

INSTITUTO DE ESPAÑA
REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

ENFERMEDAD, DOLOR Y SUFRIMIENTO

POR EL
EXCMO. SR. D. JUAN J. LOPEZ IBOR
ACADEMICO DE NUMERO

DISCURSO

leído en la solemne sesión inaugural del curso académico 1970,
celebrada el día 13 de enero de 1970



MADRID. — 1970

INSTITUTO DE ESPAÑA
REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

ENFERMEDAD, DOLOR
Y SUFRIMIENTO

POR EL
EXCMO. SR. D. JUAN J. LOPEZ IBOR
ACADEMICO DE NUMERO

DISCURSO

leído en la solemne sesión inaugural del curso académico 1970,
celebrado el día 13 de enero de 1970



MADRID. — 1970

INSTITUTO DE ESPAÑA
REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

ENFERMEDAD, DOLOR Y SUFRIMIENTO

POR EL
EXCMO. SR. D. JUAN J. LOPEZ IBOR
ACADEMICO DE NUMERO

DISCURSO

leído en la solemne sesión inaugural del curso académico 1970,
celebrada el día 13 de enero de 1970



M A D R I D . — 1 9 7 0

INSTITUTO DE ESPAÑA
REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

ENFERMEDAD, DOLOR
Y SUFRIMIENTO

POR EL
EXCMO. SR. D. JUAN J. LOPEZ IBOR
ACADEMICO DE NUMERO

DISCURSO

celebrado el día 13 de enero de 1970,
leído en la solemne sesión inaugural del curso académico 1970.



Depósito Legal. M. 296 - 1970

Imprenta de José Luis Cosano - Palma, 11 - Teléfono 222 55 95 - Madrid

ENFERMEDAD, DOLOR Y SUFRIMIENTO

ENFERMEDAD, DOLOR Y SUFRIMIENTO

Deposito Legal. M. 194 - 1970

Imprenta de José Luis Cuevas - Telova, 11 - Teléfono 313 55 95 - Madrid

S

EXCMO. SR. PRESIDENTE:

EXCMOS. SRES. ACADÉMICOS:

SEÑORAS Y SEÑORES:

SIGNOS Y SINTOMAS

Es clásica la distinción, en Patología General, entre *síntomas* y *signos*. El síntoma es la manifestación de la enfermedad, tal y como nos la revela el enfermo, mientras que el signo es la manifestación de la enfermedad tal como el médico la percibe. El signo es objetivo y el síntoma es subjetivo. El síntoma nos transmite cómo el enfermo vive la enfermedad, y se traduce en dolores, malestares, angustias, opresiones, mareos, parestesias y sensaciones diversas. La palabra *síntoma*, que viene del griego, desde el primer momento se puso en relación con la enfermedad. Claro es que después se ha ampliado su área significativa y, por ejemplo, se habla de "síntomas de revolución", refiriéndose a acontecimientos sociales. En cambio, la palabra *signo*, derivada del latín, no tiene una conexión intrínseca con la enfermedad, sino que significa algo que se refiere a otra cosa —es signo de algo—. La Medicina hipocrática estaba montada fundamentalmente sobre signos, y de ahí la importancia de los mismos, puesto que se trataba de averiguar, partiendo de su interpretación, qué es lo que le podía ocurrir al enfermo; por ejemplo, la "facies" hipocrática como signo de la proximidad de la muerte. El signo, como ya señaló Landré-Beauvais en 1813, se *refiere* a algo, en tanto que el síntoma es una *inferencia* de algo (1).

(1) Síntoma, como fenómeno que *coincide* con la enfermedad.

De todos modos, lo cierto es que, aunque haya algunas zonas de superposición en el área significativa de estas dos palabras, en todo proceso morboso, para llegar a un diagnóstico, establecer un pronóstico y, consiguientemente, un tratamiento, el médico se apoya, por una parte, en datos objetivos, y, por otra, en datos subjetivos. Estos datos subjetivos tienen mayor importancia de lo que a primera vista parece. La anamnesis está constituida fundamentalmente por datos subjetivos. Una buena anamnesis, como han dicho muchos internistas, representa en numerosas ocasiones el 80 por 100 del diagnóstico (Hegglin, Díaz Rubio). En la anamnesis no sólo hay los síntomas indicativos del proceso, sino que se nos ofrece el organismo vivo en sus limitaciones potenciales, creadas por la enfermedad. En la anamnesis nos encontramos con lo que podríamos llamar pruebas funcionales espontáneas; es decir, lo mismo que la Medicina actual busca provocándolas, con la pretensión de hacer un diagnóstico lo más precoz posible de las enfermedades. Un esfuerzo físico, por ejemplo, determina una serie de alteraciones subjetivas en el enfermo que comienza con una insuficiencia cardíaca. Molestias y perturbaciones que indican que se halla en una situación límite y que un proceso morboso empieza a desarrollarse.

Si se buscan en un libro de Semeiología cuáles son los capítulos fundamentales entre los cuales se distribuyen signos y síntomas, se verá cómo hay muchos que tienen carácter puramente subjetivo y son sintomáticos. Ahora bien, estos aspectos subjetivos de la enfermedad conllevan, por regla general, una nota negativa de malestar, dolor, o sea, de sufrimiento. En algunos idiomas queda clara esta distinción, por ejemplo en alemán, cuando se habla de "Krankheit" y "Leiden", o en inglés, cuando se habla de "Illnes" o "Disease" (1); por eso V. Weizsäcker distinguía entre los aspectos *ónticos* y *páticos* de la enfermedad. El "pathos" alude a la enfermedad como sufrimiento. El "ontos", a la enfermedad como proceso natural.

En los tiempos actuales, los progresos de la Medicina tienden a lograr la mayor objetividad posible en el estudio de las

(1) En español hablamos de enfermedad—de "infirmus", no firme—y de "dolencia", de dolor, aunque esta última palabra se use menos en los textos de Medicina.

enfermedades. El éxito de una futura Medicina tecnológica, en la que las computadoras ayuden al diagnóstico, se centra en torno a la posibilidad de elegir signos de enfermedades sobre los cuales el cómputo pueda ser lo más objetivo posible; pero, por otro lado, el mismo progreso de la sociedad actual, la definición de la salud como bienestar, tal como lo ha hecho la O. M. S., etc., etc., acentúan, desde el punto de vista del enfermo, el valor que se concede a los aspectos subjetivos de la enfermedad, a sus síntomas, es decir, a su sufrimiento.

La situación es, como vamos a ver, paradójica, porque a partir de los signos cabe la deducción, con un cierto rigor lógico, de lo que ellos pueden significar, y la interpretación de los mismos ha de hacerse con arreglo a los principios científico-naturales que rigen las ciencias de la naturaleza; en cambio, en la interpretación de los síntomas, en cuanto revelan la subjetividad del enfermo, nos encontramos con unos hiatos significativos extraordinarios. Ni el malestar, ni el dolor, ni la angustia, ni los mareos, ni las parestesias, etc., ni tantos otros síntomas subjetivos pueden ser estrictamente valorados en su intensidad para poderles atribuir una cuantificación diagnóstica y pronóstica, tal como debe establecerse para entregarlos a las abiertas fauces de las computadoras.

LA FRUSTRACION DE LA PATOLOGIA PSICO-SOMATICA

Esta dehiscencia entre el aspecto óntico y el sustrato pático de las enfermedades ha querido saltarse de diversas maneras. Tras la experiencia de la primera guerra europea, Krehl habló del "modo de enfermar" en relación con la personalidad. Después de la segunda guerra, V. Weizsäcker se hizo portavoz de la introducción del "sujeto" en la dinámica patológica. A todo el mundo resultó patente que la pura perspectiva científico-natural resultaba insuficiente para una comprensión completa del hecho del enfermar. Todos estos esfuerzos cuajaron en la introducción en el campo de la Medicina de la llamada *patología psicosomática*. Apenas se ha iniciado una nueva dirección del pensamiento médico tan llena de esperanzas.

Desgraciadamente, las esperanzas que se pusieron en la Medicina psicosomática hace una o dos décadas están declinando rápidamente, debido a que el problema se planteó mal. La formulación no pudo ser más sencilla. Existe una serie de factores etiológicos o etiopatogénicos en las enfermedades: microbios, traumas, tóxicos, etc., etc., bien conocidos o en camino de serlo; pero se había descuidado uno, muy importante, que era el factor psíquico.

Jores insiste en que en las *enfermedades llamadas de la civilización*, es decir, las psicosomáticas, el factor psíquico es no sólo el más importante, sino quizá el único existente; pero de la misma manera que el reconocimiento de los factores infecciosos o tóxicos, etc., han llevado a terapéuticas tan eficaces que han supuesto un progreso extraordinario en la Medicina, se piensa también que con la psicoterapia, y más concretamente con el psicoanálisis, se podrían obtener los mismos resultados. Jores llegó a afirmar que las enfermedades psicosomáticas (úlceras de

estómago, asma, colitis ulcerosa, etc.) eran debidas a frustraciones producidas en la vida instintiva, y que la supresión de estas frustraciones sería la mejor profilaxis de las mismas; sin embargo, la realidad ha demostrado que tal planteamiento del problema es inexacto, puesto que la psicoterapia, con esta orientación etiológica o etiopatogénica, cada día resulta más evidentemente fracasada. Greenacre dice, por ejemplo, que es imposible establecer una relación directa, ni simbólica, entre los síntomas y las frustraciones o traumas anamnésicos cuando se somete el enfermo a un largo psicoanálisis.

Otra enorme dificultad ofrecida a la penetración en la Medicina del punto de vista psicosomático ha sido la de medir y analizar estadísticamente las interacciones psicofisiológicas. Es verdad que se pueden medir ciertas manifestaciones bioquímicas y fisiológicas del sistema vegetativo como respuesta hipotálamo-cortical a ciertos estímulos; pero no se pueden establecer bien las correlaciones entre la identidad, forma o intensidad de los estímulos y los diversos síntomas afectivos o psicosomáticos. Además, sus manifestaciones vegetativas, tales como resistencia eléctrica de la piel, secreción de catecolaminas, cambios en los ácidos grasos libres, frecuencia de las pulsaciones cardíacas o alteraciones en las respuestas de la presión sanguínea, etc., no muestran el grado de concordancia necesario para poder sacar conclusiones, de tal suerte que apenas es posible encontrar lo que se podrían llamar controles normales frente a ciertas situaciones de "stress" o de esfuerzo.

Taylor y Epstein no han encontrado, por ejemplo, relaciones entre la frecuencia cardíaca y la resistencia de la piel; no sólo se refieren a relaciones directas, sino también inversas, y ninguna otra clase de covariaciones. Es verdad que, con frecuencia, se leen casos de aparición brusca de una enfermedad tras frustraciones intensas. Engel describe un "complejo de entrega" que precede al comienzo de una enfermedad ("Giving-Up-Giving-Up"), pero todavía habría que averiguar si estas "reacciones catastróficas", en determinadas circunstancias, por ejemplo, la muerte frecuente de uno de los esposos después de la muerte del otro, tienen valor estadístico. El morir de pena pertenece a la tradición literaria, y aun admitiendo que sea un hecho cierto, falta todavía por comprobar si el complejo de

entrega, del cual habla Engel, no es, en lugar de la causa, la primera manifestación de la enfermedad; porque no cabe duda acerca de que muchas enfermedades, antes de aparecer con sus signos significativos, van precedidas de una disminución de la vitalidad, a lo cual muy bien se le puede llamar complejo de entrega, siempre y cuando no se atribuya a esta expresión un carácter intencional e interpretativo, sino sólo descriptivo. Por si fuera poco, el material de Engel procede, en su mayor parte, de noticias extraídas de los periódicos.

La angustia se halla en la base de las neurosis, y la ansiedad o angustia acompaña a muchas situaciones patológicas. Desde el punto de vista del sufrimiento, es uno de los epígrafes más importantes. Desde hace mucho tiempo, vengo insistiendo en que la angustia que está en la base de las neurosis *es una angustia endotímica y no reactiva*, es decir, no producida por acontecimientos del medio exterior. Incluso he llegado a renunciar a la expresión de *angustia vital* que empleé como correlativa de la *tristeza vital* característica de la melancolía endógena, precisamente porque esta expresión ha pasado al lenguaje corriente para designar las situaciones angustiosas o pseudoangustiosas que la vida cotidiana, cada vez más compleja, al parecer, somete a los hombres de nuestro tiempo.

La angustia endotímica supone una disregulación nerviosa de todos aquellos centros que, en el fondo, regulan la vitalidad y el sentimiento de ella. En los últimos tiempos se han hecho algunos avances en este terreno. La ansiedad, que está producida por el ácido láctico, ha sido desde hace tiempo conocida; incluso la fatiga excesiva en algunos sujetos ha sido atribuida a la excesiva producción de ácido láctico en enfermos con neurosis de ansiedad. Pitts y McClure concibieron la idea de que el ácido láctico mismo, sin ejercicio, podía producir ataques de ansiedad en personas susceptibles, y han llevado a efecto, muy recientemente, un estudio a doble ciegas de 14 enfermos de neurosis de ansiedad y 10 controles, a los que les han inyectado 500 m. M. de lactato sódico, produciendo ataques de ansiedad en los pacientes neuróticos, pero no en los controles. Aquí sería el momento de llamar la atención sobre la producción de crisis de ansiedad mediante la inyección de adrenalina, que fue una de las tesis que brillantemente demostró Maraón y

que uno de mis discípulos estudió diferenciando su efecto en los neuróticos y en los sujetos normales.

Fröhlich y sus colaboradores observaron la aparición de ansiedad intensa, palpitaciones y taquicardias en algunos de sus enfermos cuando se ponían de pie, y sospecharon que éstas eran debidas a respuestas excesivas en los beta-receptores adrenérgicos. Esta respuesta excesiva era abolida con la administración de propanolol, y así, han postulado la existencia de un estado circulatorio hiperdinámico beta-adrenérgico. Suzman describe también buenos resultados con esta terapéutica.

Buscar la base bioquímica de la ansiedad patológica puede resultar mucho más productivo, médicamente, que entretenerse en el estudio de las raíces subconscientes de la misma. Por mi parte, siempre he postulado una Psiquiatría médica y he tratado de evitar la conversión de la Psiquiatría en una especie de Psicología, sin ignorar, naturalmente, la importancia fundamental de los aspectos sociológicos y psicológicos en la epidemiología y estructuración de las enfermedades mentales, y también de las somáticas. En el reciente simposio sobre "Usos y abusos de la Psiquiatría", realizado en Londres bajo los auspicios de la Asociación Mundial de Psiquiatría, he tenido ocasión de insistir sobre estos puntos de vista. No pretendo afirmar que la base bioquímica de la angustia sea conocida, aunque la farmacología ha logrado grandes éxitos, sino señalar que el estudio profundo de la estructura de la vivencia angustiosa no ha cerrado los caminos a la investigación somática y que el concepto de angustia vital o endotímica los justifica y los hace más imperativos.

¿Quiere esto decir que los aspectos psicológicos del enfermar carecen de significación? Nada más lejos de ello. De lo que se trata es de enfocarlos desde una perspectiva distinta y no creer que cuando se ignora la génesis de una enfermedad forzosamente hemos de pensar en la psicogénesis. En mi libro sobre *Las neurosis como enfermedades del ánimo* me ocupo detenidamente de estos problemas. Ni siquiera las neurosis son, desde mi punto de vista, puramente psicogénicas.

Harold G. Wolff, en un artículo publicado en el *Saturday Review of Literature*, comentaba lo que la esperanza significa para el hombre: las situaciones prolongadas que son percibidas

como peligrosas, tales como la soledad y la desesperación, pueden destruir en un hombre su salud, pero lo mismo puede ser capaz de soportar cargas increíbles cuando tiene estima de sí mismo, esperanza y confianza en los demás. Recientemente, Levinson habla de que el medio en el cual vive una persona puede ser emocionalmente tóxico. Todo ser humano tiene que adaptarse a estos cuatro estados: sentimientos de amor y odio, sentimiento de depender de alguien y sentimiento de su propia imagen. La manera de articular estos sentimientos produce su *estilo de vida*. Cuando este estilo de vida se halla quebrado o resulta insoportable en el medio en que vive, disminuye su auto-estimación y crecen las dificultades físicas y emocionales. Por ello, habla de los *microbios psicológicos*, frente a los cuales los médicos deben tomar medidas estratégicas en relación con el medio en que vive el paciente. Cuanto menor es la confianza en sí mismo del enfermo, mayor es la incidencia y la prevalencia de la enfermedad.

Una nueva rama de la Medicina se está desarrollando, y los médicos tienen la oportunidad de educar a los "managers" sobre la importancia de estos sentimientos para su propia salud. Durante muchos años ha habido muchas descripciones sociológicas sobre la alienación de los "blue-collars" de su trabajo, pero hoy la automatización amenaza a los funcionarios y oficinistas (white-collars people). La edad media en la cual se alcanza el grado de presidente de compañía, en los últimos tiempos ha disminuido de cincuenta y cuatro a cuarenta y nueve años, lo cual plantea, además, el nuevo problema de adaptación a la vida de aquellos que han sufrido una jubilación precoz. Lo que es indudable es que la salud se halla influida por el sentimiento que cada uno tiene de sí mismo, es decir, de su capacidad para vencer cualesquiera vicisitudes de la vida. El hombre pesimista que acepta pasivamente y a regañadientes lo que la vida le ofrece se destruye a sí mismo. La esperanza es el medio principal para lograr una buena salud mental y para luchar contra estos "microbios psicológicos".

Lo que tiene, pues, importancia es la consideración de la enfermedad como una interacción del hombre y su medio y el estudio de los diversos planos en los que se desarrolla tal interacción. Entre el determinismo del plano biológico y la libertad

del plano espiritual se hallan grados y modos diversos de relación genética, tal como Nicolai Hartmann ha puesto de manifiesto en su concepción del mundo. Nada más sorprendente que la escasa aparición de trastornos neuróticos y psicósomáticos en los horribles campos de concentración y en las filas de los ejércitos vencidos durante la última guerra. En cambio, en los ejércitos vencedores, especialmente en los que una rica intendencia proporcionaba alto grado de bienestar, las neurosis de guerra fueron más frecuentes.

Druss y Korufeld han descrito recientemente la aparición de pesadillas tremendamente angustiosas en enfermos "resucitados" después de una parada cardíaca. Estos sueños se parecen enormemente a los que ocurren en los soldados heridos en la guerra, y son los únicos trastornos psiquiátricos específicos que distinguen a los supervivientes de una parada cardíaca de los otros enfermos con enfermedades graves del corazón. No puede afirmarse, según los citados autores, si tales pesadillas son el resultado de una alteración orgánica o de un proceso psicológico adaptativo que ayuda al paciente frente a una experiencia traumática tan extrema.

Desde hace mucho tiempo vengo sosteniendo que la angustia ante la muerte se halla en el fondo de la angustia vital. Y esta experiencia puede encontrarse vivamente activada en las unidades de cuidados coronarios intensivos. El complicado equipo electrónico, la expresión de ansiedad que, a veces, aparece en los médicos y en las enfermeras les hace conscientes de que se hallan bordeando la peligrosa frontera de la muerte. Los autores citados insisten en que es muy importante asegurar a estos enfermos que aquella parada cardíaca no ha existido y que no corren ningún peligro; e, incluso, en la organización de las unidades intensivas sería aconsejable situar fuera de la vista del enfermo todo el complicado sistema electrónico que se necesita. El problema, además, se complica, porque el traslado de los enfermos de la unidad de cuidados intensivos a la sala adecuada, pasado el peligro, también resulta traumatizante, y la angustia que siente el enfermo aumenta la actividad adrenérgica, como puede demostrarse por las determinaciones de catecolaminas urinarias. De 14 enfermos con infarto de miocardio pasados de una unidad de cuidados intensivos a la

sala corriente, en siete hubo grandes respuestas emotivas y complicaciones orgánicas, tales como un nuevo infarto, taquicardia ventricular recurrente, insuficiencia coronaria, fibrilación ventricular y pericarditis. Cinco de estos siete tuvieron un aumento de las catecolaminas urinarias. Todo ello ocurre porque el enfermo tiene la impresión de que ese paso significa que ya no se van ocupar de él, ni va a disponer de la atención delicada de la unidad de cuidados intensivos, y por ello se propone que al pasar de una a otra sala, un médico y una enfermera de esta unidad le sigan viendo, sobre todo en los primeros días, en el departamento correspondiente. En cambio, la implantación de los reguladores cardíacos no son, en general, fuente de neurosis y, por el contrario, aunque tengan que sufrir emociones diversas, son muy bien soportados.

Como éste podríamos poner muchos ejemplos de la influencia del medio en la aparición y en la plastia de las enfermedades somáticas sin aludir a las mentales; pero como claramente se ve en ellas, lo importante científicamente consiste en dilucidar, con la mayor claridad posible, *las modalidades de la acción patógena* y no hablar simplemente de *psicogénesis* en el sentido estricto de la palabra. Más bien, la influencia agravante o desencadenante de una situación psíquica en la aparición y curso de una enfermedad orgánica debería llamarse *catagénesis*. Lo importante es, pues, el estudio de la *situación* del enfermo en lugar de la búsqueda de una anamnesis traumática que casi nunca se demuestra verdaderamente patogenética. Al interés por el conflicto pasado sucede el interés por la *situación*. Situar el modo peculiar de estar en el mundo y de enfrentarse con él. No se trata de buscar situaciones geográficas, sino *situaciones vitales* (Nicol).

EL SENTIDO DE LA ENFERMEDAD

Cada día se da más importancia a la *ecología* en la vida moderna. Voces de alarma surgen en torno a la contaminación atmosférica, a la desaparición de especies diversas, al cambio en el equilibrio del medio ecológico. Todo esto es la obra del hombre. Una hormiga no es nada; una multitud de termitas pueden destruir un palacio. Sin la intervención del hombre, en la Naturaleza ocurren oscilaciones que parecen reguladas de una manera neutra. El plasmodio de la malaria vive en el anofeles y vive en el hombre. El anofeles lo soporta perfectamente; en el hombre produce una enfermedad. La Naturaleza no se pregunta si el afectado por la malaria es un capitalista o es un proletario, es un sabio o un tonto. Claro que existen enfermedades de las plantas y en los animales, pero las plantas no sufren ni padecen, no hay "pathos" en ellas; por consiguiente, hablar de una patología vegetal es un contrasentido. En los animales ya hay una cierta percepción de que algo no va bien en ellos. El animal puede sufrir, pero su sufrimiento no tiene sentido. *Sólo en el hombre el sufrimiento adquiere sentido.* Un budista piadoso no es capaz de matar a un piojo, aunque sepa que puede infectarle de tifus exantemático, porque el piojo es una criatura igual que él. Además, piensa que la transmigración de las almas justifica la existencia de un ser vivo, lo mismo que la de otro, cualquiera que sea su naturaleza. En el occidental, el sufrimiento adquiere un carácter especial, porque parte de la convicción de que el hombre es un individuo. *El descubrimiento de la persona humana es el gran descubrimiento de Occidente*, por eso se cree con derecho a anular a los mosquitos que transportan el plasmodium de la malaria, para que el hombre pueda vivir, y se cree con derecho a trastornar el orden

de la Naturaleza, siempre y cuando vaya en beneficio del hombre. En la Naturaleza, lo que llamamos enfermedad tiene no sólo un carácter negativo, sino también positivo. En cambio, en el hombre, la enfermedad tiene otra significación. Precisamente porque su sufrimiento le sitúa en una especial posición dialéctica con respecto a sí mismo.

Las tres plagas apocalípticas que amenazan al hombre son: la guerra, el hambre y la peste. Contra la guerra, trata de utilizar la razón; contra el hambre, el trabajo, y contra la peste, la ciencia. La técnica actual ha mejorado las condiciones de trabajo, pero ha empeorado las condiciones de la guerra. Con respecto a la peste, los progresos de la Bacteriología y de la Higiene son extraordinarios.

En la última guerra, un hecho a destacar fue la escasa importancia de las enfermedades infecciosas o epidémicas, durante y después de ella; pero, de todas maneras, hasta ahora no se ha podido lograr la desaparición completa de las grandes epidemias, tales como la peste, la lepra, el cólera, el tifus exantemático, la fiebre amarilla e incluso la gripe. Los actuales medios de comunicación facilitan la contaminación, pero la amplia red de medidas higiénicas establecidas nos protegen.

Se habla mucho ahora de los peligros de la bomba atómica, pero éstos no serán nada comparados con los peligros de la guerra bacteriológica. Tres generaciones de vida humana suponen al menos noventa años, y tres generaciones de bacterias pueden engendrarse en tres horas. Como arma, la bacteriología tendría efectos mucho más deletéreos que la bomba atómica. De todo lo cual puede muy bien deducirse que la ciencia es el juguete más peligroso que jamás ha creado la Humanidad. Juguete difícil de manejar, precisamente porque la ciencia misma no puede resolver los problemas que ese trágico juguete plantea. La característica fundamental del hombre es que su conciencia no funciona de acuerdo con sus instintos, y que si se dejase llevar de los instintos, la conciencia moral desaparecería. Al mismo tiempo que ocurre este hecho, su capacidad de conocimiento, es decir, su otra forma de conciencia se ha ampliado desmesuradamente; ha descubierto nuevos métodos que le permiten conocer la Naturaleza de una manera tan perfecta como no se podía haber sospechado dos siglos antes. El salto que em-

pezó en el Renacimiento tenía otro carácter; ahora la ciencia, a partir de las Matemáticas y de la Física, ha descubierto el "principio de discontinuidad". Realmente quien descubra en el futuro nuevas formas de discontinuidad es o será una persona genial: discontinuidad en la física, discontinuidad en los genes y, ¿por qué no?, *discontinuidad en el modo de pensar*. Lo cierto es que de la ciencia misma no puede deducirse ninguna moral, porque la ciencia no busca más que la ampliación de los conocimientos, la desaparición de la nada, e ignora todos los juicios de valor.

La Medicina nos enseña, precisamente por su situación ambigua, cuál es el verdadero problema de la ciencia actual. Por una parte tenemos la enfermedad como hecho óntico, con un acaecer regulado racionalmente, en el cual los principios de la física, de la química y de las matemáticas mismas, tienen su aplicación y han constituido la mayor fuente de progresos de la Medicina moderna; pero, por otro lado, la enfermedad supone dolor, sufrimiento y en general afectación de la persona humana, de su situación en el mundo, de sus valores morales, etcétera, y esto escapa a toda medición y es tan discontinua que llega a ser escandalosa.

¿Por qué el hombre ha de sentirse enfermo? ¿Qué significado tiene la enfermedad para él? El hombre necesita explicarse las cosas, pero explicarse las cosas supone encontrarles un sentido. El mundo del escéptico siempre es limitado y conduce al absurdo. El hombre de Neanderthal enterraba a sus muertos, como se ha demostrado en la caverna de Menton, en Francia; no sólo los enterraba, sino que alineaba piedras a su alrededor, como para proteger la cabeza y la cara del muerto. Si esto era así, es porque pensaba que igual que existe el reino de los vivos existe el reino de los muertos y que en el sentido de la vida se incluye el mismo proceso de la muerte. La contestación a esta pregunta varía según los diversos pueblos, las diversas culturas y religiones; pero la necesidad de encontrar una explicación es común a todos ellos, porque pertenece a la esencia del hombre. Cada cual encuentra, como acabo de decir, una explicación a este hecho que le parece evidente; pero la evidencia no es, en sí, ningún conocimiento científico. Nosotros podemos pensar que las piedras situadas alrededor del ca-

dáver del hombre de Neandertal podrían significar un movimiento protector del mismo o también que podrían significar el deseo de que no se escape el alma o el espíritu del muerto; pero todo esto no son más que conocimientos por analogía. Cuando el científico habla de que es evidente que tal cosa es así, comete un error metódico, porque desde el punto de vista científico no hay evidencia, sino sucesiones rigurosas de razonamiento en las que el salto a la evidencia no es lícito; pero el hombre vivo, por otra parte, necesita encontrar ese sentido y deben ser otras partes de él, de su cerebro, de su ser, en conjunto, las que le ayuden a encontrar un sentido que cuaje en una significación.

En los pueblos primitivos, las interpretaciones mágicas cubrían bien ese vacío. Sobre cuánto puede quedar de magia en medio de los razonamientos más estrictos del hombre actual habría mucho que hablar y discutir.

EL SENTIDO DEL DOLOR Y DEL SUFRIMIENTO

Insistamos una vez más sobre la pregunta anterior:

¿Tienen el dolor y el sufrimiento un sentido? Para algunos pensadores es así y también para los neurofisiólogos actuales. Ya Aristóteles decía que el placer y el displacer suponían un fomento o una represión de la vida, aunque algunas veces esta relación falla, como, por ejemplo, con los dulces venenos o los amargos remedios. En cualquier caso, esta afirmación general habría que limitarla a la actividad de aquella parte del órgano afectado, por ejemplo: el agua helada que puede satisfacer la sed puede causarnos un daño.

Max Scheler hizo una descripción de los estratos de la vida emocional, en la que, alejándose de la distinción clásica entre sentimientos positivos y negativos, como placer y dolor o placer y displacer, para interpretar la dinámica humana tal como se venía haciendo—y hoy todavía constituye el esquema fundamental de las tesis psicoanalíticas—, trata en cambio de lograr un análisis en profundidad de los diversos *estratos de la vida emocional*. El punto de vista esencial para hacer la distinción entre los mismos consiste en demostrar su diferencia *cualitativa* por la posible coincidencia de sentimientos o emociones de signo diverso; por ejemplo, poder sentirse optimista, a pesar de la presencia de un dolor.

Brevemente resumida, esta *tectónica de la vida emocional*, cuya aplicación a la patología se ha demostrado extraordinariamente fructífera, es la siguiente:

- 1.º Sentimientos sensoriales.
- 2.º Sentimientos vitales.
- 3.º Sentimientos reactivos.
- 4.º Sentimientos metafísicos o espirituales (*Geistige Gefühle*).

Los *sentimientos sensoriales* se caracterizan porque están siempre localizados en determinadas zonas del organismo, pudiéndose extender en más o en menos, pero permaneciendo siempre adheridos a una determinada topografía somática. El mejor ejemplo de ello es el dolor. No hay que confundirlos con las propias sensaciones, porque aunque tengan un elemento sensorial, van siempre acompañadas de una resonancia afectiva. Son puntuales, es decir, el recuerdo no les revive tal como fueron, sino que es como una rememoración de los mismos. Scheler cita como tipos: el dolor y el prurito. A ellos yo agregaría: las parestesias.

El segundo estrato está constituido por lo que se podría llamar *sentimientos vitales*, los cuales tienen un carácter difuso y en definitiva nos dan noticias de cómo se encuentra uno a sí mismo, en relación con su corporalidad. Höfdding hablaba de "cenestesia", considerándola como la suma de las sensaciones particulares provenientes de las diversas regiones del cuerpo; pero la verdad es que los sentimientos vitales se perciben de un modo inmediato y global y que, además, poseen un cierto carácter intencional y una continuidad de existencia, en contra del carácter puntual de los sentimientos sensoriales. Así nos muestra peligros y ventajas para nuestra existencia corporal. Podemos sentir un malestar antes de tener conciencia de que está uno enfermo. Son manifestaciones del modo de experimentar nuestro cuerpo como cuerpo animado, a lo que podemos llamar *corporalidad* para distinguirlo del cuerpo anatómico, es decir, del cuerpo cadavérico. Ejemplo de los mismos son la angustia, el miedo, el asco, la vergüenza, la aversión, la simpatía y la antipatía vital, el vértigo, etc. En los estados de melancolía, la tristeza vital o endotímica emerge de la propia corporalidad enferma, sin hallarse motivada por ningún acontecimiento exterior. En las neurosis, la angustia surge también con este carácter endotímico, sin que tampoco influyan los acontecimientos y las situaciones conflictuales, aunque a veces constituyan una sobreestructura que modifica la morfología del cuadro clínico.

El tercer estrato se halla constituido por los *sentimientos reactivos*, que podrían llamarse también *sentimientos dirigidos*. Son aquéllos provocados por acontecimientos del mundo exte-

rior, por ejemplo, cuando uno está alegre o triste por determinadas noticias favorables o desfavorables. Lo importante en ellos es su *significación*. La diferencia, por ejemplo, entre la tristeza motivada y la tristeza inmotivada o endotímica es tan evidente que, en el segundo caso, podemos hablar seguramente de un estado de depresión, y en el primero, sólo en casos muy especiales podemos atribuirle la significación de depresión reactiva, si es que siendo motivada resulta desproporcionada al motivo, y aun en este caso debemos sospechar la cooperación subálvea de una alteración endotímica.

El cuarto estrato, los *sentimientos metafísicos*, también llamados espirituales, son sentimientos de la persona en su totalidad, tales como los estados de serenidad o de desesperación. También puede tener cierta importancia en Patología, sobre todo si tenemos en cuenta que frente a una enfermedad somática cualquiera el enfermo puede tomar actitudes diversas, en las cuales se halla implícito su modo de ser personal; ¿quién puede negar el papel de la esperanza en la vida de los enfermos? Antes ya hemos citado unos ejemplos vulgares. Por el contrario, ¿quién puede negar el anhelo de bienestar o el sentimiento de derecho—acto personal—que se ha infiltrado en el enfermo actual y que ha deformado la utópica definición que la O. M. S. da de la salud? Pero por clara que sea esta tectónica de la vida emocional, hay algunos puntos esenciales sobre los cuales quisiera llamar la atención.

Durante mucho tiempo se ha creído que cuando un cierto número de terminaciones dolorosas se hallaban afectadas o estimuladas, en enfermo experimentaría un cierto grado de dolor, y que para ese grado de dolor debería emplearse una cierta cantidad de analgésico; sin embargo, habría que analizar más detenidamente esta proposición. Un niño pequeño recibe un golpe en la nariz y no se queja de momento, hasta que llega su madre o hasta que ve salir la sangre de la nariz. Un soldado gravemente herido, sin estar en ninguna situación de "shock", apenas necesita un narcótico; mientras que muchas veces una persona civil, con una herida menor, requiere varias veces la dosis que el soldado en la situación anterior. De éstos y de otros ejemplos análogos debemos deducir que muchas veces es imposible diagnosticar el grado de dolor por la conducta del enfermo, pues-

to que influyen enormemente las circunstancias psicológicas que le rodean.

Beecher cuenta el caso siguiente: Durante la segunda guerra mundial, estando en Anzio en una noche muy lluviosa, alguien abrió una de las cortinas de una habitación, rompiendo así el "black-out"; inmediatamente sonó una explosión, y llevaron al hospital un soldado gravemente herido, a quien los enfermeros difícilmente podían mantener en la camilla. Entonces él le puso una inyección intravenosa de 120 mg. de amobarbital sódico. Inmediatamente el herido se tranquilizó, se serenó y pudo ser examinado. Tenía ocho costillas fracturadas, una de ellas había herido el riñón, y la orina era sanguinolenta. Sólo así fue posible tomar todas las medidas necesarias para salvar la vida de aquel herido. Rápidamente se extendió este método, y se llegó a la conclusión de que en muchos heridos aparece una ansiedad, a veces como histeria de ansiedad, sobre todo en las situaciones especialmente amenazadoras para la vida. Indudablemente esta ansiedad dominaba, hasta hacerla desaparecer, cualquier respuesta subjetiva dolorosa. El problema tiene implicaciones prácticas extraordinarias, porque a veces a un enfermo con quemaduras graves se le inyectan, subcutánea o intramuscularmente, sustancias analgésicas poderosas, que no actúan porque no son absorbidas, dado el estado de "shock" del enfermo. Cuando los esfuerzos terapéuticos empiezan a tener resultado y la circulación periférica se restablece, la morfina inyectada se absorbe rápidamente y amenaza la respiración. Cualquier clínico con experiencia puede, sin duda alguna, confirmar estos resultados de Beecher.

Y también tiene, como es natural, la implicación negativa: el abuso de fármacos y de drogas en la Medicina actual, sobre el cual han llamado la atención tantos autores, y entre nosotros el Profesor de Farmacología B. L. Velázquez.

Se ha dicho que el dolor tenía un papel defensivo. Esto no es rigurosamente exacto; no quiero con ello decir que no lo tenga, pero la explicación no agota todas las finalidades del dolor. Si fuese así, siempre se presentaría como anuncio de un peligro, y debería existir una relación entre la magnitud del dolor y la causa que lo desencadena. Esto es cierto en algunos casos, por ejemplo, en el dolor del cólico renal, en el que real-

mente tiene una finalidad de aviso. Pero la experiencia demuestra cómo muchas veces el dolor sobrepasa esta finalidad, como ocurre con el dolor de muelas; el hecho de que exista una pequeña inflamación en la encía no es perturbador para la vida, y, sin embargo, el dolor es de los más agudos.

El dolor de un músculo nos invita insistente y a veces indeclinablemente al reposo; el dolor de un órgano impone la quietud del mismo. Uno y otro son los mismos que exigen la intervención médica. Que esto es así resulta indudable; pero no siempre ocurren las cosas de esta manera. Muchas veces no existe paridad entre la intensidad del dolor y la gravedad del peligro. Incluso existen enfermedades que sólo consisten en el dolor, como la neuralgia del trigémino. Otras veces, graves enfermedades no se acompañan de ninguna correspondencia dolorosa. Hay cánceres que cursan como ladrones fraudulentos, que no se revelan más que próximos a la catástrofe final. La Medicina sería mucho más segura si contase con un sistema de señales tan indefectibles como el que supone la ecuación "dolor : gravedad del peligro morboso". Desgraciadamente no es así, y el médico tiene que debatirse, muchas veces, buscando la luz en una espesa selva de síntomas traidores. Es más, existen dolores que más que expresiones de procesos patológicos son acompañantes de procesos fisiológicos. El mejor ejemplo lo constituyen los dolores del parto, y en un plano menor, los dolores del crecimiento, verbigracia, el de la muela de juicio. ¿Y qué decir de los dolores en los miembros fantasmas? Ni siquiera hay paridad entre la viveza del dolor y la nobleza de los órganos. El cerebro puede ser cortado y magullado sin que se produzca dolor. El cirujano habilidoso manipula en la marañana intestinal sin que el enfermo se dé cuenta. En cambio, la presión sobre la apófisis estiloides provoca un grito doloroso. Claro es que también algunos de los órganos internos, insensibles a una manipulación mecánica, pueden serlo si el estímulo es específico; por ejemplo, las asas intestinales, distendidas o contraídas, duelen. Pero aun contando con esta peculiaridad sigue en pie la desproporción entre la presencia o la intensidad de un dolor y el peligro que encierra la agresión algógena.

LOS LAMENTOS DE JOB

La inadecuación, pues, del dolor crece a medida que nos detenemos a pensar en él. Parece como si la vida, mediante él, quisiera enseñarnos una lección profunda y esotérica que nuestras simples inteligencias se negasen a entender. La primera y grave lección es que no hay una correspondencia entre dolor y daño, como no la hay entre enfermedad y culpa. Una y otra vez vuelve ese tema a la consideración médica, ¡qué digo médica!, a la consideración del propio enfermo, del propio paciente, y todos lo hemos sido alguna vez. ¿Por qué me ha de sorprender a mí ahora esta enfermedad o este dolor? ¿Por qué mi amigo X, tan excelente, ha de ser víctima de un horrible padecimiento, y tal otro, con un saco de vicios y culpas bien repleto, vive sano y aparentemente tan feliz? ¿Qué extraña economía rige esta absurda distribución de bienes y males en la Tierra? Porque no cabe duda que la salud es uno de los bienes más preciados y que la felicidad terrenal presupone la salud. ¿No estamos ante un puro absurdo? ¿No será la naturaleza humana un insondable abismo de absurdos?

Y aquí aparece el gran problema de Job, el del sufrimiento del justo. Ya sabemos la contestación que dio Leibniz. Los teólogos modernos como Hans Küng y Cabodevila buscan la respuesta por otros caminos. Sin embargo, yo quisiera hablar de este problema no desde el punto de vista de la teodicea, sino de la antropología médica.

Entre las numerosas teorías elaboradas para explicar la génesis del dolor hay dos de las cuales quisiera decir unas palabras: una es la de Head y otra es la de Pradines.

Head distingue el dolor protopático y el dolor epicrítico, y se pregunta por qué tiene que existir el dolor inauténtico, que

es el dolor protopático según él. Manteniéndose en un círculo de ideas que son evolucionistas, y que en definitiva reproducen los puntos de vista de Spencer y Jackson sobre el funcionamiento del sistema nervioso, elabora una teoría que viene a parecerse a las que se han lanzado en Biología para explicar la existencia de los órganos que se llamaban rudimentarios. Pues bien, cuando Head se pregunta para qué existe el dolor protopático, reproduce estas ideas y piensa que existe, por un error en la evolución biológica del organismo, como una especie de sensibilidad anómala que ha persistido y que todo el organismo está construido para llegar a manifestar su receptividad sólo en el plano de la sensibilidad epicrítica y noética. Es decir, el hombre está todo él construido para no tener más que puras sensaciones. El ideal del hombre perfecto sería el hombre que no tiene dolor, que no tiene más que la pura sensación discriminativa, los puros principios noéticos, la inteligencia. Y como este ideal no se ha alcanzado, por la misma razón que existen órganos rudimentarios, existen sensaciones rudimentarias; y a estas sensaciones rudimentarias pertenecería el dolor protopático.

La tesis, desde el punto de vista biológico, parece que tiene una cierta viabilidad; sin embargo, hay un argumento fundamental contra ella, que es muy sencillo: no se puede concebir de ninguna manera la vida humana montada sobre el plano epicrítico. La vida, montada sobre la pura existencia del dolor noético, no sería una vida humana. De manera que, desde el primer momento, existen las dos cosas: sensación protopática y sensación en cuanto *noesis*, o sea, en cuanto a conocimiento. Y no es que se haya desarrollado una a partir de la otra, sino que las dos coexisten y la vida sólo se ha organizado por la presencia simultánea de las dos, sin que se suponga una cierta gradación evolutiva que justifique la presencia primero de una y después de otra.

Pradines ha modificado la tesis de Head, y la ha mejorado en el siguiente sentido. Dice: realmente tiene una cierta relación el problema del dolor con el problema de la inteligencia propiamente dicha, y la relación consiste en que cuanto más puro ha de ser el acto intelectual, más desprendido debe estar de los afectos, y de entre todos los afectos, del dolor. Un acto

intelectual puro sería el acto neutro que estuviese absolutamente desprovisto de todo ingrediente afectivo. Ahora bien, esta mayor pureza de la noesis, tanto en el plano de las sensaciones como en el plano intelectual, trae como consecuencia que se modifiquen las relaciones del sujeto con el mundo. Esta mayor agudeza perceptiva del pensamiento provoca la apertura al mundo circundante en el cual está sumergido el hombre, de suerte que así puede percibir y estar expuesto a realidades que son muchísimo más amplias, remotas y valiosas que si se mantuviese en un plano más primitivo.

Entonces resulta que, por esta misma presencia simultánea de su sensorialidad y de su acto intelectual, está sometido a mayores peligros. La peligrosidad del ser total es mayor que la del ser más primitivo, y por consiguiente, en la propia estructura del organismo puede haber algo que atenúe esa mayor peligrosidad. Por eso se tienen que desarrollar también las sensaciones dolorosas, que no se pueden mantener en un puro plano protopático, sino que tienen que agudizarse y penetrar hasta planos más altos de la conciencia.

En definitiva, la tesis de Pradines sostiene el mismo principio de que el dolor tiene una cierta finalidad, pero una finalidad que está supeditada no ya sólo a una pura relación de economía biológica del ser con el *medio*, sino a una relación del hombre con su *mundo*. Y a ellas agregaría yo un complemento. Precisamente por esa apertura del mundo es por lo que el hombre es capaz de crear historia.

LA APERTURA DEL MUNDO A TRAVES DEL DOLOR

¿Qué idea tenemos de nuestro propio cuerpo? Un hombre sano sabe muy poco de él. No nota el latido monótono de su corazón, ni sabe del esfuerzo denodado de su estómago, ni del trabajo de sus células cerebrales. Basta la aparición de un dolor para que se amplíe el horizonte de sus conocimientos.

El dolor consiste en la presencia, en su conciencia, de una parte de su cuerpo cuya existencia ignoraba. No se trata de un conocimiento científico, sino de un conocimiento directo y presencial, de una especie de tacto interior. El dolor nos enseña que existe nuestra intimidad corporal. ¿Qué sería del hombre, como preguntábamos antes, ignorando la existencia del dolor? No es lícito entretenerse en examinarlo, porque la naturaleza humana es así y no de otra manera. Antes de la aparición del dolor, la vida era paradisiaca; pero una vez que el hombre salió del paraíso—en la vida de cada cual, del vientre materno—, la vida humana cambió radicalmente su sentido.

El dolor exige siempre un repliegue sobre sí mismo. No sólo ensancha los horizontes del conocimiento de la corporalidad, sino de toda la persona. ¿Cómo sabemos nosotros que tenemos una naturaleza dual? Hablo no de los conocimientos que podamos aprender en una clase de psicología o de filosofía, sino de un conocimiento nuestro, intuitivo y sustancial, precisamente a través de determinadas experiencias: angustia, tedio, vértigo, náusea, etc. De ellas, la más elemental, la que exige menos capacidad de reflexión, ya que grita su lección por ser más potente su altavoz, es la experiencia dolorosa. *El dolor nos enseña que existe una carne doliente sometida a un espíritu libre.* Los tóxicos que proporcionan placer son de signo contrario. En el placer el hombre se siente unificado con su cuerpo, carente de

gravedad y consistencia. Cuando el placer aumenta, llegando al éxtasis dionisiaco, el proceso de unificación trasciende de la individualidad para lograr una fusión con el cosmos. Es el gran mediodía nietzscheano, la fusión de individuo y cosmos parece lograrse; el tiempo, detenerse. Los tóxicos que producen placer destruyen la individualidad. El borracho se degrada y se impersonaliza. En la intoxicación por el haschich o la mescalina, las fuentes del yo se diluyen hasta desaparecer. En un fumadero de opio, la experiencia alcanza el nivel del nirvana. Ahora se cierne sobre la juventud el peligro de las drogas. La edad media de los drogados es de veinte años. Entre ellos hay varios tipos. Todo el mundo está de acuerdo en el grave peligro que supone la heroína, pero hay una gran campaña en favor de que se deje libre la marihuana, pensando que al suprimir la prohibición, el tabú, los jóvenes dejarían de interesarse. Es posible que esto ocurriese; pero lo es más que la difusión de la marihuana produjera una generación de jóvenes condenados de por vida a la inmadurez. La huida del esfuerzo como la huida de la responsabilidad y de la realidad son factores negativos en la formación de la personalidad.

El dolor individualiza y personaliza. Ernesto Jünger ha dicho: "El dolor pertenece a aquellas llaves con las que no sólo se abre la intimidad, sino también el mundo. Dime cómo te comportas frente al dolor, y te diré quién eres."

Quizá sea ésta la clave del porqué en el mundo hay mayor dolor que placer. La tesis de la filosofía pesimista, antes y después de Schopenhauer, parte siempre de este hecho aparentemente tan brutal y desconsolador. Frente a ellas se eleva la de una ordenación armónica del mundo, idea goethiana, en la que se sucederían equilibradamente las ondas de dolor y placer. Feuchterleben decía: "Así cambia en la vida del hombre este microcosmos, oscilando continuamente entre la tensión y la relajación, el sueño y la vigilia, la alegría y el dolor, como la inspiración y la espiración en un ser vivo." Pero la vida humana no es sólo rítmica, como las mareas, sino también agitada como las tormentas. Existe una enfermedad, la psicosis maniaco-depresiva, que se manifiesta por la alternancia de fases de alegría y de tristeza. La alegría del maniaco es una alegría que se alimenta a sí misma, esplendorosa, brillante, insaciable. La tristeza

del melancólico es profunda, abismal e inagotable, como la vida misma. Pues bien, la experiencia enseña que son mucho más frecuentes las fases melancólicas que las maníacas. No hay en la distribución de las mismas equidad alguna. También la psicología enseña algo muy curioso acerca del placer y del dolor. El dolor se siente localizado; cuando se generaliza, nunca pierde su tono local. Se pueden tener dolores en todo el cuerpo, pero no como totalidad, sino aquí, allá y en todas partes. En cambio, el placer es siempre, o casi siempre, una sensación global. Las sensaciones parciales del placer son sensaciones minimizadas.

La misma experiencia del maniaco nos muestra que la alegría es un trasunto de la experiencia del vacío. La alegría, a medida que aumenta, va perdiendo su contenido, aquello por lo que el sujeto se alegra. Este "por lo que" va borrándose poco a poco, hasta dejar a la alegría limpia, sola, pura, desnuda, pero vacía. Se trata de un vaciamiento de sí mismo, de una forma de impersonalizarse. Basta ver un ambiente donde reina la alegría, por ejemplo, una fiesta. A medida que la alegría aumenta, los seres que allí están se impersonalizan más y más. En el éxtasis dionisiaco también existía una impersonalización.

Schopenhauer tenía razón al ver la vida como un proceso prevalentemente doloroso. Quizá también la tuviese al afirmar que el afinamiento para el dolor es correlativo con una agudización de la inteligencia. ¡Cuántas veces nos sorprende la daga aguda del pensamiento de un hombre que lleva meses o años aniquilado por los dolores! "En la misma medida que el conocimiento llega a la claridad, que la conciencia aumenta, crece también el tormento, que alcanza en el hombre su máximo grado para ser de nuevo más claramente penetrante cuanto más inteligente es el hombre; aquel en quien anida el genio es el que más sufre." *El dolor se halla ligado, por consiguiente, al desarrollo psíquico del hombre.*

DOLOR, SUFRIMIENTO, SACRIFICIO

La significación, pues, de la palabra dolor confluye con otras que revelan ya, más que sensaciones, estados de ánimo. Muchas veces se conjugan estas dos: *dolor y sufrimiento*. El dolor se refiere al mundo de las sensaciones. El dolor nos habla del cuerpo, nos denuncia su presencia y nos refiere a él como contingencia fundamental del vivir. El sufrimiento, en cambio, nos habla directamente del ser. Se sufre en la intimidad personal, sufre toda la persona. El problema radical de la realidad humana es el de la relación con nuestro propio cuerpo. También con respecto a él podemos decir y decimos: yo tengo mi brazo o mi cabeza, es decir, yo tengo mi cuerpo. Pero también mi cuerpo es mío, se integra, por tanto, en la unidad de otro modo que, teniéndolo, participa esencial y sustancialmente del ser. Y al mismo tiempo, mi cuerpo me tiene, me limita.

Scheler busca el sentido del sufrimiento insertándolo en el *sacrificio*. El sacrificio supone la aniquilación, disminución o renuncia a un bien inferior en aras de un bien superior. Podría hablarse del dolor como sacrificio en ciertos dolores; pero en otras circunstancias esta tesis de Scheler no resulta tan convincente. Señala dicho autor las semejanzas entre el dolor y la muerte. La muerte es el sacrificio del individuo en aras de la especie, y la enfermedad y el dolor podrían considerarse como trasuntos de la muerte y, en este caso, gozar de la misma significación, aunque realmente esta afirmación sea paradójica en nuestros oídos.

Por otra parte, hay una conexión entre el dolor y el amor, según el citado autor. El amor vital es la fuerza originaria de la unión y de la reproducción, y por eso es la precondition del sacrificio. La vida humana es *más-que-vida* y por su tendencia

a la unión y a la reproducción lleva aparejada una especie de *precondición ontológica del dolor*. Todo amor es amor de sacrificio, todo sufrimiento es siempre un sufrimiento parcial para que la especie no muera. A pesar de la genialidad de ésta y tantas otras tesis de Scheler, a mí no me resultan absolutamente convincentes, como tampoco resulta convincente el modo como explica Scheler la aparición en el hombre de la idea de la muerte.

Suponiendo un niño abandonado que creciera como Robinson en una isla solitaria de un mar ignoto y que no hubiese contemplado el espectáculo de la muerte, ¿podría él tener la idea de la muerte?, ¿existiría en él el presentimiento de que tiene que morir? Scheler a esta cuestión responde afirmativamente, asegurando que el hombre sabría de la muerte, aunque la muerte no existiera sobre la Tierra. El proceso de los ritmos vitales, como el envejecer, el dormir, el soñar o el enfermar, 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 análisis de Scheler está lleno de agilidad, pero la certeza de la muerte no nos dice lo que la muerte sea. La dirección del acto vital conduce necesariamente a la idea del fin, pero queda todavía sumido en la más profundas tinieblas lo que sea en sí ese fin. La imaginación popular simboliza a la muerte como el esqueleto con la guadaña; la simbolización no expresa más que la experiencia de que en un momento determinado la vida se corta, sin esclarecernos 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 ya es una especie de explicación secundaria. El análisis fenomenológico del puro acto del pensamiento nos pone de manifiesto sus cualidades negativas, por así decirlo, con respecto a las propias cualidades del acto vital. Son actos no 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 "vivre spirituellement, c'est vivre comme si nous devions mourir tout à l'heure, c'est déjà mourir à la vie du corps".

Los fenómenos vitales son fluencia pura; sólo tienen un lí-

mite: la muerte, límite paradójico porque, por un lado—el de la vida—, limita y confina, cerrando un ciclo o una figura; pero por el otro queda extraña, vaciamente 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 estancia sin tiempo. En la intemporalidad del acto espiritual se manifiesta la muerte, la finitud. La relación del espíritu con el tiempo es siempre negativa: en forma de suspensión, y, sin embargo, el espíritu se halla inserto en el ser vivo, que es pura temporalidad (Kunz).

A mi modo de ver, tales explicaciones, por bellas que sean, no se hallan confirmadas por la experiencia psicológica. Multitud de ejemplos podría yo poner; uno de ellos el del hombre que va a ser ejecutado y que en el último momento es salvado, y que, sin embargo, en esa situación no tiene ninguna crisis angustiosa, como luego se le presenta cuando, enfermo, trata de atravesar un pequeño puente tendido sobre un pequeño vado entre dos agujeros de golf.

En la crisis angustiosa patológica, es decir, en la crisis de angustia vital o endotímica, aparece súbitamente la experiencia de la muerte como experiencia de la nada, como experiencia del no ser y como tantas veces, la patología nos muestra, en forma caricaturesca, la estructura íntima del ser.

El pensamiento de la muerte yace, según mi modo de ver, en cada momento vital y pertenece a la estructura de la experiencia vital misma. El acto vital es un proceso dinámico; pero la conciencia del acto vital posee una estructura propia, que consiste en que, cualquiera que sea su contenido, siempre se hallan presentes, solidariamente, tres fragmentos: un pasado, un presente y un porvenir. Fragmentos que ofrecen una especial modalidad significativa, cualquiera que sea su duración. Los tres fragmentos del acto se viven de un modo distinto: el pasado, como recuerdo; el presente, como realidad inmediata, y el futuro, como proyecto o ilusión. Entre ellos se establece una dinámica propia; en los melancólicos, por ejemplo, el pasado se infarta a medida que el futuro se depleciona. Así nos ofrece en caricatura lo que es la experiencia interna a nuestro ser corporal. *No es que estemos arrojados al mundo, sino condenados a la muerte. Existe, pues, una especie de certeza intuitiva de la*

muerte. La vida se experimenta como una totalidad, uno de cuyos fragmentos devora ávidamente a los otros dos; pero, en cualquier caso, el presente devora, quiérase o no, al propio futuro. La certeza de la muerte es independiente del sentimiento de la muerte próxima. 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 todo ello son formaciones secundarias del hecho primordial de la certeza de morir que, como posibilidad, aparece en la angustia existencial.

Todos los modos de estar en el mundo nos revelan perspectivas distintas de la misma estructura. A estos modos de estar se llama, en el plano psicológico, *estado de ánimo*. De ahí un carácter notabilísimo de ellos: la influencia de los límites. El lenguaje trata de recordar perfiles y provincias de nuestros estados de ánimo. Los gramáticos y los psicólogos se esfuerzan en señalar bien su contenido, sus límites y sus fronteras; a pesar de tales esfuerzos, la realidad se les escapa, señalando no tanto fronteras como zonas de fusión, no tanto provincias como estratos superpuestos. Todos ellos participan en la estructura común. Espinosa ve en el dolor un afecto displacentero, y lo ve en estrecha relación con la melancolía. Cuando se trata de ver qué existe en el dolor de muchos enfermos, nos tropezamos con expresiones reveladoras de tránsitos parejos: hablan de un dolor desconsolado o angustioso, o de un dolor que no es dolor, sino algo difuso, cargado con notas de miedo y angustia.

La crisis de angustia ofrece, como una de sus notas características, el temor a lo indeterminado. El ser busca evadirse de esa vaguedad e indeterminación trasunto de la nada, mediante la acentuación del carácter referencial de la existencia. Busca algo concreto, que le dé miedo en lugar de angustia. El enfermo construye una fobia sobre una vivencia angustiosa. La crisis de angustia le sorprende en medio de la calle y, en tonces, ya no es la angustia misma la que aparece como espectro revelador de la vivencia, sino la calle. La madre que está angustiada porque carece de noticias de su hijo que está en el frente se siente distendida cuando llega la noticia de su muerte. La inseguridad es más aterradora que la seguridad misma. Esta dialéctica entre vaguedad y concreción, trasunto de la que existe en el fondo

de la existencia entre el ser y la nada se halla también en el dolor. Espinosa decía: "No se puede encontrar ningún remedio mejor contra los afectos, que esté en nuestro poder, que el conocimiento verdadero de ellos. No hay ningún otro poder del espíritu que el pensamiento y la formación de ideas adecuadas." Es decir, *una emoción, un afecto, un sentimiento, cesan en su dominio en cuanto logramos hacernos una idea clara de él.* El dolor encierra una amenaza honda, inconcreta. Cuando el enfermo sabe de dónde viene el dolor, empieza a sentirse aliviado. Existe en el ser humano una tendencia incoercible a convertir en objetos los estados de ánimo. De ahí el conocido mecanismo psicológico de la proyección. El hombre necesita *comprender*, reducir a cifra y esquema su experiencia profunda.

El sufrimiento ofrece siempre una nota de temporalidad. Se sufre por lo pasado o por lo que está por venir, aunque el sufrimiento sea por algo que está presente. Es decir, en el sufrimiento mismo, como estado más propio del ser, aparece netamente revelada su condición temporal. "La conciencia, sin duda, no quisiera sufrir y, sin embargo, por una especie de contradicción, el sufrimiento es una especie de quemadura, un fuego interior al cual hace falta que le lleve él mismo un nuevo alimento" (Lavelle). En el sufrimiento existe una dialéctica de presencia-ausencia reveladora de la propia estructura íntima del ser. El dolor, se dice, es un estado de imperfección. Espinosa se adhería a esta tesis. La afirmación se puede aceptar si en lugar de imperfección ponemos "tránsito". Porque en el dolor, como en el sufrimiento, el ser experimenta una crisis. La crisis le revela su imperfección, su déficit. El hombre es constitutivamente un ser deficitario, un "Mangelwesen", como dice Gehlens; pero la crisis ofrece en su estructura antinómica frente al déficit, la superación; frente a la insuficiencia, la tendencia a la perfección. El dolor y el sufrimiento son, pues, modos de espolpear la existencia hacia su propia madurez y perfección, para pasar de la biología a la metabiología.

LAS ALIENACIONES EXISTENCIALES

De la misma manera que el tiempo y el espacio son conocimientos apriorísticos, en el sentido de Kant, también la muerte es algo que está apriorísticamente en nuestro ser y que de vez en cuando, en las experiencias angustiosas profundas, nos aparece como una amenaza que equivale a una tormenta existencial. Lo que ocurre es que Scheler y tantos otros pensadores en el mundo *tratan de racionalizar lo que no es racional, y lo que constituye verdaderamente un escándalo, que es la existencia del dolor, del sufrimiento, de la enfermedad y de la muerte*. Si el dolor tuviese sólo un papel profiláctico y el organismo estuviese constituido tan racionalmente como esta hipótesis supone, podríamos alegar que deberían existir algunas regulaciones que nos defiendan de los peligros, sin necesidad de tomar conciencia de ellos a través del dolor y sin necesidad de esas desproporciones inmensas que ocurren en la escala dolorosa entre la importancia del motivo o la nulidad del mismo y la importancia de la experiencia dolorosa.

La propia existencia del hombre encierra en sí una situación absurda, puesto que toda racionalidad fracasa ante su explicación. En este sentido, la tesis de Sartre de que el hombre está de más, tendría que ser aceptada. La tendencia a racionalizar toda la vida del hombre conduce a la incompreensión de su esencia misma.

La verdadera revolución de los tiempos actuales deriva del miedo a que las técnicas despersonalicen y aprisionen al individuo. Los gritos contra la sociedad de consumo, cuando son auténticos, nacen de esa gran angustia; por eso tienen ese carácter global y van contra todo y contra todos. Pero, en el fondo, parten de un error inicial: creer que la sociedad futura será posible

sin la técnica. Marcuse no cree eso, sino que dilata el proceso revolucionario hasta que la técnica suprima la necesidad del trabajo y el hombre pueda vivir una vida paradisíaca, devolviendo a la libido su carácter global impregnante de todo el individuo y suprimiendo su carácter parcial por la necesidad del trabajo. Todas estas perspectivas cursan en la línea de la utopía. ¿Es que los médicos podemos renunciar a los avances técnicos? Mejor aún, ¿es que pueden renunciar los enfermos? El error es el de siempre. *Olvidar que la llamada alienación del hombre pertenece a su propia naturaleza.* Debemos luchar contra las alienaciones de cualquier forma que sean, del mismo modo que los médicos luchan contra la enfermedad y contra los sufrimientos que produce; pero eso no quiere decir que todo pueda lograrse y que en el hecho de la alienación no exista la posibilidad del ennoblecimiento personal, del mismo modo que en los goces dilatados del bienestar y del placer existe la posibilidad de la degradación. Así resulta que la alienación es existencial.

En cualquier caso, ahí están: enfermedad, dolor y sufrimiento. Una meditación sobre tal "escándalo" bien merece la pena. Escándalo que no depende más que de la gratuidad de la vida humana que nos empeñamos en no reconocer. Ninguna ocasión me ha parecido mejor para este comentario que la apertura de curso de esta histórica Institución, la Real Academia Nacional de Medicina, a la cual tanto nos honra el pertenecer.

