad.

La angustia está íntimamente relacionada con la esperanza. Este es un punto delicado en el ámbito de la enfermedad. Delicado y difícil, porque no todos los enfermos se curan. Las enfermedades agudas están disminuyendo, pero resulta que cada día vemos menos enfermos agudos y más enfermos crónicos. El problema del mundo moderno es que aumentan las hospitalizaciones que no son debidas a necesidades puramente técnicas, sino sociales. Por una parte, aumentan las enfermedades crónicas; por otra, falla el medio familiar. Añádase que si el enfermo crónico es de alguna edad no tiene dónde ir. Los países cuanto más «desarrollados» tanto más falla la estructura familiar y el enfermo crónico permanece indefinidamente en el hospital.

Pero, volviendo al tema de la esperanza, es fácil decir a un enfermo que se va a curar cuando se está convencido de que la curación ocurrirá en breve tiempo. Pero en el caso contrario, cuando estamos seguros que dentro de los límites de la ciencia natural no podrá curarse del todo, ¿qué hay que hacer con él? ¿Cómo mantener su moral? Porque *no hay situación humana ni psicológica peor que la desesperación.*

El enfermo que se suicida es siempre un desesperado. Se trata de un hombre que, habiendo perdido la esperanza, se anuló a sí mismo. ¿Cómo mantener la esperanza? Todas estas cuestiones nos ponen frente a un grave problema, grave y real,

que está en nuestras manos: *el descubrir al hombre su estructura espiritual a través de la existencia de la enfermedad.* A un enfermo incurable no se le puede decir, dándole unas palmadas en el hombro, que se va a mejorar. No se le puede engañar. Faltaríamos a nuestra ética. Pero, al propio tiempo, no se le puede destruir la esperanza. Es una situación paradójica: *ni se puede engañar ni se puede destruir la esperanza.*

No hay más que un camino para sostener la esperanza de los enfermos, que es el de *transformar el sentido de su vida.* La manera de sentir su vida es como considerarse seres vivos en el mundo. Creo que ésta es una operación psicológica mucho más difícil de realizar que algunas intervenciones quirúrgicas. Supone cambiar al ser humano de un plano material a otro espiritual, porque el enfermo necesita el cambio.

En una clase de psiquiatría pregunté a una enferma, que presentaba un grave síndrome de despersonalización, cuáles eran sus molestias. Tenía veintisiete años, casada, no sabía apenas leer ni escribir. Decía: «Mire usted, doctor; cuando veo una baldosa sé que está ahí porque la veo y está ahí porque yo la veo.» Con estas palabras expresaba un gran principio filosófico: el mundo existe en tanto en cuanto existimos nosotros y estamos en contacto con él. «Pero, naturalmente, cuando yo esa misma pregunta —continuaba la enferma— me la hago respecto a mí misma —¿yo por qué estoy aquí?— entonces me angustio y no me libro de la angustia más que contestándome lo que aprendía de pequeña en el cate-

cismo.» Esto, mal explicado por esta enferma, es *la condición itinerante del hombre,* que está en el mundo transitoriamente. De paso.

Ya sé que es muy difícil, a un enfermo que en tanto en cuanto es estructura biológica y material se agarra a la vida, transportarle al plano espiritual y que, a partir de él, tenga una nueva idea que, en definitiva, no es real. Por parte del médico que opera en esta situación hay tan sólo una ventaja. Si a una persona cualquiera, en estado de salud, se le plantea uno de estos problemas, es muy difícil convencerla de que *la vida es algo más que eso.* Sin embargo, si hablamos a un enfermo es fácil llegar hasta el fondo, porque se ha creado una especial situación de receptividad. Me refiero, sobre todo, al enfermo con cierta cultura, aunque, como hemos visto en el ejemplo citado más arriba, hasta los seres más primitivos son capaces de revelar las entrañas de su propia existencia. En ellas se revela la fragilidad, la miseria y se adquiere conciencia de lo que es el sentido de la vida humana. El hombre cotidiano, el «man» de Heidegger, no piensa casi nunca en ello. Vive olvidando o ignorando lo que es la vida humana. Lo olvida, como podría hacerlo, anegando su crisis de angustia en alcohol o con un tranquilizante. El hombre cotidiano *no piensa en esas cosas.* Es como aquel que anda por el borde de un camino y no piensa que junto a él hay un abismo. En cambio, la enfermedad nos revela la propia estructura de la existencia humana y en ese momento surge la angustia. Por eso, a través de la necesidad

absoluta que tiene el enfermo de avizorar la esperanza, se le puede mostrar *que existe un camino que no es el de los bienes materiales.* Ni el de los placeres de la vida. Hay una esperanza honda, lejana y trascendente. *Una esperanza verdadera.*

LA DIFICULTAD DE SER MEDICO

Necesidad de un nuevo tipo de médico

La dificultad de ser médico en la actualidad no deriva sólo del aumento de conocimientos, sino de la situación especial que está obligado a mantener en la sociedad contemporánea.

La sociedad actual cambia aceleradamente, y estos cambios exigen otros en la manera de ejercer la Medicina. Crece la población del mundo. Aumentan los viejos. Aumentan los enfermos crónicos. Emigran las gentes del campo a la ciudad, con lo cual cambia el estilo de vida. La secularización de la ciudad acrecienta las exigencias de bienestar. El hombre actual no entiende que la salud sea sólo «ausencia de enfermedad», sino bienestar, lo cual embarca a la Medicina en tareas sociales, desconocidas del médico cuando éste ejercía una profesión liberal. En la «sociedad opulenta» hay una tendencia evidente a exigir una Medicina técnica, precisa, que cada día ofrezca nuevos avances. Estas exigencias y «expectaciones» hacen más cara la Medicina y aceleran su

proceso de socialización para que nadie se prive de sus beneficios (1).

Se necesita, pues, un nuevo tipo de médico. Pero su preparación no puede lograrse sino tras experiencias y ensayos, que se controlen después, para ver si son capaces de responder mejor a las exigencias del hombre enfermo de la sociedad secularizada. En los planes se debe mantener el esquema tripartito de la preparación en ciencias fundamentales, enseñanzas clínicas e internado rotatorio. Lo importante en la organización de la enseñanza es el saber imbricar los distintos departamentos, según las necesidades propias de los temas. La organización en cátedras o departamentos no supone que esta misma división se mantenga a la hora de enseñar. Las técnicas nuevas de aprendizaje deben ser tenidas en cuenta. La formación ética del médico, también. Cada escuela médica debe elaborar su propia organización pedagógica, según los medios de que disponga y en relación con el número de sus alumnos. Se propugna una formación básica de todo médico y después la especialización. También el médico general debe prepararse como un especialista distinto, lo cual aumentaría su dignidad y su eficacia. Se postula la posibilidad de que algunos estudiantes se desgajen, para mejor prepararse en la investigación fundamental, manteniendo su contacto con las clínicas. También las nuevas tareas sociales, organizadoras y administrativas, exigen una preparación especial para los que se dediquen a ellas. Se señala finalmente la importancia de las ciencias dedicadas al estudio de la conducta humana, especialmente la psicología. La

(1) Escrito antes de la crisis actual. Año 1967.

enfermedad es una experiencia humana. La técnica y la socialización tienden a deshumanizar la Medicina. Estas tendencias han de ser compensadas por la necesaria preparación de los médicos en la comprensión de la enfermedad como fenómeno humano. Este tema corresponde a la psicología médica.

La apertura de unas nuevas instalaciones hospitalarias como las que ha llevado a cabo la Administración actual constituye una buena ocasión para que reflexionemos sobre la dificultad de ser médicos en esta época.

A primera vista, podríamos decir que tal dificultad deriva de los enormes progresos realizados por la Medicina en los últimos cincuenta años; pero si bien es cierto que los conocimientos y poderes de los médicos en la lucha contra las enfermedades han aumentado, también lo es que ha surgido la especialización y la subespecialización, de tal suerte que el campo de acción de cada médico se reduce más y más. La especialización deriva no sólo del incremento en la cuantía de los nuevos descubrimientos, sino del nacimiento de las nuevas técnicas.

No sé si, al cabo de muchos años, las técnicas se simplificarán de tal manera que se instaurará un proceso inverso al de la especialización a ultranza a que estamos sometidos. A un gran neurocirujano le oí decir que, con los progresos de la Medicina, las técnicas quirúrgicas se simplificarían de tal manera que, de nuevo, el cirujano general volvería a situarse en el primer plano. Aunque el razonamiento tenga algo de seductor, la verdad es que, por ahora no parece probable, ni siquiera posible.

En cualquier caso, no está ahí la dificultad principal de la cuestión que he planteado al comienzo de estas líneas. La función del médico consiste en curar enfermos, pero en la ambigüedad del vocablo «curar» se esconde la raíz de la cuestión. Para evitarla, los médicos hablan de «tratar enfermedades». Lo cierto es que el médico tiene que ver con *otro hombre* que, al estar enfermo, nos señala los caminos de nuestra acción y también las *fronteras de la misma.* Los caminos están abiertos por los conocimientos científicos y las fronteras por lo que ignoramos, todavía, sobre la enfermedad. Y el médico se sitúa ante un enfermo en un estado de radical ambigüedad que no puede comunicarle totalmente a él. No me refiero al problema ético de decir o no al enfermo la verdad de su situación, sino al problema humano de calibrar la capacidad que tiene el enfermo de asumir su verdad.

La Prensa, durante cierto tiempo, se llenó de comentarios del gran éxito del trasplante de corazón. La audacia, la pericia técnica y el saber del equipo que lo ha realizado quedan fuera de duda. Pero la masa que ha estado pendiente de ese gran experimento ha preferido aceptar que el trasplante ha sido un éxito y que el enfermo ha fallecido de «otra cosa». Sin pensar si esa otra cosa no estaba en una relación intrínseca e inexorable con el trasplante mismo. Eso ocurre porque la mentalidad del hombre actual necesita creer en esos progresos sensacionales que se están realizando ya y que se niegan a creer que sólo pertenezcan al futuro.

En más o menos, cierto es que hay una aceleración del cambio social en el mundo contemporáneo,

que corresponde a un reflejo del proceso de «aceleración histórica» al que parece sometido. Digo «en más o en menos» porque el proceso cursa con velocidad distinta en los diversos países, aunque el modelo del cambio —el arquetipo buscado— es más uniforme de lo que podía hacer pensar la gran variedad y aun contradicción aparente en los fines, que señala la conciencia de las distintas comunidades sociales que pueblan el mundo. A ese «modelo» común nos debemos atener para estudiar sus repercusiones sobre un tema concreto: *la formación del médico.*

Formación del nuevo médico

Los hechos más característicos de ese cambio son, a mi modo de ver, los siguientes:

1. *Las mutaciones en la cuantía y estructura de las poblaciones.*—La población del mundo crece aceleradamente en todas las áreas geográficas, si bien los porcentajes de crecimiento son distintos. Pero, aparte de esas diferencias cuantitativas globales, también se modifica la cuantía relativa de los diversos estratos sociales y biológicos. La prolongación de la vida media, gracias a la acción médica y los resultados logrados en la asistencia perinatal, han creado nuevas configuraciones en las llamadas «pirámides de edad» que, forzosamente, tienen que repercutir en los planes de asistencia médica y social. Aumenta el número de viejos y es mayor cada

vez el número de enfermos crónicos, relativamente al número de enfermos agudos, por ejemplo (2).

2. *Existe en la sociedad contemporánea una fuerte corriente inmigratoria que va del campo a la ciudad.*—En algunos países, el 70 por 100 de la población vive en la ciudad o en sus alrededores. La corriente se halla determinada, en parte, por factores económicos tan fuertes como el proceso de industrialización; pero en modo alguno debemos ignorar los factores psicológicos que también influyen en ella. El hombre actual desea vivir en la ciudad porque necesita de la atmósfera vital y psicológica que la ciudad crea, a pesar de toda la literatura que se hace sobre los inconvenientes y cargas que supone habitar en las grandes urbes. Las grandes ciudades también son mortales, como las civilizaciones. La historia lo demuestra; pero estamos lejos no sólo de su muerte, sino de su agonía. Las ciudades satélites que se crean, los núcleos suburbanos que se construyen, para disminuir el tamaño y prepotencia de la gran ciudad, o se impregnan de la

---

(2) El problema de la hospitalización de los viejos es impresionante. Los resultados de una encuesta realizada en Inglaterra abarca a 252 hospitales, con más de 19.000 enfermos. El 87 por 100 de ellos son ancianos. No se recata en calificar de horribles las condiciones de muchos de los hospitales, no sólo para los enfermos, sino también para los que les cuidan. Los que eligen trabajar en esos hospitales son «santos o locos». Hay que devolver a sus casas —apoyados económicamente— a muchos de ellos para que sean tratados por sus médicos en el seno de la familia. La planificación de hospitales de agudos, creando como contrapartida otros de crónicos, no es lo más acertado. También la asistencia a éstos debe organizarse de un modo plural, buscando soluciones varias.

misma atmósfera que ella o languidecen. Y es que la gran ciudad es la que corresponde a las aspiraciones del hombre-masa, arquetipo del hombre contemporáneo. En ella no sólo el rigor del trabajo se mitiga, sino también la amenaza de la soledad y del tedio y, por el contrario, el ocio tiene más posibilidades de satisfacción. El campo, para el hombre actual, es una evasión, un lugar de vacación, pero no un lugar de residencia. El campo es lugar para la vida tradicional y la ciudad permite que se configure una nueva vida, con más perspectivas de futuro que huellas de pasado. Ya se sabe que el cifrar un fenómeno tan complejo en unas pocas palabras, como acabo de hacerlo, caricaturiza un poco la situación; pero no cabe duda de que éste es uno de los rasgos característicos de nuestra acelerada sociedad, y este rasgo repercute, también, sobre el modo de estructurarse la asistencia médica.

3. *La gran ciudad es una ciudad secularizada.*— Quiero decir que es una consecuencia del proceso de secularización de la vida contemporánea. Mitos y creencias han dejado de influir o no influyen tan considerablemente como antes en la vida del hombre. Las civilizaciones agrarias son tradicionales y patriarcales. En la ciudad se cultiva el cambio continuo como solución progresiva de los problemas. La movilidad interna de la sociedad contemporánea y la ruptura de sus estratos y grupos estabilizadores son ciudadanas. El pasar del campo a la ciudad es una primera manifestación de nomadismo; la segunda se hace en la inmigración, hacia arriba o hacia abajo, a la derecha o a la izquierda, del individuo que es capaz de perforar las diversas estruc-

turas sociales, siempre más permeables en la ciudad que en el campo.

Sin embargo, la vida humana no se ha desmitificado en la ciudad secularizada, sino que otros mitos, en forma de utopías, han venido a sustituir a los anteriores. Los antiguos creían que la Naturaleza tiene horror del vacío. También al hombre actual le espanta. Un gran problema que plantea la descolonización, en algunas partes del llamado «Tercer Mundo», es la dificultad de pasar de los tabús tradicionales al nuevo tabú técnico, sin que en su tránsito alguna grave hendidura dificulte la creación del nuevo orden social y político que se pretende. *En las sociedades desarrolladas, el nuevo mito es el del «bienestar»*. ¿Y quién puede negar la idea de que el bienestar humano arranca del bienestar físico? En la definición de la salud no se tenía en cuenta, en otros tiempos, más que la ausencia de enfermedad, en tanto fuente de dolor y sufrimiento humano. Ahora esa perspectiva no basta, sino que se necesita el *bienestar como algo positivo*. La sociedad secularizada es antiestoica. Este cambio de perspectiva tiene consecuencias incalculables en la Medicina.

Medicina para todos los enfermos

He aquí algunas de ellas: la Medicina ocupa, dentro de la vida del hombre actual, un lugar prevalente. Y un poder. La difusión que en la Prensa y, en general, la llamada «masa media» ocupan las noticias sobre los avances —y a veces los peligros— de la Medicina es extraordinaria. Tal difusión no es

algo artificiosamente impuesto, sino ansiosamente buscado. Se establece un círculo vicioso entre el deseo de conocer nuevos descubrimientos por parte del público medio y el deseo de satisfacer esos deseos por parte de los órganos de publicidad y propaganda, estimulándose recíprocamente el uno al otro. De cuando en cuando, esta relación de dependencia toma carácter de adhesión o dependencia en el sentido de las toxicomanías.

La sociedad opulenta («the afluent society») es una sociedad de consumo. ¿Qué es lo que consume? Las cosas, los bienes que se le ofrecen. Cosas y bienes que se ofrecen, muchas veces, con pago aplazado o diferido. Con lo cual *lo que se consume es el futuro*. Es decir, que muchas veces el individuo que la compone vive de pequeñas esperanzas. La gran esperanza, en un mundo trasmundano o trascedente o siquiera de un paraíso al fin de la Historia, se ha convertido en una esperanza inmediata, pequeña, cotidiana, que podríamos llamar mejor «expectación» (3). Para lograrla no hay que escatimar medios. Los capitales inmensos que se invierten en las exploraciones siderales deberían aplicarse, se dice, a la investigación del cáncer, por ejemplo. La información y la expectación del hombre de la ciudad le llevan, necesariamente, a exigir una asistencia médica lo más perfecta posible. No admite lagunas en ella. Si la Medicina se tecnifica por el propio impulso del progreso, esta tecnificación se halla acelerada por las exigencias del nuevo tipo de enfermo

(3) Expectación, desasosiego o atención concentrada con que se aguarda una cosa o suceso en la vida.

que quiere, *ahora ya,* lo que quizá sólo el futuro pueda suministrarle.

Dos consideraciones derivan de ahí: la primera es que *tal servicio médico supertecnificado no debe estar limitado a unos pocos,* o sea a una determinada clase social, por *caro que sea.* En la historia de la Medicina ha sido clásico el principio de prestar asistencia al enfermo, sea cual fuere su condición económica. El médico ejercía una profesión liberal, por eso recibía *honorarios* en lugar de cobrar sus servicios. Las exigencias técnicas, por una parte, y el incremento de los costes en la asistencia y la nueva mentalidad establecida, por otra, impulsan el proceso de socialización de la Medicina, por muchas resistencias que encuentre y a pesar de los inconvenientes que tuviere. En algunas partes se ha llegado a una socialización completa, como en Inglaterra. En otros países, como en los Estados Unidos, se ha iniciado en forma de «medicare» para los sujetos de más de sesenta años, a pesar de la oposición de los médicos. En la mayoría de los países europeos, la asistencia médica está, en buena parte, socializada.

La otra consecuencia consiste en el *mayor desarrollo de la medicina preventiva y social.* Si antes sólo se concebía como barrera defensiva frente a la penetración de las grandes epidemias de un país, ahora sus tentáculos se han multiplicado y han creado una trama que envuelve al país. La red hospitalaria, la vigilancia de los productos farmacéuticos, la estructuración social de la asistencia, etc., lo han impuesto. Además, el bienestar, positivamente considerado, exige que se vigile la calidad del agua que llega al

núcleo urbano, la polución del aire, la higiene de las viviendas, la política de construcción de casas baratas, etc. El médico no puede vivir aislado, sino inserto en una estructura social. George James dice que unos técnicos que supieran cómo agregar adecuadamente flúor al agua de Nueva York harían más en favor del control de la caries dental en esa ciudad que lo que puedan hacer sus 8.000 dentistas. Si los maestros de nuestra nación —agrega— pudieran persuadir a los niños de no fumar, harían más en contra del cáncer de pulmón y posiblemente de las enfermedades coronarias, que pueden hacer todos nuestros cirujanos de tórax y todos los cardiólogos».

A las nuevas condiciones que rigen la vida del hombre de la ciudad arquetipo, digámoslo una vez más, hay que agregar las que, intrínsicamente enlazadas con ellas, producen en los jóvenes que eligen la profesión de médico, que ya no es un sacerdocio ni una profesión liberal «sensu stricto», *sino que es una profesión técnica.* El que la Medicina sea una ciencia aplicada favorece esta nueva actitud. El estudiante actual aspira a hallarse, lo más rápidamente posible, en posesión de unos saberes técnicos que, entre otras cosas, faciliten su propia autonomía. Esta autonomía de la persona se busca no tanto en una maduración de sí misma, cuanto en una liberación empírica y económica a cambio de los servicios que se presten. La diferencia entre un profesional y un técnico puro es la capacidad que tiene el profesional de ver las implicaciones de la técnica, especialmente en el sistema social.

Todos estos cambios exigen *un nuevo tipo de médico.* La preparación clásica del mismo debe

sufrir una transformación profunda. Para lograrlo, las Escuelas o Facultades deben tomar otra estructura que la actual. Y aquí empiezan a surgir cantidad de problemas. Sólo puedo señalar sus líneas generales, y aun así quisiera sentar por delante una afirmación: *no puede aceptarse una transformación definitiva de los estudios médicos sin una fase experimental previa.* Sólo poco a poco, con aciertos y errores, se logrará encontrar un camino adecuado. Las escuelas de Medicina deben proponerse como una tarea especial durante el próximo decenio el estudio experimental de este problema, teniendo bien en cuenta que no hay más que un camino para juzgar los aciertos: comprobar si la asistencia médica que ofrecen los nuevos graduados a sus enfermos y a la sociedad es mejor que la que se ofrecía antes. Este es un aspecto real y urgente a estudiar lo más empírica y profundamente posible de la nueva sociología médica.

Fuga de cerebros

Un primer problema que se plantea es el de la deserción de los jóvenes estudiantes de las escuelas de Medicina en los países desarrollados. No sé si tal deserción nos podría servir de índice de desarrollo de un país. ¿Por qué ocurre tal deserción? Una causa es clara: los estudios médicos son muy largos para la impaciencia o inquietud de la «juventud acelerada», la cual requiere llegar —cuando antes— a actividades autónomas y remuneradas. De ahí la necesidad de *condensar la enseñanza* y de lograr

el mayor rendimiento posible en el menor tiempo de escolaridad. Otras causas resultan más opacas y difíciles de esclarecer. Se trata de un problema económico, se dice. Hasta cierto punto podríamos contestar, puesto que se trata también de un cambio de mentalidad: *la idea de función está sustituyendo al ideal de servicio.* El servicio médico al enfermo exige un modo especial de dedicación. El médico y sus auxiliares también resultan ser ciudadanos de la sociedad del bienestar. En las capas profundas de la personalidad se siente, a veces, como condena el vivir en el mundo del dolor, tanto más cuanto que estos límites son los que casi nunca acaba por aceptar el enfermo. Otras profesiones ofrecen campos de acción más floridos y alegres y menos amenazados por la desolación. La juventud de la sociedad del bienestar lo busca en la acción, tal como ocurre en el deporte.

Un nuevo clima se ha creado, por mor de estas circunstancias, en la relación médico-enfermo. No pretendo hacer ahora un examen a fondo de esta importante cuestión —muchas veces tratada en otras publicaciones por mí—, pero sí dejar constancia de un mecanismo que el médico actual emplea cada vez más: neutralizar, tecnificar. En una palabra, *funcionalizar* esa relación cada vez más para evadirse de responsabilidades onerosas moral y materialmente. Aun con estos mecanismos defensivos, el camino de la profesión médica se halla progresivamente más erizado de dificultades y horro de compensaciones. De ahí la llamada «deserción de los cerebros» del campo de la Medicina que ocurre en los países muy desarrollados.

Estudios en la nueva Medicina

La compresión en el tiempo de los estudios médicos no debe impedir que se desarrollen en tres fases, con las variantes en la organización que exige el modelo universitario de cada país:

I. Fase preclínica.
II. Fase clínica.
III. Internado.

Los progresos de la Medicina actual se han debido a los enormes avances en los conocimientos biológicos, químicos y matemáticos. Esta preparación (química, física, matemática, bioquímica, microbiología, bioquímica molecular, estadística, etcétera) puede hacerse fuera de las propias escuelas de Medicina o en ellas y debe comenzar tempranamente. En cambio, a su ingreso en los cursos clínicos, los estudiantes deben inmediatamente ponerse en contacto con los enfermos. El fin directo que define esencialmente a la Medicina es *curar enfermos*. La organización de las escuelas o facultades en clínicas o departamentos está determinada, muchas veces, por las necesidades del hospital como institución asistencial. Pero ese mismo hospital, cuando también es de enseñanza, exige que, sin perjuicio de sus funciones asistenciales, se organice para la misma. Esto exige una planificación de sus actividades pedagógicas sobre principios distintos de los asistenciales y con una colaboración estructurada entre sus diversos departamentos. No es fácil lograr esa colaboración, según nos demuestra la

experiencia, cuando, en cambio, la colaboración asistencial no tiene mayores dificultades.

Por otra parte, la medicina que se enseña en 1975 no será totalmente válida en 1987, que es cuando los alumnos estarán en pleno ejercicio. Lo que se enseña debe tener una apertura constitutiva y no planearse como un proceso de adoctrinamiento o de condicionamiento. El alumno debe aprender, poco a poco, a resolver los problemas por sí mismo, a tomar las graves responsabilidades intelectuales y éticas que el futuro le va a acarrear. Es imprescindible romper las barreras «escolásticas» que se establecen entre las más diversas disciplinas. Hay que convertir la enseñanza en un *proceso vivo y creador*. Lo que importa es que se enseñe —supuesta la base premédica previa— estructuralmente la anatomía normal y la patológica, la estructura y la función, la homeostasis y su quiebra patológica, la inmunoquímica en sus relaciones con las infecciones humanas, la farmacodinamia experimental y clínica, etcétera. La solución no está en crear nuevas cátedras, por ejemplo, una de farmacología y otra de terapéutica clínica, sino que en las facultades o escuelas de Medicina se imponga el principio de que la formación del médico futuro debe hacerse a partir de la biología de la enfermedad y que cada escuela pueda planificar el cómo de su enseñanza a partir de sus medios propios, con material y personal suficiente, según el número de alumnos.

También sería aconsejable que se tuvieran en cuenta los nuevos conocimientos que han enriquecido la psicología del aprendizaje. Sólo un punto quisiera subrayar a este respecto. Lo importante con-

siste en enseñar a descifrar la jerarquía interna de cualquier tema, lo cual obliga a *distinguir lo esencial de lo accidental.* El acto médico, diagnóstico o terapéutico, no será adecuado ni justo si ignora esa jerarquía interna del conocimiento que le permite tomar, en un momento determinado, la decisión oportuna. La polipragmasia indiscriminadora —terapéutica o diagnóstica— no ha sido nunca aconsejable y sólo revela inseguridad e insuficiencia en el médico.

La Medicina actual exige la especialización. Esta ha surgido en la historia de la Medicina por razones diversas, pero se ha hipertrofiado en los tiempos presentes por el exuberante crecimiento de la técnica. El 85 por 100 de los estudiantes, en muchos países, se preparan ya como especialistas durante sus estudios y en los demás la tendencia a hacerlo crece. La especialización supone el aumento de la importancia del hospital en la asistencia o de la formación de grupos en la práctica extrahospitalaria y la disminución del humanísimo papel del médico general o médico de familia, como todavía se le llama entre nosotros.

Desde el punto de vista de la enseñanza, hay que propugnar un comienzo precoz de la especialización; pero si la enseñanza clínica se reduce a dos años y medio o tres y la preclínica a dos años —que en los países donde existe el sistema tri-estratificado habría que hacer en el «college»—, es mejor para el futuro que los médicos comiencen a especializarse al término de la enseñanza clínica. Es decir, en los años de internado. Pero una nueva exigencia aparece: el médico general, el antiguo médico de familia,

debe prepararse como un especialista más, so pena de transformarse en una máquina seudoclasificadora de enfermos. Así se logrará que la tendencia actual a la especialización no borre de la geografía médica al médico general y que éste vuelva a tener el rango profesional y la compensación económica que merece.

Dentro del área de la especialización se halla el investigador médico en las ciencias fundamentales. Pero también éste necesita conocer qué es la enfermedad y qué es el enfermo, si es que ha de tener características propias. La Medicina se beneficia del aporte de cualquier otro científico; por ejemplo, del físico, del químico o del estadístico, pero también necesita del médico investigador. En cualquiera de los casos, la inserción del especialista en investigación fundamental, en el plan de estudios, debe ofrecer la flexibilidad suficiente para que puedan contactar con la clínica, sin que se perturbe su formación y sus tareas como investigador. La Universidad es centro de enseñanza y de investigación. Si en los departamentos universitarios —en todos— no se investiga, clínica y experimentalmente, se adocenan. La verdad de las ciencias es siempre una verdad relativa cuya comprobación o verificación se halla, por extraña paradoja, más en el futuro que en el pasado. Porque se halla más en el futuro es por lo que la estructura de cualquier Facultad de Medicina debe organizarse tan plásticamente como la realidad lo requiera. Si fueran sólo instituciones para enseñar una verdad estabilizada, su misión sería mucho más fácil. La existencia de aquellos especialistas en

la investigación no exonera a los demás de la obligación de investigar (4).

En la tercera fase, el estudiante hará su internado obligatorio. Las fórmulas son diversas. Sólo quisiera, por mi parte, acentuar el hecho de que sin una estrecha colaboración entre las escuelas de Medicina y los otros centros hospitalarios, no se logrará en esta etapa lo que se propone. Recuérdese la «experiencia Flexner» en los Estados Unidos. Ella permitió, mediante la selección de centros y el señalamiento de un nivel mínimo, que sus escuelas de Medicina alcanzaran el alto grado que actualmente las caracteriza. Durante esos años de internado, la actividad del futuro médico no debe limitarse a la asistencia a las clínicas en la forma rotatoria que se establezca. Debe actuar con una cierta responsabilidad, asistir a los seminarios clínicos y no olvidar su contacto intelectual con la escuela madre que es la Universidad. La preparación de un trabajo de investigación que puede continuarse después podría ser conveniente. Es entonces también cuando, en contacto con otros profesionales maduros y ejemplares —sus maestros—, pueden asimilarse los principios éticos de una profesión tan delicada como la nuestra. Ciertos avances técnicos de un elevado coste, por ejemplo, plantean problemas delicadísimos, como en el caso de los riñones artificiales o del mantenimiento del tratamiento en los comas irreversibles, etc. Es el momento de aprender que ser médico impone responsabilidades tremendas y angustiosas.

---

(4) Véase mi libro sobre educación en Editorial Nuevo Futuro, Madrid, 1975.

Medicina hospitalaria

La medicina hospitalaria es sólo una parte de la Medicina. Aislar el hospital como una fortaleza técnica de la medicina domiciliaria y de la comunidad en general es un grave error. No se puede fomentar ilimitadamente el ingreso en el hospital por cualquier pequeño padecimiento. No es humano y no es económico. En la organización de la Seguridad Social, éste es un punto importante para el futuro. No se pueden tampoco esgrimir estadísticas de actos médicos o quirúrgicos en las cuales se incluyan «unidades de acción» que no deberían haberse realizado en el hospital.

Es necesario, por tanto, en los hospitales del futuro construir los departamentos de «medicina de la comunidad» que sirvan de presente entre el hospital y la medicina domiciliaria. Su modo de operar ofrece dificultades y resultará evidentemente complejo; pero éstas son dificultades que derivan de un nuevo concepto de la misión del hospital y que se desvacerán en el momento en que los objetivos aparezcan claros en la mente de los encargados de la organización de tales departamentos. Ahora el hospital extiende su área de acción a través de las consultas externas o policlínicas, pero tal área tiene unas fronteras que convendría borrar, de tal suerte que se establezcan lazos entre estos servicios y la medicina domiciliaria.

Por otra parte, cada hospital debería tener asignado un sector de la ciudad para ejercer una acción médico-social. La medicina actual es no sólo curativa, sino preventiva y educativa. Y las prevenciones

no se limitan ahora a un programa de vacunaciones más o menos extenso.

El médico del futuro debe mantenerse en estrecho contacto con los progresos de la Medicina. Es inútil pretender que viva de lo que aprendió en sus años de estudiante y que, después, sobre esta base se comporte como un autodidacta. Se impone, por tanto, la necesidad de organizar sobre una base eficaz los llamados cursos de perfeccionamiento. Tal organización debe ser variada y adaptada a la multiplicidad de condiciones en que se ejerce la Medicina. Los médicos que viven próximos a un gran hospital pueden dedicar a ello unas horas al día sin merma de continuar su ejercicio profesional. Para los que ejerzan en áreas rurales el plan debe ser distinto; lo realmente importante es que no se planeen los cursos como asistencia a unas conferencias, sino como participación en una labor hospitalaria de carácter práctico. Por otro lado, la Medicina se halla cada vez más integrada en los problemas del hombre actual. El médico no sólo es un profesional con saberes técnicos, sino que con sus palabras, con su ejemplo, con sus opiniones, etc., *es un centro de acción social.* De ahí la necesidad de que una y otra vez, a lo largo de la vida, se ponga en contacto con todo lo que le ayuda a conocer al hombre. En los cursos de postgraduados, tanto los dedicados a las especialidades como los de médicos generales, este punto de vista no debe olvidarse. Y mucho menos aquellos temas que enlazan la profesión médica con la sociedad, tales como la sociología, la ética y la jurisprudencia médica. Y así será posible hablar de la «*Medicina como Poder*».

Y aunque no sea más que brevemente diré que resulta imprescindible la formación de la personalidad del médico. La Universidad pretende formar la persona del estudiante al mismo tiempo que la instruye (5). A través de la instrucción, o sea, en la búsqueda de la verdad, se forma la persona, es cierto. Pero esto no basta. La persona se funda en la existencia de la libertad y cada acto libre supone ser autor del mismo y, por tanto, responsable. En esta tercera etapa es cuando puede cuajar, en la medida de lo posible, la formación personal del médico, tanto más necesaria cuanto más jóvenes sean, ya que muchas veces la «aceleración en el crecimiento» es correlativa de inmadurez, inestabilidad e inseguridad.

---

(5) Este es uno de los más graves problemas de la Universidad actual. Se fundó en la creencia de que el enseñar y el investigar eran el mejor medio de formar a los alumnos; pero, entonces, enseñar e investigar se referían al gran problema de la verdad del hombre en su mundo. Ahora se investiga y enseña; pero la pluralidad de métodos, la minuciosidad de las técnicas, los necesarios y pequeños avances y, sobre todo, el hecho de que todo ello esté infiltrado por el mismo principio de la sociedad de consumo le han suprimido lo que en la Universidad podía haber de formador de la personalidad. No es una cuestión a tratar aquí. Por lo que se refiere al médico, creo que el principio esencial es la conveniencia en la relación interhumana médico-enfermo. Es aquí donde todavía pueden hallarse los grandes maestros. Véase sobre estos temas mi libro «Discurso a los universitarios españoles». Ed. Rialp, 1950-51-53-57 y libro sobre temas de Educación en Editorial Nuevo Futuro, 1975, Madrid.

El enfermo como persona

Los progresos técnicos y sociales actuales no escotomizan, en quien mira la realidad con los ojos bien abiertos, que la enfermedad es un fenómeno humano que desborda las fronteras de la física, de la química y de la biología misma. *El enfermo es una persona humana que vive en un medio social.* La interrelación de la persona con el medio no puede tenerse en cuenta en el hombre sano e ignorarse en el enfermo. ¿Cómo va a ser así cuando la patología se halla, tantas veces, socialmente condicionada? La difusión actual de las toxicomanías, el problema del tabaco y del cáncer de pulmón, las intoxicaciones industriales, la agresividad acrecida de los psicópatas, la conflictividad juvenil, la fría soledad que rodea al viejo, el desamparo de los enfermos crónicos y tantos otros, son hechos que *obligan a poner en relación persona enferma con sociedad enferma.* Yo no quisiera utilizar el término «patología social»: dejemos el vocablo de patología sólo para nuestra más estricta área. Sí podemos, en cambio, hablar de «sociedad imperfecta». Su misma movilidad y su exigencia de progreso demuestran su imperfección. El «estar enfermo» conforma una conducta humana. Las ciencias psicológicas, sociales y antropológicas deben tener su ingreso, en la medida necesaria, en la enseñanza de la Medicina. Y si antes hemos hablado de la segregación del investigador científico, ahora hemos de hablar de la segregación de aquellos que más especialmente se ocupan de los problemas sociales de la Medicina. Esta es otra realidad que nos viene

impuesta de un modo creciente: los organismos preventivos sanitarios, la medicina del trabajo, la administración de los hospitales, el clima psicológico de las grandes urbes o el de los suburbios son algunos ejemplos que podríamos poner. Lo más importante es subrayar la necesidad de que el médico, en su período de formación, tenga contacto con estos problemas y de que la preocupación por los mismos cuente en los estudios de las escuelas de Medicina. La vida empieza a defenderse en fronteras más lejanas que las que señala la geografía de nuestro cuerpo. El mismo problema, planteado al principio, el de saber si los nuevos médicos corresponderán o no a las exigencias de la nueva sociedad, es, como he dicho, un tema de investigación social que afecta a la misión misma de las escuelas de Medicina.

Queda, finalmente, toda el área intrapersonal del enfermo. No me refiero, naturalmente, a las enfermedades psiquiátricas con clara base somática, sino a la enfermedad —a cualquier enfermedad— *como experiencia humana.* El progreso técnico, la socialización, el imperativo de la asistencia hospitalaria, la desaparición del médico de familia, la transformación del médico en «funcionario», la racionalización de las perspectivas científicas, junto a la desvalorización de los procesos intuitivos en el ejercicio médico (como los aludidos con las expresiones de «ojo clínico», «arte médico», etc.) y tantos otros factores de cambio en la Medicina actual tienden, quiérase o no, a *deshumanizar la asistencia médica.* No quiero decir que estos cambios no sean buenos, sino simplemente que llevan consigo la tendencia a pres-

cindir de otros factores esenciales que van implícitos en todo acto médico.

En enfermo vive su enfermedad como sufrimiento y amenaza. El dolor computado estadísticamente y el coeficiente de mortalidad o de incapacidad se vivencian de un modo personal. Para el enfermo no valen las abstracciones, sino su situación concreta. Una afirmación estadística rara vez logra otra cosa que encubrir la angustia que el enfermo, en su intimidad, siente. Por otra parte, la historia clínica es fuente valiosa de conocimientos; una experiencia personal que parece trivial, como el fatigarse al subir unas escaleras, pone sobre la pista de un fracaso funcional que se inicia.

Si se ojean los capítulos de un libro de semiología se verá cuántos síntomas presuponen el valor de la experiencia subjetiva: el vértigo, la cefalea, los trastornos de la conciencia, los diversos tipos de dolor, etc., son síntomas cuya descripción por el enfermo debe saberse escuchar con la misma virtuosidad que se escucha un soplo cardíaco.

La floración actual de las neurosis y de los trastornos psicosomáticos pone de manifiesto la importancia de los aspectos psicológicos del enfermar. Ya sé que se ha supravalorado por muchos autores y muchas escuelas el papel de los conflictos y traumas psíquicos en la aparición de las enfermedades. Nunca me he sentido inclinado a aceptar esa supravaloración que terminaba siempre por atribuir a causas psicológicas la presencia de un trastorno, cuando no se podía imputar a causas somáticas. Al contrario, una cuantiosa parte de mi investigación trata de demostrar que las neurosis y los trastornos psicoso-

máticos no son enfermedades puramente psicodinámicas, sino también fisiodinámicas (véase mi libro «Las neurosis como enfermedades del ánimo»).

Lo importante es reconocer que si la enfermedad es una experiencia humana, su trama psicológica es innegable y debe ser estudiada y, por tanto, enseñada en las escuelas de Medicina. Por si fuera poco, los enfermos toman actitudes distintas ante la enfermedad, según su personalidad y según el medio en que viven. No reacciona lo mismo el que ha sufrido un traumatismo estando asegurado que el que no lo está. La misma socialización de la medicina y el derecho a la asistencia hospitalaria influyen en esa actitud. También influye el médico. Este es —se dice— el mejor medicamento; pero a veces también es el peor, actuando como agente yatrógeno. ¡Cómo hemos de olvidar, pues, que un arbotante de la educación médica del futuro se halla constituido por la psicologización de la medicina! El hombre actual es un hombre «dirigido desde afuera» por estereotipos colectivos. Pero hay unos momentos en los que él quisiera dirigirse, si no desde dentro, sí en forma no demasiado estereotipada, en una relación personal con su médico, quien, al mismo tiempo que le ayuda técnicamente, le presta la confianza y comprensión que necesita en el trance de su enfermedad, contribuyendo a desvanecer la angustia que se infiltra en sus plasmas.

EL FUTURO DE LA PSIQUIATRIA

Usos y abusos de la psiquiatría

Economistas, sociólogos, políticos y otros intelectuales tienen la sensación inevitable y casi peligrosa de que estamos en un mundo de rápida transformación. Después de la última guerra, la frase que podía definir el estado de ánimo de muchos de ellos es «America is the Wonderland». Ahora empieza un suave escepticismo o una agria resistencia en algunos sobre ese pensamiento, pero son pocos todavía. Tal situación de ánimo repercute en el estado de vida del hombre contemporáneo. Las repercusiones sobre la psiquiatría han sido considerables. En América se difundió una preocupación colectiva por el psicoanálisis y la gratificación libidinal consiguiente. No se ha limitado a la acción individual. Ha impregnado la vida social. En Europa está ocurriendo algo parecido. La estructura social que aportaron los emigrantes del Mayflower se resquebraja. Lo que llaman ellos su «filosofía» que no es otra cosa que su modo de vivir («way of life») no se ha limitado a influir sobre los individuos, sino sobre la estructura

social. La corriente ha sido tan poderosamente optimista que las afirmaciones pesimistas de Freud en su libro «Das Unbehangen in der Kultur» son olvidadas o reprimidas. De ahí surgió el revisionismo sin apostasía (Horney, Fromm, Sullivan, etc.). La obra era tan grande que una vez me dijo Paul Hoch que sufría tanto con la poca atención prestada a la asistencia social psiquiátrica, en comparación con la prestada a la relación interpersonal —«chaise-longue therapy»— (psicoanálisis), que sólo una recesión económica sería capaz de acabar con esta situación. Por mi parte, creo que debemos tener muy en cuenta que esa concentración en el estudio de las relaciones interpersonales se debe *a que son más influenciables, que las estructuras biológicas que sirven de base al enfermar*. Las relaciones interpersonales suponen como punto de partida el conocimiento del yo social, de la máscara, de la persona. Para el americano (1) todo eso lleva consigo el estudio del «status» social. La creencia en un *meliorismo* que abarca a todos y a todo, exige como contrapartida, la preocupación por las lacras sociales: enfermedad mental, criminalidad, pobreza, minorías étnicas, etc., etcétera. Esta orientación no se ha limitado a la psiquiatría, sino que ha invadido toda la medicina. Selley dice que el progreso de la sociedad americana ha consistido en llevar al plano interino y privado lo que en la gran revolución —la francesa— se realizó en el mundo externo (libertad, igualdad, fraternidad). Es decir, construir una sociedad muy autoconsciente, compuesta de individuos también muy

(1) Me refiero, en estas alusiones, al habitante de los Estados Unidos.

autoconscientes, uniendo una nueva dimensión «vertical» a las complejidades, ya conocidas, pertenecientes a lo que podríamos llamar el plano horizontal. Así se producirá un nuevo y distinto *inconsciente americano.*

No parece que la realidad vaya por ese camino. Es verdad que la intimidad ha sido uno de los grandes descubrimientos del mundo contemporáneo; pero no ese tipo de intimidad del nuevo mundo que trata de un modo u otro de *manipularla* y *racionalizarla.* ¡Qué distinta ha sido la historia del pensamiento europeo hasta la última guerra!

Es natural que esta perspectiva influya en el desarrollo de la psiquiatría contemporánea. Se necesita no sólo manipular a los grandes enfermos, sino los pequeños conflictos interpersonales. Cuando tal manipulabilidad no es posible los «snake-pits» están en la reserva. El psiquiatra se ve compelido a jugar un papel social muy distinto del que jugaba en períodos históricos anteriores. Lo primario, cuando la psiquiatría ascendió a ser una rama de la medicina, o sea los problemas de etiología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento ha pasado a segundo término; por eso expresiones tales como esquizofrenia o neurosis carecen del valor que tiene cualquier otra expresión médica. Como cuando un profesor de Psicología dijo en una cadena de la televisión neoyorquina: «Todos ustedes los varones que me escuchan son genios. Díganselo así a sus mujeres. Lo que necesitan es descubrir *en qué son ustedes genios:* eso es lo que pueden hacer los psicólogos».

El futuro de la psiquiatría, aseguran algunos, depende más del *esclarecimiento de su teoría* que de

los nuevos hallazgos que se aporten en la práctica. Y el primer punto a tener en cuenta consiste en poner en claro cuáles son sus relaciones con las otras especialidades médicas. El psiquiatra, en cuanto médico, puede tratar a sus enfermos como máquinas, es decir, como objetos; pero no es esa tarea lo que le caracteriza. Lo específico de él es que siendo el psiquiatra una persona tiene que tratar a «otra persona». La psiquiatría es, pues, *una ciencia social.* Afirmación próxima al pensamiento de Kant cuando afirmaba que la psiquiatría es pura filosofía.

Muchas veces se ha aludido en fechas pasadas a los contactos entre la filosofía y la psiquiatría, pero esta corriente de pensamiento y acción a la que me refiero, *cursa por otros derroteros.* Como quiera que el psiquiatra se ocupa de seres humanos no tiene sentido *hablar de salud o enfermedad,* sino que tiene que plantearse *cuestiones éticas y de búsqueda de un lenguaje operativo,* dicen. Pasemos por alto, de momento, las extraordinarias dificultades que aparecen cuando se intenta derivar una ética de la ciencia tomada en ese sentido. La verdad es que ha tenido cierto éxito la expresión el «mito de las enfermedades mentales». Estas no existen. *Hay enfermedades del cerebro,* cuyos síntomas prevalentes son psíquicos; pero el gran reino de la psiquiatría —desde las neurosis a las psicosis clásicamente llamadas endógenas, contando con todos los capítulos intermedios— deben amputarse de la psiquiatría. Pensar que las enfermedades psíquicas son debidas a defectos o deformidades de la personalidad sólo puede hacerse apoyándose en un razonamiento falaz, agre-

ga Szasz. Lo que se llaman enfermedades o trastornos mentales son trastornos en la comunicación que pueden resultarnos inaceptables o incomprensibles, como si hablasen en «bantú». El psiquiatra, como decía Sullivan, sólo es un observador participante («participant observer») y como tal lo compara con lo que él cree y piensa que es la realidad, emitiendo después un juicio.

Repárese bien en el salto que se está dando sobre la imagen del psiquiatra y sobre las posibles consecuencias del mismo. Las grandes figuras desaparecidas y muchos de los vivientes de la psiquiatría centro-europea se han esforzado en delimitar qué es lo que se puede *comprender* en una conducta humana y qué es lo que rebasa los límites de la comprensión y necesita de la explicación. El psicoanálisis ignoró estas distinciones y a partir de Ana O. buscó una *nueva forma* de comprensión del sentido de los síntomas de la enferma. En realidad, en esa nueva forma de comprensión se trataba de un intento de fusión de esos dos métodos: comprender y explicar; por eso se evadía la cuestión con expresiones tales como «interpretar» («Deuten»); pero los problemas psiquiátricos han ido creciendo de tal manera que esta relación intersubjetiva que se basa en el análisis no bastan para resolverlos. (Una vez oí a un psiquiatra de los Estados Unidos y eminente director de una poderosa fundación, que había hecho ya el cálculo del dinero que se necesitaba para psicoanalizar a todos los americanos, con lo cual desaparecería la agresividad y el malestar de la sociedad). El despegue de esas nuevas tendencias del psicoanálisis ortodoxo se comprueba en las conti-

nuas alusiones que se hace al mundo de los valores en contra de la neutralidad que quería Freud mantener a toda costa. La psiquiatría y, especialmente, la psicoterapia deben tender —se afirma— a la elucidación de los valores y de los fines de la persona mal llamada «enferma» y que no tiene ante sí más que un *problema de vida.* Antes se creía que el demonio o las brujas eran causantes de las desgracias, ahora se atribuye esto mismo, sin ninguna razón, a lo que se llama enfermedad mental o trastornos mentales, agregan. No se trata ni de exorcisar, ni de curar, sino de enfrentar a cada uno consigo mismo y con su propia circunstancia, utilizando la famosa expresión de Ortega: «Esta es la nueva función del psiquiatra».

El científico siempre trata de buscar nuevas conexiones entre los hechos que estudia y, cuando la conexión no aparece clara, formula hipótesis de trabajo, como la existencia de la *somatosis* en las psicosis endógenas o la *dinámica libidinosa,* que desde el inconsciente dirige la vida humana. El establecimiento de la ley física no altera el objeto que se estudia; pero el hombre vive envuelto en su circunstancia, en su propio mundo, en su atmósfera social y lo que se diga sobre él le influye más todavía. ¿Qué huella deja en un muchacho el que le llamen «ladrón» porque se ha llevado un periódico ilustrado que no era suyo?

Incluso este aspecto social ha invadido el ámbito general de la enfermedad y así dicen ciertos autores: «La enfermedad somática consiste —poco más o menos— en un proceso psíquico que impide el funcionamiento normal de la biología humana, siem-

pre y cuando el proceso sea económicamente remediable. Si no lo es, se llama *defecto.*» En el hombre, el proceso normativo es el de *socialización,* superado después por la *transocialización,* que llevará a la sociedad ideal. El psiquiatra está obligado o comprometido apasionadamente a ayudar a encontrar esa sociedad ideal. La actual sociedad de consumo no es más que un momento de transición. La sociedad de consumo, podríamos decir, como todo, se consume a sí misma.

Hay que distinguir siempre entre las cifras de incidencia de enfermedad mental de las cifras de enfermos que acuden a tratamiento psiquiátrico. Se había pensado que una elevación en el número de pacientes estaba en relación con un aumento en la propensión a acercarse a sus problemas en *términos psicológicos* y, sin embargo, tampoco esta actitud puede considerarse como estadísticamente demostrada. También es cierto que la variabilidad en puntos de vista para establecer diagnósticos enturbian todos los datos estadísticos. En Estados Unidos, donde se ha realizado la mayor parte de estos estudios, la esquizofrenia tiene otros límites que en Europa e incluso también las neurosis. Por otra parte, lo que sí resulta más claro es la propia influencia de la *actitud de los psiquiatras* frente al enfermo que acude a ellos.

Psiquiatría de la comunidad

Uno de los últimos *slogans* lanzados es el de «Psiquiatría de la comunidad». Es necesario examinarlo

detenidamente antes de aceptarlo sin discusión. Un gran coro de voces se ha adherido al mismo, pareciendo crear con él una *subespecialidad* de la psiquiatría. Se asegura que el Hospital Psiquiátrico está en su ocaso, lo cual podría ser cierto si se refiere a los viejos hospitales o manicomios y que los Centros de Psiquiatría de la Comunidad pueden ser los definitivos y acabar con los problemas, teniendo en cuenta que pueden asistir pacientes dentro y fuera de los mismos, y a los cuales pueden agregarse los hospitales de día y de noche, los hogares para convalecientes, los programas de rehabilitación, etc.

La Psiquiatría de la Comunidad, además, parece dirigida a sanear la comunidad urbana antes de que enferme psiquiátricamente. La dificultad para encontrar el entrenamiento del personal dedicado a la salud mental, con objeto de equipar estos nuevos Centros, supera en importancia a lo que puede realizar la Clínica en el sentido de medio por el que el médico se acerca al enfermo. La Comunidad Psiquiátrica ofrece, como subdivisiones, la Psiquiatría social, la Psiquiatría administrativa y la Psiquiatría de la higiene mental pública. No sólo debe ocuparse del tratamiento de todas las personas, especialmente de las indigentes en la Comunidad, sino que envuelve la educación de la Policía, de los maestros, de los políticos, de los ejecutivos jóvenes, etc. Tal amplio programa exige que el psiquiatra tenga que ponerse en condiciones de realizarlo, lo cual no es fácil ni teórica ni prácticamente. En todo caso parece más adecuado para *aquellos que se dediquen a la organización de la comunidad,* porque de lo contrario tendría que adquirir profundos conocimientos y, so-

bre todo, *experiencia* en el mundo de la economía, de la ciencia política, *de la política misma*, del planeamiento de las comunidades y de todas las formas de acción social posibles. Los sociólogos están muy contentos porque los psiquiatras han descubierto la comunidad, ya que los sociólogos hace ya muchos años que están haciendo estudios sobre el mismo problema, pero el psiquiatra tiene que preguntarse a sí mismo cuál es su verdadero papel en estas cuestiones. Las contestaciones que se dan son siempre demasiado vagas, como vagos y embrionarios son los conocimientos científicos que se tienen de tales problemas.

Todo el mundo reconoce la influencia del medio social en la organización e integración de la estructura de la personalidad; pero lo que no resulta claro es cómo pueden ser utilizados estos conocimientos en el trabajo y sobre la comunidad. Como es natural, llegados a este punto, siempre se habla de técnicas, y uno se pregunta: ¿Cuáles son las técnicas posibles que pueden ser desarrolladas para *tratar* la Comunidad? La misma diseminación de los conocimientos psiquiátricos con respecto a signos y síntomas, azuzada por el deseo de que pronto se sometan a tratamiento aquellos en los que aparezcan, tiene la contrapartida de desencadenar aumentos en los niveles de ansiedad en la población, sobre todo cuando se trata además de problemas de administración comunitaria. Por si fuera poco, en cuanto se publican artículos sobre estas materias se produce un deslizamiento de las palabras, implicando *promesas que la psiquiatría actual no puede cumplir*. Y cuando se observa la acción de muchos

directores de Centros de esta naturaleza se encuentra con la sorpresa de que *acaban por no tener ningún contacto con los enfermos*. He visto bastantes de ellos que se pasan el día activamente de un comité educativo a otro. ¿Dónde está el acuerdo acerca de las causas no sólo de las enfermedades mentales, sino de aquello que se llama desórdenes emocionales?

Los psiquiatras se mueven actuando en estos sectores entre vagas generalidades. Ciertos estudios muy completos sobre los resultados obtenidos en delincuentes juveniles, por ejemplo, el de Cambridge, Summervile, Youth, pueden considerarse negativos con respecto a sus resultados al cabo de treinta o cuarenta años de funcionamiento. Creo que no está de más confesar la necesidad de una mayor humildad en la posibilidad de acción sobre la conducta humana.

El camino de la psiquiatría de la comunidad se convertirá en camino real si trata de lograr lo que puede ser eficaz. Lo primero es transformar los hospitales de centros de reclusión en hospitales abiertos siempre que sea posible, teniendo en cuenta que abrir la puerta no debe conducir a un precipicio. Segundo, interesar e incluir en la acción del psiquiatra no al enfermo sólo, sino a su familia y a su medio. Cualquier psiquiatra que tenga una larga experiencia puede afirmar que, si este contacto con la familia se mantiene desde el principio de la enfermedad y el enfermo se devuelve cuanto antes al seno familiar, logrando que se acepte —lo cual muchas veces no es fácil—, el problema cambia radicalmente. A toda costa hay que evitar la llamada «neurosis

institucional», que mejor debía llamarse «psicosis institucional».

Para hacer útil el ingreso en un hospital es necesario que haya gran número y variedad de centros, como ocurre en el resto de la Medicina, que se ocupen de aquellos que comienzan a enfermar, así como también lo es que se mantenga el contacto con toda la Medicina para no desperdiciar esa larga tradición que tiene a su favor la medicina somática.

En un pequeño pueblo de Canadá se quiso hacer un programa de higiene mental, lo que determinó la hostilidad de los habitantes del pueblo contra los que hacían el programa, al no entender bien qué es lo que se proponía y qué es lo que querían decirles. También es necesario completar bien la acción hospitalaria en tantas formas de asistencia posthospitalaria como pueda ser posible, y como ésta, multitud de medidas análogas que no hacen más que dar al papel del psiquiatra una flexibilidad que no tenía y que debe ir aumentando no a base de afirmaciones utópicas, sino de las realidades alcanzadas.

Mesura en los «dominios» del psiquiatra

A la vista de las consideraciones anteriores no resultan extrañas las siguientes preguntas:

1) ¿Cuál es el legítimo dominio de la psiquiatría, ya que hemos rebasado en mucho la tarea tradicional consistente en el «estudio y tratamiento de las enfermedades mentales», buscando además el bienestar social y la manipulación humana?

2) Habiéndose extendido tanto el dominio de la

psiquiatría, ¿se hallan nuestras aspiraciones a medida de nuestros conocimientos científicos y de la eficacia de nuestra tecnología?

3) Si la intrusión de la psiquiatría en cometidos no clínicos se sostiene, tiene que establecerse un nuevo código de ética práctica para la psiquiatría social, tal como se ha establecido para la psiquiatría clínica: «Lo que en la superficie parece un problema social es, en realidad, un problema de los que «poseen bienes frente a los que no poseen».

Es natural, por consiguiente, que aparezcan reacciones contra la desmesurada extensión de la sociopsiquiatría. Se culpa a los psiquiatras de ser demasiado ambiciosos en sus proyectos y los deseos que tienen muchos de ellos, de que se oigan sus opiniones políticas *como científicas*, en materias en las que carecen de competencia evidente. Sería mejor limitarse a la organización y asistencia del enfermo que a lanzar grandiosos programas de prevención y de promoción de una salud mental positiva, programas que carecen de fundamento científico y de éxitos reales.

No seré yo quien niegue la importancia de la psiquiatría social. Si el hombre es «zoon politikon» es natural que su situación social, el medio cultural en el cual vive resulte esencial en la formación de la personalidad. Por otra parte, la psiquiatría transcultural nos ha enseñado mucho y apenas hay que insistir en la necesidad de no limitarse al estudio de las otras culturas, sino a las *subculturas que viven en el interior de la sociedad actual:* Y como ésta podríamos aceptar, casi como aforismos, una serie de afirmaciones. También la medicina actual se halla

sometida a revisión desde muchos puntos de vista. La definición de enfermedad de Parson es socioeconómica y no biológica, *pero tampoco humana.* La medicina quiere ser antropológica y la psicosomática es un modo de mostrar ese anhelo.

Es evidente que como psiquiatras debemos evitar la tendencia hacia una deshumanización de nuestras relaciones con los enfermos y que debemos preguntarnos si es posible organizar servicios de asistencia sin esta tendencia hacia la «cosificación» del hombre. El mismo proceso de elevación científica de los médicos en general favorece esta tendencia.

Pero todo esto plantea a la psiquiatría actual el problema de la *posible prevención de las enfermedades mentales.* Durante muchos años hemos hablado largamente sobre las enfermedades mentales, pero desgraciadamente es poco conocido todavía sobre los factores que las causan.

Algo que parece muy importante es la necesidad de proporcionar al niño un adecuado medio para su desarrollo. Año tras año se han desarrollado muchos programas educativos, pero nunca ha sido suficientemente subrayado el problema básico de *cómo los padres tienen que proporcionar ese medio con un potencial máximo para el desarrollo* de un niño sano y un *potencial mínimo para las semillas del desorden mental.* No tenemos suficiente conocimiento de los factores variables que intervienen en tal medio, aunque nuestra experiencia clínica nos debe ayudar a conocer algo de lo que debemos decir a los padres. Sabemos que algunos niños educados en deplorables medios se convierten en adultos ejemplares, mientras que otros educados en

un medio adecuado se convierten en deshechos humanos. ¿Es posible que haya algún factor genético en los desarrollos negativos? Los datos presentes parecen sugerir la presencia de un factor fisiológico que produce el fermento fértil para el desarrollo de una personalidad no sana. La significación de esto debe estimular la investigación más allá de los variables *psicológicos y de medio.* Muchos detalles nos permiten pensar que la «permissiveness» puede ser un factor en la disonancia presente.

Existen crisis en el desarrollo de la personalidad, en el desarrollo de las sociedades y en los sistemas educativos, pero *¿es posible* (se pregunta Eckstein) *encontrar un sistema social y unas instituciones educativas preparadas para estos mecanismos de cambio, de tal manera que las instituciones nunca se vuelvan anticuadas o permitan las crisis devastadoras que estamos experimentando en nuestro propio tiempo?*

La comunicación supone lenguaje, incluso la comunicación consigo mismo. Cuando un delirante empieza con su delirio, si nos *limitamos* sólo a buscar los elementos diferenciales de su contenido y de su función, con el de un sujeto normal, aumentamos el foso que existe entre él y la realidad. Si nos esforzamos en comprender su situación entonces se establece el contacto.

El estudio que ha hecho Foucault de la historia de la locura es realmente el de las relaciones entre el hombre y lo imaginario. Donde falla su estudio es en pensar que lo imaginario haya sido siempre considerado como patológico, por una parte y por otra en no distinguir lo imaginario patológico de

lo imaginario real. La vida psíquica está sometida a los influjos del medio cultural o del medio social en el cual crece, pero no sólo está sometida, sino que también los crea. Lo imaginario patológico, la enfermedad mental en sí supone, como yo he sosteido muchas veces, y recientemente lo afirma Zutt, *una pérdida de la libertad.* Hay muchas maneras de entender la libertad. Lo cierto es que la libertad se halla ligada al problema de la existencia humana, tal como el hombre existe, es decir ligado a una corporalidad. La existencia de la corporalidad es ya la primera pérdida de libertad.

Benjamín Rush decía que nunca había encontrado entre los indios un solo caso de demencia, sólo algunos melancólicos y maníacos. Humboldt también afirmaba que nunca había oído hablar de un solo «alienado» entre los indios salvajes de la América meridional. La enfermedad mental resultaría, según esas aseveraciones, de la represión que el medio ejerce sobre la naturaleza animal del hombre. El «beau sauvage» sería una especie de ser angélico indemne a la locura.

Desde ahí, la «nave de los locos» de Jerónimo Boch ha seguido navegando y tras recodos y vericuetos diversos parece haber llegado en los tiempos actuales a una conclusión que subrayó siempre la analogía entre las enfermedades somáticas y las psíquicas.

Algunos psiquiatras aficionados a la literatura han intentado poner una etiqueta a la locura de Don Quijote, y tal empeño les ha resultado más difícil de lo que creían; precisamente por la convivencia armónica que había en Don Quijote entre el espacio

de la «razón» y el de la «sinrazón». Después es cuando la separación se establece: a las leproserías suceden los hospitales generales donde se aislan de la sociedad junto a los locos, los vagos, maleantes, prostitutas y tantos otros que forman lo que la razón de Estado calificaría de *asociales*. Tal empeño va acompañado del nacimiento de la psiquiatría moderna que trata de separar, de alienar de la sociedad al loco al establecer un *diagnóstico*.

La «razón de la sinrazón» ha sido siempre el gran tema de la psiquiatría. En el siglo XIX se intentó un abordaje más científico del problema. La psiquiatría renacía con pretensiones de una objetividad análoga a la de las ciencias de la naturaleza. En las enfermedades del cerebro estaba el secreto de las sinrazones del enfermo, decía Griesinger; pero después con Freud la psicología profunda vuelve a buscar en la intimidad de la vida humana el secreto de las neurosis y quizá el de las psicosis...

Para Heinroth la enfermedad mental era «das Böse Uberhaupt», pero para Freud ese estrato íntimo, ese énclave morboso que se forma entre el desear y el conseguir lo deseado no era *moral*, sino *libidinoso* y, por tanto, había que encontrar el nudo del ovillo de la persona mediante el análisis. El inconsciente traumatizado por la institución familiar, se amplía después acusando a la mentalidad social institucionalizada como agente provocador y las neurosis se convierten en *sociosis*. La salud mental sólo puede lograrse según estos puntos de vista mediante una regresión a la pureza primitiva; para poner de manifiesto más fácilmente ese análisis de la vida íntima, se llega ahora a preconizar por algu-

nos colegas, realizarla en grupos (psicoterapia de grupo), en los que la desnudez corporal ayude a la psíquica. El enfermo no es un «alienado», como decían los clásicos, sino que la alienada es la sociedad. En la enfermedad no se manifiesta ya la sinrazón, sino la razón de la vida humana, como decía Don Quijote. Y al psiquiatra actual que no quiera avanzar por esos caminos se le estigmatiza con la frase de Déjérine: «l' aliéné est celui qui est enfermé, le psychiatre celui qui enferme».

Y es más, se acusa a los psiquiatras de convertirse en agentes del poder del «establishment». ¿Cómo desechar ese pensamiento cuando Nietzsche, Hölderlin, Van Gogh, Goya y tantos otros han tenido tanta importancia en la creación del mundo moderno? Decididamente, las enfermedades mentales —insiste Szasz— son un mito y son sólo trastornos en la comunicación, y de esto tienen la culpa psiquiatras tan poco sospechosos como Charcot y Freud, que calificaron de enfermos a los que no eran más que «malingers». En un Congreso de una Sociedad de Psiquiatría al que tuve oportunidad de asistir, repartían unos papeles que decían que las depresiones, las enfermedades mentales, la úlcera de estómago, las enfermedades del hígado y no sé cuántas más estaban producidas por el «establishment», por lo visto tan maléfico y demoníaco que quería ahogar con la creación de enfermos mentales —y de los demás— las nuevas fuerzas creadoras de la sociedad. Hölderlin decía: «Yo interrogo a las estrellas y se callan; interrogo al día y la noche y no responden: del fondo de mí mismo, cuando yo me interrogo vienen los sueños inexpli-

cables»; pero ¿qué puede venir de ese «fondo de sí mismo» del que habla Hölderlin? En Sade lo que viene es el frenesí del deseo y de la muerte, en el que las pasiones más absurdas se convierten en razonables, puesto que *son del orden de la naturaleza.*

Y en este nuevo mundo en germinación se mueve la psiquiatría contemporánea. No hace más de treinta años los trabajos de la escuela fenomenológica se apoyaban en la diversidad del método de las ciencias naturales y del espíritu entre el comprender y el explicar. Se *explica* que un cerebro en el cual anide el treponema, produzca la parálisis general o que un muchacho que tome LSD tenga alucinaciones. Se *comprende* que la vida psicológica normal sea una cadena de motivaciones conscientes y subconscientes. A la psiquiatría se le abrieron dos amplias vías de investigación: la biológica en su más amplio sentido y la psico-social, llena de temas tan apasionantes como el de que la histeria, por ejemplo, sobrenade o se esconda o varíe en su sintomatología, según la variación de la sociedad en la que emerge. Esa «*metablética*» de las enfermedades y la necesidad de utilizar caminos y perspectivas a veces diametralmente opuestos determina que las fronteras de las enfermedades mentales sean difíciles de establecer. No sólo difíciles, sino quizá imposibles, con rigurosa lógica científica. Las enfermedades son acontecimientos humanos y el hombre —y su mente— no son objetos limitados y concretos, sino abiertos. Como decía Pascal, «l'homme dépasse infiniment l'homme».

A mayor confusión, más necesidad de luz. A ma-

yor máscara más necesidad de sinceridad. A mayor cobardía y renuncia a la noble tarea de pensar, más necesidad de valentía y esfuerzo para realizarlo. A mayores abusos de la psiquiatría y de los psiquiatras, mayor necesidad de conocer sus usos. Hoy existe la tendencia de incluir en el reino de lo anormal todo lo que es el «mal» desde la enfermedad, la desgracia, el crimen, la infelicidad e incluso la muerte. No seamos los psiquiatras demasiado orgullosos. No caigamos en la trampa de pensar en nuestra omnipotencia. En la mitología griega, Némesis, la diosa vengadora, castigaba a los que, víctimas de su orgullo, de su «hybris», se creían dioses. El psiquiatra no necesita «hybris», sino «sophrosine».

Ya sé que paradójicamente —por ser psiquiatras— la mayoría no tienen que ver con la «hybris»; de todos modos quisiera agregar que la *soberbia tiene que ver con la utopía.* Moro estimaba que se podía lograr esa sociedad ideal llegando a la perfección por la eliminación de la sociedad privada; pero se olvidaba del ansia de propiedad del ser humano que deriva de la serpiente de la soberbia. Olvido o represión porque los pensadores utópicos sufren de «pneumatología», como decía Schelling, es decir, de olvidarse de la realidad. En este caso, de la realidad de la naturaleza humana, tomando «naturaleza» en el sentido original de «physis». Freud fundó, según explica Binswanger el psicoanálisis sobre la idea del «homo natura». Griesinger inició la psiquiatría científica, puesto que puso a las enfermedades mentales en relación con el cerebro, pero no de un modo tan tosco como se suele citar. A Griesinger le preocupaba por qué domina una idea fija, sin tener

en cuenta su contenido. Ahora algunos psiquiatras sociales quieren olvidarse de ambas cosas y piensan que la sociedad enferma es la causa de que enfermen los individuos. En realidad repiten historias viejas. Ya Osler publicó interesantes trabajos en relación con las epidemias infecciosas y señaló la pobreza como un factor importante en su aparición, y Osler afirmaba que la tuberculosis es una enfermedad social. Ciertamente lo era y lo es, pero ¡qué diferencia entre los tiempos de Osler y los actuales!

La neurología y la psiquiatría

En el IV Congreso Mundial de Psiquiatría que tuvo lugar en Madrid en septiembre de 1966, tuvimos un Simposio dedicado a la psiquiatría en el Mercado Común. Su finalidad era más limitada que la que se dibujaba en esa generalidad del título.

Se trataba, simplemente, de unificar o al menos analogar el plan de formación de los psiquiatras, en los países pertenecientes al Mercado Común, previendo un intercambio de profesionales en un futuro inmediato. Los intercambios de profesores y de profesionales universitarios fueron frecuentes en la historia de Europa. La época de los nacionalismos los hizo más dificultosos. Si existe una esperanza de que alguna vez en Europa vuelvan a prevalecer las estructuras comunes, a la par que subsisten las diferencias regionales, este problema se planteará. En los países del citado Mercado parece implícita-

mente planteada la aceptación de estos intercambios en un futuro próximo (1).

La Comisión organizadora del Simposio que comento aquí ha seguido trabajando posteriormente, siempre bajo el amparo y direcciones de la Asociación Mundial de Psiquiatría. Por de pronto se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. Los reglamentos en vigor, relativos a la formación en Neuropsquiatría no corresponden ya al estado actual de la investigación, ni al de la enseñanza, ni al del ejercicio de la psiquiatría.

2. Las recomendaciones de la Unión Europea de Médicos Especialistas (U. E. M. E.) para la armonización de las condiciones previas a la formación en Neuropsiquiatría, no constituyen una base suficiente para la formación necesaria.

3. Toda reglamentación nueva y la armonización en los países del Mercado Común, deben basarse en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (O. M. S.), relativas a la enseñanza postuniversitaria en psiquiatría.

4. La neurología y la psiquiatría son ciencias afines. No obstante la calificación exclusiva de una especialidad común ya no corresponde al estado actual de la ciencia, ni al ejercicio de estas dos actividades.

5. La evolución histórica y las exigencias de orden práctico imponen a los países de la Comunidad

(1) Precisamente cuando corrijo las pruebas de este libro el Consejo de la C. E. E. ha decidido permitir a 500.000 médicos con que cuentan los países de dicha Comunidad establecerse libremente en cualquiera de ellos.

Económica Europea, la creación de especialidades distintas en Psiquiatría y en Neurología.

6. La formación de especialistas en psiquiatría durará cuatro años comprendiendo una formación básica en neurología.

7. Conviene también dar a los candidatos a la especialización en neurología una formación básica en psiquiatría.

8. La especialización en neurología y en psiquiatría sigue siendo posible, pero exigirá por lo menos cinco años de formación post-universitaria.

9. Hace falta asimismo crear posibilidades de calificación suplementaria en las materias que exigen una formación diferente, tales como la psiquiatría infantil, la psiquiatría social, etc., etc.

10. El plan de formación teórica y práctica, sancionado por un examen, se precisará y se armonizará. A este respecto remitimos para las cuestiones esenciales a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

Como puede verse, el problema donde se centra y, por tanto las discusiones, ha sido en las relaciones entre la psiquiatría y la neurología. Y es que la situación resulta muy curiosa en los diversos países. La designación de «Neuropsiquiatría» envuelve en muchos de ellos una prevalencia de la neurología sobre la psiquiatría. Dos países podríamos citar como ejemplo, en los que esta situación ocurre de hecho: Francia e Italia. En París la psiquiatría no es ni siquiera asignatura obligatoria —con deber de examen— en la licenciatura de Medicina. En varias universidades de provincia, en Francia, la cá-

tedra de psiquiatría está confiada a un neurólogo. En los «concursos» para las plazas de psiquiatras en los hospitales psiquiátricos, la neurología se lleva —o se llevaba— la parte del león. En Italia ocurre algo parecido. No cabe duda que esta situación no corresponde a la realidad actual, tanto científica como asistencial. En los Estados Unidos, por ejemplo, existen alrededor de 25.000 psiquiatras —y no son suficientes— y no más de un millar de neurólogos. Se habla allí de la neurología como de una especialidad académica.

La psiquiatría tiene, pues, derecho a ocupar el lugar que le corresponde dados sus avances científicos y las necesidades asistenciales de la sociedad actual. Esto no quiere decir que se rompan los lazos de unión entre las disciplinas de la neurología y la psiquiatría. Nada más peligroso para el futuro de la Medicina que la excesiva especialización que lleva, inevitablemente, a la fragmentación del hombre enfermo. La Medicina es, como decía Siebeck, una ciencia en movimiento. La agrupación de hechos y actividades que hoy nos parecen legítimos, no lo serán en el futuro.

Oí una vez decir a un gran neurocirujano norteamericano, que el progreso de la técnica quirúrgica revalidaría y revaluaría un día próximo al cirujano general y que, al mismo tiempo, la especialización quedaría en los medios auxiliares y que muchos de éstos, ni siquiera serían médicos. No sé si esta predicción se cumplirá. Pero sí que sé que es peligroso desmembrar excesivamente la realidad del hombre enfermo. Es el peligro del arma técnica cir-

cunscrita a un objetivo y que olvida todo lo demás que constituye el cuerpo vivo y doliente.

De todos estos acuerdos antedichos, lo que se deduce es la necesidad en nuestros países —no en todos— de conceder a la psiquiatría el rango que le corresponde. Su especial situación lo exige. Situada a caballo entre las ciencias de la naturaleza y las de la cultura, la preparación del psiquiatra tiene sus peculiaridades.

La especialización en la psiquiatría es difícil. La preparación no puede ser corta. Nuestras Escuelas de Psiquiatría para post-graduados tienen que aceptar un módulo común. La Comisión inter-europea ha señalado cuatro años. Alguna vez los psiquiatras españoles gozarán del privilegio de ejercer en un país de Europa, libremente elegido. Hay que comenzar ya la preparación para ello.

LA VOCACION MEDICA

ARTES SERVILES Y ARTES LIBERALES (1)

El mundo moderno profesa la religión del trabajo. Esto no carecería de sentido si tuviera una adecuada visión de lo que supone la labor en la vida humana. El mundo clásico distingue entre *artes serviles* y *artes liberales*. De las artes liberales han surgido las modernas profesiones, en cuanto son su proyección social. Pero, de tal suerte se ha alzaprimado la importancia del trabajo, como si fuese la única fuente de vida digna del hombre, que aun las llamadas profesiones liberales han sufrido el impacto de las artes serviles. Y todavía hay «energúmenos políticos» que claman contra ese liberalismo de las profesiones, como si éste fuese una consecuencia del liberalismo político. A veces no sabe uno si sorprenderse más por la ignorancia o por el tópico de la mala fe.

El mundo utilitario exige también el trabajo uti-

(1) Sobre este tema ha escrito un profundo ensayo Leopoldo Eulogio Palacios.

litario y total del hombre-masa. El coeficiente que se maneja es el del rendimiento: que se maneja y se paga. Pero la vida humana no es, ni puede ser, sólo eso. En la semana cristiana, el domingo, día de descanso, no puede utilizarse en trabajos serviles, porque el hombre necesita de algo más que de pan para vivir.

La reducción del mundo a trabajo utilitario supone la anulación de la vida contemplativa y de tantas otras formas de vida que contribuyen a la dignidad de la persona. Asombra la trasposición y el trueque diabólico que se hace con las palabras y con las realidades que representan. El enemigo de una forma tan excelsa como la vida monástica durante la Edad Media era la acedía. Muchas veces se toma la acedía como sinónimo de ociosidad. Nada más erróneo. La acedía no es la pereza, vicio contrapuesto, si se quiere a la virtud del trabajo o de la actividad (contra pereza diligencia), sino el tedio. Una forma de tedio existencial, en el cual se desvanece la relación del sujeto con el mundo que le rodea. Las cosas no son ya apetecibles. No significan nada para el ser que, en un aislamiento infecundo, no desea realizarse, faltando con ello al mandamiento primordial de la personalidad. La realización personal consiste en buscar lo que Dios quiere de nosotros.

El monje acede e inerte no buscaba eso, sino que encerrado en su éxtasis temporal permanecía inasequible a esa gran llamada divina que es la realización del proyecto de nuestra propia vida. O con palabras más clásicas: la búsqueda de un ideal.

La actividad de las artes liberales tiene un sen-

tido ahincado de realización personal. Cada acto —como hemos dicho— enriquece o empobrece a la persona que lo realiza, según se ajuste, más o menos, a los preceptos de una ética profesional. Por eso ésta es cada vez más rica y sustanciosa. En cambio, convertir la vida profesional en vida de trabajo utilitario, en arte servil es empobrecerla radicalmente.

Las profesiones liberales no eran pagadas, sino que recibían unos honorarios, que no estaban en relación con el trabajo suministrado, sino con lo necesario para el sustento y dignidad de los que lo ejercían.

Trabajo utilitario, técnica, instinto de agresión, todo viene del mismo frente. Pero la vida no es, ni puede ser, sólo eso. La actividad de las artes liberales tiene un sentido ahincado de realización personal. Cada acto enriquece o empobrece a la persona que lo realiza, según se ajuste, en más o en menos, a *los preceptos de la ética profesional.* Y así se vuelve la vida cada vez más rica y sustanciosa en valores personales. En cambio, convertir la vida profesional en vida de trabajo utilitario —en arte servil— es empobrecerla radicalmente.

He de confesar que la aceptación indiscriminada de ciertas reformas sociales me llena de pavor. Creo que sus consecuencias van a ser incalculables. Yo puedo afirmar categóricamente, que toda organización médica que destruya la relación personal del médico con el enfermo es *antinatural* y, por lo tanto, propensa a una radical inmoralidad. El enfermo busca al médico porque tiene fe en sus poderes. Ninguna organización puede llenar esa confianza del enfermo en su médico, en aquel que él ha elegido.

Otras gentes más entendidas que yo en la dinámica de la sociedad moderna, podrán decir si este principio, que yo señalo para el médico, podría ampliarse a otras profesiones.

La medicina es cada vez más social. La socialización de la medicina está en la exigencia de los tiempos. No deriva sólo de actitudes sociales, sino de una exigencia intrínseca de la propia medicina. El perfeccionamiento técnico es costoso y al serlo resultaría inaccesible a las clases económicamente menos dotadas. Si el progreso técnico no corre pareja con una cierta forma de socialización, sería la asistencia médica terriblemente injusta. Lo que nosotros tratamos de discutir no es la socialización, *sino la forma en que se hace.* Porque habría que considerar si una socialización exagerada no atenta en definitiva a la esencia misma del acto médico: *la libre elección* y la *libre relación del médico con el enfermo.*

Para conocer las bases en las que se opera la realización personal en el ejercicio de la medicina, debemos penetrar en la estructura específica del acto médico. En el quehacer médico existe —¿cómo no?— un principio de conocimiento, pero éste sufre una misteriosa metamorfosis, que le coloca en una situación singular, excepcional creo yo, dentro de los modelos de la condición humana. En la esencia del «hacer» médico existe una imbricación paradójica entre la confianza y la incertidumbre.

La primera experiencia del estudiante de medicina es la amplitud, casi ilimitada, de la materia de

sus conocimientos. Amplitud que le perseguirá, acuciosamente, durante toda su vida. La necesidad de conocimiento del médico no se sacia jamás. No creo que otros profesionales vivan tan exigitivamente esta necesidad, como nosotros los médicos. No se trata de sed de saber, como la de cualquier científico. *Es una necesidad de saber para estar seguro de que,* en su actuar médico, *no se deslizará por el plano de la irresponsabilidad criminal.*

Nadie vive el temor de sus propios errores como el médico. Nadie los palpa, como él. ¿Qué se me escapará en este curso morboso? ¿Es algo que no se sabe o *algo que yo no sé?* Un modo de vivir la ciencia, tan humanamente embebida de responsabilidad y en las más pequeñas minucias del actuar, apenas se aparece en otras profesiones.

No hay ningún signo seguro para el diagnóstico. Ni ningún tratamiento sin porcentaje de fracasos. Existe un margen de limitación, de inseguridad, que se infiltra en el quehacer médico. A medida que se progresa, la vivencia de la incertidumbre crece, por pura paradoja. El médico no tiene la situación segura del físico que sabe que toda la física cuántica no destruye la validez de las fuerzas de la gravedad. Y si en la medicina hay algo inmutable es la existencia de esa incertidumbre, de esa inseguridad que procede del propio misterio de la vida que trata de salvar. Porque se salvan muchas vidas, cierto es, *pero se pierden todas.*

El buen médico tiene que conocer la frustración sin caer en el escepticismo. Porque, precisamente, su función arranca del antagonismo entre incertidumbre y confianza. Negar la inseguridad es desco-

nocer que la medicina es una ciencia. Negar la confianza es ignorar que se trata de un quehacer con seres humanos.

Vocación médica

La palabra «vocación» designa una zona ciertamente fluida, a pesar de la brillante fachada que la presenta. Temo caer en el vacío. Fluido es el vocablo «vocación» y fluido es también el vocablo «medicina».

Existen vocaciones como «llamadas del destino». La estampa romántica de alguien que recibe esta iluminación que le arrastra hacia la Medicina —o cualquier otra profesión— no es muy frecuente en nuestros días. Lo frecuente es que la vocación se decida en zonas más o menos penumbrosas y por motivos más o menos inconscientes.

En diferentes ocasiones he preguntado a mis alumnos de Medicina sobre la génesis de su vocación. Tenemos realizadas varias estadísticas, de este y de otros temas, que algún día podrán ser publicadas.

En alguno de los alumnos parecía que la vocación había florecido en la infancia, viendo al médico de familia entrar en su casa, solemne y respetado. En otros la decisión había aparecido por motivos racionales: un químico trabajaba en una fábrica y se dio cuenta de los problemas higiénicos que dicho trabajo planteaba y pensando que los médicos carecían de la necesaria preparación técnica, decidió él mismo hacerse médico. Los más no

saben cómo explicar el por qué tomaron una decisión de tal calibre. Otros daban respuestas triviales como «necesidad o deseo de ayudar». Ayuda la prestan los hombres cualquiera que sea su situación. El arquitecto ayuda al hombre cuando le cobija y el músico cuando le entretiene. Algo peculiar debemos buscar en la ayuda médica, si queremos que tenga valor definitorio. Si la encuesta se fuerza, ofreciendo un análisis de las motivaciones, se fuerzan también los resultados.

No sólo son mis alumnos los que confiesan la oscuridad que envuelve su decisión de ser médicos. En varios libros y monografías dedicadas a esta cuestión se encuentra la misma falta de claridad. Fabrican interrogó a cincuenta médicos eminentes sobre la elección de su carrera. Aun aquellos dotados de una buena capacidad de introspección fueron incapaces de desvelar las razones o impulsos que les movieron. Brody dice: «Incluso aquellos que pretenden haber sentido la llamada especial fueron incapaces de explicar por qué la medicina les atraía tanto. No se puede establecer ninguna relación entre la precocidad de la elección y el éxito posterior en medicina. En contraste evidente con la falta de entusiasmo precoz en los primeros años de estudio, se observó en algunos una vida profesional llena de dedicación por los enfermos y por la ciencia».

Un grupo de investigadores de la Cornwell University ha tratado de establecer algunos datos estadísticos en torno a esta «decisión» de estudiar medicina. Lo primero que puede anotarse es la amplia franja de tiempo en la que se toma la decisión.

Unos pretenden haber nacido con el estetoscopio en los oídos. Otros afirman que su decisión fue muy tardía.

Edad más precoz de los 10 años ...	24 %
De 10 a 13 años	27 %
De 14 a 15 años	18 %
De 16 a 17 años	17 %
De 17 ó más años	14 %

Se ha observado que si el padre o algún familiar cercano es médico la decisión es más temprana:

Padre médico	74 %	19 %	7 %
Otro pariente	52 %	34 %	14 %
Ningún médico	40 %	43 %	17 %
	Menos 14 años.	14 a 17.	18 años o más.

La influencia de la imagen paterna es evidente. No cabe duda sobre el hecho de que muchas vocaciones —verdaderas o falsas— están determinadas por esta imagen. A veces también algunas vocaciones se ahogan por el espíritu de rebeldía contra el padre. Sin embargo, no hay que deducir de tales estadísticas que la profesión del padre sea un factor decisivo. En recientes estudios realizados en Sao Paulo (Brasil) se ha comprobado que los estudiantes de medicina procedían con más frecuencia de familias no médicas que médicas. No es esta la experiencia en nuestro país. Las vocaciones están fuertemente influidas por la imagen familiar, bien sea el padre o un pariente cercano.

Claro está que las cifras estadísticas hay que manejarlas con cierta precaución. Las citadas de la Cornwell demuestran que cuanto más precoz es una decisión, más seguros se sienten de que realmente la Medicina es la única carrera que les puede satisfacer. También cuanto más precoz es la decisión mayor papel atribuyen a los padres en la génesis de la misma. Por otra parte, los padres de los que se deciden jóvenes se muestran más inclinados a sostener y a cultivar la decisión de sus hijos.

En realidad estas cifras son probablemente un reflejo de diversas fórmulas personales que pueden tener poco que ver con la inclinación a estudiar medicina. A mi modo de ver, más bien parecen dibujarse tres tipos de personalidad. 1. *En el grupo de los que se deciden jóvenes se trata de personalidades seguras sobre su propio destino.* 2. En el otro, *de personalidades inseguras,* cuya inseguridad no se limitará a la elección de la carrera.

Selección de médicos

Me preocupa mucho el problema de la selección de los estudiantes. A fuerza de darle vueltas, sin encontrar clara solución, desde el punto de vista de la orientación previa, me atrevo a pensar, que quizá lo más importante no sea tanto la selección y orientación previa, *cuanto la maduración durante los estudios.* Hasta ahora las facultades estaban concebidas —y están— como organizaciones enseñantes. ¡Cuánto hay todavía que recorrer en este camino! Aun suponiendo que como tales organiza-

ciones enseñantes hubieran alcanzado una discreta perfección, quedaría todavía el grande y auténtico problema: el del que el estudiante cuajara su personalidad en el curso de los estudios. No que ejercitase su memoria o su entendimiento, sino que floreciera su persona. Y sobre todo, que asimilara y aprendiera las posibilidades de realización personal que la medicina le ofrece.

Alguna vez he dicho, que los estudios médicos debían tener tres fases o grados: en el primero se habrían de emprender las bases científico-naturales; en el segundo la clínica y en el tercero un comienzo de acción propia y personal, bajo la tutela de los maestros. En la necesidad de ayudar personal y directamente a los enfermos, se despertaría algo que es siempre lo más esencial en el ejercicio de una profesión: *el sentido de la responsabilidad.*

Constituye uno de los ideales progresistas de toda sociedad bien organizada el de utilizar adecuadamente sus capacidades. En el tablero social, cada uno debe tener su lugar, en función de sus propias disposiciones. La ecuación no puede ser más clara y aparentemente más racional. De ahí que una de las formas de lograr el progreso sea la selección de los individuos en relación con las condiciones exigidas, real o supuestamente, por las diversas profesiones. Esta selección se viene haciendo, todavía, de un modo individual, pero no faltan intentos reiterados de realizarla en gran escala, según los principios de la psicotecnia. O de las máquinas computadoras en diversos países occidentales. A la racionalización del trabajo corresponden la racionalización de la selección. En tiempos de guerra, en los

que se necesita la participación masiva y compulsiva de los ciudadanos en los cuadros combatientes, la selección psicotécnica actuó con gran vigor. Y si se tienen en cuenta los resultados estadísticos publicados, el ensayo no parece haber sido del todo inútil. De ahí que se trate de elevar el ensayo a norma ideal.

Pero acerquémonos un poco más al problema. Planteado así, exigiría una serie de supuestos previos, sobre cuya demostración caben muchas dudas. El primero, y el más importante, es el de establecer una correlación entre las peculiaridades individuales y las distintas formas de actividad social y profesional. Ejemplificando plásticamente esta correlación, diríamos que el tipo profesional de médico es distinto del tipo de abogado o del ingeniero, o del constructor. La idea es tan atractiva, que en torno a ella se han publicado muchos ensayos brillantes. Y, sin embargo, yo no estoy tan convencido de que este esquema de acción corresponda a la realidad.

Cuando la psicología ha emprendido el estudio de la inteligencia apenas ha logrado aislar algunas formas de inteligencia parciales. El ejemplo más brillante está constituido por la disposición para las matemáticas y para la música. Se conocen las grandes familias de matemáticos en las que el talento para las mismas parece haber sido heredado. Y lo mismo ocurre con los músicos.

De ahí el que estas formas de capacidad supuestamente heredadas se manifiesten precozmente Pero fuera de estos dos casos, apenas se han des-

crito de un modo más seguro otras formas específicas de inteligencia.

Y es que lo que está en quiebra es el concepto mismo de inteligencia. La inteligencia, como la memoria o la habilidad manual no son más que instrumentos o útiles de la personalidad. Tan instrumentos que su mismo desarrollo es función de la estructura personal que los utiliza. Aun los más puros psicólogos experimentales han tenido que admitir como integrantes de la inteligencia, junto a un factor general, «G» de Spearman, un factor de iniciativa que llaman «orético». Pero la personalidad es algo más complejo, que no puede reducirse a una capacidad más, siquiera sea la de la iniciativa. La personalidad coincide con la inmensa y profunda geografía del ser. Usamos todos los días una serie de palabras, sin darnos clara cuenta de sus raíces y de su originario significado.

Personalidad no es más que la acentuación enfática de la persona, es decir, de aquellas cualidades que nos distinguen de los demás. Pero, ¿qué es persona? En la persona radica el secreto del ser. En fin de cuentas, persona es la expresión que utilizamos en nuestro mundo secularizado para esquivar la alusión al alma, que forma el verdadero núcleo sustancial del ser. En la historia de la psicología puede perseguirse el hecho llamativo de que, a medida que se usa menos el vocablo «alma», circula más el de «persona».

La persona dispone de sus talentos y de sus capacidades, como de sus útiles, no sólo en su aplicación, sino en su desarrollo mismo. El destino per-

sonal no se halla determinado prevalentemente por las cualidades instrumentales con las que se nace, sino por el proyecto vital que se elige, entramado sobre el que la persona va construyendo su destino personal.

Y no sólo eso. Resulta más importante, a la postre, el proyecto vital elegido, que el hallarse en posesión de estos u otros útiles intelectuales. Muchas veces, la inferioridad en algunos de ellos sirve justamente de acicate para emprender una determinada ruta personal, que resulta tanto más ansiada cuanto más dificultosa.

No lo olvidemos. El hombre no es un ser planificado ni planificable. Tecnificado ni tecnificable. Lo que caracteriza al ser humano, hemos insistido innumerables veces sobre ello, es el hallarse constituido como una estructura abierta. Por tanto, es móvil y cambiante. Capaz además, y eso es lo importante de crearse su propio entorno.

No se nace médico, abogado o arquitecto, *sino que se hace uno* médico, abogado o arquitecto. En función de «sí mismo». En función también de la sociedad en que se vive. No debemos olvidar que el hombre es también constitutivamente un ser social.

Conozco demasiados buenos cirujanos provistos de suculentas manazas para pensar que el éxito de la cirugía pueda consistir en una supuesta «habilidad manual». Recuerdo la primera vez que vi a un famoso guitarrista español, lo que me sorprendió fue que en vez de hallarme con unos dedos finos y elásticos, tenía unas manos gordezuelas y agusanadas. Pues bien, con ellas arrancaba melodías impo-

sibles y fantásticas a instrumento tan soberanamente difícil. Uno de mis amigos, excelente cirujano, me decía una vez: «Lo importante no son las manos, sino la organización mental del campo operatorio». Y así es.

El problema, a mi modo de ver, más que de capacidad es de personalidad. Supuesto, naturalmente, un mínimo de condiciones. Cada profesión ofrece un variado aspecto en el modo de ejercerla. Hay cien modos distintos de ser un buen abogado, médico o ingeniero. Es más, el progreso profesional proviene de ese polimorfismo interno que enriquece y colorea cada área profesional.

Sin embargo, la inversión de las afirmaciones anteriores es errónea, porque si la profesión no se halla prefigurada en el niño o en el adolescente, por la posesión de determinadas capacidades, sí que es cierto que se necesita un buen número de ellas para lograr un nivel digno de su ejercicio. Y agréguese a esto la obligación moral de contar, como supuesto previo de cualquier ejercicio profesional, con la suma de conocimientos necesarios. La técnica no es el secreto de la profesión. Ahora bien, *un profesional sin técnica es también un especimen del nuevo bárbaro de la edad contemporánea.*

La vocación es llamada y decisión

La vocación profesional lleva implícita la aptitud en cuantía suficiente para ejercerla. Vocación es llamada. Pero no es una revelación o inspiración interior. Salvo en casos especiales de vocación reli-

giosa, de los cuales no me ocupo ahora. La vocación es llamada que procede de la interioridad de aquel centro personal donde anida el alma. La llamada lo que hace es revelar el propio proyecto vital, extrayéndolo de las hondas penumbras de la interioridad. Por eso hay vocaciones que se manifiestan de un modo más patente que otras a los propios ojos del que la sigue.

Hay una variedad infinita de modos de vida personal. El tejido que cada una va a tejer con los hilos de su vida, unas veces es tan claro, que ya desde la niñez se ve la urdimbre y toda la vida aparece como una línea melódica monocorde. En cambio, en otros, la vida, como proyecto o esquema no transparece. Sólo los choques con el exterior van arrancando ráfagas a la nebulosa que la envuelve y dejan surgir los destellos del faro interior. La llamada vocacional, por consiguiente, *no es tanto un problema de aptitud como de personalidad.*

La vocación supone una inclinación natural. Y así se nos plantea el gran dilema que existe en el seno del hombre: la dinámica que se establece entre naturaleza —en sentido amplio— y libertad. Para ciertas formas de pensamiento existencialista, la esencia del hombre radica en su propia existencia. Y ésta no es más que la libertad en su tenso y dinámico despliegue. De ahí que lo importante sea el decidir, sin valorar los principios ni las consecuencias de la decisión. *Existencia es decisión de cualquier clase. En el fondo, decisión de existir.* Las aberraciones morales a que conduce tal ética son incalculables. Porque la libertad, como categoría existencial, se monta sobre algo que ya le está dado: la

existencia misma. ¿No existe en el fondo de ella un principio ético? Para mí es evidente, por lo menos en el plano psicológico y psicopatológico, en los que estoy habituado a moverme.

La vida humana es, como el hombre mismo, una estructura abierta, pero no con cualquier forma de apertura, sino sustancial y definitivamente abierta. ¿Qué quiere esto decir? Que en el fondo del hombre existe la apetencia de lo absoluto, de lo trascendente, de colmar esa apertura que hace dolorosa su finitud y que nunca puede ser saciada, sino merced a la vida del espíritu. Eso es precisamente lo que provoca su fisura y su sed de infinito. Todo proyecto vital es, aunque otra cosa creamos, sustancialmente inacabado. Por eso nunca una vida termina en su posibilidad de realización, sino cuando deja de ser vida, es decir cuando la muerte anula todo proyecto vital. Toda vida es siempre una vida inacabada, un proyecto en persecución de un ideal que no se alcanza jamás. Por eso el hombre es sustancialmente itinerante.

Decía Schonlein que las dos cualidades fundamentales para ser buen médico consistían en vencer el asco y contar con dotes de observación. Un día enseñaba a los alumnos a reconocer a un diabético. Elemento imprescindible, decía, en este reconocimiento es probar el sabor dulzón de la orina. Invitaba a los alumnos a seguir su ejemplo, sumergiendo el dedo índice en la orina del enfermo y chupándolo después. Y una vez los alumnos lo hubieran hecho decía: «Han mostrado poseer una de las cualidades para ser médico: el vencimiento del asco. Pero no la otra. Si hubieran tenido dotes de observación se

habrían dado cuenta de que el dedo que yo he chupado es otro que el que he mojado en la orina».

Es curioso que el vencimiento de una inferioridad sentida sea el motor de alguna vocación. Ocurre lo mismo que con el héroe que lo es por vencer o huir de su cobardía. La vida es más misteriosa en sus últimas decisiones de lo que habitualmente creemos.

Rara vez una vocación profesional se desarrolla a partir de una crisis vital y adquiere el significado de la vocación religiosa. Por otra parte, al hablar de vocación médica necesitaríamos precisar el contenido de la segunda palabra. La medicina actual es tan varia y compleja, que en ella pueden florecer diversos tipos de aptitudes. Diversas fórmulas personales, podríamos decir. Es habitual suponer en el cirujano una cierta tendencia agresiva y en el psiquiatra capacidad de comprensión. El médico que se dedica a laboratorio o a la investigación puede tener particularidades muy distintas. La medicina es pluridimensional y, por tanto, puede absorber fórmulas personales muy variadas. Pueden oscilar entre el afán redentor del médico ocupado en aspectos sociales, la inclinación misionera de quien gusta de la medicina de los países subdesarrollados. O la paz del investigador, que trabaja en un laboratorio, tan lejos de los enfermos como puede estarlo un químico o un naturalista.

Si la elección profesional no se monta sobre una vocación, como una precoz y misteriosa llamada del destino, en cambio, la profesión aceptada es la gran fórmula realizadora del destino personal. Creo que en esa aceptación, en esa decisión de cuajar un proyecto de vida a través del ejercicio de

El acto médico

Para intentar ver sobre qué bases se opera la realización personal en el ejercicio de la medicina, debemos penetrar en la estructura del *acto médico*. En el hacer del método existe —¿cómo no?— un principio de conocimiento. Pero éste sufre una misteriosa metamorfosis, que le coloca en una situación singular excepcional, creo yo, dentro de los modelos de la conducta humana. En la esencia del «hacer» del médico existe una imbricación paradójica entre la confianza y la incertidumbre.

Iniciemos el camino por esta segunda. El estudiante de medicina comienza, tras el período selectivo, con la anatomía y la fisiología. Una primera experiencia estremecida siente el estudiante: la de la amplitud, casi ilimitada, de la materia de sus conocimientos. Esta amplitud le perseguirá acuciosamente toda su vida. La vida del médico es, en cierto sentido, una inagotable necesidad de conocimientos que no se sacia jamás. Apenas otros profesionales viven tan exigitivamente acuciados por esa necesidad. No se trata de una sed de saber, como la de cualquier estudioso, sino de una necesidad de saber para estar seguro de que, en su actuar médico, no se deslizará por el plano de la irresponsabilidad criminal. Nadie vive el temor de sus posibles errores como el médico. ¿Qué se me escapa a este curso morboso? ¿Es algo que no se sabe o es algo que *yo no sé*, por no haberlo aprendido o porque me pasa inadvertido? Un modo de vivir la ciencia, tan humanamente embebida de res-

una profesión, existe más autenticidad que en las supuestas «llamadas» vocacionales. Porque en éstas, aunque existan, una cierta pasividad parece regir el proceso. Una voz se escucha y un hombre obedece. En cambio, en la decisión de realizarse, a través de ser médico, abogado o ingeniero, el hondón de la personalidad, su trama más íntima se pone en juego. No es una discriminación intelectual lo que mueve, *sino una decisión*, un avance en el proceso histórico, algo que surge de los planos más que intelectuales, éticos de la personalidad. La vida nos es dada, pero nuestro modo de vivirla nos es propio. Un modo esencial de vivirla es afirmarse en una actividad que se proyecta sobre el mundo de las cosas o de los hombres. Esta es una actitud profesional.

La vocación es más auténtica no en cuanto se muestra como pasivo seguimiento, sino en cuanto fluye, caudalosa, del esfuerzo de la decisión. Las grandes personalidades son las que se hacen dibujando su tema melódico, cualquiera que haya sido el pentagrama que la vida le ha ofrecido. Ortega dijo a propósito de Velázquez que su vocación natural fue la nobleza. No nació noble, pero ennobleció la pintura. ¿Qué es, pues, lo auténtico? ¿Lo que fluye natural, instintivamente, o lo que se torna vida por el soplo de la decisión? ¿Dónde está lo auténticamente humano del hombre, en sus cromosomas o en su libertad?

ponsabilidad, en las más pequeñas minucias del actuar, apenas aparece en otras profesiones.

Esta primaria experiencia se incrementa hoy por las dificultades del aprendizaje de las técnicas médicas. De ahí surge, inexorablemente, la especialización que va dando forma a la personalidad del médico desde sus primeros años.

Con ser profunda y dilatada esta experiencia de insuficiencia, no lo es todo. Algo hay más radical, más profundo en la estructura del conocimiento. Esa franja, a la que aludo, empieza a vislumbrarse en los primeros estudios fisiopatológicos y farmacológicos y explota, con claridad meridiana en la clínica. Ya no se trata de vencer la incertidumbre con el esfuerzo, sino que la incertidumbre pertenece a la esencia misma de la situación médica. No hay ningún signo seguro para el diagnóstico, a pesar de la existencia de la expresión «signos patognomónicos». Ni hay ningún tratamiento sin un porcentaje de fracasos.

Existe un margen de limitación, de inseguridad, que infiltra el quehacer médico. A medida que se avanza en el conocimiento, la vivencia de la incertidumbre crece, por pura paradoja. No tiene el médico la situación segura del físico, que sabe que toda la física cuántica no destruye la validez de las leyes de gravedad. Si en la medicina hay algo inmutable es la existencia de esa incertidumbre, de esa inseguridad, que procede del propio misterio de la vida que trata de salvar.

La enfermedad —lo hemos dicho en otra parte de este libro— no es más que un trasunto de la muerte. El médico sabe que los antibióticos son efica-

ces, muy eficaces contra las infecciones. Sabe que la insulina sirve frente a la diabetes. Pero al mismo tiempo el médico sabe que en algún enfermo infeccioso y en algún diabético fallarán sus remedios.

No cabe duda que esta mezcla de inseguridad y confianza es un modo curioso de realizarse una personalidad. Negar la inseguridad es desconocer que la medicina es una ciencia. Negar la confianza es ignorar que la medicina es un quehacer con seres humanos. En el esquema de la personalidad del médico existe la posibilidad de la coexistencia de esa paradoja, como en los criminales coexiste la agresión con la ternura. El núcleo personal es así. Contradictorio. Antagonista e irracional.

Esa misma contradicción existe en otros planos de la acción médica. Debe tomar distancia de su objeto de conocimiento como de todo conocimiento científico, pero al mismo tiempo que se realiza este extrañamiento debe tomar el contacto personal inmediato, pático, que permita la transferencia. La verdadera relación médico-enfermo.

El enfermo, desde el punto de vista antropológico se condensa en torno al problema del sufrimiento. La O. M. S. al querer definir el estado de salud ha hecho apelación a la noción de «bienestar». Si la misión de la medicina fuese la creación del bienestar humano, sus límites desaparecerían. El bienestar humano es algo tan complejo, dependiente de tantos factores, desde económicos a religiosos, que no puede decirse, con seriedad, que eso sea función médica. La O. M. S., como muchas otras organizaciones parecidas, está transida de una religiosidad sustantiva, que en vano se empeñan en enmascarar.

Cómo y por qué ocurre ello es cuestión que no nos atañe ahora.

Para mí hay una limitación evidente: el sufrimiento que toca al médico es el que procede de la corporalidad. Se alcanza el sufrimiento psíquico en tanto en cuanto emana de un desorden de la corporalidad. No hay enfermedades del espíritu. El sufrimiento es algo constitutivo del hombre. Ya Nietzsche hablaba del «hombre como animal enfermo». Para el ser del médico me parece definitiva la actitud ante el problema del cuerpo humano. En los últimos años han cambiado mucho las perspectivas frente a él. En todo médico hay una honda, propia y personal filosofía del cuerpo. La miseria del cuerpo no le puede encubrir su grandeza, como objeto de conocimiento y como soporte de la vida espiritual. El cuerpo humano adquiere para el médico valores especiales, orden y jerarquía, que no tiene para el biólogo puro, ni para el esteta, ni siquiera para él mismo, en cuanto hombre cotidiano.

El médico inspira confianza al enfermo. La enfermedad acentúa la conciencia del desvalimiento del ser. Este desvalimiento es el de la carne humana. El de la corporalidad, para la que sólo relativamente sirven los consuelos espirituales. Por eso los enfermos sólo son consolados de verdad, aun cuando no se curen, *más que por los médicos.*

El secreto de la acción psicoterapéutica consiste en la transferencia. La transferencia no consiste en una reviviscencia ante el psicoterapeuta de fases anteriores del desarrollo de la instintividad, *sino en saciar una angustia con una presencia.* La transferencia existe en el actuar médico —en todo mé-

dico, no sólo en el psiquiatra— aunque no sea más que a través de una receta. La presencia del médico apaga la angustia del enfermo. Aun a costa de que se desarrolle en el médico mismo la angustia de la incertidumbre.

Sólo una gran madurez personal puede conducir a ser un buen médico. En los inmaduros, la técnica médica puede ser peligrosa.

El inquieto y vagabundo Paracelso dijo que la medicina era amor. No es, evidentemente, cualquier clase de amor el que caracteriza a la medicina. Es aquel que consiste en una especial comprensión para los sagrados misterios de la corporalidad humana que desvelan, parcialmente, el desorden —y el lamento—, que son las dos caras de la enfermedad.

Vocación es decisión y decisión es querer ser. El hombre que se decide, afirma su existencia decidiéndose. Y conforma su futuro. Quien se decide, se proyecta sobre el contorno social.

Ahora bien, en la afirmación y proyección de uno mismo se revela la íntima aspiración a tener una valoración social. Las cosas no nos estiman, sino nosotros a ellas. Las gentes, en cambio, sí nos valoran. Y nosotros necesitamos, como del aire, de ese eco de nuestra personalidad en los demás. El «autismo» la negación del otro es patológico. De ahí que en la formación del proyecto vital —de la decisión profesional en este caso— intervenga la estructura de la sociedad en la cual se vive. El espectro en la motivación oscila entre el simple deseo de poder vivir, al deseo de poder social. El poder social es la forma de encontrar eco en los demás.

No quisiera que los estudiantes que me lean pien-

sen en la vocación como en una llamada, *sino como en una decisión que llene de sustancia su vida.* Decisión que nace más de la entraña moral del hombre, que de sus planos intelectuales. Decisión cuya infidelidad crea un sentimiento de culpa. Lo más hondo, lo más profundo del médico es saberse sentir responsable, *sin serlo,* del dolor y del sufrimiento de los enfermos. Es esta participación sagrada en la vida de los demás lo que le trasciende y eleva. Es lo que le ennoblece. Se trata de una convivencia original —como el pecado— con la miseria de la naturaleza humana. Con el carácter de criatura doliente y enferma del ser humano.

LA MUERTE

La muerte se considera como un elemento constitutivo de la vida misma. La vida es siempre algo inacabado e imperfecto. Termina, precisamente, por su contrario, por la muerte. Este problema ha sido también abordado fuera de la filosofía existencial por algunos poetas. De todos, el que ofrece mayor interés es Rilke. Refiriéndose a él decía Heidegger que expresó poéticamente el mismo mundo de pensamiento que se halla en su filosofía. Uno de los temas preferidos de Rilke ha sido el de la «muerte propia».

Existe una muerte extraña, que sorprende al sujeto, sin preparar, en cualquier momento de su vida. Le sorprende de una manera impersonal. A esta manera de morir le llama Rilke «la muerte pequeña». Hablando de los hospitales decía: «Allí está la muerte pequeña... Ahora se muere en 559 camas. Naturalmente, como la fabricación en serie. Con tan enorme producción, cada muerte aislada no está bien ejecutada, pero no importa. La masa lo hace todo. ¿Quien da algo por una muerte bien elaborada?...» La muerte bien preparada, la buena muer-

te, podríamos decir en nuestro lenguaje más usual, es aquella que le viene a uno «como se desprende un fruto tras un período de madurez». Y añadía Rilke: «¡Oh, Señor, da a cada uno su propia muerte!».

Pero esta interpretación que podríamos llamar «orgánica» de la muerte —como maduración— ofrece varios posibles sentidos. El hombre ha de contar con la existencia de la muerte, pero ese «contar» suele suceder de varias maneras. Como un acto intelectual, que hace que la muerte influya, anticipadamente, en toda la conducta del individuo, por el sistema de ideas que tenga sobre lo que puede haber detrás de la muerte. Sin embargo, no es esta la tesis de la analítica existencial. Para ella la muerte es algo que conforma e informa, desde siempre, la vida. No es una posibilidad cualquiera en la vida, sino la gran posibilidad.

En la doctrina heideggeriana, la muerte no es un acontecimiento que le viene al ser desde fuera, sino que se halla, constitutivamente, injerto en la existencia. El hombre cotidiano, al realizar un tipo de existencia inauténtica, tiene de la muerte una idea impersonal. Sabe que ha muerto fulano o zutano, éste o aquél. Sabe que la gente se muere. Todas son fórmulas impersonales de morir, como si no fuese una determinación personal. El ser auténtico, en cambio, acepta la muerte como algo inexorable, unido a su propia existencia. Tiene ese carácter personal e intransferible. El ser que acepta la muerte la tiene ante sí continuamente, por eso vive en una angustia perpetua ante ella.

En algunos enfermos con crisis diversas de ansie-

dad parece notarse una gradación: existe el temor de morirse y el temor de volverse loco, como he descrito ampliamente en mis trabajos sobre la angustia vital. Pero el temor a volverse loco toma una forma más honda de desintegración de la personalidad que el primero. El miedo a enloquecer se vive de un modo más próximo que la desaparición por la muerte, que es la anulación. En realidad del tránsito de la muerte, de la agonía, el hombre de la calle tiene una idea sólo espectral. Sólo así se explica que cuando atraviesa por una crisis de angustia diga con frecuencia «prefiero morir». La muerte, en su caso, es la terminación de la agonía, de una crisis de angustia que le está haciendo sufrir. El ignora y no presiente lo que será la agonía de la muerte. Por eso tantos prefieren, aun hablando de ella, la muerte sin agonía. Toda agonía es lucha y sufrimiento. En la agonía de la crisis angustiosa, la marea anuladora del yo sube y baja. El yo se defiende y se entrega. Los instintos se sublevan y amagan con sublevarse. Todo el ser es pura lucha que hace presentir algo que no sabe lo que es, pero que se presiente como algo tremendo e insoportable. Las agonías de las crisis angustiosas pueden acabar en el desmayo, como las de la muerte, en la muerte misma. Y desde este punto de vista de los paralelos son curiosas las analogías somáticas entre el choque vegetativo de ambas.

En las posibilidades que se entrevén en la crisis una es la de morir, la de terminar. En la experiencia vital de algunos enfermos hay algunos con acontecimientos que se les ofrecen como más próximos que otros. Una enferma que vio morir a su padre de an-

gina de pecho, piensa en ello cuando tiene una crisis de ansiedad. La crisis se proyecta en ella, plásticamente, en forma de dolor irradiado al brazo. Pero dentro de esa misma crisis hay un momento en que lo que siente es «una turbación en la cabeza, algo mucho peor que morirme, como si me fuera a pasar algo irremediable: volverme loca».

Los pensamientos que sobre la muerte se han publicado han sido, por lo demás extraños. Asombra ver cómo un fenómeno tan inexorable en la vida humana haya podido ser tan poco pentrado en su existencia. Landsberg dice que todos los problemas fisiológicos primordiales derivan de la amenaza de la muerte. (Otros hay que los atribuyen al trauma del nacimiento.) Quizá sea exagerada esta afirmación, pero lo cierto es que se puede comprender la existencia misma si no logramos una comprensión de la significación de la muerte.

La muerte corroe el desenvolvimiento de la vida toda. Pero entre la muerte de una planta, de un animal y la de un hombre existen diferencias fundamentales. La muerte de una planta se realiza tan en silencio, que apenas nos damos cuenta de ella. Casi, nos deja indiferentes. «La planta no muere propiamente.» En el animal la muerte ya se expresa de otra manera y nos llega más, nos impresiona, nos sentimos tocados por lo que aparece ante nuestros ojos. Jaspers dice que como quiera que de la muerte no podemos tener más que una representación y ninguna experiencia, el elemento pático del espectáculo de la muerte no existe, sino hay sólo un elemento cognoscitivo. Realmente por propia experiencia no sabemos lo que es la muerte. Sí, en cambio,

algunos saben lo que es morir, o lo que puede ser el morir. Esa experiencia del morir, según Nietzsche, es una especie de nuevo sentimiento que nos hace ver el pasado con una luz especial.

El fenómeno de la muerte recibe muchas interpretaciones, según el punto de vista que se le considere. Existe una interpretación mitológica. Otra metafísica. Otra ética. Otra existencial, ontológica, etcétera, etc. Cada una de ellas parte de las correspondientes interpretaciones que se hacen de la vida. Porque la muerte, ya lo hemos dicho, no es en último extremo, más que un acto de la vida misma. Como dice Scheler, «un acto que se ordena entre los demás actos vitales». Aunque este acto esté producido por una catástrofe exterior. La muerte está, como hecho, ligada íntimamente al hecho mismo de vivir. Pero además, la muerte concreta, la experiencia, en el sentido de que cada cual ha de tener la «suya propia». «Nadie puede morir por nadie», dice Heidegger. Beck llama la atención sobre la trivialidad de este pensamiento, ya que esa insustituibilidad es la característica de todos los procesos vitales. Nadie puede digerir por mí. Mi digestión me es propia, como mi muerte. Esta trivialidad no podía escapársele a Heidegger. Lo que ocurre es que la muerte es el único acontecimiento vital que significa el fin de cualquier otra insustituibilidad posible dentro de la existencia.

El hecho irrecusable de la muerte no supone, como es natural, la experiencia propia. Y aquí surge el problema: puesto que de la muerte no tenemos experiencia propia, es imposible que tengamos aquella otra idea, que la puramente derivada del hecho

de ver morir y de saber que otros se mueren. La idea de la muerte es distinta, sin embargo, de la idea del muerto. El cadáver no es la muerte misma, sino las consecuencias de la muerte. ¿De qué otra parte mana esa nota que nuestra cognición distingue la muerte de lo muerto? Klages dice: «El animal no muere, sino que termina». El hombre muere porque le acompaña a cada paso el pensamiento de su fin: «Esta es la pérdida de la vida eterna».

Scheler es el que a mi modo de ver ha penetrado más profundamente en la intimidad del pensamiento de la muerte. Es corriente creer que éste es un pensamiento inferido en el hecho de ver morir. Es decir, un hombre que no hubiera visto, ni conocido la muerte de ningún ser vivo ignoraría la existencia de la muerte. Según esa opinión el conocimiento de la muerte no es inmanente en el hombre. Pues bien, Scheler cree, por el contrario, que el hombre sabría de la existencia de la muerte, aunque la muerte no existiera en el haz de la tierra. La presencia de ritmos vitales, como el envejecer, el dormir, el soñar o la enfermedad, le induciría a pensar en la muerte. Pero nada excluye la posibilidad de pensar que estos ritmos, aun con sus oscilaciones negativas podrían persistir indefinidamente. El pensamiento de la muerte yace en cada fase vital, por muy pequeña que sea. Pertenece a la estructura de la experiencia vital misma.

El acto vital está constituido por una serie de movimientos, pero el conocimiento del acto vital es, constitutivamente, un proceso. Su estructura consiste en que, cualquiera que sea su contenido, siempre se hallan presentes tres fragmentos: un pasado, un

presente y un porvenir. Fragmentos que tienen, entre sí un orden, una prelación, cualquiera que sea el momento que dure. Los tres fragmentos del acto se viven de un modo distinto: el pasado como recuerdo. El presente como percepción. El futuro como espera. Entre ellos se establece una dirección que tiende a incrementar el pasado a costa del futuro. El pasado se infarta, a medida que el futuro se deplecciona. En esta vivencia del cambio que ocurre en esta dirección, se halla la propia vivencia de la dirección hacia la muerte. Este es el fenómeno fundamental del envejecer.

Existe, pues, una especie de «certeza intuitiva» de la muerte. La vida es experiencia como una totalidad, uno de cuyos fragmentos devora a los otros dos. El presente es una especie de constante, de suerte que el propiamente devorado es el futuro. La certeza de la muerte es independiente del sentimiento de la muerte próxima. En el fondo, no tiene nada que ver, ni con la angustia, ni con el miedo. El conocimiento de la muerte es anterior y primordial.

La experiencia de los individuos y de los pueblos se sedimenta en ciertas ideas sobre los modos de morir, sobre las actitudes a tomar, etc., pero todas ellas son formaciones secundarias del hecho primordial de la certeza de morir.

El análisis de Scheler está hecho con gran agilidad, pero la certeza de morir no nos dice nada ni nos informa de lo que la muerte sea. La dirección del acto vital conduce, necesariamente, a la idea del fin. Pero queda todavía sumido en las más profundas tinieblas, lo que sea este fin. La imaginación

popular simboliza a la muerte como un esqueleto con guadaña. La simbolización no expresa más que la experiencia de que, en un momento determinado, la vida se corta, sin esclarecernos tampoco la estructura misma del corte.

Kunz piensa que la explicación secreta de la muerte posible se halla en el acto espiritual mismo, con respecto al cual el pensamiento del fin es ya una especie de explicación secundaria. Al análisis fenomenológico del puro acto del pensamiento nos pone de manifiesto sus cualidades negativas, con respecto a las propias cualidades del acto vital. Son actos visibles, sin localizar, sin objetividad. Estas propiedades inherentes al acto espiritual muestran, en plena vida, los caracteres de la no-vida, del hecho de la muerte. En este mismo sentido dice Lavelle: «Vivir espiritualmente es vivir como si fuésemos a morir en seguida. Ya es morir a la vida del cuerpo».

Los fenómenos vitales son fluencia pura. Sólo tienen un límite, la muerte. Límite paradójico, porque de un lado —el de la vida— limita y confina, cerrando un ciclo o una figura. Pero del otro lado queda extraña y vacíamente abierto. El acto espiritual es un acto puntiforme, intemporal, que hiende y limita. La intemporalidad del puro acto espiritual es como un reflejo de la eternidad, en este sentido de instancia sin tiempo. En la intemporalidad del acto espiritual se manifiesta una posible trascendencia, que se cambia en una trascendencia real en el acto de la muerte. La relación del espíritu con el tiempo es siempre negativa, en forma de suspensión y, sin embargo, el espíritu se halla inser-

to en el ser vivo, que es pura temporalidad. También en la muerte existe esta suspensión del tiempo, que así es cese de la vida. En el ser humano el acto espiritual es, en sí, un presentimiento de intemporalidad y, por tanto, de muerte.

La muerte iguala a los seres. Tras la muerte pueden conservar por algún tiempo la forma, que también se destruye después. Todas estas formas estarán sujetas al tremendo adjetivo de «inertes». La muerte es, pues, posible para cada ser vivo. Posible en el sentido de que una realidad —la del ser con vida— pueda transformarse en otra realidad —la del ser muerto— la del cadáver. Esta posibilidad existe para la planta, para el animal y para el hombre. Sin embargo, en éste toma un cariz especial. Al lado de la posibilidad que tiene, como cualquier ser vivo, de morirse, existe la posibilidad ideal, es decir, existe la posibilidad interna del pensamiento. Y ésta, potencia a la otra. En el hombre la posibilidad de morirse existe como acto real y como acto del pensamiento, y eso confiere a la vida humana un carácter especial. No en vano dice Heidegger que la existencia es pura posibilidad y que de todas las posibilidades la más esencial, urgente y amenazadora es la de morirse. La angustia ante la muerte es una manifestación más de la estructura del propio ser, constituido como un entramado de posibilidades. En la angustia nos hallamos con la vivencia límite del yo, como instancia psíquica superior. La amenaza de su disolución, de su conversión en la nada o anodadamiento es equivalente a lo que en el plano de la vitalidad es la muerte. La muerte es el anodadamiento vital.

Aunque parezcan arrancadas de la observación psicológica directa, estas tesis de Scheler y de Kunz no son más que construcciones, más o menos artificiosas. El hecho concreto es que tenemos conocimiento de la muerte, que incluso hablamos de la muerte personal o de la muerte pequeña empleando el lenguaje de los poetas, que se inscriben en la órbita existencialista. Y, sin embargo, apenas logramos vivenciar la idea de la muerte. Es más, la mayoría de los mortales montan su vida en el punto más lejano a esta posibilidad de vivencia. Muchas veces he oído comentar cómo los soldados, en plena guerra y amenazados muy directa y próximamente por el peligro de morir viven una vida instintiva desenfrenada, como si el peligro real no existiera. Tenemos, pues, un primer plano, que es el de convertir y entrañar la propia posibilidad de la muerte. Pero no es esto todavía lo que más angustia al neurótico que tiene miedo a morirse. En algunos casos en los que su capacidad de autoanálisis me ha permitido proseguir la inquisición, tratando de averiguar lo que había en el fondo de esa vivencia, he podido comprobar que en ellos la muerte se vivencia como la experiencia de la nada. En el fondo nos encontramos con la misma estructura vivencial que es el presentimiento de la nada. Y eso, naturalmente, nos plantea un problema, aparentemente secundario, pero en el fondo de un porte extraordinario.

Con frecuencia se emplea el modismo «encuentro con la nada». Esta expresión, y otras análogas, parecen querer decir que el ser se encuentra con la nada, como algo distinto, que está fuera de él. Lo mismo ocurre cuando empleamos la metáfora del

«abismo de la nada», aludiendo a la condición itinerante del hombre, como si en un momento determinado tuviese su fin en la nada. La experiencia de la vida real refuerza este sentido al considerar la cuestión como el término de la vida. Pero el ser se encuentra en el mundo rodeado de otros seres. La nada no es más que un vacío en el que se cae. O un abismo que rodea a la fortaleza del ser, como los castillos estaban rodeados por sus fosos o canales llenos de agua para defenderse. O como las islas emergen del océano. La verdad es que la nada pertenece a la textura del ser, como la muerte pertenece a la textura de la vida. La muerte está ya en la vida desde que se nace. Las enfermedades son modos con que se ilumina, durante la vida, la opacidad intrínseca de la muerte. La nada está dentro del ser. Psicológicamente hablando, la nada está dentro de la persona humana, como posibilidad de anulación de la persona. Por eso mismo la angustia es solipsística en su estructura. El ante-qué y el paraqué de la angustia, en el lenguaje de Heidegger, es el propio estar en el mundo. Así como la muerte es trasunto de enfermedad, la infiltración de la nada en la persona se manifiesta en las dificultades, entorpecimiento y recortes del proyecto vital. Esa limitación se vive como amenaza. Esa amenaza es la angustia.

Las dos grandes rúbricas —angustia ante la muerte y angustia ante la locura—, o incluso el denominador común de la «angustia ante la nada», no debe ocultarnos una cuestión clave. *La angustia tiene en cada persona su fórmula propia y peculiar.* En la angustia patológica se ve cómo ambos temores se

cubren con envestiduras distintas. Una enferma reacciona con crisis histéricas ante el hecho de volver a su país, donde vive desde que se casó. Allí vive constantemente angustiada. «Si voy por la calle, todos me parecen anormales.» Calando más hondo, en lo que ella quería decir con esas palabras, la anormalidad era su forma de sentir una cierta hostilidad del medio, que a su vez se revelaba a ella como su propia agresividad. Tenía miedo a esa agresividad que allí sentía a flor de piel. Su angustia de fondo, su temor a la disolución de la personalidad, se manifestaba en esa forma. Otra enferma consulta por un tic: cuando entra en un salón se ve compelida a fijar su mirada en los hombres. Estos se pueden dar cuenta y «tomarla por lo que no es». La angustia cristalizó en un grave problema conyugal: «Mi marido me daba complejo», decía. Apareció el miedo a la posibilidad de que su conducta dejase de ser recatada y seria, como hasta entonces. Tenía también miedo a sí misma. Eso era su angustia. Otra enferma tuvo su primera crisis al ver una lámina que representaba la estructura del encéfalo y de la región bulbar. Se le hizo patente, con la contemplación de aquella lámina, la fragilidad del centro de la vida, la facticidad de su propia vida como toda vida humana.

Un amigo me preguntó una vez si un hombre perfectamente sano no debería superar, incluso, la angustia ante la muerte. Para mí, la angustia ante la muerte existe siempre. Lo que pasa es que en el momento de la muerte hay siempre un enturbiamiento de la conciencia que facilita el tránsito. Un hombre religioso diría que ocurre así por la miseri-

cordia de Dios hacia los mortales. No sé. Lo cierto es que la inmensa mayoría de los que mueren no se dan cuenta de ello.

En muchos casos se trata de una serenidad aparente, cuando no de la serenidad producida por las drogas. Todos aquellos que hablan serenamente de su propia muerte es porque, en el fondo, piensan que van a tardar algún tiempo en morirse.

El pasar con lucidez y serenidad de la vida a la muerte, yo lo he visto poquísimas veces. Es decir, no lo he visto nunca.

INDICE

PAGS.

J. J. López-Ibor

LA MEDICINA, COMO PODER